

Vergaderjaar 2008–2009

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**Nr. 74**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 december 2008

Deze brief beschouw ik als een logisch vervolg op de brief «Waardering II» (2007–2008, 29 248, nr. 47), die ik u op 28 mei jongstleden heb toege-stuurd. Daarin heb ik melding gemaakt van het feit dat er inmiddels belangrijke stappen zijn gezet richting prestatiebekostiging in de medisch specialistische zorg op basis van integrale en transparante tarieven, maar dat ons ook nog veel werk staat te wachten.

Het eindperspectief zoals ik dat heb geschetst in «Waardering voor betere zorg» (2006–2007, 29 248, nr.37) staat mij daarbij nog altijd voor ogen, evenals de reden van deze omvangrijke operatie; het toekomstbestendig maken van de zorg. We kunnen er niet omheen dat de uitdagingen die ons in de zorg de komende jaren staan te wachten, vereisen dat we de zorg efficiënter en met nog meer oog voor kwaliteit, veiligheid en service zullen moeten organiseren. Want zonder in te spelen op de komende vergrijzing, op de stijging van het aantal mensen met een chronische ziekte en op het dreigende tekort aan goed gekwalificeerd personeel, komen zowel de kwaliteit alsook de betaalbaarheid van de zorg onder druk te staan, en daarmee de solidariteit waarop ons zorgstelsel rust.

Het aangaan van bovengenoemde uitdaging is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de sector zelf. Zorgaanbieders weten zelf het beste hoe zij de kwaliteit van zorg verder kunnen verbeteren en op welke wijze arbeid en investeringen slimmer kunnen worden ingezet. Ze moeten echter wel een belang hebben bij een eventuele herinrichting van hun organisatie, bij het bepalen van de gewenste zorgproductenmix, of bij het kritisch onder de loep nemen van zorginhoudelijke processen. Dit is dan ook de reden dat we de afgelopen jaren hard gewerkt hebben aan een systematiek waarmee herkenbare prestaties aan een adequate beloning kunnen worden gekoppeld, en, meer concreet, om zorgproducten aan te wijzen waarover verzekeraars en zorgaanbieders vanaf 2005 vrij hebben kunnen onderhandelen.

Hoewel ik geloof in de positieve werking van het samenspel tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, besef ik dat het geen automatisme is dat gereguleerde concurrentie leidt tot de benodigde resultaten. Dit betekent dat ik me voortdurend zal laten informeren over ontwikkelingen op het gebied van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg en – indien nodig – zal bijsturen.

Integrale zorg vanuit patiëntenperspectief over de grenzen van de medisch specialistische zorg heen zal de komende jaren aan belang winnen. De patiënt heeft immers geen boodschap aan de diverse schotten tussen de verschillende vormen van zorg, maar wil «slechts» zo goed mogelijk en het liefst dicht bij huis worden behandeld. Dit vereist in de eerste plaats dat zorg – en dus ook de medisch specialistische zorg – wordt beschreven in termen van herkenbare zorgprestaties. De ontwikkeling van de nieuwe DBC-productstructuur draagt daaraan bij. Dit vereist daarnaast ook dat de bekostiging soms gebaseerd zal zijn op integrale zorgprestaties die de traditionele grenzen tussen eerste, tweede en derdelijnszorg overstijgen. In deze brief licht ik mijn – deels bekende – plannen inzake de bekostiging van medisch specialistische zorg nader toe.

#### *Waardering II en toezeggingen aan de Tweede Kamer*

Per 2008 hebben we belangrijke voortgang geboekt op de route richting prestatiebekostiging: het B-segment is uitgebreid naar circa 20%, het bouwregime is afgeschaft en specialisten in het A- en B-segment worden gehonoreerd op basis van een normatief onderbouwd uurtarief.

In Waardering II heb ik echter ook moeten concluderen dat de vereenvoudiging (en verbetering) van de productstructuur (DOT genaamd) niet haalbaar bleek per 2009. Omdat de invoering van DOT altijd een belangrijke voorwaarde is geweest voor een zorgvuldige en gedragen invoering van volledige bekostiging op basis van DBC's, heb ik ook moeten afzien van mijn eerdere voornemen om per 2009 de FB-systematiek af te schaffen. Dit alles heeft geleid tot het schetsen van de volgende route in Waardering II:

- 1) Uitbreiding B-segment per 2009 (afhankelijk van de uitkomsten van de NZa-rapportage in juli 2008);
- 2) Invoering van de nieuwe DBC-productstructuur per 2010;
- 3) Per jaar bezien, op basis van permanente monitoring en een zorgvuldige evaluatie, of het B-segment verder kan worden uitgebreid (a), dan wel of in het totale B-segment, vanwege negatieve prijs- en/of volumeontwikkelingen, een maatstaf/prijsbeheersingsinstrument wordt ingevoerd (b).

Met deze brief informeer ik u over de voortgang rondom genoemde punten, waarmee ik tevens mijn toezegging gestand doe om u nog dit jaar te informeren over de vormgeving van het te ontwikkelen prijsbeheersingsinstrument (PBI) alsmede over mijn bekostigingsplannen vanaf 2010.

