

Vergaderjaar 2007–2008

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 49

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 juli 2008

Op 18 juni jongstleden heb ik met u gesproken over DBC's, kapitaallasten en maatstafconcurrentie, onder andere naar aanleiding van mijn brief «Waardering II»¹. In deze brief heeft het kabinet het voornemen gemeld om het B-segment uit te breiden, en bij zijn definitieve besluit de Monitor Ziekenhuiszorg van de NZa leidend te laten zijn.

Hierbij stuur ik u de Monitor Ziekenhuiszorg 2008 (bijlage 1) en mijn hierop gebaseerde standpunt inzake de uitbreiding van het B-segment per 2009². Hiermee voldoe ik tevens aan de toezegging die ik heb gedaan tijdens het mondelinge vragenuur over marktwerking/zorgverzekeringswet³ op 4 maart dat de Kamer voor de zomer en zo mogelijk eerder geïnformeerd wordt inzake de prijsontwikkeling en de volumeontwikkeling.

Monitor Ziekenhuiszorg 2008

Het Kabinet heeft besloten, zoals verwoord is in de brief Waardering II, het B-segment per 2009 uit te breiden tot maximaal 34%. Bij dit besluit is een belangrijk voorbehoud gemaakt. Iedere verdere uitbreiding van het B-segment zal – conform het Coalitieakkoord – vooraf gegaan moeten worden door een zorgvuldige evaluatie van voorafgaande stappen op basis van kwaliteit en toegankelijkheid. De bevindingen van de NZa (Monitor Ziekenhuiszorg 2008) zouden bij het nader bepalen van het percentage dat gemoeid is met het B-segment (in 2009) leidend zijn.

De NZa publiceert jaarlijks de Monitor Ziekenhuiszorg. Deze monitor is een middel om inzicht te krijgen in de prijs- en volumeontwikkelingen, kwaliteit en toegankelijkheid in de ziekenhuiszorg in het deel waarover vrij onderhandeld mag worden. In navolging van de monitor in 2007 heeft de NZa bekeken wat de effecten zijn van de vrije prijsvorming van de ziekenhuiszorg en wat de invloed is op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Het vergroten van de vrijheids- en verantwoordelijkheidsgraden moet immers dienend zijn aan deze belan-

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 248, nr. 47.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

³ Handelingen II, 2007–2008, nr. 58.

gen. Dat is ook de reden waarom wij deze stappen vergezeld laten gaan van een beleid dat zich richt op het inzichtelijk maken van kwaliteitsverschillen en op het verbeteren van de patiëntveiligheid en verstevigen van patiëntenrechten.

De monitor 2008 geeft een goed beeld van de ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg over de periode 2005 tot en met 2007, en inzichten over de prijsontwikkelingen in 2008. Dat is het jaar waarin het B-segment uitgebreid is van 10 naar 20%. De NZa concludeert in de monitor dat er onvoldoende indicaties zijn om te veronderstellen dat de voorgestelde uitbreiding van het B-segment per 1 januari 2009 zal leiden tot negatieve effecten op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De NZa ziet dan ook geen aanleiding terug te komen op haar adviezen inzake uitbreiding van het B-segment van 10 april en 29 mei 2008.

Onderstaand bespreek ik enkele deelgebieden van de monitor.

Aandacht voor kwaliteit

Tijdens de onderhandelingen van 2008 is de aandacht voor kwaliteit via kwaliteitsindicatoren en zorgprofielen toegenomen. Naar mate de zorgverzekeraars meer groeien in hun rol als zorginkoper zullen er meer bindende afspraken komen. Zorgverzekeraars onderhandelen kritischer, zowel over prijs als kwaliteit en het loont ook meer om in expertise ten aanzien van zorginkoop te investeren. In mijn reactie op het advies van de RVZ inzake zorginkoop ga ik verder in op de ontwikkeling van de zorginkoop.

Positief is ook dat er meer kwaliteitsinformatie beschikbaar komt. Wel blijft de daadwerkelijke beschikbaarheid van keuze-informatie nog beperkt. Ik verwacht in dat kader veel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit. Van 1 april tot en met juli 2008 zijn 38 ziekenhuizen gestart met de registratie van de eerste set van tien aandoeningspecifieke indicatoren. Vanaf 2011 moeten voor tachtig aandoeningen (die 80% van de ziekenhuiszorg representeren) indicatoren zijn opgesteld, op basis waarvan het mogelijk is kwaliteitsoverwegingen een rol te laten spelen bij de inkoop van zorg dan wel bij de keuze van een zorgaanbieder. Ik zal u regelmatig informeren over de vorderingen omtrent dit traject.

