

Vergaderjaar 2010–2011

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 6

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 maart 2011

Met deze brief bied ik u mijn plannen aan om ziekenhuizen te gaan belonen naar hun prestaties. Ik beschouw deze brief als een uitwerking van het onderdeel «zorg belonen naar prestaties» uit mijn brief met beleidsdoelstellingen.¹

Mijn voornemen is om op grond van artikel 7 van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om de in deze brief gepresenteerde beleidslijn uit te werken in beleidsregels. Op grond van artikel 8 van de WMG informeer ik u hierbij over de zakelijke inhoud van deze voorgenomen aanwijzing. De door mijn ambtsvoorganger verzonden brief «Waardering voor betere zorg IV»² komt hiermee te vervallen.

Zorg die werkt

Het motto van mijn beleidsdoelstellingen voor deze kabinetsperiode is «Zorg die werkt».¹ Iedere Nederlander moet kunnen rekenen op zorg van hoge kwaliteit: snel, goed, veilig en respectvol. Nu, maar ook in de komende jaren en in de periode daarna.

De afgelopen jaren zijn belangrijke stappen zijn gezet om de werking van het stelsel te verbeteren, maar het zorgstelsel dat we nu hebben is nog niet optimaal toegerust om de uitdagingen van de toekomst – zoals een toenemende zorgvraag, houdbare groei van de collectieve uitgaven en een tekort aan zorgpersoneel als gevolg van de vergrijzing – goed op te kunnen vangen: het daagt nog onvoldoende uit tot de creativiteit en innovatie die nodig zijn om de beste zorg ook in de toekomst zowel toegankelijk als betaalbaar te houden.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 620, nr. 1.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 29 248, nr. 109.

De ambtelijke commissie brede heroverwegingen curatieve zorg wees er al op dat we «stuck in the middle» zitten tussen een aanbodgereguleerd en een vraaggestuurd systeem.¹ Aan de ene kant hebben ziekenhuizen al gedeeltelijk meer vrijheden. Aan de andere kant dagen de huidige ziekenhuisbudgetten de zorgaanbieders nog te weinig uit tot doelmatige kwaliteit en vernieuwing. De budgetten zijn afhankelijk van zaken die weinig te maken hebben met de zorgprestaties die ziekenhuizen leveren en bestaan deels uit een vast bedrag en deels uit bedragen per bijvoorbeeld een ziekenhuisopname, een ligdag en een eerste polikliniekbezoek. Ziekenhuizen worden dus niet beloond als ze de kwaliteit van de behandeling verbeteren of als ze de zorg voor een patiënt meer op elkaar afstemmen en daarmee de behandeling doelmatiger organiseren. Hierbij speelt ook een rol dat de transparantie van de kwaliteit van de zorgaanbieders nog niet zodanig is dat patiënten beargumenteerd kunnen kiezen. De verzekeraars, die in het stelsel een cruciale rol dienen te vervullen, worden op hun beurt nog onvoldoende uitgedaagd om scherp zorg in te kopen en het volume te beheersen.

In feite combineert de huidige invulling van het stelsel het slechtste van twee werelden, waardoor het onvoldoende bijdraagt aan de kwaliteit en de financiële houdbaarheid van de gezondheidszorg. Zorg in Nederland wordt daardoor onnodig duur. Dit is voor iedereen slecht: voor de overheid, die steeds weer met nieuwe overschrijdingen van de macro-uitgavenkaders wordt geconfronteerd, voor de zorgaanbieders, die steeds te maken krijgen met nieuwe kortingen, maar vooral ook voor de patiënt, die er – als we niets doen – in de toekomst niet meer op kan rekenen dat hij altijd de beste zorg tot zijn of haar beschikking heeft als dat nodig is.

De overgang van een aanbod- naar een vraaggestuurd zorgstelsel moet dan ook zo snel mogelijk worden voltooid als betekenisvolle stap richting een houdbare collectieve zorguitgavenontwikkeling. De sector, zowel de ziekenhuizen als de verzekeraars, heeft recht op een helder perspectief waarin een structurele oplossing wordt bereikt. De sector heeft ook recht op een helder transitietraject waarin vlotte maar zorgvuldige stappen richting dat einddoel worden gezet.

Zorg die loont

De overstap van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging van ziekenhuizen is een belangrijk instrument om zorgaanbieders de ruimte te geven en te prikkelen om de zorgverlening en de logistieke processen in het ziekenhuis zo goed mogelijk in te richten. Aan de vraagzijde van het stelsel dienen zorgverzekeraars eveneens te worden geprikkeld om scherp in te kopen en daarmee hun voorziene rol op te pakken. Hiertoe zal het ex ante risicovereveningsmodel geoptimaliseerd worden en zullen – conform het regeerakkoord – de ex post compensaties in het risicoverevenings-systeem verantwoord en in samenhang met de veranderingen in de ziekenhuisbekostiging worden afgeschaft. Hiermee krijgen zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders meer stimulansen en mogelijkheden om afspraken te maken over het toepassen van meer doelmatige werkwijzen en het verbeteren van kwaliteit, rekening houdend met de wensen van patiënten. Prestatiebekostiging bevordert bovendien ook het inzicht in kosten en uitkomsten. Daarmee kan prestatiebekostiging gecombineerd met het versterken van de prikkels bij verzekeraars bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit en financiële houdbaarheid van de ziekenhuiszorg. Deze stappen zullen dan ook per 2012 worden gezet.