#### **1 Uitbreiding B-segment 2009**

Op basis van positieve ontwikkelingen in het B-segment, zoals gerapporteerd door onder meer de NZa, en in nauw overleg met de veldpartijen, heb ik halverwege dit jaar besloten het B-segment uit te breiden met de DBC's die de NZa daartoe geschikt acht. Berekeningen van het percentage van de zorg waarover volgend jaar vrij onderhandeld kan worden, komen uit op circa 34%. Aangezien ik u op 11 juni reeds van dit besluit op de hoogte heb gesteld en ik in de AO's van 18 juni en 10 september hierover nader met u van gedachten heb gewisseld, beperk ik mij in deze brief tot de mededeling dat de NZa mij zeer recent de Najaarsrapportage over de

prijsonwikkeling in de ziekenhuiszorg heeft toegestuurd. Hierin geeft de NZa een update van de prijsontwikkelingen in het B-segment in de periode 2007–2008. Hoewel de prijsontwikkeling iets minder gunstig is dan werd waargenomen in de Monitor 2008 (die in het voorjaar is verschenen), ligt de nu waargenomen prijsontwikkeling aan de onderkant van de in het voorjaar verwachte bandbreedte.

De reële prijsontwikkeling van de DBC's die vanaf 2005 in het B-segment zitten is volgens de meest recente inzichten van de NZa in 2008 – 1,3%. De reële prijsontwikkeling van de DBC's die vanaf 2008 in het B-segment zitten bedraagt in 2008 +1,9%. U treft de najaarsrapportage in de bijlage aan.<sup>1</sup>

## 2 Invoering van de nieuwe productstructuur per 2010

Zoals ik al eerder heb gesteld, is een voldoende stabiel en vereenvoudigd DBC-systeem een belangrijke voorwaarde om de FB-systematiek definitief af te schaffen en over te gaan op volledige prestatiebekostiging. Integrale prestatiebekostiging stelt hoge eisen aan het DBC-systeem, aangezien de inkomsten van zorgaanbieders en de schadelast van patiënten en zorgverzekeraars hier afhankelijk van is.

Het huidige aantal DBC's (circa 40 000) bevat teveel onvolkomenheden om breedschalig de ziekenhuisbekostiging op te baseren. Om deze reden is de afgelopen tijd onder de naam *DBC's op weg naar Transparantie* (DOT) gewerkt aan een nieuwe, beter hanteerbare systematiek (met circa 2 500 zorgproducten). De kern van DOT is de nieuwe, uniforme productstructuur, die aansluit bij de internationale diagnoseclassificatie van de WHO (ICD-10). Criteria op basis waarvan de productstructuur is ontwikkeld zijn medische herkenbaarheid en kosten- en werklathomogeniteit.

Daarnaast is de nieuwe productstructuur, in vergelijking met de huidige DBC-systematiek, meer specialisme overstijgend. Uitgangspunt hierbij is eenvoudig gezegd dat de feitelijke behandeling bepalend is voor het zorgproduct en niet meer het type specialist dat deze uitvoert. Een andere belangrijke verbetering is dat de zorgproducten zoveel mogelijk automatisch worden afgeleid uit de basisadministratie van het ziekenhuis. Dit vergroot het gebruikersgemak en verkleint de kans op fouten bij de registratie en declaratie van DBC's.

Gedurende het gehele traject heeft nauwe afstemming met de betrokken partijen plaatsgevonden, waardoor de nieuwe productstructuur, voor zover deze per december gereed is, op een breed draagvlak kan rekenen. (Alleen de nieuwe DBC's voor interne geneeskunde en heelkunde zijn per december nog niet gereed.) Dit draagvlak is nog eens door alle veldpartijen bevestigd tijdens het Bestuurlijk overleg van 3 december jongstleden. Op basis hiervan zullen in 2009 verdere voorbereidende werkzaamheden plaatsvinden die nodig zijn om in 2010 met DOT te kunnen gaan werken. Naast het feit dat enkele ziekenhuizen begin 2009 technisch gaan «proefdraaien», hebben alle partijen zich gecommitteerd aan het zetten van voorbereidende stappen. In lijn met mijn eerdere besluit uit Waarderings II, blijft het dan ook mijn voornemen om DOT per 2010 in te voeren.

Om dit doel te realiseren is het wel van belang dat de nog uit te voeren werkzaamheden succesvol verlopen. Dit vraagt een forse inspanning van veldpartijen en een stevige regie. Met alle betrokken partijen zal ik de ontwikkelingen nauwgezet volgen en bezien in hoeverre ik ondersteunend kan zijn bij het invoeringstraject.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Ik wil de komende maanden ook gebruiken om een indicatie te krijgen van de omvang van de omzet- en schadelasteffecten voor zorgaanbieders

respectievelijk verzekeraars, die het gevolg zijn van de invoering van DOT. Daarvoor wil ik gebruik maken van de conversietabel die DBC-onderhoud in januari oplevert. Ook voor veldpartijen is het belangrijk om vooraf voldoende inzicht te hebben in omzet- en schadelasteffecten om zich verantwoord te kunnen voorbereiden. Naast inzicht in omzet- en schade-lasteffecten wil ik ook een indicatie krijgen van de (eventuele) budgettaire effecten van de invoering van DOT op macroniveau.

