

Vergaderjaar 2010–2011

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 213

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 juni 2011

Als reactie op de motie Dijkstra (TK 2010–2011, 29 248, nr. 194) stuur ik u de bijgevoegde voortgangsrapportage. De motie Dijkstra verzoekt de regering, specifieke, meetbare, realistische en tijdgebonden doelstellingen te formuleren voor de periode 2011–2015 en jaarlijks tussentijds te rapporteren over de voortgang. De doelstellingen moeten tenminste betrekking hebben op de volgende onderwerpen:

- de implementatiegraad van uitkomstindicatoren (prestaties) in de ziekenhuiszorg;
- de implementatiegraad en stabiliteit van dbc-zorgproducten(DOT's);
- de ontwikkeling van evenwichtige marktverhoudingen;
- de te bereiken prijsdaling(en) en volumebeperking(en) in het zogenaamde B-segment;

De bijgevoegde voortgangsrapportage is de eerste uitwerking.

Tevens is deze brief de voortgangsrapportage op het gebied van invoering DOT, prestatiebekostiging en ontwikkelingen in het B-segment zoals deze de afgelopen periode elk half jaar aan de Tweede kamer is gestuurd als reactie op motie van der Veen (TK 29 248, nr. 57).

Over de te bereiken verbeteringen in de risicoverevening ex ante en de daarmee gepaard gaande afname van expostcompensaties binnen de risicoverevening, waardoor de risicodragendheid van verzekeraars toeneemt, zal ik u, conform de motie, in september een brief sturen.

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

Deze voortgangsrapportage is een combinatie van de motie Van der Veen (TK 29 248, nr. 57), die mij vraagt om de Tweede Kamer halfjaarlijks te informeren over de ontwikkelingen op het terrein van DOT, invoering prestatiebekostiging en ontwikkelingen in het B-segment, en de motie Dijkstra (TK 29 248, nr. 194) die vraagt om het formuleren van doelstellingen voor de periode 2011–2015, tussentijdse metingen en informatie over het behalen van deze doelstellingen. Vanwege de overlap tussen deze twee moties is gekozen om deze samen te voegen tot één voortgangsrapportage. Naast deze voortgangsrapportage zal zoals gebruikelijk de marktscan Zorgverzekeringsmarkt (zomer 2011) en de marktscan Medisch Specialistische Zorg (eind 2011) aan de Tweede Kamer worden aangeboden zodra ik deze van de Nederlandse Zorgautoriteit heb ontvangen. In deze voortgangsrapportage worden de volgende onderwerpen besproken:

1. Implementatiegraad en stabiliteit van zorgproducten (DOT) en invoering prestatiebekostiging;
2. Implementatiegraad van uitkomstindicatoren voor kwaliteit;
3. Ontwikkeling van evenwichtige marktverhoudingen;
4. Kostenontwikkelingen in de medisch specialistische zorg;

1. Implementatiegraad en stabiliteit van zorgproducten (DOT) en invoering prestatiebekostiging

Deze voortgangsrapportage geeft inzicht in de stappen die gezet worden in de verbetering van de implementatiegraad en stabiliteit van zorgproducten ten behoeve van de overgang naar de prestatiebekostiging. Voor de verschillende onderwerpen zijn doelstellingen geformuleerd en wordt aangegeven wat VWS doet om deze doelen te bereiken.

Branchepartijen zijn het erover eens dat de zorg kwalitatief beter en efficiënter wordt als zorgaanbieders worden beloond voor hun prestaties in plaats van een vast budget. Voorwaarde is wel dat prestaties goed worden gedefinieerd. De door medisch specialisten ontwikkelde DBC's van de eerste generatie waren de eerste stap; zorgproducten zijn de volgende stap.