Binnen een systeem van prestatiebekostiging zorgt een regime van vrije prijzen ervoor dat instellingen worden gemotiveerd om te innoveren. Per

¹ Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 32 359, nr. 1.

2012 zal het segment van de medisch-specialistische zorg waar vrije prijzen gelden, het zogenaamde B-segment, dan ook maximaal worden uitgebreid. Uitgangspunt hierbij is dat zorg die zich niet leent voor vrije prijzen uit oogpunt van continuïteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid maximumprijzen blijft houden. Rekening houdend met dit uitgangspunt vinden de NZa en veldpartijen nu 70% van de zorg geschikt voor vrije prijsvorming per 2012. De vrije prijsvorming zal daarom per 2012 tot 70% worden uitgebreid.

Binnen het veld bestaat draagvlak over de invoering van prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg met ingang van 2012 en de maatregelen die daartoe zijn aangegeven in het regeerakkoord, te weten:

- afschaffing van de bestaande ziekenhuisbudgetten;
- de invoering van DOT (dit betreft de vervanging van de huidige DiagnoseBehandelingCombinaties, c.q. DBC's, door een verbeterde systematiek met DBC-zorgproducten);
- Het uitbreiden van de vrije prijsvorming, het zogenaamde het B-segment, onder gelijktijdige vergroting van risicodragendheid van verzekeraars voor de kosten van somatische zorg.
- Het wetsvoorstel voor aanpassing van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) wordt doorgezet waarmee wordt beoogd de macrobeheersing van de uitgaven in ieder geval in de transitiefase te versterken.

Veldpartijen, zoals de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), onderschrijven breed het eindbeeld van prestatiebekostiging en de maatregelen die daar bij horen, evenals de wenselijkheid van invoering van dit pakket aan maatregelen per 2012.

Binnen het eindbeeld dat ik voor ogen zie, is de zorg onderverdeeld in drie (prijs)segmenten: (1) een vrij segment, waarin – net als in het huidige B-segment – zorg is opgenomen met een prijs die vrij onderhandelbaar is, (2) een gereguleerd segment met daarin declarabele zorgproducten met maximumtarieven en (3) een vast segment waarin functies zitten die niet (geheel) via declarabele zorgproducten bekostigd kunnen worden en die – indien nodig – in aanmerking kunnen komen voor een (aanvullende)¹ vergoeding op basis van genormeerde kosten. In de bijlage beschrijf ik voor ieder segment welk type zorg via dat segment bekostigd zal worden en hoe de bekostiging in dat segment zal worden vormgeven.²

Een verantwoorde transitie voor ziekenhuizen

De overgang van budget- naar prestatiebekostiging brengt financiële en uitvoeringsrisico's met zich mee, zowel voor individuele ziekenhuizen en verzekeraars als voor de overheid. Om die risico's beheersbaar te maken tref ik (overgangs)maatregelen. Die overgangsmaatregelen moeten enerzijds voldoende zekerheid bieden. Tegelijkertijd is het essentieel dat ook in de transitieperiode sprake is van dynamiek in het stelsel, waardoor ook in de overgangsperiode zorginstellingen die het goed doen door kunnen groeien en zorginstellingen die patiënten verliezen kunnen krimpen. Verder wil ik de overgangsfase kort laten duren, dat wil zeggen twee jaar.

Bij de vormgeving van een dergelijk overgangsmodel is het belangrijk om onderscheid te maken tussen enerzijds systeemrisico's en anderzijds reguliere omzetriscio's. Een overgangsmodel moet wel de systeemrisico's verzachten maar niet de reguliere omzetriscio's.

¹ Hiermee wordt bedoeld dat de financiële opbrengsten van geleverde zorgprestaties (deels) op de betreffende kostennormen in mindering kunnen worden gebracht. De NZa doet nader (kosten)onderzoek naar de uitvoerbaarheid hiervan.

² Over mijn voornemens ten aanzien van de invulling van het vaste segment treed ik nog in overleg met de Europese Commissie.

Zo leidt de overstap van budget- naar prestatiebekostiging ten eerste tot omzetverschuivingen tussen ziekenhuizen (en daarmee tot schadelastverschuivingen tussen verzekeraars) die puur te maken hebben met de technische verandering van het bekostigingsstelsel. Dit zijn de systeemrisico's. De overstap naar prestatiebekostiging impliceert bijvoorbeeld een bottom up onderbouwing – en daarmee verbetering – van de basis waarop de inkomsten van ziekenhuizen worden gebaseerd. Dat kan tot (gewenste) omzet- en schadelastverschuivingen leiden. De verschuivingen worden momenteel onderzocht via impactanalyses van DOT door de NZa en via simulaties door marktpartijen zelf. Het is belangrijk dat instellingen een redelijke termijn krijgen om zich op deze verschuivingen in te stellen. Daarnaast kan het zijn dat er door het gebruik van DOT nog resterende verbeterpunten aan het licht komen (zowel qua productstructuur als qua tariefstelling). Een aantal van deze punten is al in beeld. Zo is van belang dat de complexe zorg die met name in UMC's wordt aangeboden, binnen DOT beter in de zorgproducten tot uiting komt. Hiervoor zal door de NZa, DBC-O en veldpartijen in onderling overleg een tweejarig plan van aanpak worden gemaakt. Daarnaast was er de afgelopen jaren steeds sprake van zogenaamde «overdekking» in het A-segment. Dat wil zeggen dat de DBC-omzetten groter waren dan de respectievelijke ziekenhuisbudgetten. De NZa heeft naar aanleiding daarvan de afgelopen jaren diverse maatregelen genomen om de tarieven te verbeteren die ook neerslaan in de tarieven voor 2012. Gelijktijdig vraag ik de NZa een onderzoek te doen om een eventuele verdere correctie van de maximumtarieven in het A-segment mogelijk te maken indien dat nodig blijkt (dat wil zeggen indien deze correctie niet afdoende via marktontwikkelingen tot stand blijkt te komen). Een overgangsfase biedt de ruimte om al deze verbeteringen aan te brengen terwijl tegelijkertijd voorkomen wordt dat ziekenhuizen en verzekeraars – als gevolg van tijdelijke resterende lacunes in DOT – in de financiële problemen komen dan wel groot financieel voordeel ontvangen of dat de macro-uitgaven onbedoeld stijgen als gevolg van systeemrisico's.