Toegankelijkheid vergroot

In 2007 is de trend van dalende wachttijden in 2005 en 2006 doorgezet. Per 1 september 2008 zal de vernieuwde informatievoorziening van wachttijden ingaan. Voor uitgebreide informatie over dit onderwerp verwijs ik u naar mijn recente brief met als kenmerk kamerstuk 25 170, nr. 42.

De NZa geeft aan dat keuzeondersteuning een toenemende rol speelt in de relatie tussen patiënt en zorgverzekeraar. De ontwikkelingen op het gebied van de zorginkoop, maar ook de steeds groeiende informatie over kwaliteit spelen bij die keuzeondersteuning een belangrijke rol. Er zijn in toenemende mate voorbeelden van zorgverzekeraars die optreden als regisseur van de zorgverlening voor hun cliënten. Door in 2008 de veldpartijen tijdig in te lichten over diagnose waarover vrij onderhandeld kan worden, zullen de zorgverzekeraars en aanbieders hun onderhandelingen eerder kunnen afronden en hun cliënten in een vroeger stadium informeren.

Gematigde prijsontwikkeling

In de periode 2005–2006 is de reële prijsontwikkeling negatief, in de periode 2006–2007 is deze beperkt. Ook de contractprijzen in 2008 geven een gunstig beeld met een lichte nominale prijsstijging van 0,9% en een reële prijsdaling van 0,2%. Voor de nog niet afgesloten contracten in 2008 verwachten de verzekeraars en zorgaanbieders binnen een bandbreedte van 0 tot 5% te blijven.

Rond de passantenprijzen geldt dat vrijwel alle ziekenhuizen aangeven voornemens te zijn contracten met de zorgverzekeraars af te sluiten. Het niet sluiten van een contract bezorgt het ziekenhuis immers extra financiële lasten en een negatief imago bij de cliënt die dan zelf de rekening ontvangt en, afhankelijk van de polis, deze wellicht niet geheel vergoed krijgt. Dit zal er toe leiden dat voor het overgrote deel van de ziekenhuiszorg contractprijzen worden gehanteerd in plaats van de passantenprijzen (die in 2008 sterker toenemen dan de contractprijzen).

Volumeontwikkeling vlakkt af

Op basis van beschikbare cijfers lijkt de volumetoename in het B-segment in 2007 af te vlakken. Dit duidt er op dat de sterke volumetoename in 2006 voor een belangrijk deel is toe te schrijven aan andere factoren (zoals leereffecten in de registratie, de verlate invoering van het B-segment in 2005 en het wegwerken van wachtlijsten) dan aan overconsumptie van medisch specialistische zorg. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft geen concrete signalen van overbehandeling in het B-segment ontvangen.

Afspraken komen laat tot stand

Een belangrijk aandachtspunt is het tijdstip van totstandkoming van de afspraken tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis. Per 1 mei jongstleden bleek 30% van de ziekenhuizen een contract te hebben afgesloten met de zorgverzekeraars. Voor 1 juni bleek 50% van de ziekenhuizen een contract te hebben afgesloten. Het relatief tijdrovende karakter van de onderhandelingen is terug te voeren op het ver uiteen liggen van de prijzen waarop ziekenhuizen en zorgverzekeraars de onderhandelingen hebben ingestoken. Daarbij speelt ook een aantal ingevoerde veranderingen in de ziekenhuiszorgmarkt een rol. Genoemd zijn onder andere het inschatten van het aandeel van de kapitaallasten in de prijzen, de uitbreiding van het B-segment en de onduidelijkheid rond de budgetschoning.

Moeizame onderhandelingen op basis van prijsverschillen geven aan dat verzekeraars hun rol serieus nemen en daadwerkelijk een doelmatige prijs bij de zorgaanbieder proberen te realiseren. Wel adviseert de NZa tijdig duidelijkheid te verschaffen over de wijze waarop uitbreiding van het B-segment zal plaatsvinden en over de werkwijze van de commissie «nadeelcompensatie afschaffing bouwregime». Ik zal dit advies ter harte nemen. De commissie heeft reeds aangegeven dat ze uiterlijk 1 oktober 2008 haar advies zal opleveren. Daarnaast heeft de NZa aangegeven de schoningsmethodiek zo vorm te geven, dat afronding voor 1 oktober 2008 mogelijk is.