De doelstelling op het gebied van DOT is het invoeren van nieuwe prestaties waarmee zorgverzekeraars en zorgaanbieders goed kunnen werken en over kunnen onderhandelen. De huidige grote hoeveelheid van zorgprestaties (DBC's) wordt vervangen door een veel kleiner, veel transparanter en minder bureaucratisch systeem (DOT). Deze nieuwe prestaties zijn medisch beter herkenbaar, specialismenoverstijgend en houden meer rekening met zorgzwaarte en daarmee de werkelijke kosten. Het risico op upcoding (declareren van een duurdere DBC dan de werkelijke diagnose en behandeling) wordt kleiner. De stabiliteit van producten onder DOT is daarnaast groter vanwege de betere kostenhomogeniteit en medische herkenbaarheid.

Doelstelling 2011–2014

2011	In 2011 treffen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, DBC Onderhoud en de NZa voorbereidingen voor het invoeren van de nieuwe zorgproducten. VWS zal de voortgang van implementatie bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars nauwgezet monitoren.
2012	In 2012 wordt de nieuwe productstructuur ingevoerd die als basis dient voor het belonen naar prestaties.
2012–2013	Zodra de nieuwe zorgproducten zijn ingevoerd kan begonnen worden met de doorontwikkelagenda die gezamenlijk met het veld is opgesteld. Delen van de productstructuur die nog niet voldoende stabiel zijn, zoals kindergeneeskunde kunnen nog verder worden doorontwikkeld. Ook zal er gekeken worden of er voor bijvoorbeeld zorgzwaarte (complexiteit van behandeling) nog aanvullende acties nodig zijn, waarbij te denken valt aan het registreren van nevendiaagnoses van de patiënt. Ook de koppeling van prestaties aan uitkomstindicatoren is een belangrijk punt van aandacht, zodat de kwalitatief goede zorg beter kan worden beloond. Bij de invoering van prestatiebekostiging en DOT is er voor twee jaar een overgangsmodel, dat in 2012 95% van het verschil tussen het schaduw-FB en DOT dekt-omzet en in 2013 wordt dit afgebouwd naar 70%.
2014	Het doel is om in 2014 de punten die door het veld zijn aangedragen voor doorontwikkeling van de nieuwe zorgproducten een plaats te hebben gegeven in de nieuwe productstructuur, zodat er goede prestatiebeschrijvingen zijn waar zorgverzekeraars en zorgaanbieders optimaal mee kunnen werken en de juiste prestaties worden beloond.
structureel	Ook na 2014 zullen aanpassingen plaatsvinden om het systeem up-to-date te houden en innovaties te accommoderen, dit zal dan plaatsvinden op verzoek van het veld volgens de reguliere cyclus voor wijzigingsverzoeken.

Stand van Zaken

Sinds het Algemeen Overleg van 6 april in de Tweede Kamer heeft het veld de voorbereidingen van DOT voortgezet. De invoering van het nieuwe systeem van ziekenhuisdeclaraties, DOT, is een stap dichterbij. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de productstructuur van de nieuwe zorgproducten positief beoordeeld.¹ Deze circa 4 400 nieuwe zorgproducten vervangen met ingang van 2012 de ruim 30 000 bestaande diagnose behandeling combinaties. DBC onderhoud zal in juli de zorgproducten met bijbehorende tarieven uitleveren. De honorariumcomponent zal vanwege de herijking van de honorariumtarieven in september worden uitgeleverd.

Daarnaast heeft de NZa een consultatiedocument² opgesteld voor de verdere uitwerking van prestatiebekostiging en het beheersmodel. Dit consultatiedocument heeft de NZa besproken met het veld op 1 juni tijdens een consultatiebijeenkomst. Ik zal op korte termijn een aanwijzing geven aan de NZa om beleidsregels op te stellen voor de invoering van prestatiebekostiging en het beheersmodel, alsmede de invoering van DOT. Dit is onder voorbehoud dat het Wetsvoorstel AIB WMG in werking treedt. Het wetsvoorstel AIB WMG is op 16 juni jongstleden behandeld in de Tweede Kamer.