Tijdens de overgangsfase van budget- naar prestatiebekostiging kunnen patiëntenstromen en de daarbij behorende omzet verschuiven. Dit zijn reguliere omzetrisico's. Deze verschuivingen kunnen ontstaan als de prestaties van ziekenhuizen meer transparant worden. Dat er omzetverschuivingen tussen ziekenhuizen onderling – en tussen ziekenhuizen en zbc's – mogelijk worden op basis van de kwaliteit en prijs van geleverde prestaties is een gewenst effect van prestatiebekostiging. Deze risico's zijn voor de ziekenhuizen de afgelopen jaren geleidelijk groter geworden en zullen met de afschaffing van de ziekenhuisbudgetten verder toenemen. De daarbij behorende dynamiek wil ik in stand houden. Ik vind het cruciaal dat in de transitieperiode van de huidige situatie van *stuck in the middle* naar daadwerkelijk meer belonen van prestaties nieuw zorgaanbod wordt verwelkomd en dat goed presterende zorgaanbieders kunnen groeien. Nieuwe initiatieven zijn te vaak niet welkom, terwijl het goed is voor de vernieuwing en het bestaande zorgaanbod scherp houdt.

Naar mijn mening voldoet het zogenaamde «transitiebedragmodel» het best aan de hiervoor genoemde voorwaarden. In dit model gaat de sector in 2012 over op prestatiebekostiging. Dit betekent concreet dat ziekenhuizen vanaf 2012 op basis van DOT produceren, worden bekostigd en met individuele verzekeraars onderhandelen.

Om systeemrisico's te verkleinen wordt in het «transitiebedragmodel» een eenmalige koppeling gelegd tussen de omzet van een ziekenhuis onder volledige prestatiebekostiging (precies of bij benadering) en de omzet die het ziekenhuis bij een gelijke productie (precies of bij benadering) zou realiseren onder de bestaande ziekenhuisbudgetsystematiek¹ (met daarbij

¹ Inclusief de kosten van medisch specialisten in loondienst, de kapitaallasten en dure en weesgeneesmiddelen.

inbegrepen de kortingen die in de loop der jaren aan het ziekenhuis zijn opgelegd), de zogenaamde schaduwomzet.

Eenmalig wordt door de NZa op grond daarvan een zogenaamd transitiebedrag (positief of negatief) vastgesteld per ziekenhuis. Dit transitiebedrag betreft voor een individueel ziekenhuis het verschil tussen de schaduwomzet en de bijbehorende DOT-omzet: als de betreffende DOT-omzet hoger is dan de schaduwomzet, dan moet een ziekenhuis betalen. Als de betreffende DOT-omzet lager is dan de schaduwomzet, dan ontvangt het ziekenhuis het verschil. Verrekening met de betrokkenen vindt plaats via tussenkomst van het Zorgverzekeringsfonds. Het transitiebedrag wordt vervolgens (vermenigvuldigd met een in de tijd aflopend verrekenpercentage gedurende een zo kort mogelijke periode uitgekeerd dan wel afgeroomd. Twee jaar (2012 en 2013) lijkt daarvoor een aanvaardbare termijn. Hierbij wordt het transitiebedrag zodanig ingevuld dat na afloop van het eerste jaar, 2012, het transitiebedrag wordt vastgesteld, tenzij nog lopend overleg met veldpartijen een andere invulling van het transitiebedragmodel oplevert. In 2012 wordt het verrekenpercentage 95% en in 2013 70%.

Het transitiebedragmodel mitigeert alleen tijdelijk de systeemrisico's van de overgang naar prestatiebekostiging (verschuivingen in financiële stromen puur als gevolg van wijzigingen in de bekostigingssystematiek), maar niet de reguliere omzetrisko's (verschuivingen in financiële stromen als gevolg van verschuivingen in patiëntenstromen). Dit betekent dat instellingen niet worden gestraft als ze groeien doordat ze – door het leveren van goede zorg – patiënten aantrekken. Tegelijkertijd betekent het dat instellingen niet worden gecompenseerd als ze patiënten verliezen omdat een ander ziekenhuis betere zorg levert.

Het transitiebedragmodel heeft uitsluitend betrekking op instellingen die nu gebudgetteerd worden en dient alleen om de risico's te ondervangen die samenhangen met de afschaffing van de ziekenhuisbudgetten. Zelfstandige behandelcentra (zbc's) hebben geen instellingsbudget, daarom vallen deze instellingen niet onder het overgangsmodel.