De NZa zal begin 2009 haar definitieve oordeel vellen over de productstructuur. Per april, respectievelijk mei zullen de rondrekening van de normtijden van medisch specialisten in DOT en de bij DOT behorende registratieregels gereed komen.

Op grond van met name het oordeel van de NZa over de productstructuur (dat ik – zoals gezegd – begin 2009 verwacht), de mate waarin inzicht kan worden verkregen in de effecten van DOT, het draagvlak voor de opgeleverde normtijden en registratieregels en de omvang van de (eventuele) budgettaire effecten op macroniveau, wil ik in de winter en het voorjaar van 2009 op een aantal bestuurlijke beslismomenten het invoeringstraject dat ik voor ogen heb herbevestigen. In het uiterste geval zou kunnen blijken dat een *gefaseerde* invoering van DOT noodzakelijk is, waarbij DOT in 2010 al wel gebruikt zal worden voor de *registratie* van DBC's, maar waarbij *declaraties* nog een jaar lang plaatsvinden op basis van de huidige productstructuur. In dat geval zal DOT per 2011 gebruikt worden voor het declaratieverkeer tussen zorgaanbieders en verzekeraars.

Overigens zal DOT per 2010 nog niet helemaal uitontwikkeld zijn. Buiten het feit dat de systematiek een bepaalde mate van flexibiliteit moet kennen om in te kunnen spelen op medisch inhoudelijke en innovatieve ontwikkelingen, zal het werken aan verdere verbeteringen noodzakelijk blijven. Het nauwkeuriger verwerken van zorgzwaartever verschillen in de productstructuur en het volledig inweven van topklinische zorg zijn daarbij de belangrijkste aandachtspunten. Ook na 2010 zal ik dus blijven werken aan het onderhoud en verdere verbetering van de productstructuur.

#### *Schadelastverschuiving verzekeraars*

De risicodragendheid van verzekeraars moet in de pas lopen met die van ziekenhuizen om tot evenwichtige marktverhoudingen te komen. Mijn inzet blijft om de risicodragendheid voor aanbieders en verzekeraars te vergroten.

Net als voor zorgaanbieders geldt ook voor verzekeraars dat invoering van het declareren op basis van DOT gevolgen heeft. Zoals al gezegd zal ik begin volgend jaar in overleg met DBC-Onderhoud bezien hoe de schadelastverschuiving als gevolg van de overgang op DOT (die voor verzekeraars ook betrekking heeft op het gereguleerde segment) is te voorspellen. Als de verschuiving van de schadelast in voldoende mate is te voorspellen, kunnen verdere stappen worden genomen naar vergroting van de risicodragendheid. Als deze schadelastverschuiving niet goed te simuleren is, kan hiermee in de inzet van ex post compensatie rekening worden gehouden. Finale besluitvorming hieromtrent wil ik in samenhang bezien met mogelijk andere wijzigingen in de risicoverevening. Zoals gebruikelijk zal ik eind augustus 2009 een beslissing nemen over de vormgeving van het risicovereveningssysteem per 2010.

### **3a Uitbreiding prestatiebekostiging**

Naast de invoering van DOT is de uitbreiding van prestatiebekostiging een andere belangrijke pijler waar het eindperspectief op rust. Tot op heden (en ook in 2009) heeft de uitbreiding van prestatiebekostiging vorm gekregen in een verdere uitbreiding van het B-segment. Op een later moment zal ik besluiten over de omvang van het B-segment in 2010, mede in het licht van de invoering van DOT. Zoals ik al heb aangegeven in mijn brief «Waardering II» is – conform het Coalitieakkoord – uitbreiding van het B-segment alleen mogelijk na een zorgvuldige evaluatie van voorgaande stappen op basis van kwaliteit en toegankelijkheid.

De komende periode wil ik fors inzetten op de afschaffing van het FB-budget en de overstap op volledige integrale prestatiebekostiging. Ik acht het niet wenselijk om de FB-systematiek langer dan noodzakelijk in stand te houden. Uit hoofde van zorgvuldigheid valt bij deze stap niet aan een transitieperiode met een vorm van transitiefinanciering te ontkomen, waarbij de «historische omzet» gedurende een beperkte tijd nog een rol zou kunnen spelen. Ik wil deze transitie budgettair neutraal vormgeven. De vormgeving, maatvoering en loopduur van de transitiefinanciering moeten de komende periode worden uitgewerkt (zie paragraaf 3a.3).

Bij het doordenken van de deelvragen die de transitie naar prestatiebekostiging oproept, heb ik dankbaar gebruik gemaakt van het advies dat de NZa mij op 1 december jl. heeft toegestuurd («Stabiele transitie naar prestatiebekostiging») en dat ik meestuur als bijlage bij deze brief.<sup>1</sup> Hieronder schets ik de contouren van mijn beleid voor de komende jaren.