Ter voorbereiding op de invoering van de nieuwe zorgproducten moeten ziekenhuizen en zorgverzekeraars veel werk verzetten. Op 23 juni organiseert VWS een congres voor bestuursleden van ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Deze dag zal in het teken staan van prestatiebekostiging en DOT. Ook zal er in juni en oktober een stoplichtenrapportage uitgevoerd worden naar de stand van zaken van de implementatie van DOT bij zorgaanbieders. Vragen die gesteld worden in deze enquête onder zorgaanbieders zijn onder andere of de organisatie voldoende klaar is voor DOT, of de ICT en registratie gereed zijn en of ziekenhuizen er klaar voor zijn om in het najaar de onderhandelingen te starten met de zorgverzekeraars. De functie hiervan is om te meten hoe ver zorgaanbieders zijn met de implementatie van DOT en te ontdekken op welke punten mogelijk bijgestuurd of het veld ondersteund moet worden. De implementatie van DOT blijft de verantwoordelijkheid van het veld.

¹ NZa Rapport, Beoordeling productstructuur DOT, 13 april 2011 (www.nza.nl).

² Rapport NZa, Consultatiedocument Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg, 25 mei 2011 (www.nza.nl).

Streven is dat alle zorgaanbieders voldoende voorbereidingen hebben getroffen zodat zij DOT per 1 januari 2012 zonder problemen in kunnen voeren.

Ter voorbereiding op invoering DOT zullen er uitvoerig analyses worden gedaan om de financiële effecten van DOT op verschillende niveaus (specialisme, ziekenhuis, type ziekenhuis, macro) in beeld te brengen. Daarnaast heeft de NZa analyses laten uitvoeren ten behoeve van het formele beoordelings- en vaststellingstraject. De NZa concludeert in haar beoordeling van de kostentarieven van DOT dat deze geschikt zijn om per 2012 in te voeren. De NZa heeft daarnaast analyses gemaakt van de financiële impact voor ziekenhuizen als zij per 2012 overgaan naar prestatiebekostiging en DOT. Ziekenhuizen krijgen dan geen budget meer, maar worden beloond naar (DOT-)prestatie door de zorgverzekeraar. De NZa tekent hierbij wel aan dat de analyses deels gebaseerd zijn op veronderstellingen over de verwachte ontwikkelingen.

Op basis van de analyses lijken de effecten op macroniveau gering. Dat beeld geldt ook voor de algemene en topklinische ziekenhuizen. Lokaal kunnen de financiële gevolgen groter zijn, zowel in positieve als negatieve zin. Met name de Universitair Medische Centra (UMC's) laten een grotere geschatte omzetsdaling zien. De NZa merkt daarbij op dat de bron van de effecten vooral bij de vervanging van budget- door prestatiebekostiging ligt en niet bij de invoering van DOT. Op basis van de huidige DBC's zou de omzetsdaling namelijk nog groter zijn geweest, aangezien specialistische productie niet goed in het DBC-systeem is opgenomen. Doordat in DOT onder andere vanwege exportproducten meer specialistische zorg in producten is gevat, zijn de risico's met de invoering van DOT verkleind. De NZa ziet voldoende oplossingen voor instelling om eventuele omzetmutaties bij de overgang naar prestatiebekostiging het hoofd te bieden. Zo is voor 2012 en 2013 in de ziekenhuiszorg een overgangregeling opgesteld. In 2012 krijgen ziekenhuizen nog 95% van het omzetverschil met het huidige budget gecompenseerd, en in 2013 70%. Voor de overheid ligt de opgave om de DOT-systematiek de komende jaren door te ontwikkelen, met name in het segment waar de tarieven gereguleerd blijven. De NZa werkt samen met DBC Onderhoud en veldpartijen aan de verdere verbetering van de zorgproducten. Daarbij wordt met name de gespecialiseerde zorg, die de UMC's leveren, nog beter gedefinieerd. Het consultatiedocument over de beoordeling van DOT en bijbehorend rapport over de financiële impact is gepubliceerd op de website van de NZa. Ten slotte kunnen verzekeraars en ziekenhuizen vanaf volgend jaar over 70% van de zorg vrij onderhandelen over prijzen en volume en hebben zij daarmee ook een eigen verantwoordelijkheid om naar passende oplossingen te zoeken.