Een beheerste omzetontwikkeling

Het kabinet wil de overheidsfinanciën weer gezond maken. Onder meer door de vergrijzing is een beheerste ontwikkeling van de zorguitgaven een harde noodzaak. Mocht er, ondanks de hiervoor genoemde maatregelen, toch sprake blijken van overschrijdingen in de komende jaren, dan zal ik die redresseren via een nieuw «macrobeheersinstrument»¹. Dit instrument is voor mij een wezenlijk onderdeel in mijn beleid om de prestatiebekostiging verantwoord in te kunnen voeren. Omdat zbc's vanaf 2012 onder hetzelfde macro-uitgavenkader zullen gaan vallen als ziekenhuizen, is het instrument ook van toepassing op zbc's. Ik ben voornemens het macrobeheersinstrument materieel te laten werken als een soort omzetheffing per ziekenhuis of zbc: een eventuele macro-overschrijding wordt daarbij naar rato van marktaandeel omgeslagen over alle ziekenhuizen en zbc's. Het macrobeheersinstrument werkt achteraf, evenals nu met budgetkortingen het geval is.

In de praktijk betekent dit dat ziekenhuizen en zbc's bij een overschrijding in jaar t (die wordt geconstateerd in jaar t+1) deze overschrijding in jaar t+2 moeten afdragen aan het Zorgverzekeringsfonds. Daarmee wordt rekening gehouden met de normale bedrijfsprocessen van de instellingen. Het macrobeheersinstrument is voorzien als *ultimum remedium*, maar ik zal deze inzetten om te voorkomen dat ik de andere onderdelen van de zorg moet belasten indien de uitgaven aan ziekenhuizen en ZBC's hoger

¹ Door middel van een toepassing van het via een wetswijziging nieuw in de WMG op te nemen instrument «begrenzing».

zijn dan het toegestane macrokader (BKZ). Ik zal de NZa dan ook een aanwijzing geven om het instrument begrenzing uit de WMG per 1-1-2012 structureel in werking te laten treden. Dit bevestigt nog eens het belang dat ik hecht aan afspraken met veldpartijen over een beheerste groeiontwikkeling.

De afgelopen jaren werden overschrijdingen van het budgettair kader zorg overigens laat opgemerkt. Ik wil sneller inzicht hebben in de realisatiecijfers zodat eerder inzichtelijk is wat de ontwikkelingen in de sector zijn. Ik denk daarbij aan het verkorten van de termijn waarop door zorgaanbieders producten kunnen worden gedeclareerd bij de verzekeraar en vermindering van de termijnen van de onderhandelingen. In de praktijk vinden in het najaar nog onderhandelingen plaats over achterliggende jaren. In mijn gesprek met zorgverzekeraars en ziekenhuizen over hun rol bij een beheerste groeiontwikkeling van de uitgaven in de zorg wil ik hierover afspraken maken.

Ook veldpartijen zijn erbij gebaat dat in de komende jaren sprake zal zijn van een beheerste macro-uitgavenontwikkeling. Daarom ben ik met veldpartijen in gesprek om afspraken te maken over het beheersen van de macro-omzetontwikkeling (onder de voorwaarde dat de wachttijden onder de Treknormen blijven) om daarmee een stabiele financiële omgeving te creëren, zodat de noodzakelijke transitie eenvoudiger kunnen plaatsvinden. Ook ben ik met hen in gesprek over het verbeteren van de kwaliteit, veiligheid en gepast gebruik van zorg en de transparantie daarover. Dit laatste ter voorkoming van vermeende zorg door diagnose-inflatie (zichtbaar via onverklaarbare praktijkvariatie) en complicaties en heropnames als gevolg van onveilig handelen.

Categorale instellingen

De longastma- en epilepsiecentra hebben voor wat betreft de ontwikkeling van hun productstructuur het afgelopen jaar belangrijke vorderingen gemaakt, maar zijn nog minder ver dan de algemene ziekenhuizen (zie daarvoor de passage over DOT later in deze brief). Hoewel ook voor deze sectoren het perspectief van prestatiebekostiging blijft bestaan, zijn deze sectoren nog niet klaar om per 2012 al de overstap naar prestatiebekostiging te kunnen maken. Daarom zullen deze sectoren in 2012 nog bekostigd worden op basis van de bestaande systematiek. Wel zal men overgaan op financiering op basis van de nieuwe productstructuur.

Voor wat betreft de overige categorale instellingen (instellingen voor audiologie, dialyse, radiotherapie en revalidatie) hanteer ik het uitgangspunt dat de overstap naar prestatiebekostiging gelijktijdig met de algemene ziekenhuizen zal plaatsvinden waar dat verantwoord kan. Daarover vindt momenteel nog overleg plaats met de betreffende sectoren.

Aanpassingen wetgeving

Voor de realisatie van het in deze brief beschreven eindperspectief en overgangsmoedel moeten de WMG, Zvw en WBMV per 2012 worden aangepast. Hiervoor ligt een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer. Ongeveer gelijktijdig met deze brief zal de nota naar aanleiding van het verslag bij dit wetsvoorstel en de nota van wijziging aan de Tweede Kamer worden gestuurd. Om de voorstellen in deze brief mogelijk te maken moeten de genoemde wetswijzigingen per 2012 van kracht zijn.

Een verantwoorde transitie voor verzekeraars

Zoals eerder opgemerkt is de rol van verzekeraars cruciaal voor het welslagen van de transitie naar het eindmodel en het eindmodel zelf. Het versterken van de prikkels aan de vraagzijde is daarmee een zeer belangrijk onderdeel van de te nemen stappen onder gelijktijdige verbetering van het ex ante risicovereveningsmodel. Daartoe zullen – conform het regeerakkoord – de ex post compensaties in het risicovereveningssysteem verantwoord en in samenhang met de veranderingen in de ziekenhuisbekostiging in de transitieperiode worden afgeschaft.