#### **3a.1 Jaar van invoering volledige prestatiebekostiging**

De overweging om al dan niet in 2010 over te gaan op volledige prestatiebekostiging hangt in belangrijke mate samen met de vraag of het haalbaar en wenselijk is om op een dergelijk korte termijn zowel DOT in te voeren, als over te gaan op volledige integrale prestatiebekostiging.

We moeten in dit verband constateren dat – ondanks het stevige fundament van DOT – de nieuwe productstructuur ook in 2010 nog voor verdere verbetering vatbaar zal zijn; zoals gezegd heeft met name het opnemen in de systematiek van topklinische zorg en zorgzwaarteverschillen verdere aandacht. Dit heeft overigens vooral betrekking op dat deel van de zorg dat nu nog via FB-parameters wordt bekostigd.

Dit betekent dat ik in 2010 nog geen overstap wil maken naar volledige prestatiebekostiging op basis van DOT. Dat betekent, dat in 2010 de FB-systematiek blijft gehandhaafd, maar dat al wel gedeclareerd gaat worden op basis van DOT (met het eerder in paragraaf 2 genoemde voorbehoud). Zoals ik in de brief «Waardering II» al heb aangegeven, zal ik nog bezien hoe ik de taakstelling 2010 (die is afgesproken in het Coalitieakkoord) zal verwerken.

Gezien het feit dat in 2008 ten behoeve van het FB-model in 2009 onderhoud is uitgevoerd voor de meest urgente knelpunten (zoals aangekondigd in Waardering II), acht ik voor 2010 geen of hooguit beperkt FB-onderhoud nodig. Ik zal de NZa vragen de noodzaak voor eventueel beperkt FB-onderhoud te bezien en – mocht er toch enig FB-onderhoud wenselijk zijn – mij vooraf te informeren over de financiële consequenties daarvan. Op basis daarvan kan dan besluitvorming plaatsvinden over de wijze waarop dit onderhoud binnen de beschikbare budgettaire ruimte kan worden uitgevoerd.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

2011

Bovenstaande afwegingen maken dat ik 2011 zie als het jaar waarin de FB-systematiek wordt afgeschaft en de medisch specialistische zorg volledig wordt bekostigd op basis van herkenbare prestaties. Ik ben positief over de kansen om daadwerkelijk in 2011 deze stap te zetten.

In 2011 zal de kwaliteit van de nieuwe productstructuur verder zijn verbeterd en beschikken we over de eerste gegevens op basis van DOT. Bovendien hebben partijen in 2010 leren werken met de nieuwe producten. Dit zal de financiële gevolgen van de invoering van volledige prestatiebekostiging voorspelbaarder maken en geeft naar mijn overtuiging voldoende houvast om een adequaat transitiepad te ontwerpen (zie ook paragraaf 3a.3). De NZa geeft in haar advies aan dat zo'n transitiepad met transitiefinanciering noodzakelijk is.

Ik wil bij mijn streven om in 2011 volledige prestatiebekostiging in te voeren wel een belangrijke kanttekening plaatsen. De omzetting van het FB-systeem in een systeem van prestatiebekostiging mag geen negatieve gevolgen hebben voor de betaalbaarheid of het kwaliteitsniveau van de zorg. De rapportages over dat deel van de zorg waarin reeds sprake is van prestatiebekostiging zullen in belangrijke mate bepalend zijn voor het vertrouwen dat omzetting binnen deze randvoorwaarden haalbaar is en daarmee ook voor de vormgeving van de bekostiging in het niet-vrije segment per 2011. De verantwoordelijkheid die ik draag voor betaalbare en kwalitatief hoogwaardige zorg zal bij dit soort afwegingen altijd prevaleren. Ziekenhuizen en verzekeraars zijn hiermee in belangrijke mate zelf verantwoordelijk voor het tempo waarin en de wijze waarop de zorg kan worden gemoderniseerd.

#### *Advies NZa*

Met het bovengeschetste traject wijk ik op onderdelen af van het advies van de NZa. De NZa is voorstander van het gelijktijdig invoeren van DOT als taal in het declaratieverkeer en volledige prestatiebekostiging in 2011. Net als ikzelf acht de NZa 2010 als invoeringsjaar voor volledige prestatiebekostiging niet haalbaar, omdat DOT daarvoor nog niet voldoende ver is uitontwikkeld.

De NZa adviseert met het invoeren van DOT in het declaratieverkeer te wachten tot de invoering van volledige prestatiebekostiging in 2011. Als argumenten hiervoor noemt de NZa o.a. dat het losknippen van beide aspecten opeenvolgende wijzigingslasten voor instellingen impliceert en dat de invoering van DOT onder het FB tot over- of onderfinanciering van zorgaanbieders leidt, waarvan de omvang niet duidelijk is.

De NZa bepleit dus een gefaseerde invoering van DOT vanaf 2010, waarbij in 2010 al wel in termen van DOT wordt geregistreerd, maar waarbij pas op basis van DOT wordt gedeclareerd als in 2011 de overstap wordt gemaakt naar volledige prestatiebekostiging. De NZa ziet als voordeel voor een gefaseerde invoering van DOT, dat op die manier tijd kan worden gecreëerd om inzicht te krijgen in de (al genoemde) omzet- en schadelasteffecten van DOT, waardoor zorgaanbieders zich beter kunnen voorbereiden op de onderhandelingen in het B-segment en men meer tijd heeft om de bedrijfsvoering aan te passen. Wel betekent een gefaseerde invoering dat zorgaanbieders in 2010 een dubbele DBC-registratie moeten uitvoeren (namelijk zowel in termen van oude als in termen van nieuwe DBC's).