Op 1 juli wordt het hele pakket voor de invoering van DOT aan het veld uitgeleverd, uitgezonderd de honorariumcomponenten voor medisch specialisten. Deze worden per 1 september opgeleverd.

Na het zomerreces zal ik van de NZa de evaluatie van het experiment DOT bij de Sint Maartenskliniek ontvangen. Het experiment DOT bij de NZa houdt onder andere in dat de Sint Maartenskliniek met zorgverzekeraars proefonderhandelingen voert op basis van DOT-zorgproducten. De aanbevelingen die voortvloeien uit de proefonderhandeling op basis van DOT-producten zullen met het veld gedeeld worden, zodat zij zich goed kunnen voorbereiden op de onderhandeling op basis van DOT producten. Daarnaast zal de NZa mij adviseren over het voortzetten van dit experiment. Zoals mijn ambtsvoorganger heeft gemeld in de voorhangbrief «Experiment Sint Maartenskliniek» (TK 2010–2011, 29 248, nr. 132) zal het experiment aflopen wanneer DOT en prestatiebekostiging worden ingevoerd. De verwachting is dan ook dat het experiment per 1-1-2012 wordt stopgezet.

2. Implementatiegraad van uitkomstindicatoren voor kwaliteit

Indicatoren van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg worden ontwikkeld en geïmplementeerd in het kader van het programma Zichtbare Zorg (ZiZo) en voor de patiënt beschikbaar gesteld via de portal www.kiesbeter.nl. Op kiesBeter wordt kwaliteitsinformatie over een ziekenhuis gegeven per aandoening (afkomstig uit ZiZo, aangevuld met de scores van de IGZ) en in het algemeen (op basis van de scores van de IGZ). Ook zijn ziekenhuizen verplicht hun kwaliteitsindicatoren te publiceren in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV).

De beschikbare kwaliteitsinformatie bestaat uit zorginhoudelijke indicatoren en klantpreferentievragen. Hiermee wordt op dit moment vooral informatie geleverd over het proces en de structuur van de zorg. Dat geldt voor de drie eerste tranches indicatoren, waarop de informatieuitvraag die op dit moment loopt (over 2010) betrekking op heeft (zie bijlage). Het streven is om meer uitkomstinformatie beschikbaar te stellen. Verder geldt voor alle geleverde informatie dat meer aandacht moet worden besteed aan de bruikbaarheid voor patiënten (de waarde als keuze-informatie) en voor toezichthouders (de waarde als toezichtinformatie).

Doelstelling

Om hier vorm aan te geven is in het kader van het programma Zichtbare Zorg een meerjarenplan gemaakt voor de periode 2011–2014. De insteek van dit plan is in hoofdlijnen:

- De informatiewaarde van de huidige indicatoren kritisch beoordelen, waarbij indicatoren met weinig waarde als keuze- en toezichtinformatie (en een relatief hoge registratielast) worden verwijderd.
- Nieuwe indicatoren en verbeterde bestaande indicatoren beschikbaar stellen op basis van (bestaande) administratieve en klinische registraties.
- Bestaande indicatoren benutten voor vergelijkbare aandoeningen.

Op dit moment wordt aan de sectorale stuurgroepen van het programma Zichtbare Zorg de opdracht gegeven om deze uitgangspunten concreet te verwerken in werkplannen. Deze werkplannen zullen naar verwachting in het najaar gereed zijn.