Het concrete transitiepad dat ik voor ogen heb ziet er als volgt uit:

Parallel met de invoering van prestatiebekostiging voor ziekenhuizen zal de risicodragendheid van verzekeraars verder worden vergroot. Conform de begroting 2011 en mijn eerdere brief «zorg die werkt» wordt de macronacalculatie per 2012 volledig afgeschaft met flankerend beleid. Daarnaast worden de overige ex compensaties conform het volgende pad afgeschaft:

- 2012: volledige afschaffing hogekostenverevening, onder gelijktijdige verbetering van het ex ante vereveningsmodel;
- 2012–2014: geleidelijke afschaffing nacalculatie variabele ziekenhuis-kosten. Jaarlijks zal een verantwoorde en betekenisvolle stap gezet worden.
- 2012–2015: volledige afschaffing van de bandbreedteregeling. Jaarlijks zal een verantwoorde en betekenisvolle stap gezet worden.

Er vindt, zoals in de vorige paragraaf van deze brief vermeld, overleg plaats met zorgverzekeraars, ziekenhuizen en zelfstandige klinieken over een arrangement gedurende een beperkte overgangsperiode. Dit arrangement richt zich op een betere beheersing van de volumeontwikkeling in de zorg en op verbetering van kwaliteit, veiligheid en gepast gebruik van zorg. De afspraken die tussen de genoemde partijen gemaakt worden, zouden tot een andere fasering van de afbouw van de ex post mechanismen kunnen leiden, ook met dit aangepaste afbouwpad zullen de ex post compensaties per 1-1-2015 volledig afgebouwd zijn.

DOT

Een belangrijke voorwaarde voor de overstap naar prestatiebekostiging is dat de prestaties die bekostigd moeten worden goed gedefinieerd zijn. De huidige structuur met circa 30 000 Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) voldoet niet aan die voorwaarde. Invoering van de nieuwe productstructuur (DOT) met circa 4 000 zorgproducten is daarom een noodzakelijke voorwaarde om de overstap van budget- naar prestatiebekostiging te kunnen maken.

De zorgproducten onder DOT zijn beter medisch herkenbaar en meer kosten- en werklathomogeen dan de huidige DBC's. De medische herkenbaarheid van de zorgproducten onder DOT stimuleert de totstandkoming van meer samenhang en coherentie in het zorgaanbod en maakt (samen met de grotere kosten- en werklathomogeniteit) onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars beter mogelijk. Een andere verbetering is dat de feitelijke behandeling bepalend is voor de definiëring van het zorgproduct en niet meer het type specialist dat de behandeling uitvoert. De huidige DBC's zijn te zeer vanuit de verschillende specialismen opgezet en niet vanuit de patiënt met zijn of haar aandoening.

Over de voortgang van het DOT-traject hou ik u via voortgangsrapportages steeds op de hoogte.¹ De doorontwikkeling van DOT en de

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 29 248, nr. 167.

verschillende fasen van de DOT-simulaties, waarover u in deze rapportages hebt kunnen lezen, verlopen voorspoedig. De DOT-productstructuur is aan de hand van inbreng van verzekeraars en ziekenhuizen inmiddels aantoonbaar verbeterd. Op dit moment ligt de focus op het uitvoeren van impactanalyses, zowel door de NZa en DBC-Onderhoud als veldpartijen zelf. De NZa stelt de het gehele DOT-pakket vast op uiterlijk 1 juli. De DOT-productstructuur is geschikt om per 2012 de overstap naar prestatiebekostiging te kunnen maken.

Dure geneesmiddelen

Binnen de prestatiebekostiging zullen de dure geneesmiddelen via zogenaamde add-ons worden bekostigd. Als binnen DOT bij een DBC-zorgproduct een duur geneesmiddel wordt toegepast, wordt deze als add-on – gekoppeld aan een DBC-zorgproduct – gedeclareerd.

Dankzij de add-on bekostiging krijgen verzekeraars waardevolle sturingsinformatie in handen waardoor sturing op doelmatig gebruik (veel) beter mogelijk wordt. De add-ondeclaraties geven inzicht in de hoeveelheid middelen (incl. dosering) die per patiënt wordt gedeclareerd. Zo wordt spiegelinformatie op ziekenhuisniveau verkregen en kan eventuele praktijkvariatie tussen zorgaanbieders inzichtelijk gemaakt worden. Verzekeraars zullen uiterlijk per 2015 volledig risicodragend zijn voor dure geneesmiddelen¹ en hebben daarom (met het oog op de toekomst) ook per 2012 al een belang om het doelmatig gebruik van dure geneesmiddelen te bevorderen.

Daarnaast zullen ook andere waarborgen voor doelmatig gebruik worden ingebouwd. Met o.a. vertegenwoordigers van oncologen en ziekenhuizen worden momenteel afspraken gemaakt over (1) het per 2012 beschikbaar komen van actuele richtlijnen voor de kwalitatieve en doelmatige inzet van dure geneesmiddelen (voor zover die richtlijnen er nog niet zijn) en (2) het per 2012 op transparante wijze inzichtelijk maken door behandelaren/ ziekenhuizen van de mate van richtlijnconform handelen (dan wel het gemotiveerd afwijken daarvan). Daarnaast is sprake van het – via zogenaamde registraties – actief monitoren door behandelaren/ ziekenhuizen van behandeluitkomsten, teneinde het effectief en doelmatig gebruik van dure geneesmiddelen te bevorderen en in behandelrichtlijnen vast te leggen, dan wel om beter geïnformeerde pakketbeslissingen te nemen. Ik ga de NZa vragen te onderzoeken in hoeverre de genoemde registraties – en mogelijk ook andere genoemde waarborgen – onderwerp kunnen zijn van de declaratiebepalingen binnen de add-onsystematiek.