Zoals gezegd zal ik samen met DBC-Onderhoud (die werken aan een zogenaamde conversietabel) proberen al in de eerste paar maanden van 2009 een indicatie te krijgen van de omzet- en schadelasteffecten van DOT. Ook probeer ik dan zicht te krijgen op de mate waarin over- en onderfinanciering van zorgaanbieders zal optreden. De mate waarin dat lukt zal mede bepalen of volledige invoering van DOT (registratie en declaratie) per 2010 uiteindelijk doorgang zal vinden. Als de effecten voldoende gesimuleerd kunnen worden en de onzekerheden rond de omzet- en schadelasteffecten voldoende worden verkleind, blijft volledige invoering van DOT per 2010 mogelijk.

### **3a.2 Bekostigingsmodel medisch specialistische zorg**

Het bekostigingsmodel zoals ik dat (per 2011) voor ogen heb voor de medisch specialistische zorg, vloeit bijna automatisch voort uit het onderscheid in bekostiging dat ik wil maken op basis van de twee volgende vragen:

- 1) Leent zorg zich voor prestatiebekostiging, dat wil zeggen: voor bekostiging op basis van zorgproducten?
- 2) Zo ja, leent deze zorg zich voor vrije prijsvorming?

Zoals ik ook heb geschreven in «Waardering voor betere zorg» is de definitie van medisch specialistische zorg dermate breed dat niet alle producten zich lenen voor één en dezelfde wijze van bekostigen. Een deel van het werk van ziekenhuizen laat zich bijvoorbeeld niet goed in een aan de individuele patiënt gerelateerde «prestatie» beschrijven. Ik denk hierbij aan de beschikbaarheidsfunctie van de spoedeisende hulp, de topreferente zorg en de opleidingsfunctie van (academische) ziekenhuizen.

Met betrekking tot het overgrote deel van de zorg dat zich wel laat beschrijven in termen van zorgproducten, kan worden gesteld dat een deel zich wél leent voor vrije prijsvorming en een deel (nog) niet. De scheiding tussen beide segmenten is echter niet in beton gegoten. Van tijd tot tijd zal – aan de hand van marktontwikkelingen – binnen de juridische randvoorwaarden moeten worden gezien of sprake is van onderof overregulering.

In het eindperspectief waar ik met alle partijen naar toe wil werken, is dan ook sprake van een drietal segmenten. Dit eindperspectief wordt ook door de NZa geadviseerd.

Eerder meldde ik al aan uw Kamer dat ik de bekostiging van de IC en dure en weesgeneesmiddelen binnen een systeem van prestatiebekostiging wil laten verlopen via apart declarabele prestaties. Het zal hierbij gaan om prestaties die gekoppeld zijn aan een DBC, zogenaamde add-ons. Dit komt de transparantie op de markt ten goede en voorkomt tevens grote kostenheterogeniteit binnen de zorgproducten. Ik informeer u in een later stadium over de verdere uitwerking van deze lijn, waarbij ik onder meer de adviezen van de NZa en het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) over dit onderwerp zal betrekken.

### **3a.3 Transitieperiode**

Ik heb in deze brief al veelvuldig gerefereerd aan de zorgvuldigheid waarmee ik de overgang naar volledige prestatiebekostiging wil inkleden. Hierin past ook het besef dat betrokken partijen de tijd moeten krijgen om zich aan te passen aan belangrijke beleidswijzigingen. De NZa wijst hier in haar advies ook nadrukkelijk op en noemt als algemene doelstelling van een transitieperiode *het beperken en/of voorspelbaar maken van de risico's voor zorgaanbieders en verzekeraars*.

De NZa spreekt in dit verband van een «transitiebedrag», zijnde het verschil tussen het historisch budget en de omzet bij volledige prestatiebekostiging in een bepaald jaar. Dat bedrag kan gedurende de transitieperiode jaarlijks verdisconteerd worden met de behaalde jaaromzet (op basis van de declaratie van zorgproducten) en daarbij in een aantal jaren worden afgebouwd. De algemene randvoorwaarden voor een transitieperiode die de NZa opsomt, onderschrijf ik volledig:

- Consistentie met het lange termijn perspectief;
- Praktische uitvoerbaarheid, en
- Juridische houdbaarheid

Hier wil ik nog aan toevoegen dat ieder transitiepad financieel beheersbaar en inpasbaar moet zijn. Meer specifiek zullen bovendien de overgangsregeling voor kapitaallasten (zie paragraaf 3a.3.1) en de taakstelling moeten worden ingeweven en moet de relatie met het prijsbeheersingsinstrument (zie paragraaf 3b) worden gezien.