Conclusie

Op basis van de positieve ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de periode 2005–2007 en op basis van de eerste inzichten over 2008, acht ik het verantwoord het B-segment per 2009 uit te breiden.

Motie Van Gerven

Met de onlangs aangenomen motie van de heer Van Gerven (27 659, nr. 102) heeft uw Kamer mij verzocht het besluit tot verdere uitbreiding van de vrije prijsvorming niet te nemen dan nadat de NZa haar monitor ziekenhuiszorg 2008 zou hebben uitgebracht. Bovendien zou een en ander pas in september besloten moeten worden, zodat de Kamer zijn oordeel over de monitor zou kunnen vellen. Deze wens is gemotiveerd vanuit de vrees dat uitbreiding van de vrije prijsvorming zou kunnen leiden tot onnodige kostenstijgingen in de ziekenhuiszorg.

Invoering maatstafinstrument ten behoeve van prijsbeheersing

Aan de zorgen over kostenbeheersing die aan deze motie ten grondslag liggen – en eerder tijdens het AO van 18 juni jongstleden zijn verwoord door de heer Van der Veen – wil ik uiteraard tegemoet komen. Ten eerste door de beslissing inderdaad niet eerder te nemen dan nadat de NZa haar monitor ziekenhuiszorg 2008 had gepresenteerd. Ten tweede door u toe te zeggen dat ik in nauw overleg met de minister van Financiën, zoals reeds gemeld in mijn brief Waardering II, voortvarend zal werken aan het ontwikkelen van een maatstaf/prijsbeheersingsinstrument, zodanig dat dit in 2010 ingevoerd kan worden. De inzet van dit instrument hangt af van de kostenontwikkeling. Indien de ontwikkelingen in het B-segment in 2009 (voor wat betreft volume en/of prijs) toch minder gunstig zijn dan bij het vaststellen van het budgettair kader voor 2009 aan dat segment kan worden toegerekend en daardoor (mede) oorzaak van een overschrijding van het budgettair kader, dan ben ik voornemens om het volledige B-segment onder een prijsbeheersingsregime te brengen. Naast een ex ante evaluatie van de markt, zal nu dus ook een ex post evaluatie de ontwikkeling van de omvang van het B-segment in de toekomst bepalen. Daarbij zullen onverhoopte overschrijdingen over 2009 worden verdisconteerd. Op deze wijze houden wij de ontwikkelingen scherp in de gaten.

Een dergelijk in te voeren systeem zal bovendien zodanig worden opgezet dat het realistisch en effectief is. Dat wil zeggen dat het voldoende moet opbrengen om eventuele overschrijdingen op een realistische en effectieve manier te kunnen dekken en dat het maatstaf- c.q. prijsbeheersingsinstrument uiteraard juridisch houdbaar moet zijn. Hierover zal ik vooraf advies vragen aan de Landsadvocaat. Het prijsbeheersingsinstrument moet verzekeraars en aanbieders de mogelijkheid blijven geven te onderhandelen over prijs en kwaliteit, maar bescherming bieden tegen al te hoge prijsstijgingen. Ik denk hierbij aan een vorm van maatstafconcurrentie op het niveau van DBC's of clusters van DBC's in de nieuwe verbeterde productstructuur. De DBC's die niet onder het B-segment vallen zullen dan aan een maximum prijs gebonden zijn. Bij het bepalen van de maximum prijs zal onderlinge vergelijking en benchmarking een belangrijke rol spelen. Hierover ben ik met de NZa in overleg. Daarmee kan conform het Coalitieakkoord een vorm van prijsbeheersing/maatstafconcurrentie worden ingevoerd die minder administratieve bezwaren met zich mee brengt dan de eerder ontwikkelde variant. Hiermee blijft de beheersbaarheid van de zorg, voor zover die niet uit de vrije onderhandelingen zelf voortvloeit, geborgd. Bovendien zal – ten behoeve van 2010 en volgende – geen verdere uitbreiding van het aantal DBC's waarover vrij onderhandeld kan worden, plaatsvinden zolang dit prijsbeheersingsmechanisme – met bovenstaande kenmerken – niet voorhanden is.

Met bovenstaande preciseringen en toezegging kom ik tegemoet aan de door de heer Van der Veen geuite zorgen over onnodige kostenstijgingen in de ziekenhuiszorg – de materiële vrees die ook aan de motie en het verzoek tot opschorting van de besluitvorming ten grondslag lag. Het mag

duidelijk zijn dat met deze aanpak marktwerking en beheerslast aan elkaar worden gekoppeld, waardoor de bewijslast voor een beheerste prijs- en volumeontwikkeling bij de ziekenhuizen ligt en risico's voor overschrijdingen niet ten laste van burgers of overheid komen. Overigens hebben verzekeraars ook nadrukkelijk een verantwoordelijkheid in de beheersing van de prijzen en volumes.

Tijdige besluitvorming in verband met uitvoeringsmogelijkheden

Voor wat betreft uw verzoek om na het reces te besluiten over de uitbreiding van het B-segment, zodat de Kamer zijn oordeel over de monitor zou kunnen vellen, geldt het volgende.

De vergroting van het B-segment vereist de nodige voorbereidingstijd, voor zowel de onderhoudspartijen NZa en DBC-Onderhoud, als voor de ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Als ziekenhuizen en zorgverzekeraars pas in september 2008 de samenstelling van het B-segment 2009 kennen, dan kunnen zij de onderhandelingen niet tijdig afronden, waardoor in 2009 geen tijdige monitoring kan plaatsvinden. Bovendien kan de overheid partijen vanuit het oogpunt van behoorlijk bestuur niet tot september in onzekerheid laten over de uitbreiding van het B-segment, mede gelet op de grote invloed die dit dossier heeft op de bedrijfsvoering van individuele instellingen. Late besluitvorming over het B-segment brengt financiële onzekerheid voor ziekenhuizen, medisch specialisten en zorgverzekeraars met zich mee, wat weer gevolgen heeft voor bijvoorbeeld investeringen in de zorg. Ook de onderhoudspartijen moeten tijdig duidelijkheid hebben over het B-segment; de NZa om de schoning tijdig gereed te hebben en DBC Onderhoud om het DBC-pakket 2009 tijdig te kunnen opleveren aan het veld, dat vervolgens ten minste drie maanden nodig heeft voor de implementatie. Het pakket-2009 bevat naast de uitbreiding van het B-segment ook een aantal andere belangrijke wijzigingen op het gebied van revalidatie, radiotherapie, kaakchirurgie en neurochirurgie, alsmede een tweetal innovaties die vertaald zijn naar declarabele producten. Bij besluitvorming in september kunnen deze inhoudelijk belangrijke wijzigingen niet meer doorgevoerd worden per januari 2009. Onoverkomelijke problemen in de declaratie bij het voorbereiden van prestatiebekostiging en bij de invoering van het verbeterde DBC-systeem in 2010 moeten worden vermeden. Om deze redenen is het creëren van helderheid rondom de koers medio juli noodzakelijk. Dit is de reden dat ik betrokken partijen op de hoogte zal stellen van de besluitvorming, uiteraard onder vermelding dat de Tweede Kamer – op grond van het aannemen van de motie-Van Gerven – over mijn besluit zijn oordeel zal geven.

Het is nodig dat de definitieve samenstelling van het B-segment 2009 in verband met het risicovereveningssysteem 2009 uiterlijk 15 augustus bekend is. Het al dan niet verder uitbreiden van het B-segment heeft consequenties voor het ex ante risicovereveningsmodel 2009 en de bepaling van de normgewichten. De normgewichten zijn onderdeel van de ministeriële regeling die voor 1 oktober in de staatscourant gepubliceerd moet zijn. Wettelijk is vastgelegd dat verzekeraars voor 15 oktober hun ex ante beschikking ontvangen. Zij hebben deze informatie nodig voor de vaststelling van de premies 2009. Om de kwaliteit van de uitvoering van de risicoverevening te kunnen borgen is besluitvorming over de uitbreiding van het B-segment voor 15 augustus onontkoombaar.

Het kabinet heeft eerder reeds aangegeven dat het op basis van de monitor van de NZa een besluit neemt. Wij hebben over dit voornemen gesproken tijdens het Algemeen Overleg van 18 juni jongstleden. Bovenstaande impliceert dat het voorbehoud dat ik heb gemaakt in de voorhang-

brief van 11 juni 2008¹, vervalt. Uiteraard zal ik na het reces in het overleg waartoe de Kamer verzocht heeft met u spreken over de uitbreiding van het B-segment en de daarmee gemoeide implicaties en uw oordeel daarover vernemen.

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

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 248, nr. 48.