Verder werk ik aan een nieuw systeem voor snelle, maar voorwaardelijke opname in het verzekerde pakket van dure intramurale en dure extramurale geneesmiddelen. Onzekerheden over de therapeutische meerwaarde en kostenrisico's bij opname in het pakket van innovatieve («single-source») dure geneesmiddelen zullen in dat systeem onderzocht worden door afspraken met partijen over vervolgonderzoek in de praktijk, «pay for performance» constructies en/of prijs(/volume)afspraken. Ik verwacht uw Kamer hier voor de zomer over te informeren.

De inzet is dat een behandeling met een duur intramuraal geneesmiddel alleen als add-on kan worden gedeclareerd als die behandeling bij de betreffende toepassing ook verzekerde aanspraak is. Dat vereist dat specifiek wordt omschreven bij welke ziektebeelden deze intramurale dure geneesmiddelen worden vergoed. Ik zal het College voor zorgverzekeringen vragen hoe dit binnen de regelgeving verankerd kan worden zodat dit bij invoering van de add-onsystematiek per 2012 geborgd kan worden. Daarbij dient ook het doelmatigheidsonderzoek dat nu nog in het kader

¹ Dit geldt ook voor IC-zorg.

van de NZa beleidsregels dure en weesgeneesmiddelen wordt uitgevoerd, verankerd te worden.

In 2012 lopen de zorgverzekeraars in het risicovereveningsmodel nog geen risico over de dure geneesmiddelen omdat er geen informatie beschikbaar is voor de bepaling van de gewichten in het ex ante risicovereveningsmodel. De add-ons zullen in 2012 en de jaren daarna nog maximumtarieven krijgen. Om uitvoeringstechnische redenen kunnen deze door de NZa voor 2012 alleen op basis van de zogenaamde lijstprijzen (de advies apotheekeinkoopprijzen van de geneesmiddelenproducenten) worden vastgesteld. De macrobudgettaire risico's die eventueel met deze twee zaken samenhangen worden automatisch gemitigeerd, omdat de dure geneesmiddelen meelopen onder het «transitiebedrag-model» (zie eerder in deze brief). Daarnaast vallen de dure geneesmiddelen ook onder het macrobeheersinstrument en wil ik de dure geneesmiddelen deel laten uitmaken van de afspraken met de veldpartijen over een beheerste omzetgroei.

Per 2013 zullen verzekeraars beschikken over de eerste add-on declaraties. Daarnaast wil ik per 2013 in de add-on tarieven een directe prikkel inbouwen voor doelmatige inkoop door de maximumtarieven een afslag te geven op basis van de inkoopkortingen die ziekenhuizen met fabrikanten uitonderhandelen. Ik vraag de NZa een onderzoek te starten naar behaalde inkoopkortingen op dure geneesmiddelen over 2011, zodat deze afslagen adequaat kunnen worden vastgesteld.

Kapitaallasten

Binnen een systeem van prestatiebekostiging maken de kapitaallasten deel uit van de tussen zorgaanbieders en verzekeraars afgesproken integrale prijzen. Voor wat betreft de vaststelling van de maximumtarieven voor het gereguleerde segment kies ik er (conform het advies van de NZa)¹ voor om de NZa per 2014 een gedifferentieerde, landelijke kapitaallastenvergoeding in de tarieven te laten verwerken, waarbij wordt aangesloten bij de gemiddelde kapitaallasten in de sector. Ik zal de NZa verzoeken om de uitwerking van deze aanpak ter hand te nemen en daarbij kwantitatief inzicht te geven in de te verwachten financiële gevolgen op macroniveau. Ik zal de NZa vragen om voor de jaren 2012 en 2013 vast te houden aan de manier waarop op dit moment de kapitaallasten in de DBC-tarieven verwerkt zijn (dat wil zeggen door middel van een vaste procentuele opslag). Overigens blijft ook de bestaande overgangsregeling kapitaallasten van kracht. Ik zal de NZa verzoeken om de werking van de overgangsregeling uit te breiden naar de categorale instellingen.

Afsluiting

Met het pakket aan maatregelen dat ik in deze brief heb uiteengezet heb ik er vertrouwen in dat ik een belangrijke beleidsdoelstelling kan realiseren: het verantwoord invoeren van prestatiebekostiging, inclusief het verantwoord toe laten nemen van de risicodragendheid van verzekeraars. Daarmee worden de essentiële stappen gezet naar een toekomstbestendige ziekenhuiszorg. Door deze stappen te nemen zal de dynamiek in de sector, die de afgelopen jaren op gang gekomen is, de impuls krijgen die nodig is om de uitdagingen die als gevolg van de vergrijzing op ons afkomen zo goed mogelijk op te vangen.

¹ Nederlandse Zorgautoriteit, *Uitvoerings-toets «Van budget naar prestatie»*, Utrecht, oktober 2009.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers

Ik wil de zorg per 2012 onderverdelen in drie (prijs)segmenten: een vrij segment, een gereguleerd segment en een vast segment. In het nu volgende beschrijf ik voor ieder segment welk type zorg via dat segment bekostigd zal worden en hoe de bekostiging in dat segment zal worden vormgeven.