Een transitiepad voor de niet-gebudgetteerde vormen van zorg (de zorg geleverd door ZBC's en vrijgevestigde medisch specialisten en de zorg in het B-segment) acht ik niet nodig, omdat in deze delen van de zorg al met prestatiebekostiging wordt gewerkt. Bovendien voorziet de NZa uitvoeringsproblemen als deze zorg in het transitiepad wordt meegenomen.<sup>1</sup>

In de loop van 2009 wil ik de NZa vragen het transitiepad voor de invoering van volledige prestatiebekostiging per 2011 verder uit te werken voor de zorgaanbieders, met daarbij aandacht voor de vormgeving, maatvoering en looptijd. Bij mijn uiteindelijke besluit over de vormgeving, maatvoering en looptijd van het transitiepad voor zorgaanbieders zal ik ook de samenhang met de risicodragendheid voor verzekeraars betrekken.

### **3a.3.1 Overgangsregeling kapitaallasten**

Het advies dat de «commissie nadeelcompensatie ziekenhuizen» op 30 september 2008 heeft uitgebracht, bevatte een tweetal bruikbare bouwstenen voor een zorgvuldige overgang naar volledige risicodragendheid voor kapitaallasten: een overgangsregeling met hardheidsclausule en «nadeelcompensatie». Ik heb u hierover al bericht (Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 248, nr. 63).

De commissie heeft mij geadviseerd om bij iedere overheveling van zorg van het A- naar het B-segment op het punt van de kapitaallasten een fasering aan te brengen in de risicodragendheid van de met die overheveling samenhangende kapitaallasten. Op mijn verzoek heeft de NZa dit advies inmiddels vormgegeven in een beleidsregel, waarin een afbouwtermijn zit opgenomen van drie jaar; in 2009 zal nog 75% van de met de uitbreiding van het B-segment samenhangende kapitaallasten worden nagecalculeerd, terwijl dit in 2010 en 2011 terugloopt naar 50, respectievelijk 25%.

De beleidsregel bevat tevens een «hardheidsclausule». Op basis van een individuele beoordeling mag de NZa afwijken van haar eigen beleidsregel. Hierbij ligt de bewijslast in belangrijke mate bij de instelling. «Nadeelcompensatie» is vanwege het nog niet uitgekristalliseerd zijn van alle effecten, op dit moment niet aan de orde.

---

<sup>1</sup> Voor een verantwoorde overgang naar declaraties op basis van DOT is het wel van belang dat – ook voor deze delen van de zorgsector – vooraf voldoende inzicht bestaat in de te verwachten omzeteffecten. Hier ben ik eerder in deze brief al op ingegaan (paragraaf 2 en 3a.1)

#### *Immateriële vaste activa*

De commissie heeft mij ook een denkrichting aan de hand gedaan inzake immateriële vaste activa. De immateriële vaste activa die onder de vergunning zijn geaccepteerd (WTZi, WMG) maken onderdeel uit van de



activa waarop jaarlijks ten laste van het budget wordt afgeschreven. Het deel van de immateriële vaste activa dat daadwerkelijk naar het B segment wordt overgeheveld, dient volgens de commissie te worden afgewaardeerd. De vergoeding hiervan is immers niet langer gegarandeerd.

Tijdens het AO van 22 oktober jl. heb ik met uw Kamer hierover gesproken en heb ik aangegeven dat ik hierop terug zal komen in het kader van de besluitvorming rond de voorjaarsnota. Tot die tijd zal ik hierover geen onomkeerbare beslissingen nemen.

### **3b Prijsbeheersingsinstrument**

In mijn brief Waardering II heb ik aangegeven om in nauw overleg met de NZa een prijsbeheersingsinstrument (PBI) te ontwikkelen, dat verzekeraars en ziekenhuizen de mogelijkheid moet geven om te blijven onderhandelen over prijs en kwaliteit, maar bescherming moet bieden tegen al te hoge prijsstijgingen. In mijn brief van 8 september 2008 heb ik aangegeven wanneer ik een dergelijke maatregel zal treffen. In die brief schrijf ik, dat als de groei in het B-segment nominaal hoger uitvalt dan 6 à 6,5%, ik een prijsmaatregel zal nemen. Op deze regel heb ik een uitzondering gemaakt als het gaat om het wegwerken van wachtlijsten. Indien de uitgavengroei duidelijk en aantoonbaar wordt veroorzaakt door het wegwerken van wachtlijsten die de Treknorm overschrijden, wil ik ruimte houden van een maatregel af te zien.

In diezelfde brief heb ik de toezegging gedaan u nog dit jaar nader te informeren over de vormgeving van een PBI. In dat kader heb ik de NZa gevraagd mij een voorstel te doen over de vormgeving en uitwerking van een PBI dat ervoor zorgt dat de prijzen van DBC's op de een of andere wijze aan een maximering kunnen worden gebonden en dat verder voldoet aan een aantal randvoorwaarden, waaronder:

- Invoering is mogelijk per 2010;
- Het instrument moet realistisch en effectief zijn;
- De systematiek moet ook bruikbaar zijn als prijsreguleringsregime bij verdere invoering van prestatiebekostiging;
- De inzetbaarheid van het instrument moet zo flexibel mogelijk zijn: indien mogelijk moet het instrument ook kunnen worden ingezet over een deel van het B-segment.