3. Ontwikkeling van evenwichtige marktverhoudingen

Doelstelling en monitoring

Door de invoering van prestatiebekostiging komt er steeds meer ruimte voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om zelf te bepalen welke zorg er moet worden geleverd, waar en op welke manier. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit van de zorg, waarbij in het gereguleerde segment nog maximumtarieven gelden. Evenwichtige marktverhoudingen zijn voor dergelijke onderhandelingen belangrijk. De zorgverzekeraar moet krachtig genoeg zijn om zorg in te kopen die voldoet aan de wensen van zijn verzekerden en daarbij een niet meer dan nodige prijs- en volumeontwikkeling te bereiken die in lijn is met een houdbaar stelsel. Tegelijkertijd moet de zorgaanbieder in staat zijn een redelijke prijs voor zijn producten of diensten te bedingen die in relatie staat tot de kostprijs en de geleverde kwaliteit. Bij evenwichtige marktverhoudingen hoort ook transparantie over de prijs en de kwaliteit van de geleverde diensten. Alleen dan is de zorgverzekeraar in staat om selectief in te kopen op basis van de prijs-kwaliteitverhouding en de praktijkvariatie terug te dringen en kan de zorgaanbieder de zorgverzekeraar overtuigen van eventuele meerwaarde van zijn diensten. Prestatie-indicatoren vergroten de transparantie en ondersteunen daarmee evenwichtige marktverhoudingen.

De Nederlandse Zorgautoriteit en de Nederlandse Mededingingsautoriteit zien toe op (verstoringen van) evenwichtige marktverhoudingen. Indien er sprake is van onevenwichtige marktverhoudingen bij bepaalde vormen van zorg kan ervoor gekozen worden om in te grijpen in de tariefbepaling en zo de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van zorg te waarborgen. Daarnaast hebben NMa en NZa een rol bij het voorkomen van misbruik van economische machtsposities/ aanmerkelijke marktmacht. Hiervan is sprake wanneer een zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar zoveel macht heeft in de zorgmarkt, dat hij zich onafhankelijk van concurrenten of de wens van consumenten kan gedragen. De NMa toetst daartoe voorgenomen concentraties in de zorg. Indien een voorgenomen concentratie leidt tot een economische machtspositie dan kan de NMa de concentratie tegenhouden. Daarnaast kan de NZa in geval van bestaande machtsposities verplichtingen opleggen. Dit betreft een scala aan verplichtingen, variërend van het opleggen van transparantievereisten tot het opleggen van (specifieke vormen) van prijsregulering. Deze verplichtingen moeten proportioneel zijn: dat wil zeggen dat de maatregelen niet zwaarder mogen zijn dan nodig is om de (verwachte) problemen op te lossen. Voor de inzet van deze bevoegdheden heeft de NZa een beoordelingskader opgesteld. Fusievoornemens van zorgaanbieders zullen beter worden getoetst opdat men bij de beoordeling rekening houdt met de omgeving en dus ook de (toekomstige) patiënten. Het streven is om het wetsvoorstel eind 2011 naar de Tweede Kamer te sturen.

Indicatoren van een evenwichtige marktverhoudingen kunnen zijn het aantal spelers (zorgverzekeraars, zorgaanbieders binnen een regio), de marktaandelen, toetredingsdrempels en het aantal consumenten dat wisselt van zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder. De Nederlandse Zorgautoriteit brengt jaarlijks de marktscan Zorgverzekeringsmarkt en marktscan Medisch specialistische zorg uit, waarbij de NZa over deze punten rapporteert. Daarnaast kan het monitoren van de onderlinge marktverhoudingen plaatsvinden op basis van de uitkomsten; de prijs- en volumeontwikkeling.

Criteria voor evenwichtige marktverhoudingen	Criterium opgenomen in monitor zorgverzekeringsmarkt	Criterium opgenomen in monitor medisch specialistische zorg
Prijs- en volumeontwikkelingen		x
Transparantie van kwaliteit		x
Aantal zorgaanbieders in een regio		x
Aantal zorgverzekeraars	x	
Marktaandeel zorgverzekeraars	x	
% verzekerden dat wisselt van verzekeraar	x	

4. Kostenontwikkelingen in de medisch specialistische zorg

De motie vraagt naar de prijs- en volumeontwikkeling in het B-segment. Het B-segment is het deel van de medisch specialistische zorg waarvoor vrije prijzen van toepassing zijn. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten onderhandelen over kwaliteit, prijs en volume. Per 2012 zal het segment van de medisch-specialistische zorg waar vrije prijzen gelden, het zogenaamde B-segment, dan ook uitgebreid worden naar 70% zoals gemeld in de brief «Zorg die Loont» (TK 2010–2010, 32 620, nr. 6) en de brief van 26 april over de invulling van het B-segment (TK 2010–2011, 32 620, nr. 9). Uitgangspunt hierbij is dat zorg die zich niet leent voor vrije prijzen uit oogpunt van continuïteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid

maximumprijzen blijft houden. Criteria die bij de beoordeling worden gebruikt zijn de stabiliteit van de productstructuur (is het product uitontwikkeld of staat het op de doorontwikkelagenda) en evenwichtige marktverhoudingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Wanneer een product op een later moment wordt doorontwikkeld of als het bijvoorbeeld uitstroomt uit de WBMV kan dit alsnog in aanmerking komen voor overheveling naar het B-segment. Het percentage B-segment is dan ook niet statistisch, maar dynamisch.

Met het afschaffen van de ziekenhuisbudgetten en het invoeren van belonen naar prestatie zal ook in het huidige A-segment sprake zijn van onderhandelingen over prijs, kwaliteit en volume. Om deze reden is deze paragraaf uitgebreid van B-segment naar de gehele medisch specialistische zorg.

Doelstelling

Ik streef naar een gematigde prijs- en volumeontwikkeling. De ambitie daarbij is om op een structurele uitgavengroei uit te komen van 2,5% exclusief loon- en prijsbijstelling. De druk is echter aanzienlijk hoger. De uitdaging is om gezien de demografische groei, vergrijzing en steeds omvangrijkere technologische mogelijkheden de zorg voor iedereen betaalbaar te houden. De stijging van de uitgaven van de zorg zou dus moeten blijven binnen het budgettair kader dat we hiervoor afgesproken hebben. De doelstelling op het gebied van de prijsontwikkeling is om de gunstige prijsontwikkeling van de afgelopen jaren voort te zetten. Daarnaast is het streven dat er sprake is van een goede prijs-kwaliteitverhouding en dat kwalitatief goede zorg beter wordt beloond. De volumeontwikkeling moet recht doen aan de groei die verwacht mag worden op basis van demografische groei, vergrijzing en technologische ontwikkeling. Er zal dus geen sprake zijn van een volumebeperking in de medisch specialistische zorg, maar van een beperking van de groei van het volume. Met andere woorden de kosten van de zorg groeien, maar minder snel dan in eerste instantie wordt verwacht. Om de groei van de zorg te beperken moet doelmatig (geneesmiddelen) gebruik worden gestimuleerd en praktijkvariatie worden teruggedrongen. Daarnaast moeten zorgaanbieders en verzekeraars onder meer afspraken maken over spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties en substitutie van zorg van de tweede naar eerste lijn. Ik heb als onderdeel van het convenant beheersmodel medisch specialisten met de NVZ en de Orde afspraken gemaakt doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen en het terugdringen van praktijkvariatie door ziekenhuizen en medisch specialisten. Met de Orde ben ik op dit moment in gesprek om invulling te geven aan de afspraak om met doelmatig voorschrijven door medisch specialisten een opbrengst van € 30 miljoen te generen. Daarnaast is het beheersmodel medisch specialisten ook van belang voor de kostenontwikkeling voor de medisch specialistische zorg. Door het vooraf opleggen van een maximum omzetplafond worden overschrijdingen van de honoraria van medisch specialisten voorkomen. Zoals ik eerder heb aangegeven ben ik voornemens om met de zorgaanbieders en verzekeraars om afspraken te maken over bovenstaande punten en dit uit te werken in een gezamenlijk plan van aanpak. Ik zal u hierover separaat informeren, zoals toegezegd bij de wetsbehandeling AIB WMG.

Het invoeren van prestatiebekostiging en het vergroten van de risicodragendheid van verzekeraars zal ertoe moeten bijdragen dat verzekeraars selectief en doelmatig inkopen. Door de toename van het deel van de zorg waarvoor vrije prijzen gelden en de invoering van prestatiebekostiging worden zorgaanbieders geprikkeld om efficiënt te werken en kwalitatief goede zorg te leveren.

Op dit moment kan de prijsontwikkeling over 2011 nog niet opgenomen worden in de voortgangsrapportage, omdat nog een deel van de zorgaanbieders en verzekeraars bezig zijn met contractonderhandelingen. Volgens de NZa kan dit openbaar maken van de prijsontwikkeling gedurende het jaar perverse prikkels met zich meebrengen en de prijsonderhandelingen in het B-segment verstoren. Aan het einde van het jaar zal de NZa daarom een monitor uitbrengen over de medisch specialistische zorg, deze monitor zal ook aan de Tweede Kamer worden aangeboden. Er kan nog geen indicatie worden gegeven van de volumeontwikkeling over 2010. De reden hiervoor is dat DBC's één jaar open kunnen staan en we ons baseren op de DBC's geopend in een bepaald jaar, zodat de cijfers over 2010 op dit moment nog niet definitief bekend zijn.

Ik ben voornemens om de financiële informatie op zodanige wijze vorm te geven dat sneller duidelijkheid ontstaat voor de overheid en het veld over de handhaving van het macrobudgettair kader. Binnen VWS wordt in nauwe samenwerking met Financiën binnen de door mij opgerichte Taskforce beheersing zorguitgaven voorstellen ontwikkeld om een versnelling van en verbetering in de financiële informatievoorziening te realiseren. Ook in de gesprekken met de zorgverzekeraars, ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra worden afspraken gemaakt over een betere en meer tijdige informatievoorziening. Dit is in ieders belang. In het najaar zal ik in dat kader de Kamer informeren over de voortgang. Op dat moment zal ik ook meer gedetailleerd op de plannen ingaan.

ZiZo-indicatorsets verplicht in 2011 in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (per jaar wanneer deze zijn ontwikkeld)

Aandoeningen waarvoor in 2008 indicatoren zijn ontwikkeld:

1. Blaascarcinoom
2. Cataract
3. Diabetes
4. Stressincontinentie bij de vrouw
5. Heup vervanging
6. Knie vervanging
7. Liesbreukoperaties
8. LRS
9. Mammacarcinoom
10. Varices
11. Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

Aandoeningen waarvoor in 2009 indicatoren zijn ontwikkeld:

12. Reumatoïde Artritis
13. Beroerte
14. Constitutioneel Eczeem
15. Pijn bij kanker bij volwassenen
16. Pijn bij de bevalling
17. Perioperatief voedingsbeleid
18. Cystic Fibrosis
19. OSAS bij volwassenen
20. Licht Traumatisch Hoofdletsel
21. Chronische Rhinosinusitis
22. Pulmonaal belaste patiënt
23. Colorectaal Carcinoom
24. Coeliakie

Aandoeningen waarvoor in 2010 indicatoren zijn ontwikkeld:

25. Longkanker
26. Maligne lymfoom
27. Prostaatkanker
28. Melanoom van de huid
29. Baarmoederhalsafwijkingen
30. Maagkanker
31. PAOD, Claudicatio
32. Soa: Chlamydia
33. Dementie 45. Hartfalen
34. Aids en HIV positief 46. IBD
35. Meniscus en voorste kruisband 47. Parkinson
36. Hartritmestoornissen (atriumfibrilleren en -flutter)
37. Benigne prostaat hyperplasie
38. Nierstenen
39. Acute urineweginfecties
40. Migraine
41. Carpale Tunnelsyndroom
42. Psoriasis
43. Longontsteking bij volwassenen
44. Osteoporose