Het vrije segment

In het vrije segment is – net als in het huidige B-segment – zorg opgenomen met een prijs die vrij onderhandelbaar is. Ook het volume is in dit segment onderhandelbaar. Verzekeraars kunnen in het vrije segment prikkels tot volumebeheersing inbouwen door met zorgaanbieders afspraken te maken over het gebruik van zogenaamde degressieve tarieven (tarieven die lager worden naarmate het geleverde zorgvolume toeneemt), afspraken te maken over het volgen van richtlijnen en protocollen en selectief zorg in te kopen.

Net als nu in het B-segment zullen de kapitaallasten integraal deel uitmaken van de prijzen in het vrije segment. Per 1-1-2015 maken ook de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten integraal deel uit van de prijzen in het vrije segment en de deelregulering die nu op de honoraria van toepassing is, te laten vervallen.

Het B-segment c.q. vrije segment zal per 2012 worden uitgebreid. Uitgangspunt hierbij is dat de continuïteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg niet in het geding mag komen. Om dit te borgen hanteert de NZa twee criteria die gelden voor overheveling van zorg naar het vrije segment. Deze zijn:

1. De productstructuur is voldoende stabiel (met stabiliteit wordt bedoeld dat producten medisch herkenbaar en kosten- en werklasthomogeen zijn). Hiermee wordt geborgd dat er een duidelijk herkenbaar product is waarover zorgaanbieder en zorginkoper onderling tot een prijs kunnen komen;
2. Er zijn geen belangrijke machtsonevenwichtigheden in de marktverhoudingen. Hiermee wordt geborgd dat de zorgaanbieder niet in een positie is om een onredelijk hoge prijs te bedingen.

Zorg die aan beide criteria voldoet zou in het kader van een uitbreiding in ieder geval naar het vrije segment kunnen worden overgeheveld.

Rekening houdend met dit uitgangspunt vinden de NZa en veldpartijen nu 70% van de zorg geschikt voor vrije prijsvorming per 2012. De vrije prijsvorming zal daarom per 2012 tot 70% worden uitgebreid.

Het gereguleerde segment

De zorg in het gereguleerde segment wordt bekostigd op basis van declarabele zorgprestaties met integrale maximumtarieven. Over het volume en over de prijs onder het maximum kan worden onderhandeld. Verzekeraars en zorgaanbieders kunnen ook in het gereguleerde segment gebruik maken van degressieve tarieven.

Net als in het vrije segment maken de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten per 1-1-2015 integraal deel uit van de prijzen in het vrije segment en komt de deelregulering die nu op de honoraria van toepassing is, te vervallen.

Net als in het vrije segment zullen ook in het gereguleerde segment de kapitaallasten per 2012 deel uitmaken van de tussen zorgaanbieders en verzekeraars afgesproken integrale prijzen. Voor wat betreft de vaststelling van de maximumtarieven (die bindend zijn voor de prijsonderhandelingen) zal ik de NZa vragen om voor de jaren 2012 en 2013 vast te houden aan de manier waarop op dit moment de kapitaallasten in de DBC-tarieven verwerkt zijn (dat wil zeggen door middel van een vaste procentuele opslag). Voor 2014 kies ik – conform het advies van de NZa¹ – voor het verwerken van een (naar DBC-zorgproducten) gedifferentieerde, landelijke kapitaallastenvergoeding in de maximumtarieven te verwerken, waarbij wordt aangesloten bij de gemiddelde kapitaallasten in de sector.

De zorg die via het gereguleerde segment zal worden bekostigd, betreft in de eerste plaats DBC-zorgproducten die niet geschikt zijn voor volledig vrije prijsvorming omdat in het betreffende deel van de zorg sprake is van een relatief geconcentreerd zorgaanbod met hoge toetredingsdrempels. Het gaat hierbij in elk geval om zorgfuncties die onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) vallen.

Ten tweede kan het gaan om de kosten van onderdelen van een behandeling die niet goed in de reguliere DOT-systematiek kunnen worden opgenomen omdat ze tot een te grote kostenspreiding per DBC-zorgproduct zouden leiden. Deze kosten kunnen – gekoppeld aan een DBC-zorgproduct – worden gedeclareerd via zogenaamde add-ons. Onderdelen van een behandeling die op deze manier bekostigd zullen worden zijn de gebruikte dure en weegeneesmiddelen en de zorg op de intensive care (IC). Add ons voor dure en weegeneesmiddelen en intensievecarezorg krijgen per 2012 een maximumtarief.

Het vaste segment

Het algemene uitgangspunt dat ik bij de afbakening van het vaste segment wil hanteren bij de indeling van de zorg in de verschillende segmenten is dat ik zo veel mogelijk functies via DBC-zorgproducten of add ons wil bekostigen, dat wil zeggen: via het vrije en gereguleerde segment. Een deel van de zorg is echter niet geschikt om (geheel) op deze manier te bekostigen. Deze zorgfuncties wil ik daarom – in elk geval deels, maar indien nodig geheel – via het zogenaamde «vaste segment» bekostigen.