#### **3b.1 Advies NZa**

Op 29 oktober heb ik het advies van de NZa ontvangen (u treft deze als bijlage bij deze brief aan).<sup>1</sup> Voordat ik hier inhoudelijk op reageer, wil ik u wijzen op de vermelding op pagina 1 van het rapport dat de NZa ten behoeve van de advisering de branchepartijen en DBC-Onderhoud heeft geconsulteerd en dat opvattingen van partijen waar mogelijk zijn meegenomen in de afweging van de NZa. Ik benoem dit hier zo expliciet om nog eens aan te geven dat de overgang van aanbodfinanciering naar prestatiebekostiging een gezamenlijke exercitie is en dat deze consultatie een weerspiegeling is van het belang dat ik hecht aan een breed gedragen traject. Hoewel het hier om een instrument gaat dat vanuit individueel (aanbieders)perspectief als «ongewenst» kan worden bestempeld, maakt dat het nog niet tot alleen een «zaak van de overheid».

Voor wat betreft de inhoud van het advies wil ik me hier beperken tot de hoofdlijnen. Een belangrijke constatering die de NZa doet, is dat een eventuele invoering van het PBI in 2010 technisch mogelijk is, maar dat (in ieder geval vanuit juridisch oogpunt) onderscheid moet worden gemaakt tussen het voorkomen van overschrijdingen in volgende jaren en het

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

terugvorderen van een overschrijding van het macrokader uit het verleden. Deze laatste zogenaamde naheffingskorting is – in de bewoordingen van de NZa – juridisch kwetsbaar.

Voor wat betreft de *vormgeving* van een PBI heeft de NZa een aantal varianten uitgewerkt op basis van een drietal dimensies:

- 1) Landelijk geldende maximumtarieven versus individuele maximumtarieven (op basis van een landelijke korting op de individuele verkoopprijzen);
- 2) Tarieven die gebaseerd zijn op kostprijsgegevens versus tarieven gebaseerd op verkoopprijzen;
- 3) Het al dan niet beschouwen van DBC's afzonderlijk door rekening te houden met het verschil tussen de kostprijs en verkoopprijs van individuele DBC's.

Bij de afweging van de mogelijke varianten heeft de NZa, naast de hierboven genoemde criteria, ook expliciet de volgende randvoorwaarden/toetsingscriteria beschouwd:

- Het komen tot tarieven die redelijkerwijs dekkend zijn;
- De beschikbaarheid van onderhandelingsresultaten, oftewel de afhankelijkheid van de aanlevering van onderhandelde prijzen;
- Uitvoeringstechnische eenvoud/administratieve lasten
- Het recht doen aan verschillen tussen ziekenhuizen;
- De verdeling van de «pijn» tussen efficiënte en inefficiënte zorgaanbieders;
- Prikkels tot ongewenst anticiperend gedrag (hoge verkoopprijzen in periode zonder prijsrestrictie);
- De gevolgen voor (potentiële) nieuwe toetreders.

Na dit alles afgewogen te hebben, komt de NZa in de eerste plaats tot de conclusie dat het meest realistische en/of wenselijke instrument mede afhangt van het jaar van invoering. Vanuit theoretisch oogpunt wordt de voorkeur gegeven aan landelijk geldende maximumtarieven per DBC op basis van gemiddelde uitonderhandelde prijzen, waarbij rekening wordt gehouden met de marge (verschil tussen kosten en verkoopprijs) van individuele DBC's. In het voorstel van de NZa komen in eerste instantie alleen DBC's met een positieve marge in aanmerking voor maximering, waarbij de kostprijs als ondergrens fungeert. Hiermee wordt voorkomen dat tarieven onder de kostprijs worden vastgesteld. Het feit dat de kostprijs als ondergrens fungeert kan betekenen dat de gewenste korting niet middels het PBI kan worden gerealiseerd. De NZa merkt in dit verband dan ook terecht op dat bij iedere variant kanttekeningen zijn te plaatsen.

Bovenstaande variant is echter nog niet bruikbaar in 2010, wanneer tegelijkertijd wordt overgegaan op de invoering van DOT. In dat geval sluiten de onderhandelde prijzen niet aan op de nieuwe productstructuur en kunnen dus niet op de voorgestelde wijze tarieven worden vastgesteld. De NZa stelt dan ook in haar samenvattend advies dat in 2010 alleen de mogelijkheid open blijft om landelijk geldende maximumtarieven per DBC op te stellen op basis van kostprijsinformatie van DBC-Onderhoud.

De NZa merkt op dat binnen dit model (landelijk geldende maximumtarieven per DBC op basis van kostprijsinformatie van DBC-Onderhoud) de mogelijkheden om een PBI in een *deel* van het B-segment in te zetten (dat wil zeggen bij *bepaalde* DBC's of groepen DBC's binnen het B-segment), afhankelijk zijn van de beschikbaarheid van (volume)informatie op een laag detailniveau. De NZa geeft aan dat deze informatie momenteel slechts in beperkte mate kwalitatief voldoende beschikbaar is. Daarom is het volgens de NZa zeer de vraag of een dergelijke partiële inzet van het PBI in 2010 mogelijk zal zijn. Als dit in mei 2009 inderdaad niet mogelijk

blijkt te zijn zal de eventuele inzet van een PBI in 2010 het hele B-segment betreffen.