Functies die ik voornemens ben in aanmerking te laten komen voor (gedeeltelijke, dan wel volledige) bekostiging via het vaste segment, zijn in beginsel functies die nu uit het ziekenhuisbudget worden bekostigd en onder de reikwijdte van de Wmg vallen en niet of onvoldoende zouden blijven bestaan als deze (uitsluitend) via de tarieven van declarabele prestaties zouden worden bekostigd. De hiertoe noodzakelijke uitbreiding van het instrumentarium van de WMG is opgenomen in de AIB WMG.² De basis voor de vaststelling van de vergoedingen voor zorgfuncties in het vaste segment, wordt gevormd door productie-onafhankelijke, genormeerde kosten. Deze vergoedingen zullen rechtstreeks uit het Zorgverzekeringsfonds aan zorgaanbieders betaald gaan worden. Het CVZ zal deze betalingen moeten gaan verzorgen.

Op grond van deze algemene uitgangspunten en conform het advies van de NZa in haar eerdere uitvoeringstoets³ (van oktober 2009), kom ik tot de volgende lijst van functies die ik in aanmerking wil laten komen voor (gedeeltelijke) bekostiging via het vaste segment.⁴ In lijn met de uitvoeringstoets van de NZa maak ik binnen deze lijst onderscheid tussen functies die per 2012 geheel via het vaste segment bekostigd kunnen gaan

¹ Nederlandse Zorgautoriteit, *Uitvoeringstoets «Van budget naar prestatie»*, Utrecht, oktober 2009.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 32 393, nr. 1–3.

³ Nederlandse Zorgautoriteit, *Uitvoeringstoets «Van budget naar prestatie»*, Utrecht, oktober 2009.

⁴ Ik treed hierover nog in overleg met de Europese Commissie.

worden en functies die deels ook via het vrije en/of gereguleerde segment bekostigd kunnen gaan worden.

Zoals gezegd ben ik voornemens een aantal functies geheel via het vaste segment te bekostigen. Dit zijn functies waarvoor geen declarabele prestaties (DBC-zorgproducten of add ons) beschikbaar zijn. Dit betreft:

- donoruitnameteams
- een calamiteitenhospitaal
- helikoptervoorzieningen voor traumazorg
- het ontwikkelen van de kennisfunctie en coördinatie van de trauma(ke-ten)zorg en het opleiden trainen en oefenen ten behoeve van rampen.

Andere functies wil ik *deels* via het vaste segment bekostigen, omdat hiervoor ook declarabele zorgprestaties bestaan. Deze functies zijn:

- spoedeisende hulp
- traumazorg
- brandwondenzorg

Uitgangspunt bij deze laatstgenoemde functies is, dat bekostiging in principe via declarabele prestaties (DBC-zorgproducten en eventueel add ons) plaatsvindt en dat gedeeltelijke bekostiging via het vaste segment *alleen* kan plaatsvinden als (en voor zover) de (genormeerde) kosten van de beschikbaarheid van het betreffende aanbod onvoldoende uit declarabele prestaties kunnen worden gedekt. Dit uitgangspunt heb ik ook meegegeven aan de NZa en wordt door de NZa onderschreven. Door alleen de meerkosten van beschikbaarheid te vergoeden, wordt voorkomen dat er dubbel wordt betaald en een ongelijk speelveld ontstaat tussen zorgaanbieders.

Als voorbeeld noem ik de spoedeisende hulp (SEH). Vergelijkbaar aan de huidige situatie wil ik aanbod van spoedeisende hulp alleen voor (gedeeltelijke) bekostiging via het vaste segment in aanmerking kunnen laten komen, voor zover dat aanbod noodzakelijk is om deze functie(s) voldoende beschikbaar te houden, waarbij doorslaggevend is of het betreffende aanbod nodig is om aan de zogenaamde 45-minutennorm te voldoen (gebaseerd op analyses van het RIVM). Indien dat zo is, kan de aanbieder van dat aanbod alleen voor een beschikbaarheidsvergoeding in aanmerking komen, indien hij onvoldoende omzet genereert om de spoedeisendehulpfunctie redelijkerwijs kostendekkend in stand te kunnen houden.

Behalve de bovengenoemde functies, die nu uit de ziekenhuisbudgetten worden bekostigd, wil ik ook de zogenaamde «academische component» per 2012 onder het vaste segment brengen. Tot slot ben ik, zoals gemeld in het kabinetsstandpunt op de evaluatie van het Opleidingsfonds en het CBOG (zie de Arbeidsmarktbrief van 4 maart 2011 met kenmerk MEVA/ABA-3054508) ook voornemens om de huidige aparte systematiek van begrotingsfinanciering van de medische vervolgopleidingen op redelijk afzienbare termijn te vervangen door een wijze van bekostiging en financiering via het vaste segment.¹

Voor 2012 wil ik de NZa vragen om zowel qua hoogte van de vergoeding als wat betreft de ontvangende aanbieders nog zo veel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande situatie (i.e. de bestaande budgetten). Voor wat betreft de academische component zal de NZa van VWS een opgave ontvangen over de hoogte en toedeling aan zorgaanbieders. De beschikbare middelen voor de academische component zoals nu verwerkt in de begroting zijn daarvoor leidend. Voor wat betreft de hoogte en de toedeling van de beschikbaarheidsbijdrage voor de spoedeisende hulp wil

¹ Ook over deze twee zaken treed ik nog in overleg met de Europese Commissie.

ik de NZa verzoeken om voor 2012 aan te sluiten bij de situatie zoals die in 2011 geldt voor de beschikbaarheidstoeslag voor de kleine ziekenhuizen.

Verder draag ik de NZa op nieuwe kostenberekeningen te maken voor de vaststelling van de beschikbaarheidsbijdragen voor de periode daarna.