### **3b.2 Juridische aspecten prijsbeheersingsinstrument**

Zoals ik u al heb aangekondigd in mijn brief van 8 september, heb ik advies gevraagd met betrekking tot de juridische aspecten van een prijsbeheersingsinstrument. Hieruit blijkt dat een prijsbeheersingsinstrument op zichzelf in overeenstemming is met tekst en strekking van de WMG en ook Europeesrechtelijk niet op bezwaren stuit. Bij de toepassing en vormgeving zal echter wel nadrukkelijk een aantal aandachtspunten in ogenschouw moeten worden genomen, die kunnen worden geschaard onder de noemer «zorgvuldige voorbereiding». Het blijkt juridisch op bezwaren te stuiten om tarieven te verlagen met als doel compensatie van een overschrijding van de aanvaardbaar geachte (macro)kosten in een verstreken jaar waarin de prijzen vrij onderhandelbaar waren. Het is wel mogelijk tarieven te verlagen ter compensatie van de structurele doorwerking van zo'n overschrijding. Ook is het juridisch in beginsel mogelijk om, indien interventie in de tarieven noodzakelijk wordt geacht vanwege overschrijding in het B-segment, de tarieven te maximaleren zonder een rechtstreekse relatie te leggen tussen de hoogte van de tarieven en een geconstateerde overschrijding van de aanvaardbaar geachte (macro)kosten. Daarbij geldt wel een redelijke kostprijs als ondergrens.

### **3b.3 Monitoring marktontwikkelingen**

Een aandachtsgebied dat nauw verwant is aan het PBI, is het kunnen monitoren van marktontwikkelingen. Net als u hecht ik veel waarde aan het goed inzichtelijk krijgen van zowel het «reilen en zeilen» van de markt in z'n totaliteit, als van afzonderlijke deelmarkten. De NZa benadrukt in haar advies dan ook tot mijn voldoening dat ze zich de komende jaren zal inspannen om het zicht op marktontwikkelingen (middels marktanalyses, benchmarking en spiegelinformatie) te verbeteren. Hierbij verwacht ik overigens ook nadrukkelijk dat de veldpartijen hun medewerking zullen verlenen. Alleen in dat geval is in de toekomst meer maatwerk mogelijk bij kostenoverschrijdingen.

Zoals bekend zal de rapportage van de NZa in mei 2009 over de ziekenhuiszorg (met daarin een analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment) bepalend zijn voor het al dan niet inzetten van een PBI per 2010. In het vervolg daarop zal ik u ieder half jaar berichten over de ontwikkelingen in het B-segment. Gekoppeld daaraan wil ik uw Kamer dan telkens ook rapporteren over de stand van zaken rondom de kapitaallasten en de stand van zaken rondom de (door)ontwikkeling van de nieuwe productstructuur.

#### *Volumeonderzoek*

Naast bovengenoemde (NZa-)activiteiten heb ik – zoals reeds aangekondigd – in samenspraak met de NVZ ook zelf een onderzoek geïnitieerd naar de achterliggende oorzaken van volumeontwikkelingen bij ziekenhuizen, en de daardoor bijna jaarlijkse overschrijding van het Budgettair Kader Zorg. Ik wil zowel in kwalitatieve als kwantitatieve zin meer inzicht krijgen in deze oorzaken. Naast een macro-analyse zullen hiertoe ook op micro-niveau (voor een aantal DBC's) analyses worden uitgevoerd. Dit onderzoek, waarin ik vanzelfsprekend ook de NZa zal betrekken, gaat zeer binnenkort van start en zal naar verwachting in het tweede kwartaal worden afgerond.

### **3b.4 Conclusie met betrekking tot het PBI**

Duidelijk is dat de NZa in korte tijd een goed doordachte analyse heeft opgesteld inzake de mogelijk- en onmogelijkheden van verschillende prijsinstrumenten. Ik kan mij goed kan vinden in de afwegingen die zijn gemaakt en ben tevens doordrongen van de kanttekeningen die de NZa plaatst. De belangrijkste conclusie is echter – mede op grond van het juridische advies dat ik heb ingewonnen – dat een PBI uitvoerings-technisch mogelijk is, ook in 2010, op voorwaarde dat een en ander uiterst zorgvuldig wordt voorbereid.

Alles overwegende zal ik de NZa vragen om zorgvuldige voorbereidingen te treffen om een eventuele inzet van landelijk geldende maximum-tarieven per DBC per 2010 mogelijk te maken. Deze tarieven zullen, conform het advies van de NZa, worden vastgesteld op basis van de kostprijsgegevens van DBC-onderhoud.

Daarnaast zal ik de NZa aanmoedigen voortgang te maken met het ontwikkelen van instrumenten die ons, beter dan nu het geval is, zicht geven prijs- en volumeontwikkelingen in het B-segment. Met bijzonder interesse volg ik de ontwikkelingen op dit gebied.

Ik hoop u hiermee voldoende over de huidige stand van zaken te hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink