

Advies

Stabiele transitie naar prestatiebekostiging

december 2008

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Doelstelling advies	11
1.2 Leeswijzer	11
2. Wijzigingen bekostiging 2005 – 2009	13
2.1 Jaren 2005 – 2007	13
2.1.1 Invoering DBC-systematiek	13
2.1.1 Invoering vrije B-segment	13
2.2 Jaar 2008	14
2.2.1 Uitbreiding B-segment	15
2.2.2 Invoering prestatiebekostiging medisch specialisten	15
2.2.3 Afschaffing bouwregime	15
2.3 Jaar 2009	16
2.3.1 Stabiliteit FB	16
2.3.2 Overgangsregime kapitaallasten	16
2.3.3 Verdere ontwikkeling nieuwe productstructuur (DOT)	17
2.4 Conclusie	17
3. Beleidsvoornemens en knelpunten	19
3.1 Beleidsvoornemens	19
3.2 Knelpunten in de bekostiging	20
3.2.1 Omzeteffecten algemeen	20
3.2.2 Oorzaken omzeteffecten	20
3.2.2.1 Onvolledige productstructuur	20
3.2.2.2 Kwaliteit van onderbouwing van tarieven	21
3.2.2.3 Zorgzwaarte	21
3.2.2.4 Overige omzeteffecten	21
3.2.3 Overgangsregime kapitaalasten	21
3.3 Conclusie	21
4. Eindmodel prestatiebekostiging	23
4.1 Het vrije segment	23
4.2 Het gereguleerde segment	24
4.2.1 Het variabele deel	25
4.2.2 Het vaste deel	25
4.3 Conclusie	26
5. Algemene punten en risico's bij transitiepad	29
5.1 Algemene punten	29
5.1.1 Kapitaallasten onder afzonderlijke overgangsregeling	29
5.1.2 Relatie met prijsbeheersinginstrument	29
5.1.3 Taakstelling	30
5.2 Generieke risico's	30
5.2.1 Medisch specialisten en ZBC's	31
5.2.2 Risicoverevening zorgverzekeraars	31
5.2.3 Trendbreuk DOT	32
6. Uitwerking transitie scenario's	33
6.1 Basisscenario: prestatiebekostiging en DOT	33
6.1.1 Bepaling transitiebedrag	34
6.1.2 Afbouw transitiebedrag	35
6.1.3 Risico's en onzekerheden	36

6.1.4	Positief transitiebedrag	36
6.2	Subscenario 'risicobeperking'	37
6.2.1	Modelaanpassing	38
6.2.2	Kanttekeningen bij modelaanpassing	38
6.3	Scenario 'risicotoename'	38
6.3.1	Modelaanpassing	38
6.3.2	Kanttekeningen bij modelaanpassing	38
6.4	Opmerkingen bij technische vormgeving transitie scenario's	39
7.	Consultatie veld en afweging NZa	41
7.1	Consultatie veld	41
7.2	Zienswijze NZa	42
7.3	Afweging tussen de transitie scenario's	42
7.4	Voorwaarden bij keuze gefaseerde basisscenario	43

Vooraf

De Nederlandse ziekenhuiszorg heeft de afgelopen jaren veel veranderingen doorgemaakt. In plaats van het aanbodgestuurde budgetstelsel, op basis waarvan ziekenhuizen jarenlang gebudgetteerd werden, komt er steeds meer een systeem van vraagsturing waarin de cliënt centraal staat. Ook voor de komende jaren zijn er reeds diverse beleidsvoornemens bekend, gericht op een versterking van deze trend. Na het besluit van de Minister van VWS om niet over te gaan op een systeem van prestatiebekostiging onder maatstafconcurrentie, dient opnieuw te worden bezien hoe de weg naar volledige prestatiebekostiging gaat lopen. Voor het jaar 2009 wordt de budgettering voortgezet in combinatie met een uitbreiding van het B-segment, voor de jaren daarna is de invulling van het reguleringsmodel nog onbekend. In dit advies worden de verschillende opties nader verkend.

Voor de stabiliteit en de continuïteit van de medisch specialistische zorg, heeft de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) het wenselijk geacht om de voorgenomen stappen in de bekostiging te bezien. In dit kader brengt de NZa een advies uit aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Voor de belangrijkste bevindingen verwijzen wij naar de managementsamenvatting.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,



mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

In de medische specialistische zorg zijn de laatste jaren veranderingen doorgevoerd met als doel een systeem met meer vraagsturing te creëren waarin de belangen van de consument centraal staan. Hierdoor moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars de juiste prikkels gaan ondervinden om de consument kwalitatief goede zorg te leveren tegen een redelijke prijs. In de jaren 2005-2008 is hiervoor een aantal stappen gezet: de invoering van de DBC-systematiek, de invoering en uitbreiding van prestatiebekostiging met vrije prijzen en de invoering van volledige prestatiebekostiging voor vrijgevestigde medisch specialisten. Ook wordt gewerkt aan de nieuwe productstructuur DOT, waarvan de invoering is voorzien per 2010. De afschaffing van het bouwregime in 2008 heeft tot gevolg dat vanaf 2009 een overgangsregime wordt ingesteld voor de kapitaallasten van ziekenhuizen.

De stappen die in de jaren 2005-2008 zijn gezet, zorgen voor een duale situatie in de bekostiging van de medisch specialistische zorg. Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) en vrijgevestigde medische specialisten krijgen hun inkomsten binnen op basis van volledige prestatiebekostiging. Ziekenhuizen worden deels bekostigd via de budgetsystematiek. De verschillen in de bekostiging tussen ziekenhuizen enerzijds en ZBC's en medisch specialisten anderzijds brengt een aantal generieke risico's met zich mee. Door het uitblijven van een nieuwe bekostigingssystematiek blijven zorgaanbieders prikkels ondervinden om hun productie onder te gaan brengen bij ZBC's en eventueel daarvoor zelf een ZBC opzetten. Het onderbrengen van productie bij ZBC's is niet per definitie ongewenst, maar het is ondoelmatig wanneer deze overwegingen voornamelijk worden bepaald door perverse prikkels in de bekostiging. Door de afschaffing van de lokale initiatieven wijken in het A-segment de financiële prikkels voor de vrijgevestigde medisch specialisten af van die van het ziekenhuis. Het ziekenhuis moet binnen het afgesproken budget - gedeeltelijk vastgesteld aan de hand van de geleverde productie - blijven, terwijl het voor medisch specialisten aantrekkelijker is om meer te produceren. Tot slot werken de bekostigingsverschillen ook door in de risicoverevening, waardoor verzekeraars in de contractering eveneens perverse prikkels kunnen ondervinden en past het systeem van collectieve budgetafspraken niet goed bij een systeem waarin verzekeraars met elkaar concurreren.

Volledige prestatiebekostiging

De eerder genoemde duale situatie leidt tot generieke risico's ten aanzien de stabiliteit en continuïteit van de sector en is niet in lijn met de wens om de dynamiek en het ondernemerschap van de sector te vergroten. Met het oog op de onomkeerbare stappen die reeds zijn gezet in de bekostiging van medisch specialistische zorg, is het wenselijk en logisch om de invoering van prestatiebekostiging te vervolgen en af te ronden. Prestatiebekostiging past bij een systeem van vraagsturing waarin de belangen van de patiënt centraal staan en waarbinnen partijen voldoende vrijheid hebben om te anticiperen op deze belangen.

Het eindmodel prestatiebekostiging

De NZa voorziet voor de lange termijn een model met twee segmenten: een vrij segment en een gereguleerd segment. In het vrije segment is sprake van volledige prestatiebekostiging. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen naast kwaliteit over volumes en integrale prijzen.

Het gereguleerde segment zal bestaan uit twee delen: een variabel deel en een vast deel. Het variabele deel bevat zorgprestaties met gereguleerde integrale maximumtarieven en een vrij volume. Ook hier is dus sprake van volledige prestatiebekostiging. De zorgprestaties vallend onder het variabele deel zijn de zorgproducten die - met het oog op de publieke belangen - door de overheid (nog) niet aan de markt zal worden overgelaten, of waarvan overheveling op korte termijn beleidsmatig nog niet wenselijk wordt geacht. Het vaste deel van het gereguleerde segment is een vergoeding die wordt vastgesteld voor specifieke functies of kenmerken van zorgaanbieders.

Transitiepad: een verantwoorde stap naar prestatiebekostiging

De overstap van een budgetbekostiging naar volledige prestatiebekostiging moet zorgvuldig worden gemaakt vanwege een aantal redenen. Ten eerste leidt het afschaffen van het FB-budget tot verschuivingen in de omzet (gebudgetteerde aanbieders) en de schadelast (zorgverzekeraars). Ten tweede leidt de gelijktijdige invoering van de nieuwe productstructuur DOT tot additionele omzetteffecten voor alle zorgaanbieders, inclusief de vrijgevestigde medisch specialisten, ZBC's, en schadelastverschuivingen voor zorgverzekeraars. Tot slot is de productstructuur DOT nog in ontwikkeling en nog niet volledig. Hierdoor is een deel van de complexe zorg niet beschreven in zorgprestaties en kunnen ziekenhuizen deze zorg niet declareren.

De NZa acht het uit oogpunt van zorgvuldigheid noodzakelijk om een dergelijke majeure operatie vergezeld te laten gaan van een transitiepad. Het algemene doel van een transitiepad is het beperken en/of voorspelbaar maken van de risico's voor zorgaanbieders (omzetteffecten/ongedekte kosten) en zorgverzekeraars (verschuiving van schadelast). Ongeacht de keuze voor de vorm van een transitiepad zal een aantal generieke risico's blijven bestaan, zoals de omzetverschuivingen bij ZBC's en vrijgevestigde medisch specialisten, de vaststelling van de ex ante risicoverevening van zorgverzekeraars en de optredende trendbreuk door de invoering van de nieuwe productstructuur DOT. Belangrijke randvoorwaarden voor een transitiepad zijn consistentie met het lange termijn perspectief, de praktische uitvoerbaarheid, de juridische houdbaarheid, de voorzienbaarheid en een optimale prikkelwerking die wordt bewerkstelligd. Bij de keuze tussen transitiescenario's dient een afweging gemaakt te worden tussen 'het zetten van stappen' en het nemen van risico's.

Voorkeur transitiescenario: prestatiebekostiging en invoering DOT per 2011

Het basisscenario in het advies gaat uit van een overstap per 2010 van het huidige budget - inkomsten op basis van FB - naar volledige prestatiebekostiging - inkomsten op basis van declarabele zorgprestaties. Gelijktijdig hiermee zal voor de declaratie van zorgprestaties de nieuwe DOT productstructuur worden ingevoerd. Het vrije segment zal niet worden uitgebreid tijdens de transitieperiode. De kern van het transitiescenario is dat per gebudgetteerde zorgaanbieder het verschil tussen de historische omzet en de omzet bij volledige prestatiebekostiging wordt vastgesteld, het zogenaamde 'transitiebedrag'. Het transitiebedrag heeft alleen betrekking op het gereguleerde segment en wordt gedurende het transitiepad in een aantal jaren afgebouwd.

Als het transitiepad is afgerond, geldt voor het gereguleerde segment, net zoals nu reeds voor het B-segment, voor alle zorgaanbieders prestatiebekostiging. Na de invoering van prestatiebekostiging kan

worden bekeken in hoeverre vrije prijzen kunnen worden ingevoerd. Dit is dus een separate afweging op basis van marktanalyses, los van de introductie van prestatiebekostiging.

Bepalend voor de duur van en stappen in de afbouw van het transitiepad zijn onder andere de initiële kwaliteit van de DOT productstructuur, de doorlooptijd van verbeteringen van de DOT productstructuur en de doorlooptijd van het vaststellen van een genormeerde vergoeding in het vaste segment. Partijen hebben aangegeven wel grote bedenkingen te hebben om deze stappen al in 2010 te gaan zetten. De onzekerheden die de nieuwe productstructuur DOT met zich meebrengt ten aanzien van de interne bedrijfsvoering en onderhandelingen in het B-segment spelen hierbij een grote rol. Partijen opteren dan ook voor gelijktijdige invoering per 2011, een zogenaamd gefaseerd basisscenario.

Alle risico's afwegende en gelet op de huidige beleidsmatige realiteit, is de NZa voorstander van de invoering van prestatiebekostiging middels het gefaseerde basisscenario. Daarmee wordt naar het oordeel van de NZa een goede balans getroffen tussen 'het zetten van stappen' en 'het nemen van risico's'. Invoering per 2010 gaat gepaard met nog relatief veel onzekerheden die in 2011 voor het grootste gedeelte gemitigeerd kunnen zijn. Hierin speelt ook mee dat een beheerste transitie de meeste garanties geeft voor het bereiken van het eindperspectief en dat een jaar uitstel tot een kortere duur van het transitiepad zou kunnen leiden. Veldpartijen lijken ook voorstander van een gefaseerde invoering van het basisscenario. De NZa adviseert dan ook om te kiezen voor het gefaseerde basisscenario. Nadrukkelijk merkt de NZa op dat deze keuze aan strikte voorwaarden moet worden verbonden, om te borgen dat de noodzakelijke stappen wel per 2011 worden gezet.

Ten eerste zou de Minister begin 2009 een onomkeerbaar totaalbesluit moeten nemen over een pakket aan beleidswijzigingen. Dit totaalpakket zou in elk geval de volgende onderdelen moeten bevatten:

- geen of beperkt onderhoud van FB ten behoeve van het jaar 2010;
- geen of beperkt onderhoud van de vigerende DBC-systematiek per 2010;
- invoering van DOT per 2011, inclusief de bevestiging van partijen dat de vervanging van de huidige DBC-productstructuur door DOT gesteund wordt;
- invoering van prestatiebekostiging per 2011;
- geen beleidsmatige uitbreiding van het B-segment totdat het transitiepad is afgelopen en volledige prestatiebekostiging een feit is.

De NZa acht het essentieel om deze stappen in samenhang te maken en onomkeerbaar vast te stellen. De NZa hecht veel waarde aan de expliciete koppeling van de invoering van prestatiebekostiging aan de materiële invoering van DOT. De belangrijkste redenen hierbij zijn de stabiliteit van het FB, schoningsproblematiek en opeenvolgende uitvoeringslasten vanwege opeenvolgende transitieperiodes.

Bovendien dient geborgd te worden dat veldpartijen bijdragen aan de doorontwikkeling van DOT en aandacht besteden aan de inzichten in de effecten van DOT. Dit kan door met het Ministerie van VWS, de NZa en DBC-Onderhoud afspraken te maken over de parallelle registratie en aanlevering van gegevens. Deze afspraken dienen begin 2009 te worden vastgelegd.

Voorts moet het jaar 2009 benut worden om de volgende onderwerpen op te pakken en uit te werken: het technisch uitwerken van het transitiepad, de keuze voor de looptijd en de afbouw van het

transitiepad, het oplossen van knelpunten in het kapitaallastendossier en het ontwikkelen van een overgangsregime voor zorgverzekeraars.

Gelet op de cumulatie van uitvoeringstechnische en juridische risico's is de NZa geen voorstander van een autonome uitbreiding van het B-segment. Hierin speelt ook mee dat volgens de huidige inzichten deze technische autonome uitbreiding een substantiële uitbreiding zal zijn. Indien desondanks gekozen wordt voor een technische autonome uitbreiding, vindt de NZa dat een beleidsmatige economische afweging hieraan vooraf zou moeten gaan. Ook moet worden bezien hoe hier in het transitieproces mee omgegaan kan worden.

De NZa adviseert de Minister hierover op korte termijn een besluit te nemen en voorts vervolgacties uit te zetten, inclusief het opstellen van een verdere tijdsplanning. Immers, door verschillende partijen dienen vele uitvoeringspunten snel en adequaat opgepakt te worden. Daarmee wordt het tijdspad richting 2011 reeds krap. Vertraging in de genoemde stappen kan leiden tot uitstel tot 2012, wat onwenselijk is met oog op de huidige perverse prikkels en instabiliteit van het FB.

1. Inleiding

De medisch specialistische zorg maakt de laatste jaren veel veranderingen door. In plaats van het aanbodgestuurde systeem van functiegerichte budgettering, het FB-systeem, op basis waarvan ziekenhuizen jarenlang gebudgetteerd werden, ontstaat er steeds meer een systeem van vraagsturing waarin de cliënt centraal staat. Zorgaanbieders krijgen in dit nieuwe systeem enerzijds meer vrijheid om in te spelen op de belangen van de consument en maatwerk te leveren. Anderzijds worden zij gestimuleerd om doelmatig te werken en te investeren in kwaliteit en de transparantie van het zorgaanbod.

1.1 Doelstelling advies

Ook voor de komende jaren blijft het doel om een systeem van vraagsturing te creëren waarbij de belangen van de consument centraal staan. Na het besluit van de Minister van VWS om geen systeem van maatstafconcurrentie te introduceren in 2009, dient opnieuw te worden bezien hoe de route naar volledige prestatiebekostiging de komende jaren gaat lopen. Meer concreet is het onvoldoende duidelijk hoe de diverse korte termijn maatregelen zich met elkaar en met het lange termijn perspectief verhouden.¹ Met het oog op de stabiliteit en continuïteit van de sector en de wens om de dynamiek en het ondernemerschap van de sector te vergroten, is dit een onwenselijke situatie. Gelet op de recente economische ontwikkelingen wordt het bovendien des te belangrijker om een concreet perspectief te bieden aan zorgaanbieders, zorgverzekeraars en consumenten. De NZa zal hiertoe in dit advies een eerste aanzet geven.

Dit advies is tot stand gekomen in een zeer korte tijdspanne en moet dan ook worden beschouwd als hoofdlijnenadvies. Uiteraard is een nadere uitwerking van de voorgestelde hoofdlijnen vereist met daarbij voldoende aandacht voor implementatie en uitvoering. Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat de beschikbare tijd tot aan 2010 in verhouding tot de aard en omvang van de beoogde wijzigingen zeer krap is. Dit vereist dan ook daadkrachtige besluitvorming, uitwerking en implementatie.

Voor de totstandkoming van dit advies is mede gebruik gemaakt van de (informele) inzichten van brancheorganisaties (NVZ, NFU, ZN, OMS, ZKN en NPCF), DBC-Onderhoud en individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De inhoud van dit advies blijft vanzelfsprekend de verantwoordelijkheid van de NZa.

1.2 Leeswijzer

De indeling van dit advies is als volgt: hoofdstuk 2 schetst een beeld van de belangrijkste wijzigingen in de bekostiging van de medische specialistische zorg in de jaren 2005 tot en met 2009. Hoofdstuk 3 beschrijft deze beleidsvoornemens van het Ministerie van VWS en geeft een analyse van de knelpunten die zich in de uitwerking kunnen gaan voordoen. Hoofdstuk 4 werkt nader uit hoe de medisch specialistische zorg op de lange termijn bekostigd zou kunnen worden. Hierbij zullen de contouren uit het regeerakkoord leidend zijn. Hoofdstuk 5 en 6

¹ VWS, Waardering voor betere zorg II, CZ/TSZ/2838671, 28 mei 2008

beschrijven vervolgens de stappen die gezet moeten worden om het eindperspectief te behalen. Hoofdstuk 5 staat daarbij stil bij de algemene punten die van invloed (kunnen) zijn bij alle transitie-scenario's en welke generieke risico's een rol spelen. In hoofdstuk 6 wordt een aantal scenario's voor de technische vormgeving van de transitieperiode gepresenteerd. Tot slot komen in hoofdstuk 7 de opmerkingen van veldpartijen aan de orde en wordt een afweging gegeven van de verschillende scenario's.

2. Wijzigingen bekostiging 2005 – 2009

In de medische specialistische zorg zijn de laatste jaren veranderingen doorgevoerd met als doel een systeem met meer vraagsturing te creëren waarin de belangen van de consument centraal staan. Doel hiervan is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars de juiste prikkels ondervinden om de consument kwalitatief goede zorg te leveren tegen een redelijke prijs. Voor de context van dit hoofdlijnenadvies is het wenselijk om zicht te hebben op de belangrijkste wijzigingen in de bekostiging van de medische specialistische zorg in de jaren 2005 tot en met 2009. Dit hoofdstuk schetst achtereenvolgens de belangrijkste stappen die al zijn genomen.

2.1 Jaren 2005 – 2007

In de jaren 2005 tot en met 2007 is een aantal stappen gezet, te weten: de invoering van een DBC-systematiek en de introductie van vrije prijzen voor circa 10% van de medisch specialistische zorg.

2.1.1 Invoering DBC-systematiek

In 2005 is de DBC-systematiek geïntroduceerd. Doel van de DBC-systematiek is de financiering van medisch specialistische zorg transparant te maken middels zorgprestaties, ofwel Diagnose Behandel Combinaties. Het DBC-systeem beoogt meer inzicht in de geleverde zorgprestaties en de bijbehorende kosten van medisch specialistische zorg te geven. Hierdoor zijn de prestaties van zorgaanbieders beter vergelijkbaar voor zorgverzekeraars en consumenten. Bovendien worden zorgaanbieders door het DBC-systeem op twee manieren gestimuleerd efficiënt zorg te leveren. Ten eerste vormen DBC's integrale zorgprestaties, waarin de ziekenhuiskosten, de medisch specialistenhonoraria en de kapitaallasten zijn samengevoegd.² Dit geeft zorgaanbieders substitutiemogelijkheden, waardoor efficiencywinsten kunnen worden behaald. Ten tweede is een DBC een weergave van activiteiten die gemiddeld worden uitgevoerd bij een bepaalde zorgvraag. Doordat ook het tarief is gebaseerd op een gemiddelde, worden zorgaanbieders geprikkeld om efficiënt te werken en zodoende voordelen te behalen.

De invoering van de DBC-systematiek werd uitgevoerd in een bekostigingscontext van het FB-budget voor gebudgetteerde zorgaanbieders en de lokale initiatieven van de vrijgevestigde medisch specialisten.³ Doordat de DBC's voor 90% van het zorgaanbod alleen werden gebruikt als financiering, waren de individuele en macro omzetteffecten beperkt. Het FB en de lokale initiatieven fungeerden zowel als een omzetplafond als een omzetgarantie, waardoor de risico's voor zowel de gebudgetteerde zorgaanbieders, alsmede de vrijgevestigde medisch specialisten en de zorgverzekeraars relatief beperkt waren.

2.1.1 Invoering vrije B-segment

De invoering van het vrije B-segment in 2005 omvatte twee stappen. Ten eerste is het systeem van FB budgettering voor een deel vervangen

² De honoraria van medisch specialisten blijven apart zichtbaar in het DBC-tarief.

³ Dit gold voor 90% van de zorg, omdat er vanaf 1 februari 2005 sprake was van 10% prestatiebekostiging.

door bekostiging met DBC's. Tegelijkertijd zijn vrije prijzen ingevoerd voor de in het B-segment opgenomen zorgprestaties.

De invoering van het vrije B-segment betekent dat zorgaanbieders, ziekenhuizen en ZBC's, jaarlijks met de zorgverzekeraars kunnen onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en de kwantiteit van de te leveren productie in termen van DBC's. Het hanteren van uniforme definities van zorgprestaties, dankzij de invoering van het DBC-systeem, ondersteunt de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over het vrije B-segment. Door de invoering van vrije prijzen zijn de budgetten van ziekenhuizen en lokale initiatieven verlaagd, ofwel 'geschoond'. Kapitaallasten van het vrije B-segment bleven wel volledig gebudgetteerd.⁴ Ziekenhuizen droegen 12,5% van hun opbrengsten in het B-segment af ter dekking van de kapitaallasten in hun budget.

Het overige gedeelte van de DBC's bleef gereguleerd.⁵ Dit is het A-segment. Voor gebudgetteerde zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, gelden vaste tarieven in het A-segment en voor niet gebudgetteerde zorgaanbieders, zoals ZBC's, gelden maximumtarieven.⁶ In de monitorspecial ZBC's, waarin is gekeken naar de rol van ZBC's in de ziekenhuiszorgmarkt, constateerde de NZa dat steeds meer ziekenhuizen een ZBC opzetten.⁷ Maar ook medisch specialisten of andere zorgaanbieders kunnen een ZBC starten. Belangrijkste aanleiding hiervoor is het verschil in bekostigingssystematiek tussen ZBC's en ziekenhuizen in het A-segment. ZBC's hebben geen budget zoals ziekenhuizen. Voor ZBC's gelden in het A-segment maximumtarieven en zijn de in rekening gebrachte DBC's directe inkomsten. Indien de DBC-tarieven in het A-segment voor een bepaalde behandeling hoger liggen dan de budgetvergoeding, bestaat voor ziekenhuizen een prikkel om hiervoor een ZBC op te zetten. Ziekenhuizen richten soms zelf een ZBC om te voorkomen dat een deel van zorg weglekt naar ZBC's, doordat deze lagere prijzen *kunnen* vragen. Tot slot bestaat er voor ziekenhuizen een prikkel om een deel van de productie te verleggen naar - door ziekenhuizen op te richten - ZBC's, omdat de ZBC's niet onder het prestatiecontract vallen. Met de invoering van maatstafconcurrentie zouden de verschillen in regelgeving in de bekostigingssystematiek tussen ziekenhuizen en ZBC's komen te vervallen. Echter, door het uitblijven van een nieuwe bekostigingssystematiek blijven zorgaanbieders prikkels ondervinden om een deel van hun productie onder te brengen in ZBC's.

2.2 Jaar 2008

Per 1 januari 2008 is een aantal verdere stappen gezet naar een meer directe bekostiging van de medische specialistische zorg, waaronder: het verder uitbreiden van het vrije B-segment - invoering van volledige prestatiebekostiging mét vrije prijzen - en de invoering van volledige prestatiebekostiging voor de vrijgevestigde medisch specialisten. Ook is het bouwregime van de WTZi buiten werking gesteld voor ziekenhuizen door de Minister van VWS. Deze veranderingen zullen hieronder kort

⁴ Onder kapitaallasten vallen de rentelasten en de afschrijvingen.

⁵ In de jaren 2005-2007 diende circa 90% van de totale omzet van de medisch specialistische zorg ter dekking van het budget (ziekenhuizen) en het lokale initiatief (vrijgevestigde medische specialisten).

⁶ Het 'harde' onderscheid tussen ziekenhuizen en ZBC's is vervallen. Alle zorgaanbieders gelden als instellingen voor medisch-specialistische zorg (IMSZ). De gelijkstelling van zorgaanbieders moet ervoor zorgen dat de concurrentie op de zorgmarkt verbetert. De naam 'ZBC' wordt in de praktijk nog wel gebruikt. In deze zienswijze wordt daarom nog wel gebruik gemaakt van de term 'ZBC'.

⁷ NZa, Monitorspecial 'De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorgmarkt, januari 2007

worden besproken. Net als in 2006 en 2007 heeft de DBC-systematiek in 2008 verdere onderhoudsaanpassingen ondergaan.

2.2.1 Uitbreiding B-segment

In 2008 is de omvang van het vrije B-segment vergroot naar circa 20% van de totale medisch specialistische zorg. Voor een goede werking van de markt in het vrije B-segment is het belangrijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer vrijheid krijgen om met elkaar te onderhandelen. Een vergroting van de omvang van het B-segment kan daaraan bijdragen. Door de uitbreiding van het B-segment per 2008 zijn de ziekenhuisbudgetten opnieuw verder verlaagd voor de zorg die overgeheveld is naar het vrije B-segment. Bovendien zijn de budgetten van de ziekenhuizen tevens 'geschoond' voor de kapitaallasten in het volledige vrije B-segment, ook voor het 'oude' B-segment. Ziekenhuizen hoeven dus vanaf 1 januari 2008 niet meer 12,5% van hun opbrengsten in het B-segment af te dragen ter dekking van de kapitaallasten in hun budget. Met andere woorden, de prijzen in het B-segment zijn integrale prijzen, daarbinnen zijn de kosten voor medisch specialisten nog wel genormeerd. Hierdoor zijn ziekenhuizen volledig risicodragend geworden voor het B-segment. Voor ZBC's gold deze regulering niet, zij werkten al sinds de jaren 90 met integrale prijzen.

2.2.2 Invoering prestatiebekostiging medisch specialisten

De bekostiging van vrijgevestigde medisch specialisten is in 2008 gewijzigd. De lokale initiatieven (lumpsum) voor vrijgevestigde medisch specialisten zijn per 2008 beëindigd. Hierdoor gelden voor alle medisch specialisten, exclusief medisch specialisten in loondienst, een volledige prestatiebekostiging op basis van DBC's. Bovendien wordt met ingang van 2008 zowel in het A- als het B-segment gewerkt met een onderbouwd uurtarief.⁸ Dit ter vervanging van het macroneutrale uurtarief in de B-segment en de historisch specialisme specifieke minuutprijzen in het A-segment. De honorariumbedragen van medisch specialisten fungeren sinds 2008 in de declaratierelatie tussen zorgaanbieders en medisch specialisten als bandbreedtetarieven.⁹ Dit betekent dat bestuurders van zorgaanbieders met medisch specialisten kunnen onderhandelen over de hoogte van het uurtarief binnen een beperkte bandbreedte.

In de monitor Ziekenhuiszorg 2008 constateerde de NZa dat door de afschaffing van de lokale initiatieven de financiële prikkels in het A-segment voor de vrijgevestigde medisch specialisten afwijken van die van het ziekenhuis. Het ziekenhuis moet immers binnen het met de zorgverzekeraars overeengekomen budget blijven. Voor medische specialisten levert extra productie juist meer geld op. Het wordt dus voor medisch specialisten aantrekkelijker om meer te produceren. Deze tegenstrijdige belangen in het A-segment werden ook ervaren door een aantal ziekenhuizen, dat is geïnterviewd voor de monitor. De daadwerkelijke effecten van de afschaffing van de lumpsum zullen echter de komende jaren pas zichtbaar worden.¹⁰

2.2.3 Afschaffing bouwregime

Per 1 januari 2008 is het bouwregime van de WTZi voor de ziekenhuizen buiten werking gesteld. Zorgaanbieders die klinische zorg met verblijf

⁸ Dit uurtarief is door de Minister van VWS bepaald en op grond van een aanwijzing door de NZa in de DBC tarieven verwerkt.

⁹ De bandbreedte is geëffectueerd als plus of minus € 6,00 op het onderbouwde uurtarief.

¹⁰ NZa, Monitor Ziekenhuiszorg 2008, juli 2008

aanbieden (A-segment), vielen onder het bouwregime en dienden voor onder meer nieuwbouw en vervangende bouw een vergunning aan te vragen bij het College Bouw Zorg, hierna: CBZ.¹¹ De vergunningplicht is daarmee per 1 januari 2008 vervallen. Hierdoor krijgen ziekenhuizen de vrijheid om voor eigen rekening en risico die investeringen in zorgvoorzieningen te doen, die nodig zijn om in te spelen op de zorgvraag van consumenten. Dit betekent dat zorgaanbieders geen toestemming vooraf meer nodig hebben voor de financiering van investeringen in gebouwen, installaties en grond. Daarbij moeten ziekenhuizen de kosten van bouw per 1 januari 2009 terugverdienen uit de DBC-opbrengsten. Aangezien zowel in 2008 als in 2009 sprake blijft van gedeeltelijke budgettering, loopt nacalculatie in het A-segment door. Bij overgang op volledige prestatiebekostiging vervalt in beginsel de nacalculatie. Hiervoor wordt een overgangsregeling kapitaallasten ingevoerd per 1 januari 2009.

2.3 Jaar 2009

De invoering van maatstafconcurrentie per 2009, waartoe de Minister van VWS in 2007 besloot, zal door de besluitvorming van dit voorjaar geen doorgang vinden. In plaats hiervan zal het vrije B-segment per 2009 verder worden uitgebreid naar circa 34% van de omzet. Hiermee krijgen zorgaanbieders en zorgverzekeraars nog meer ruimte om afspraken te maken over de prijs, de kwaliteit en de kwantiteit in het vrije B-segment. Door deze verdere uitbreiding van het vrije B-segment moeten de budgetten van de ziekenhuizen wederom worden verlaagd ('geschoond'). Bovendien is er beperkt onderhoud uitgevoerd aan de budgetten.

2.3.1 Stabiliteit FB

Voor de 'schooning' van de budgetten is gebruik gemaakt van een nieuwe methodiek, waarbij een toename van het aantal vrijheidsgraden het uitgangspunt vormt. Deze werkwijze zou een positieve invloed moeten hebben op de stabiliteit van de budgetten. Deze staat onder druk vanwege de opeenvolgende schoningsoperaties en het feit dat er al enige jaren geen sprake is geweest van groot onderhoud. Verdere schoning van het budget is met het oog op de stabiliteit uitvoeringstechnisch ook niet meer mogelijk.¹² Dit is door de NZa in het nader advies over de uitbreiding van het B-segment 2009 ook reeds aangegeven en inmiddels door meerdere branchepartijen bevestigd. Het van onderaan opnieuw opbouwen van het FB budget acht de NZa op korte termijn niet mogelijk.

2.3.2 Overgangsregime kapitaallasten

Door de afschaffing van het bouwregime zullen ziekenhuizen die onlangs nieuwbouw hebben gepleegd onder het bouwregime mogelijk een voordeliger positie hebben ten opzichte van ziekenhuizen die nieuwbouw gaan plegen na 1 januari 2008.¹³

De commissie Nadeelcompensatie ziekenhuizen (Commissie Havermans) heeft in oktober 2008 een advies uitgebracht over de nadeelcompensatie van ziekenhuizen. De commissie oordeelt dat een overgangsregime voor kapitaallasten gewenst is de komende jaren. Reden hiervoor is dat

¹¹ zie artikel 5.2 van het Uitvoeringsbesluit WTZI

¹² NZa, 20 mei 2008, kenmerk YHIJN/MZEE/2008/A/330

¹³ VWS, Brief Tweede Kamer, Opdracht en tijdspad commissie nadeelcompensatie, CZ-TSZ 2854608, 11 juni 2008

daarmee de overgang naar risicodragendheid van de kapitaallasten over meerdere jaren verspreid wordt. Door deze gefaseerde invoering van risicodragendheid wordt de overgang door ziekenhuizen beter gemaakt dan wanneer sprake zou zijn van een overgang in één keer. Dit overgangsregime is na advisering door de commissie Havermans aangekondigd door de Minister van VWS.¹⁴ In navolging van het advies van de Commissie Havermans heeft de NZa een overgangsregeling vastgesteld.

2.3.3 Verdere ontwikkeling nieuwe productstructuur (DOT)

Na een aantal onderhoudsaanpassingen in de DBC-systematiek werd medio 2006 duidelijk dat de productstructuur een fundamentele verbetering behoeft. Belangrijkste aanleiding hiervoor was de hoge declaratie variabiliteit in de ziekenhuiszorg. Uit onderzoek van de NZa bleek onder meer dat de voorschriften rond het registreren en declareren op veel onderdelen niet voldoende eenduidig zijn. Hierdoor was het niet vast te stellen of sprake is van onrechtmatig declaratiegedrag.¹⁵ Bovendien was het aantal declarabele producten te groot. Dit leidde tot een grote gedetailleerdheid van het DBC-systeem. Dit zorgde voor een ingewikkeld administratief proces. Een ander knelpunt was het op sommige punten ontbreken van de medische herkenbaarheid van DBC's. Het aantal DBC's zou gereduceerd moeten worden en worden samengebracht tot zorgproducten die medisch herkenbaar zijn en kostenhomogeen. Het vergroten van de medische herkenbaarheid is van belang in het onderhandelingsproces tussen zorgaanbieders zorgverzekeraars.

DBC-Onderhoud heeft het actieplan 'Eenvoudig Beter' dat op initiatief van de NVZ tot stand is gekomen, in samenwerking met de veldpartijen, vertaald naar concrete actiepunten voor de DBC-systematiek. De neerslag staat in het plan DBC's op weg naar Transparantie (DOT). De bedoeling is om de oorspronkelijke doelstellingen zoals transparantie, medische herkenbaarheid, hanteerbaarheid, stabiliteit en openheid voor innovatie van zorgproducten te realiseren.¹⁶ Volgens de planning zal deze nieuwe productstructuur 1 januari 2010 worden ingevoerd.

2.4 Conclusie

In de jaren 2005-2008 is een aantal stappen gezet naar een meer directe bekostiging van de medisch specialistische zorg, gebaseerd op vraagsturing. De belangrijkste stappen daarbij zijn: de invoering van DBC-systematiek, de invoering en uitbreiding van het vrije B-segment en de invoering van volledige prestatiebekostiging voor vrijgevestigde medisch specialisten. Ook wordt gewerkt aan de nieuwe productstructuur DOT, waarvan de invoering is voorzien per 2010. Door de afschaffing van het bouwregime in 2008 is verder beoogd om vanaf 2009 een overgangsregime in te stellen voor de kapitaallasten voor ziekenhuizen. Hierdoor wordt de overgang van risicodragendheid van kapitaallasten verspreid over meer jaren en hebben ziekenhuizen meer tijd om te anticiperen op de nieuwe situatie en omstandigheden.

De bovengenoemde ontwikkeling in de bekostiging van de medisch specialistische zorg brengt echter een aantal generieke risico's met zich mee. Ziekenhuizen benutten het verschil in de bekostigingssystematiek

¹⁴ VWS, Brief Tweede Kamer, advies commissie nadeelcompensatie en kapitaallasten, CZ/TSZ/2885721, 16 oktober 2008

¹⁵ NZa, Declaraties beter controleerbaar, augustus 2006

¹⁶ De praktijk, Activiteitenplan DBC's: eenvoudig beter, september 2006

en tarifiering in het A-segment tussen ZBC's en ziekenhuizen om een ZBC op te zetten. Door het uitblijven van een nieuwe bekostigingssystematiek blijven ziekenhuizen prikkels ondervinden op hun productie onder te gaan brengen bij ZBC's. Het onderbrengen van productie bij ZBC's is niet per definitie ongewenst, maar het is ondoelmatig als deze overwegingen vooral worden bepaald door perverse prikkels in de bekostiging. Door de afschaffing van de lokale initiatieven wijken in het A-segment de financiële prikkels voor de vrijgevestigde medisch specialisten af van die van het ziekenhuis. Het ziekenhuis moet binnen het afgesproken budget - gedeeltelijk vastgesteld aan de hand van de geleverde productie - blijven, terwijl het voor medisch specialisten aantrekkelijker is om meer te produceren. Tot slot werken de bekostigingsverschillen ook door in de risicoverevening, waardoor verzekeraars in de contractering eveneens perverse prikkels kunnen ondervinden en past het systeem van collectieve budgetafspraken niet goed bij een systeem waarin verzekeraars met elkaar concurreren.

Eerder genoemde perverse prikkels leiden tot generieke risico's ten aanzien de stabiliteit en continuïteit van de sector en de wens om de dynamiek en het ondernemerschap van de sector te vergroten. Het is in de ogen van de NZa dan ook niet wenselijk om nog langer in de huidige duale situatie te blijven hangen. Met het oog op de onomkeerbare stappen die reeds zijn gezet in de bekostiging van medisch specialistische zorg, is het onwenselijk en ondoelmatig om stappen terug te zetten. Dit impliceert dat het vervolgen en afronden van de invoering van prestatiebekostiging een logische stap is. Volledige prestatiebekostiging past bij een systeem van vraagsturing waarin de belangen van de patiënt centraal staan en waarbinnen partijen voldoende vrijheid hebben om te anticiperen op deze belangen.

3. Beleidsvoornemens en knelpunten

In zijn brief 'Waardering voor betere zorg II' heeft de Minister van VWS enkele algemene beleidsvoornemens kenbaar gemaakt ten aanzien van de medisch specialistische zorg voor de komende jaren.¹⁷ Op basis van deze beleidsvoornemens is door de NZa een analyse gemaakt van de knelpunten die zich in de uitwerking kunnen gaan voordoen. Hierdoor maakt de NZa in dit hoofdstuk inzichtelijk welke risico's een belangrijke rol gaan spelen en welke knelpunten opgelost dienen te worden. Hoofdstuk 4 zal uitwerken hoe de medisch specialistische zorg op de lange termijn bekostigd zou kunnen worden. Hierbij zullen de contouren uit het regeerakkoord leidend zijn. Hoofdstuk 5 en 6 beschrijft vervolgens de stappen die gezet moeten worden om het eindperspectief te behalen. Daarbij zullen enkele scenario's aan de orde komen.

3.1 Beleidsvoornemens

Medio 2007 heeft de Minister van VWS in zijn brief 'Waardering voor betere zorg I' kenbaar gemaakt toe te willen naar de invoering van volledige prestatiebekostiging waarbij de prijs van de DBC's zoveel mogelijk wordt vastgesteld in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.¹⁸ In zijn brief 'Waardering voor betere zorg II' werkt de Minister dit verder uit aan de hand van een aantal uitgangspunten:

- zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en het volume van DBC's;
- zorgverzekeraars en consumenten hebben inzicht in kwaliteit;
- er is sprake van transparante en integrale prijzen/tarieven;
- zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen vrij over volume en prijs in het vrije segment, al blijft het 'budgettair kader' in tact;
- zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn beide risicodragend.¹⁹

Behalve deze uitgangspunten noemt de Minister in zijn brief een aantal (meer concrete) maatregelen voor de korte termijn:

- uitbreiding van prestatiebekostiging, met als doel volledige prestatiebekostiging;
- introductie van de nieuwe DBC productstructuur (DOT) per 2010;
- uitbreiding van het vrije B-segment, op basis van permanente monitoring en een zorgvuldige evaluatie;
- inzet van een prijsbeheersingsinstrument indien het vrije B-segment onvoldoende blijkt te werken;
- afschaffing van de Functiegerichte Budgettering.

De NZa constateert dat het gelijktijdig uitvoeren van deze beleidsvoornemens knelpunten kan veroorzaken. Deze knelpunten zullen aan de hand van de verscheidene beleidsvoornemens aan de orde komen in de komende paragraaf.

¹⁷ VWS, Waardering voor betere zorg II, CZ/TSZ/2838671, 28 mei 2008

¹⁸ VWS, Waardering voor betere zorg I, CZ/TSZ/29248, 13 juni 2007

¹⁹ VWS, Waardering voor betere zorg II, CZ/TSZ/2838671, 28 mei 2008

3.2 Knelpunten in de bekostiging

3.2.1 Omzetteffecten algemeen

De overgang van het huidige budget - inkomsten bepaald door het FB budget - naar volledige prestatiebekostiging - inkomsten op basis van declarabele zorgprestaties - brengt omzetteffecten met zich mee voor de gebudgetteerde zorgaanbieders, aangezien de huidige budgetten en de DBC-opbrengsten niet volledig matchen. Voor zorgverzekeraars kunnen effecten op de schadelast resulteren. Als er aanvullend gekozen wordt voor de introductie van de nieuwe productstructuur DOT, zal dat voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars leiden tot additionele omzetteffecten. Voor - vooral gebudgetteerde - zorgaanbieders is door het gelijktijdig afschaffen van het budget enerzijds en het invoeren van een nieuwe productstructuur anderzijds, het risico op omzetverschuivingen groot. Bijkomend risico is dat de verschuivingen zeer lastig te voorspellen zijn. Ook voor de zorgverzekeraars kan genoemde combinatie leiden tot - onvoorspelbare - verschuivingen in de schadelast. Voor medisch specialisten is het risico op omzetteffecten theoretisch beperkt, doordat er sprake is van een 'neutrale' omzetting van normtijden per specialisme.

Naar de mening van de NZa vergt een dergelijke majeure systeemwijziging uit oogpunt van zorgvuldigheid en behoorlijk bestuur een transitiepad. Een zorgvuldige overgang vrijwaart zorgaanbieders, zorgverzekeraars en in het verlengde daarvan het BKZ voor grote en onvoorspelbare verschuivingen. De recente advisering van de commissie Havermans inzake kapitaallasten bevestigt deze opvatting. Daarin heeft de commissie geconcludeerd dat een overgangsregime onmisbaar is voor een verantwoorde invoering van volledige risicodragendheid van ziekenhuizen. Ook bij de invoering van de DBC-systematiek in 2005 gebruik gemaakt van een vangnet door het FB-budget en de lokale initiatieven van de medisch specialisten, waardoor de risico's beperkt bleven.

3.2.2 Oorzaken omzetteffecten

De optredende omzetteffecten kunnen door verschillende elementen worden veroorzaakt.

3.2.2.1 Onvolledige productstructuur

Allereerst kunnen omzetteffecten het gevolg zijn van een onvolledige productstructuur. Randvoorwaarde voor het invoeren van volledige prestatiebekostiging is een dekkende productstructuur. Dit houdt concreet in dat sprake is van een declaratiemogelijkheid voor alle reguliere medisch specialistische zorg. Is dit niet het geval, dan kunnen zorgaanbieders een deel van hun kosten niet dekken middels de opbrengsten van zorgprestaties. Van de huidige DBC productstructuur is bekend dat niet alle reguliere medische specialistisch zorg is gedefinieerd in zorgprestaties. Hierdoor voldoet het huidige systeem dus niet aan deze randvoorwaarde. In het bijzonder de zeer specifieke productie van topklinische en academische ziekenhuizen, waaronder WBMV-zorg, komt hier onvoldoende in tot uitdrukking.

De onvolledigheid van het huidige DBC-systeem is een belangrijke reden om de nieuwe DBC productstructuur (DOT) te introduceren. Op korte termijn zal er, hoewel er een stap voorwaarts wordt gezet ten opzichte van de huidige productstructuur, ook binnen DOT nog steeds sprake zijn van een onvolledige beschrijving van alle zorgproductie. Deze

onvolledigheid zal de komende jaren moeten worden opgelost. De NZa concludeert dat een transitiepad hoe dan ook noodzakelijk is. Ook kan de onvolledigheid van de productstructuur DOT voor de korte termijn een dermate significante omvang hebben, dat het het belang van een transitiepad vergroot. Naar de exacte omvang en aard van deze onvolledigheid van DOT zal de NZa nader onderzoek verrichten.

Een transitiepad biedt de mogelijkheid om de prestatiebeschrijvingen te verbeteren en vollediger te maken, zodat op termijn aan deze randvoorwaarde wordt voldaan.

3.2.2.2 Kwaliteit van onderbouwing van tarieven

Een andere randvoorwaarde voor volledige prestatiebekostiging is kwalitatief goede tarieven. De huidige DBC tarieven laten door de tijd heen nogal wat fluctuaties zien, waardoor het de vraag is of er reeds sprake is van stabiele en/of adequaat onderbouwde tarieven. Door de herberekening van tarieven onder DOT kan dit probleem opnieuw gaan optreden. Er zullen enkele jaren nodig zijn om de tarieven te verbeteren. Een transitiepad kan hiervoor ruimte bieden.

3.2.2.3 Zorgzwaarte

Op korte termijn zit het aspect zorgzwaarte nog niet in de DOT productstructuur verwerkt. Dit zal volgens de planning van DBC-Onderhoud pas in 2011 of 2012 het geval zijn. In de tussenliggende periode kunnen zorgaanbieders met structureel zwaardere patiënten mogelijk een tekort aan opbrengsten hebben. Een transitiepad biedt ruimte om dit op te vangen.

3.2.2.4 Overige omzeteffecten

Ook zullen omzeteffecten optreden ten gevolge van verschillen in bedrijfsvoering, die onder het budget anders vergoed worden dan in een model van prestatiebekostiging. Het transitiepad biedt instellingen de ruimte om gedurende een bepaalde periode hun bedrijfsvoering aan te passen aan de gewijzigde omstandigheden.

3.2.3 Overgangsregime kapitaallasten

Het afschaffen van het FB-budget en de overgang naar volledige prestatiebekostiging brengt nog een specifiek knelpunt met zich mee ten aanzien van het overgangsregime kapitaallasten. Naar verwachting zal er, afhankelijk van het moment waarop de budgettering daadwerkelijk wordt afgeschaft, maar minimaal tot het jaar 2013 een overgangsregime van toepassing zijn ten aanzien van de kapitaallasten, waardoor bedragen verrekend dienen te worden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Door het afschaffen van het budget verdwijnt hiervoor een voor de hand liggend aangrijpingspunt. Hiervoor zou dan ook een restbudget moeten worden gehandhaafd.

3.3 Conclusie

De voorgenomen beleidswijzigingen kunnen op de korte termijn tot een aantal knelpunten leiden. Allereerst leidt het afschaffen van het FB-budget tot verschuivingen in de opbrengsten - gebudgetteerde aanbieders - en schadelast - verzekeraars. Bovendien leidt de gelijktijdige invoering van de nieuwe productstructuur DOT tot additionele omzeteffecten voor alle zorgaanbieders, inclusief vrijgevestigde medisch specialisten, en schadelastverschuivingen voor

zorgverzekeraars. De NZa acht het noodzakelijk om een dergelijke majeure operatie vergezeld te laten gaan van een transitiepad. Bij de invoering van de DBC-systematiek in 2005 en bij de invoering van volledige risicodragendheid van kapitaallasten onder ziekenhuizen, is gebleken dat een zorgvuldige overgang zeer wenselijk is. Een transitiepad biedt tevens de mogelijkheid om de prestatiebeschrijvingen te verbeteren en vollediger te maken, zodat het volledige zorgaanbod is beschreven in zorgprestaties voor zover dat bestaat uit direct patiëntgebonden zorgproductie. Ook kunnen tarieven worden verbeterd, kan zorgzwaarte worden ingebouwd en kan de bedrijfsvoering worden aangepast op overige transitie-effecten. Bovendien kan een transitiepad ruimte scheppen om de verrekening van de kapitaallasten, in het kader van de overgangsregeling, vorm te geven. Zonder transitiepad kan dit door het afschaffen van het FB ook tot een knelpunt leiden.

In de volgende hoofdstukken adviseert de NZa de Minister van VWS over de hoofdlijnen van prestatiebekostiging van medisch specialistische zorg op de lange termijn en besteedt daarbij met name aandacht aan een stabiel en consistent transitiepad voor de korte termijn. Uitgangspunt hierbij vormen de beleidsvoornemens van de Minister en het regeerakkoord. Daarbij is het verwachte eindperspectief leidend voor het transitiepad.

4. Eindmodel prestatiebekostiging

De afgelopen jaren zijn er diverse wijzigingen doorgevoerd in de bekostiging en regelgeving voor medisch specialistische zorg. Het einddoel is de introductie van volledige prestatiebekostiging. Volledige prestatiebekostiging past bij een systeem van vraagsturing waarin de belangen van de patiënt centraal staan en waarbinnen partijen voldoende vrijheid hebben om te anticiperen op deze belangen. Bovendien geeft volledige prestatiebekostiging zorgverzekeraars handvatten voor het opzetten van selectieve zorginkoop, waarmee een positieve impuls op kwaliteit en betaalbaarheid wordt beoogd.

Deze visie staat ook centraal in het regeerakkoord. Door de ontwikkelingen die afgelopen maanden, specifiek het geen doorgang laten vinden van het systeem van maatstafconcurrentie, is er bij spelers in het zorgveld onduidelijkheid ontstaan over de route naar het eindplaatje van prestatiebekostiging. Een duidelijke visie van de overheid op de bekostiging van de medisch specialistische zorg is cruciaal. Ten eerste zorgt het voor reguleringszekerheid, wat noodzakelijk is voor investeringsbereidheid, ondernemerschap en dynamiek in de sector. In een systeem van vraagsturing vormen dit belangrijke uitgangspunten. Ook biedt een concreet lange termijn perspectief de overheid en toezichthouder zelf duidelijke handvatten voor een consistente aanpak van knelpunten die op de korte termijn kunnen spelen in de bekostiging.

In dit hoofdstuk schetst de NZa haar visie op de bekostiging van de medisch specialistische zorg. Uitgangspunt is zoals beschreven volledige prestatiebekostiging.

Het bereiken van het eindmodel van volledige prestatiebekostiging is afhankelijk van het moment dat het transitiepad is afgerond en aan alle randvoorwaarden is voldaan. Belangrijkste randvoorwaarden zijn de beschikbaarheid van een stabiele en volledige productstructuur, het afronden van het overgangsregime kapitaallasten en het beschikbaar zijn van een genormaliseerde vergoeding voor zorg die niet in prestaties te vatten is.

De NZa voorziet voor het eindmodel prestatiebekostiging twee segmenten: een vrij segment en een gereguleerd segment. De twee segmenten zullen achtereenvolgens worden besproken. De omvangverhouding van declarabele prestaties tussen het vrije segment en het gereguleerde segment is afhankelijk van een economische toets op markteffecten. Dit is een separate afweging los van de introductie van prestatiebekostiging en zal dan ook niet apart worden behandeld in dit hoofdlijnenadvies. Tijdens het transitiepad kan wel verder gewerkt worden aan betere marktcondities, zoals het opstellen van 'best practices' en het verminderen en/of afschaffen van ex post risicoverevening, waarin de NZa een adviserende rol heeft.

4.1 Het vrije segment

In het vrije segment is sprake van volledige prestatiebekostiging. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen behalve kwaliteit over volumes en integrale prijzen, dus inclusief honoraria medisch

specialisten en de kapitaallasten.²⁰ Uit analyses van (deel)markten moet blijken of de condities zodanig zijn dat zij zich lenen voor vrije prijsvorming. Dit dient de basis te zijn voor besluiten over het aandeel van het vrije segment in de totale omzet van de medisch specialistische zorg. De omvang van het vrije segment kan hierbij verschillen per zorgaanbieder.

De NZa monitort de ontwikkelingen in het vrije segment en zet prikkels in om een evenwicht in de marktverhoudingen te bewerkstelligen. Hierbij valt te denken aan het verminderen of afschaffen van de ex post risicoverevening van zorgverzekeraars²¹, het uitvoeren van benchmarks en het opstellen van spiegelinformatie. Activiteiten zijn gericht op het voorkomen van marktverstoring gedrag.

Indien er toch onwenselijke markteffecten optreden, bijvoorbeeld in de vorm van BKZ-overschrijdingen, zal de NZa analyseren wat hiervan de achtergrond is. Afhankelijk van de uitkomsten kan al dan niet worden besloten tot beleidsmatig ingrijpen. Ook spelen de analyses een essentiële rol bij de keuze tussen beleidsinstrument. Behalve het inzetten van een prijsbeheersingsinstrument behoren ook maatregelen als pakketmaatregelen, eigen bijdragen en protocollering tot de mogelijkheden²². Bovendien behoort ook de inzet van het instrumentarium voor aanmerkelijke marktmacht (AMM) tot de mogelijkheden.

4.2 Het gereguleerde segment

Het gereguleerde segment zal bestaan uit twee delen:

- variabel deel: zorgprestaties met gereguleerde integrale tarieven en vrij volume;
- vast deel: normatieve vaste vergoedingen voor specifieke functies of kenmerken.

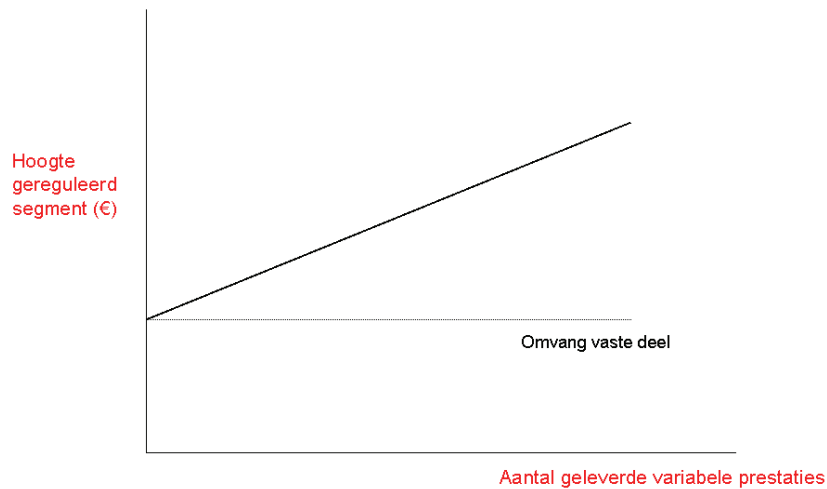
In de onderstaande figuur is de opbouw van het gereguleerde segment geïllustreerd.

²⁰ De NZa zal in 2009 nog een separaat advies gaan uitbrengen over de regulering van medisch specialisten.

²¹ De NZa zal in 2009 nog een separaat advies gaan uitbrengen over de risicoverevening.

²² VWS, Prijsbeheersingsinstrument/maatstafstelsel, CZ/TSZ/2865433, 8 september 2008

Figuur 1. Opbouw van het gereguleerde segment



Het aandeel van het gereguleerde segment in de totale omzet is afhankelijk van de uitkomsten van marktanalyses. Ook kan de omvang van het segment voor individuele zorgaanbieder afwijken, afhankelijk van de soort zorgproducten die geleverd worden en van specifieke functies die worden aangeboden.

4.2.1 Het variabele deel

Het variabele deel bevat de zorgprestaties met gereguleerde integrale tarieven en vrij volume. De gereguleerde integrale tarieven zijn in dit deel maximumtarieven. Maximumtarieven bieden de ruimte voor zorgaanbieders om prijzen te hanteren die onder het maximum vallen. Bijkomend voordeel hierbij is dat wanneer de Minister mocht besluiten in te grijpen middels een prijsbeheersinginstrument in het vrije segment, een gelijk reguleringsregime geldt in beide segmenten.

De zorgprestaties vallende onder het variabele deel betreffen de zorgproducten die met het oog op de publieke belangen door de overheid niet snel aan de markt zullen worden overgelaten.²³ Dit zou in elk geval de zorg onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV- zorg) kunnen betreffen. Zorg die onder de WBMV valt is onder andere radiotherapie, cardiochirurgie en interventiecardiologie, orgaantransplantaties, neurochirurgie en neonatale intensive care. Deze zorg wordt onder meer uit kwaliteitsoogpunt door een beperkt aantal zorgaanbieders geleverd. Deze concentratie van het aanbod bij een beperkt aantal zorgaanbieders vergroot de marktmacht bij de betreffende zorgaanbieders. Voor de betaalbaarheid van de WBMV-zorg is het daarom niet wenselijk marktwerking in termen van vrije prijzen in te voeren.

4.2.2 Het vaste deel

Het vaste deel van het gereguleerde segment betreft een vergoeding die wordt vastgesteld ten behoeve van specifieke functies of kenmerken van zorgaanbieders. Hierbij kan gedacht worden aan:

²³ Afhankelijk van beleidsmatige keuzes kunnen er ook prestaties worden toegevoegd die op korte termijn niet aan de markt worden overgelaten, maar op lange termijn wel.

- WBMV-zorg die niet direct te koppelen is aan zorgproducten, zoals subsidies aan kenniscentra. Vergoedingen hiervoor kunnen in de vorm van een vast budget worden toegekend;
- de vergoeding voor éénpitters (zorgaanbieders die een landelijke functie aanbieden). Ook dit kan in een vast budget worden toegekend;
- een beschikbaarheidsvergoeding voor het in stand houden van een Spoedeisende Hulp locatie (SEH-locatie). De vergoeding voor de beschikbaarheid van de SEH-locatie zou alleen gericht moeten zijn op het beschikbaar stellen van de SEH voorzieningen. Ook dit kan in een vast budget worden toegekend. De daadwerkelijk geleverde productie wordt door aparte prestaties vergoed die onderdeel uitmaken van het productiegerelateerde variabele deel van het gereguleerde segment;
- net zoals bij de acute zorg zouden brandwondencentra een beschikbaarheidsvergoeding kunnen krijgen middels een vast budget;
- per 1 januari 2009 is vrijwel alle categorale zorg gedefinieerd in zorgprestaties. Het kan echter wel zo zijn dat bepaalde functies of kenmerken van zorgaanbieders die categorale zorg leveren niet te vatten zijn in zorgprestaties. Deze functies en kenmerken kunnen in aanmerking komen voor een vaste vergoeding;
- toeslag of afslag voor zorgzwaarte. Zorgaanbieders moeten een toeslag - afslag - kunnen krijgen voor relatief zwaardere - minder zware - zorg die zij leveren in het gereguleerde segment. Mogelijk dat de huidige schaalgroottetoeslagen hierbij als eerste benadering voor een vergoeding kunnen dienen. Een correctie voor zorgzwaarte is noodzakelijk om patiëntselectie tegen te gaan en waarborgt daarmee de toegankelijkheid van de zorg.

In de nadere uitwerking dient aandacht besteed te worden aan hoe de hoogte van de vaste vergoeding bepaald wordt, welke functies hiervoor in aanmerking komen, of er sprake is van gedifferentieerde vergoedingen per functie of van een totaalvergoeding en welke zorgaanbieders aanspraak kunnen maken op de vergoeding.

De hoogte van de vaste vergoeding is nu nog niet concreet aan te geven. Aan de ene kant dient de vaste vergoeding zo klein mogelijk te zijn en er zoveel mogelijk toegewezen te worden aan declarabele prestaties, omdat dit betere marktprikkels geeft. Belangrijker is evenwel een reële toekenning van een vaste vergoeding. Hierdoor zal de druk om maar zoveel mogelijk prestaties te declareren en/of kruissubsidiëring afnemen, hoewel deze prikkel er altijd zal blijven. Bijkomend voordeel is dat een groot aantal langlopende discussies, 'probleemdossiers', wordt afgerond.

Het vaste deel van het gereguleerde segment zal via een nog te bepalen verdeelsleutel tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden verrekend.

4.3 Conclusie

De NZa voorziet voor de lange termijn een model met twee segmenten: een vrij segment en een gereguleerd segment. In het vrije segment is sprake van volledige prestatiebekostiging. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen behalve over kwaliteit over volumes en integrale prijzen.

Het gereguleerde segment zal bestaan uit twee delen: een variabel deel en een vast deel. Het variabele deel bevat zorgprestaties met gereguleerde integrale maximumtarieven en een vrij volume. Ook hier is dus sprake van volledige prestatiebekostiging. De zorgprestaties vallende

onder het variabele deel betreffen de zorgproducten die, met het oog op de publieke belangen, door de overheid (nog) niet aan de markt zal worden overgelaten, of waarvan overheveling op korte termijn beleidsmatig nog niet wenselijk wordt geacht. Voor het vaste deel van het gereguleerde segment wordt een vergoeding gegeven voor specifieke functies of kenmerken van zorgaanbieders. De bepaling van de hoogte van de vaste vergoeding en wie hiervoor in aanmerking komt verdient nadere uitwerking. Het verschil tussen het gereguleerde segment - de som van het vaste deel en het variabele deel - en de opbrengsten uit de zorgprestaties die onder het gereguleerde segment vallen, zullen verrekend worden. Dit kan op basis van de marktaandelen via vaste bedragen verrekend moeten worden tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

5. Algemene punten en risico's bij transitiepad

In hoofdstuk 3 is geconcludeerd dat majeure beleidswijzigingen vergezeld dienen te gaan van een transitiepad. Dit geldt dan ook voor de invoering van volledige prestatiebekostiging voor medisch specialistische zorg. Het algemene doel van een transitiepad is het beperken en/of voorspelbaar maken van de risico's voor zorgaanbieders - omzetteffekten/ongedekte kosten - en zorgverzekeraars - verschuiving van schadelast. In hoofdstuk 6 wordt een aantal scenario's voor de vormgeving van de transitiepad gepresenteerd, zogenaamde transitiescenario's. Dit hoofdstuk staat stil bij de algemene punten die van invloed - kunnen - zijn bij alle transitiescenario's en welke generieke risico's een rol spelen.

5.1 Algemene punten

Belangrijke randvoorwaarden voor een transitiescenario zijn consistentie van het scenario met het lange termijn perspectief, de praktische uitvoerbaarheid, de juridische houdbaarheid van het scenario, de voorzienbaarheid en een optimale prikkelwerking die wordt bewerkstelligd door het scenario. Aanvullend hierop speelt een aantal algemene punten een rol, waaronder: de overgangsregeling van kapitaallasten, het prijsbeheersinginstrument en de taakstelling van de Minister.

5.1.1 Kapitaallasten onder afzonderlijke overgangsregeling

De komende jaren zal een afzonderlijke overgangsregeling voor kapitaallasten van toepassing zijn op zorgaanbieders. Deze overgangsregeling kapitaallasten regelt voor zorgaanbieders de overgang van de huidige budgetsystematiek naar de eindsituatie van bekostiging met integrale tarieven en volledige risicodragendheid over de kapitaallasten. De regeling komt er in hoofdlijnen op neer dat de kapitaallasten, die aan het B-segment worden toegerekend, gefaseerd uit het budget worden gehaald. Het tempo waarmee het vrije B-segment wordt uitgebreid, bepaalt daarmee ook het tempo waarin zorgaanbieders meer risico gaan lopen over de kapitaallasten. Dat geldt ook voor het moment waarop de - huidige - budgettering definitief wordt afgeschaft. Vanaf dat moment is de overgangsregeling niet alleen van toepassing op de segmenten die al eerder naar het B-segment zijn overgebracht, maar ook op dat deel van zorgprestaties dat naar - volledige - prestatiebekostiging overgaat. De kapitaallasten worden in een afzonderlijke overgangsregeling gevolgd gedurende de overgangsperiode en worden buiten beschouwing gehouden in dit hoofdlijnenadvies. Echter, de verrekening van de kapitaallasten kan een rol gaan spelen bij de overgang naar volledige prestatiebekostiging. De impact hiervan zal op een later moment verder uitgewerkt worden. De looptijd van het overgangsregime kapitaallasten kan verschillen van de looptijd van het algemene transitiepad.

5.1.2 Relatie met prijsbeheersinginstrument

De Minister heeft aangekondigd dat, wanneer de ontwikkelingen in het B-segment voor wat betreft prijs en volume minder gunstig zijn dan bij het vaststellen van het budgettaire kader voor 2009 is uitgegaan, hij

voornemens is om het volledige B-segment onder een prijsbeheersingsinstrument te brengen. Indien de Minister besluit in 2010 of later het prijsbeheersingsinstrument in te zetten, betekent dit de facto dat de vrije prijzen in het B-segment worden vervangen door maximumtarieven. Daarmee valt het onderscheid tussen van het variabele deel van het gereguleerde segment en vrije segment feitelijk weg. Ondanks de gelijke tariefregulering in beide segmenten ligt het, gelet op de beleidsmatige keuze om het B-segment verder uit te breiden naar circa 34%, niet voor de hand om het voorheen vrije segment onder te brengen in een transitie scenario. In eerdere advisering van de NZa was dit nog wel het uitgangspunt, in de context van een relatief kleiner vrij segment.²⁴ Nu zou dat evenwel een grote stap terug impliceren, in termen van vrijheden en prikkels. Een andere reden om het voorheen vrije segment niet onder te brengen in een transitie scenario is dat bij de introductie en de uitbreiding van prestatiebekostiging in het B-segment, niet is gekozen voor een transitiepad. Het ligt dan ook niet voor de hand om nu alsnog risico's te ondervangen in een transitie scenario. Tot slot zullen er een aantal uitvoeringsproblemen resulteren wanneer het voorheen vrije segment wordt meegenomen in het transitie scenario.

Aanvullend hierop dient opgemerkt worden dat wanneer een prijsbeheersingsinstrument voor een langere periode wordt ingezet, gekeken dient te worden naar de lange termijn ambities op het gebied van de bekostiging en de invloed op het geschetste eindperspectief en het transitie scenario. Specifiek aandachtspunt hierbij is dat maximumtarieven kunnen leiden tot onderproductie en wachtlijsten. Dit zal het geval zijn wanneer de vastgestelde tarieven onvoldoende de werkelijke kosten van zorgaanbieders weerspiegelen, waardoor productie niet aantrekkelijk is. Bovendien bieden de maximumtarieven beperkte ruimte voor een vergoeding van zorgzwaarte.

5.1.3 Taakstelling

De Minister heeft in september 2008 een aanwijzing aan de NZa gegeven met daarin het verzoek een kortingsmaatregel 2009 te verwerken ten aanzien van onder andere de ziekenhuizen.²⁵ In deze aanwijzing verzoekt de Minister de NZa per 1 januari 2009 een taakstelling van structureel € 15 miljoen - prijspeil 2007 - op te leggen aan ziekenhuizen. Deze structurele taakstelling kan technisch worden verwerkt in de transitie scenario's, zodat deze taakstelling jaarlijks wordt binnengehaald. Groot nadeel hiervan is dat de behaalde resultaten bij zorgaanbieders worden afgeroomd, waardoor de prikkelwerking vergelijkbaar wordt met de budgetsituatie. Ziekenhuizen ondervinden geen prikkels om meer te produceren dan hun gestelde uitgavenkader. Aanvullend hierop zullen ziekenhuizen prikkels ondervinden, ook tijdens een transitiepad naar volledige prestatiebekostiging, om hun productie onder te brengen bij ZBC's. Dit alles doet afbreuk aan de doelstellingen van prestatiebekostiging.

5.2 Generieke risico's

Zoals eerder aangegeven beperkt een transitiepad de risico's voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Bij een transitiepad speelt echter een aantal generieke risico's en deze risico's zijn een gegeven bij elk transitie scenario.

²⁴ NZa, Uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging 'De Zichtbare Hand', april 2006.

²⁵ VWS, Aanwijzing korting 2009 ziekenhuizen, 22 september 2008.

5.2.1 Medisch specialisten en ZBC's

Het transitiepad en de beschreven transitie scenario's in hoofdstuk 6 zijn toegespitst op gebudgetteerde zorgaanbieders en niet op de vrijgevestigde medisch specialisten en ZBC's. Door het ontbreken van een budget voor ZBC's en vrijgevestigde medische specialisten in de huidige situatie ziet de NZa geen aangrijpingspunten om voor deze zorgaanbieders een transitiepad vast te stellen, althans niet zonder grote uitvoeringslasten voor alle partijen.

Bij ZBC's, zijnde niet gebudgetteerde zorgaanbieders, betekent elke wijziging in de productstructuur een potentiële verschuiving in de omzet. ZBC's leveren echter relatief veel zorg die valt onder in het vrije B-segment. Hierdoor kunnen mogelijk ZBC's zelf in de onderhandelingen met zorgverzekeraars afspraken maken over verschuivingen in de omzet door wijzigingen in de productstructuur. Deze omzetverschuivingen bij ZBC's hebben waarschijnlijk een beperkte impact op het budgettaire kader, omdat de productie van ZBC's relatief klein is. Voor medisch specialisten zijn de BKZ-risico's theoretisch gezien beperkt, doordat de inkomenseffecten onder de huidige deelregulering ten allen tijde beperkt moeten zijn door de specialisme specifieke rondrekening van normtijden. De methodiek van rondrekenen beperkt evenwel slechts in beperkte mate de risico's van individuele maatschappen en/of medisch specialisten.

5.2.2 Risicoverevening zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars worden ex ante verevend voor hun zorguitgaven. Dit houdt in dat zorgverzekeraars aan de hand van hun verzekerdenbestand vooraf worden gecompenseerd. Een adequaat risicovereveningssysteem zorgt er onder meer voor dat zorgverzekeraars niet nadelig worden getroffen door de gezondheidskenmerken van de verzekerdenportefeuilles. De risicoverevening waarborgt de acceptatieplicht voor de basisverzekering.

Nadat de ex-ante risicoverevening heeft plaatsgevonden, treedt nog een aantal ex-post mechanismen in werking, waarbij onder andere de ziekenhuisuitgaven achteraf worden nagecalculeerd. Hierdoor lopen zorgverzekeraars uiteindelijk maar een beperkt financieel risico over het verschil tussen de werkelijke uitgaven en de normuitgaven die voor hun verzekerden zijn vastgesteld in de ex ante verevening. De prikkel voor zorgverzekeraars om doelmatig ziekenhuiszorg in te kopen is momenteel gering, omdat ze weinig risico lopen over hun gerealiseerde zorguitgaven. De Minister is voornemens de ex-post compensatiemechanismen in het risicovereveningssysteem verder af te bouwen, zodat zorgverzekeraars meer risico lopen over hun zorguitgaven. Hierdoor ondervinden zij meer stimulansen voor een doelmatige zorginkoop.

De ex-ante verevening voor het jaar t wordt in het najaar van t-1 vastgesteld op basis van declaratiegegevens t-3 en/of t-4. Dit impliceert dat pas circa drie jaar na de introductie van DOT de verevening toegespitst is op de nieuwe productstructuur. De gelijktijdige invoering van volledige prestatiebekostiging vergroot de geschetste problematiek. Hierdoor lopen zorgverzekeraars in de eerste jaren substantiële extra risico's. Dit zou kunnen worden opgelost door de ex post verevening in stand te houden. Gelet op de algemene marktontwikkelingen is dit evenwel onwenselijk, omdat dit de prikkels voor een doelmatige zorginkoop vermindert. De NZa adviseert de Minister van VWS derhalve nadrukkelijk te bezien op welke wijze toch bruikbare informatie kan worden verzameld voor de aanpassing van de ex-ante verevening.

5.2.3 Trendbreuk DOT

Een risico dat in het transitiepad niet kan worden weggenomen, is de optredende trendbreuk door de invoering van de nieuwe productstructuur DOT. Door de overstap op een nieuwe productstructuur, zijn volumeontwikkelingen - maar ook prijsontwikkelingen - niet te vergelijken met voorgaande jaren. Bovendien is het zeer lastig om omzetten te voorspellen. Hierdoor is het ook niet mogelijk om de effecten van de invoering van prestatiebekostiging en effecten van de invoering van DOT op een goede manier te scheiden. Met het oog op de taakuitoefening van de NZa, maar ook met oog op het BKZ en individuele omzetten en schadelast, is dit een aanzienlijk risico.

Een kwalitatief goede conversietabel waarin een vertaling wordt gemaakt van zorgproducten in het oude DBC productstructuur naar het nieuwe productstructuur DOT kan daarvoor een oplossing bieden. De grouper vormt feitelijk de best mogelijk conversietabel.²⁶ Immers, de oude DBC-producten worden omgezet naar nieuwe DOT-zorgproducten. Bezien dient te worden op welke manier de grouper kan worden gebruikt om, waar noodzakelijk, goede conversies te maken, of de toegang tot de grouper voor alle partijen, inclusief voor de NZa, voldoende geborgd is en of de te converteren data voor alle partijen, inclusief toezichthouder, beschikbaar is. Indien de grouper niet tijdig beschikbaar is, dient een afzonderlijke conversietabel te komen die dezelfde noodzakelijke kwaliteit kent. DBC-Onderhoud werkt al aan een dergelijke conversietabel, maar geeft nadrukkelijk aan dat het gewenste kwaliteitsniveau nog een in te vullen variabele betreft. De NZa adviseert de Minister regie te nemen in de discussie omtrent de conversie van data.

²⁶ De grouper zal onder DOT zorgen voor de afleiding van zorgproducten op basis van de diagnose en uitgevoerde verrichtingen en komt centraal als applicatie beschikbaar. De grouper komt hiermee in de plaats van de huidige validatiemodule. De grouper zal centraal beschikbaar worden gesteld.

6. Uitwerking transitiescenario's

Indien de transitie is afgerond, geldt voor het gereguleerde segment - net zoals nu reeds voor het B-segment - voor alle zorgaanbieders prestatiebekostiging. Het transitiepad zal worden gebruikt om zorgaanbieders - deels - te compenseren voor optredende omzetmutaties in het gereguleerde segment. Als praktisch aangrijpingspunt wordt het gereguleerde segment gekozen. Zie hoofdstuk 4. Dit betekent dat het gereguleerde segment tijdens het transitiepad wordt afgebouwd naar het structurele niveau, zijnde het vaste deel en het variabele deel. Hoofdstuk 6 presenteert een aantal scenario's voor de vormgeving van het transitiepad. Na de invoering van prestatiebekostiging in het gereguleerde segment kan worden bekeken in hoeverre vrije prijzen kunnen worden ingevoerd. Dit betreft dus een separate afweging, los van de introductie van prestatiebekostiging en de mogelijke scenario's daarbij. Deze afweging komt in dit advies niet aan de orde.

Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat de navolgende modellen na besluitvorming verder dienen te worden uitgewerkt, waarbij ook de beschikbaarheid van gegevens moet worden meegewogen.

6.1 Basisscenario: prestatiebekostiging en DOT

Het basisscenario gaat uit van een overstap per 2010 van het huidige budget - inkomsten op basis van FB-parameters - naar volledige prestatiebekostiging - inkomsten op basis van declarabele zorgprestaties. Gelijktijdig hiermee zal ten behoeve van de declaratie van zorgprestaties de nieuwe DOT productstructuur worden ingevoerd. De ratio achter de keuze voor de overstap naar volledige prestatiebekostiging in het basisscenario is reeds uitgebreid toegelicht in hoofdstuk 2. In het kort: het in stand houden van de huidige duale prikkels is onwenselijk. De keuze binnen het basisscenario voor de gelijktijdige invoering van DOT is geënt op keuzes die al in een eerder stadium zijn gemaakt.

Het basisscenario gaat uit van een transitiepad dat van toepassing is op het huidige A-segment, en niet op het B-segment. Belangrijkste reden is dat dit beleidsmatig niet voor de hand ligt en er bij de introductie en uitbreiding van prestatiebekostiging het B-segment, niet is gekozen voor een transitiepad. Het ligt dan ook niet voor de hand om nu alsnog risico's te ondervangen in een transitiepad. Ook speelt mee dat de overstap naar volledige prestatiebekostiging het B-segment slechts beperkt raakt, aangezien er in het B-segment nu al sprake is van prestatiebekostiging. Indien het basisscenario het B-segment toch raakt, bijvoorbeeld doordat de productstructuur wijzigt, is er voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende ruimte om hier lokaal aan tegemoet te komen. Naar inschatting van DBC-Onderhoud is het B-segment onder DOT redelijk goed herkenbaar ten opzichte van de huidige productstructuur. Tot slot moet worden voorkomen dat prikkels in het B-segment worden weggenomen. Dit is deels het geval indien ook het B-segment onder het transitiepad zou worden gebracht. De NZa schat de optredende onzekerheden en risico's van het niet meenemen van het transitiepad in als relatief beperkt. Een en ander impliceert echter wel dat de gevolgen van DOT voor het B-segment niet gefaseerd worden ingevoerd.

6.1.1 Bepaling transitiebedrag

De kern van het transitiepad is dat per gebudgetteerde zorgaanbieder het verschil tussen de historische omzet en de omzet bij volledige prestatiebekostiging wordt vastgesteld. Dit noemen we het 'transitiebedrag'. Het transitiebedrag speelt een belangrijke rol bij het compenseren van zorgaanbieders. Als basis voor de bepaling van het transitiebedrag wordt het budget 2009 genomen.²⁷ Dit budget 2009 wordt vergeleken met de opbrengsten A-segment 2009:

*Transitiebedrag = budget 2009 – opbrengsten A-segment 2009
(model 1)*

Door de gelijktijdige invoering van DOT kent deze technische uitwerking een risico. Dit wordt veroorzaakt doordat de opbrengsten A-segment 2009, vanwege de invoering van een nieuwe productstructuur, wellicht afwijken van de gereguleerde inkomsten 2010. Een vergelijking is daardoor niet mogelijk, waarmee de opbrengsten 2009 mogelijk geen goede schatter zijn voor de daadwerkelijk optredende omzetteffecten. Aan dit risico kan tegemoet worden gekomen door bij de bepaling van het transitiebedrag niet uit te gaan van de opbrengsten A-segment 2009, maar van de gereguleerde opbrengsten 2010.

*Transitiebedrag = budget 2009 – gereguleerde opbrengsten 2010
(model 2)*

Model 2 kent een risico ten aanzien van strategisch gedrag door zorgaanbieders. Doordat de opbrengsten 2010 bepalend zijn voor de hoogte van het transitiebedrag, is er een prikkel om de opbrengsten 2010 kunstmatig laag te houden. Voor 2010 levert dit zorgaanbieders geen nadeel op: budget 2009 is immers de garantie voor inkomsten 2010, terwijl een hoog transitiebedrag in latere jaren wel voordeel oplevert. Dit heeft ook een negatieve invloed op de volume prikkel voor 2010. Meer productie levert immers ook geen extra inkomsten op.

Het strategisch gedrag zou zich op twee manieren kunnen manifesteren. Allereerst door het verlagen van volumes. Dit risico schat de NZa om een aantal redenen in als relatief beperkt:

- zorgaanbieders mogen patiënten geen noodzakelijke cq. acute zorg onthouden en specialisten zullen met hun productieprikkel tegenwicht bieden;
- zorgaanbieders lopen het risico om structureel marktaandeel te verliezen door een incidentele verlaging van productie;
- een eenmalige verlaging van de productie legt veel druk op het resultaat, omdat de - semi-vaste - kosten van personeel en materieel blijven bestaan. Bij een vangnet dat in het eerste jaar geen 100% is kan dat problemen opleveren voor zorgaanbieders.

Bovendien zouden zorgaanbieders ervoor kunnen kiezen om hun productie onder te brengen in ZBC's. Het is echter zeer de vraag of een dergelijke structurele beslissing zo makkelijk wordt genomen en op korte termijn te effectueren is.

De risico's op strategisch gedrag kunnen worden verminderd door bij de bepaling van het transitiebedrag ook te kijken naar de ontwikkeling van budgetparameters, die toch al worden geregistreerd. Dit zal leiden tot een minder eenvoudige berekening van het transitiebedrag, omdat er een koppeling gemaakt moet worden tussen parameters en omzetten. Ook kunnen er in beleidsregels aanvullende regels worden gedefinieerd ten aanzien van de omzetbepaling. Dit zal hoe dan ook moeten met het oog op de bepaling van onderhanden werk.

²⁷ Desgewenst kan er ook voor een eerder basisjaar voor het budget worden gekozen.

Het risico op strategisch gedrag is in model 1 kleiner. Immers, een verlaging van de gereguleerde omzet 2009, vertaald zich door een daling van het aantal parameters ook door in het FB 2009. Hiermee zal de invloed van het strategisch gedrag op het transitiebedrag beperkt zijn.

De risico's afwegende is de NZa binnen het basisscenario voorstander van model 2, dat uitgaat van de opbrengsten 2010. Doorslaggevend is het feit dat het onzorgvuldig is om bij een wijziging van de productstructuur - invoering DOT - de omzet 2009 - gebaseerd op de oude productstructuur - mee te nemen in de bepaling van het transitiebedrag. Nadeel is evenwel dat het transitiebedrag pas na 1 juni 2011 kan worden vastgesteld. Immers, de gereguleerde omzet 2010 valt pas definitief na 1 juni 2011 vast te stellen. Een mogelijkheid om hieraan tegemoet te komen, is door te werken met voor- en nacalculatie van het transitiebedrag. Uitvoeringstechnisch is dit mogelijk.

6.1.2 Afbouw transitiebedrag

Het transitiebedrag wordt tijdens het transitiepad in een aantal jaren afgebouwd. Bepalend voor de duur van en stappen in de afbouw zijn onder andere de initiële kwaliteit van de DOT productstructuur, de doorlooptijd van verbeteringen van de DOT productstructuur en de doorlooptijd van het vaststellen van een genormeerde vergoeding in het vaste segment. Vanuit juridisch oogpunt is een looptijd van minimaal drie jaar voor een transitiepad gebruikelijk.

In dit advies wordt ter illustratie uitgegaan van een transitiepad van drie jaar, met stappen van 100%, 66% en 33%. De NZa is geen voorstander van differentiatie van het pad tussen instellingen omdat dit uitvoeringstechnisch complicerend werkt en juridisch ook lastig houdbaar is. In het transitiebedrag wordt bovendien reeds rekening gehouden met individuele situaties.

Voorbeeld 1

Het FB 2009 is 100, de opbrengsten binnengehaald met de gereguleerde zorgprestaties in 2010 bedragen 80. Het af te bouwen transitiebedrag bedraagt 20. Dit bedrag van 20 wordt als basis vastgezet voor het gehele transitiepad en wordt afgebouwd naar een minimumniveau. Dit zou er als volgt kunnen uitzien:

Voorbeeld: afbouw transitiebedrag

Jaar	Te ontvangen transitiebedrag	Totale inkomsten gereguleerde segment
2010	$100\% * 20 = 20$	20 + 80
2011	$66\% * 20 = 13,2$	13,2 + opbrengsten gereguleerde zorgprestaties 2011
2012	$33\% * 20 = 6,6$	6,6 + opbrengsten gereguleerde zorgprestaties 2012
2013	0	opbrengsten gereguleerde zorgprestaties 2013 + vaste vergoeding

Volumemutaties ten opzichte van het basisjaar 2010 in het gereguleerde segment werken in de jaren na 2010 volledig door, maar hebben geen invloed op de afbouw van het transitiebedrag. Hierdoor ondervinden zorgaanbieders stimulansen om voldoende zorg te leveren, waarmee bijvoorbeeld wachtlijsten weggewerkt kunnen worden, of om efficiënter zorg te gaan leveren. Ook verbeteringen van de productstructuur en/of tarieven kunnen de opbrengsten in het gereguleerde segment doen

wijzigen. Zoals reeds eerder gesteld, is er in het jaar 2010 geen volumeprikkel.

Voorbeeld 2

De opbrengsten binnengehaald met de geregleerde zorgprestaties stijgt in 2011 van 80 naar 90. In het beschreven model (zie voorbeeld 1) wordt omzet (66% van 20) + 90 geeft 103,2, ten opzichte van de oorspronkelijke 93,2. De stijging van de geregleerde omzet van 80 naar 90, hoeft niet alleen veroorzaakt te worden door volumestijgingen, maar kan bijvoorbeeld ook het gevolg zijn van een verbetering in de productstructuur.

In het jaar 2013 krijgen zorgaanbieders ook de vaste vergoedingen. Indien er reeds voor de afloop van het transitiepad vaste bedragen beschikbaar zijn, dient hier in de afbouw van het transitiebedrag rekening mee gehouden te worden. Concreet dient het vaste bedrag verrekend te worden met het resterende transitiebedrag.

Voorbeeld 3

Het FB 2009 is 100, de geregleerde omzet 2010 bedraagt 80. Vanaf 2011 wordt er een bedrag van 10 vastgesteld voor de beschikbaarheid van acute zorg. In 2011 bedraagt het transitiebedrag dan $(66\% * 20 - 10)$ geeft 6,6. De totale inkomsten worden dan $6,6 + 80 + 10 = 96,6$.

6.1.3 Risico's en onzekerheden

Het transitiebedrag en de verrekening hiervan ondervangt in eerste instantie de volgende risico's en onzekerheden:

- niet declarabele productie en onvoldoende kostengeoriënteerde tarifiering van geregleerde prestaties. Dit probleem moet door de jaren heen verminderen (verbetering van de prestatieomschrijvingen en tarieven), waardoor de afbouw van transitiebedrag - in het voorbeeld 66% en 33% - in de tijd gerechtvaardigd is;
- ontbreken van een vaste vergoeding voor specifieke functies. In het eindperspectief dienen er genormeerde bedragen beschikbaar te zijn voor functies die niet aan prestaties zijn toe te rekenen. Zie hoofdstuk 4. In voorbeeld 1 zou dit in 2013 het geval moeten zijn;
- het structurele verschil tussen het FB-budget en de structurele geregleerde omzet (vast plus variabel). Zorgaanbieders krijgen door de gefaseerde afbouw voldoende tijd om de bedrijfsvoering hierop aan te passen.

Voorts gaat het hoofdscenario ervan uit dat DOT geen autonome uitbreiding van het B-segment met zich meebrengt. Door het samenvoegen van producten kan dit in de concept DOT productstructuur wel het geval zijn. Dit vereist mogelijk knippen in DOT-zorgproducten. Behalve een (tijdelijke) inhoudelijke concessie aan de nieuwe productstructuur, kan dit ook impact hebben op het tijdsfad van DOT. Volgens DBC-Onderhoud is het knippen van zorgproducten technisch mogelijk en zijn de uitvoeringsconsequenties relatief beperkt. De exacte implicaties kunnen pas goed worden beoordeeld als de nieuwe DOT-productstructuur bekend is.

6.1.4 Positief transitiebedrag

Beschreven voorbeelden in het basisscenario gaan uit van de situatie waarin het FB 2009 hoger is dan de geregleerde DBC-A omzet in 2010 (uitgaande van model 2). Deze situatie leidt tot een positief transitiebedrag dat gefaseerd wordt afgebouwd. Omgekeerd kan het ook zo zijn dat de gedeclareerde DBC A-omzet in 2010 voor bepaalde

zorgaanbieders hoger is dan het FB-budget 2009. De vraag dient zich nu aan of het bovenomschreven transitiepad ook in een dergelijke situatie dient te worden toegepast.

Bij de beantwoording van deze vraag is van belang dat het niet van toepassing verklaren van het transitiepad tot gevolg heeft dat desbetreffende instellingen de mogelijkheid hebben om gedurende het transitiepad een concurrentievoordeel op te bouwen. Dit is ongewenst vanuit het oogpunt van marktwerking. De vraag is echter hoe zwaar dit punt opweegt tegen het wegnemen van volumeprikkels. Immers, instellingen die boven het FB uitkomen, hebben bij afromen geen volumeprikkel in 2010.

Behalve de bovenstaande beleidsmatige invalshoek dient bij de beantwoording van de vraag rekening te worden gehouden met het feit dat de huidige wet nog geen - afdwingbare - grondslag voor afromen biedt. Ook is het nodig dat op het moment dat tot afroming overgegaan wordt, er daadwerkelijk een overschrijding is gerealiseerd. Immers, anders zijn de tarieven rechtmatig in rekening gebracht en wordt terughalen juridisch moeizaam.

Voor de keuze tussen wel of niet afromen spelen dan ook meerdere elementen een rol. Alle elementen zullen nader moeten worden beoordeeld om een afgewogen keuze te maken tussen wel of niet afromen. In de afweging dient ook meegenomen te worden hoe vaak een positief transitiebedrag in de praktijk zal voorkomen. Hoewel er op dit moment nog onvoldoende inzicht over dit aspect bestaat, is de verwachting dat een positief transitiebedrag slechts in beperkte mate zal voorkomen.

Voorbeeld 4

Het FB 2009 is 100, de geregleerde omzet 2010 is 120. Af te romen transitiebedrag bedraagt 20. Dit bedrag van 20 wordt als basis vastgezet voor de transitieperiode en wordt afgebouwd naar een minimum niveau. Desgewenst kan er ook voor gekozen worden om dit bedrag niet af te romen.

Voorbeeld: afromen transitiebedrag

Jaar	Af te romen transitiebedrag	Totale inkomsten gereguleerde segment
2010	$100\% * 20 = 20$	120-20
2011	$66\% * 20 = 13,2$	opbrengsten gereguleerde zorgprestaties 2011 - 13,2
2012	$33\% * 20 = 6,6$	opbrengsten gereguleerde zorgprestaties 2012 - 6,6
2013	0	opbrengsten gereguleerde zorgprestaties 2013 + vaste vergoeding

6.2 Subscenario 'risicobeperking'

Ondanks het transitiepad en de specifieke modelkeuze, resteren er in het basisscenario aanzienlijke risico's door de gelijktijdige invoering van prestatiebekostiging en DOT. Deze risico's kunnen worden beperkt door in 2010 niet over te gaan op DOT.

6.2.1 Modelaanpassing

In het beschreven transitie scenario kan in plaats van opbrengsten 2010 worden uitgegaan van opbrengsten 2009. Immers, doordat de productstructuur niet wijzigt zijn de opbrengsten 2009 een goede schatter. Hierdoor neemt de kans op strategisch gedrag van zorgaanbieders af en is er ook voor het jaar 2010 een volume prikkel.

Voorbeeld 5

Het FB 2009 is 100, de opbrengsten A-segment in 2009 zijn 80. Het af te bouwen transitiebedrag bedraagt 20. Dit wordt door de jaren heen afgebouwd.

6.2.2 Kanttekeningen bij modelaanpassing

Deze modelaanpassing heeft een aantal kanttekeningen. De voornaamste kanttekening is dat de invoering van DOT, lopende het transitiepad, leidt tot dezelfde risico's zoals geschetst in het basisscenario. Bovendien is het uitvoeringstechnisch uitermate complex, doordat het transitiebedrag tussentijds aangepast dient te worden. Dit impliceert dat de invoering van DOT pas mogelijk is aan het einde van de transitiepad. Deze invoering zal dan naar verwachting weer vergezeld moeten gaan worden van een nieuw transitiepad. Dit leidt niet alleen tot een oprekking van de overgangperiode, maar mogelijk ook tot een afname van het draagvlak voor DOT. Bovendien worden partijen twee keer met een majeure wijziging geconfronteerd.

Een andere kanttekening is dat de huidige DBC productstructuur ook verbeterd zal moeten worden om deze, gedurende de transitiepad, geschikt te laten zijn voor prestatiebekostiging. Dit kan dan ook weer gevolgen hebben voor de meerwaarde van en het draagvlak voor DOT.

6.3 Scenario 'risicotoename'

Behalve het verminderen van de risico's, is het ook mogelijk om ten opzichte van het basisscenario meer wijzigingen te introduceren. Dit kan door uitbreiding van het B-segment aan het begin van de transitieperiode of gedurende de transitieperiode. Het uitbreiden van het B-segment kan een beleidsmatige keuze zijn of een technische gevolg zijn van de invoering van DOT. Op basis van de huidige inzichten lijkt deze autonome technische uitbreiding substantieel te kunnen zijn.

6.3.1 Modelaanpassing

In het beschreven transitie scenario dient het FB 2009 verminderd te worden met de waarde die samenhangt met producten die per 2010 naar het B-segment worden overgeheveld. Daarmee komen de hoogte van het FB 2009 weer in lijn met de, lagere, gereguleerde omzet 2010.

6.3.2 Kanttekeningen bij modelaanpassing

Voor de verlaging van het FB 2009 kan vanwege juridische kwetsbaarheid en uitvoeringstechnische knelpunten niet langer gebruik gemaakt worden van de reguliere schoningsmethodiek zoals gehanteerd in 2005/2008 of 2009. Andere technische mogelijkheden zijn:

- de schoning van het budget kan ook achterwege worden gelaten. Dit geeft echter BKZ-effecten;
- de schoning van het budget kan ook achterwege worden gelaten, in combinatie met een aanpassing van het transitiepad. Dat wil zeggen

- dat de duur van het transitiepad en/of de hoogte van de tussentijdse stappen worden aangepast. Nadeel van deze oplossing is dat er geen rekening wordt gehouden met de lokale verschillen;
- de extra vrije omzet kan ook 1-op-1 in mindering worden gebracht op de basisomzet (FB 2009 – delta vrije segment). Dit doet recht aan lokale verschillen, maar roomt ook volumetoename in het vrije segment af. Bovendien is de bepaling van het verschil in omvang van het vrije segment uitvoeringstechnisch zeer lastig, mede doordat de noodzakelijk volumegegevens pas laat beschikbaar zijn.
- De NZa vindt dat alle bovenstaande technische mogelijkheden substantiële aanvullende risico's en onzekerheden met zich meebrengen. Opgeteld bij de risico's die reeds in het basisscenario zijn geadresseerd, is er sprake van een cumulatie van risico's en onzekerheden.

6.4 Opmerkingen bij technische vormgeving transitie scenario's

Alle in dit hoofdstuk beschreven transitie scenario's maken gebruik van een technisch model dat uitgaat van een transitiebedrag. Bij de nadere uitwerking van het transitiepad kan naar voren komen dat enigszins afwijkende technische modellen beter uitvoerbaar zijn. Dit is mede afhankelijk van de beschikbaarheid van data en de wisselwerking met het overgangsregime kapitaallasten. Dit zou in een vervolgtraject moeten worden meegenomen.

7. Consultatie veld en afweging NZa

7.1 Consultatie veld

De NZa heeft branches (NVZ, NFU, ZKN, OMS, ZN en NPCF), een afvaardiging van individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars en DBC-Onderhoud middels een discussiebijeenkomst geconsulteerd over het onderwerp 'bekostiging medisch specialistische zorg'. Op hoofdlijnen is van gedachten gewisseld over de knelpunten in de huidige bekostigingssystematiek voor medisch specialistische zorg, de potentiële knelpunten voor de jaren 2010 en later, het ondervangen van de omzetteffecten in een transitiepad en de mogelijke transitie-scenario's. Volgend op deze discussiebijeenkomst zijn partijen schriftelijk gevraagd naar het voorkeurscenario. Partijen hebben nadrukkelijk aangegeven dat er sprake is van eerste reacties, die vooralsnog niet bestuurlijk zijn afgestemd. De NZa heeft de bijdrage van partijen als constructief ervaren.

Uit deze individuele reacties valt voorzichtig een aantal gedeelde opvattingen te destilleren. Partijen herkennen zich in de analyse van de NZa over duale bekostiging, onwenselijke prikkels en afwijkende belangen. Partijen vinden de overgang naar prestatiebekostiging dan ook wenselijk om prikkels gelijk te trekken. Ook willen partijen op de kortst mogelijke termijn een onomkeerbare stap ten aanzien van DOT zetten, omdat partijen DOT als een verbetering zien ten opzichte van de oude DBC-systematiek. Ook wordt het wenselijk geacht om prestatiebekostiging en DOT parallel in te voeren. Daarmee opteren partijen in principe voor het basisscenario.

Partijen hebben wel grote bedenkingen om deze stappen reeds in 2010 te gaan zetten. De onzekerheden die DOT met zich meebrengt spelen hierbij een grote rol. Hoewel het transitiepad enige comfort biedt, blijven in de ogen van partijen met name voor de interne bedrijfsvoering en onderhandelingen over het B-segment, waar het transitiepad geen comfort voor biedt, substantiële onzekerheden bestaan. Gelet op het feit dat de producten in het B-segment zullen veranderen en de definitieve productstructuur pas op een laat moment beschikbaar is, kan de NZa zich dit probleem punt voorstellen. Bovendien zullen er voor verzekeraars verschuivingen in schadelast gaan optreden, waar per 2010 volgens verzekeraars nog onvoldoende zicht op is. Ook dit is in de ogen van de NZa een reëel probleem punt. Partijen zijn dan ook voorstander van een *gefaseerd* basisscenario. Een gefaseerd basisscenario brengt de volgende stappen met zich mee:

- in 2010 starten zorgaanbieders met de *verplichte* registratie van de DOT zorgproducten. Hierdoor krijgen zorgaanbieders en zorgverzekeraars inzicht in de verschuivingen die optreden als gevolg van DOT. Partijen geven aan dat de extra administratieve belasting, vanwege twee registratiesystemen, naar hun inschatting beperkt is;
- de daadwerkelijke declaratie van zorgprestaties vindt in 2010 plaats op basis van de huidige DBC's en het FB blijft bestaan. De partijen hebben hierbij aangegeven dat het fundamenteel onderhoud van het ziekenhuisbudget (FB) geen noodzaak is. Met andere woorden: de partijen wegen de nadelen van de onvolkomenheden van het FB-model minder zwaar dan de risico's bij het invoeren van DOT in 2010;
- in 2011 zou er binnen het geschetste transitiepad overgestapt dienen te worden op prestatiebekostiging op basis van DOT declaraties.

7.2 Zienswijze NZa

Het gefaseerde basisscenario aangedragen door partijen kent een aantal voordelen ten aanzien van het beperken van risico's:

- de 'startkwaliteit' van DOT zal in 2011 beter zijn dan in 2010;
- registratie van DOT in 2010 geeft partijen meer inzichten in verschuivingen van omzet en schadelast en zodoende meer mogelijkheden om op korte termijn de interne bedrijfsvoering hierop aan te passen. Het transitiepad geeft hiervoor slechts beperkt houvast, omdat het transitiebedrag pas laat definitief kan worden vastgesteld;
- registratie van DOT in 2010 geeft partijen meer inzichten om per 2011 goede en reële onderhandelingen over het B-segment te voeren;
- registratie van DOT kan ook behulpzaam zijn om de trendbreuk in de data inzichtelijker te maken en geeft wellicht ook de mogelijkheid om het transitiebedrag beter vast te stellen. Het vereist een nadere analyse om deze specifieke reguleringsvoordelen te kwantificeren.

Bij het voorstel van partijen is echter ook een aantal kritische kanttekeningen te plaatsen:

- partijen kunnen medio 2009/2010 opnieuw aangeven dat de invoering van prestatiebekostiging en DOT te risicovol is, waardoor verder uitstel naar 2012 of 2013 op de loer ligt. Dit is erg onwenselijk, mede met het oog op de instabiliteit van het FB. Partijen geven zelf aan dat dit scenario niet voor de hand ligt. De registratie in 2010 noopt zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot aanpassingen in de bedrijfsvoering (ICT, zorgactiviteitentabel). Hierdoor worden er 'onomkeerbare' stappen gezet. Bovendien zorgt de obsoleetheit van de huidige bekostigingssystematiek er volgens partijen voor dat er een drang is naar prestatiebekostiging en DOT;
- de huidige duale situatie in de bekostiging met bijbehorende prikkels en risico's wordt een jaar langer gecontinueerd;
- de eventuele autonome uitbreiding van het B-segment door de introductie van DOT per 2011, kan een versturende werking op het transitiepad blijven houden. Er blijven immers uitvoeringstechnische en juridische risico's bestaan.

7.3 Afweging tussen de transitie scenario's

In het regeerakkoord is melding gemaakt van een zorgvuldige overgang naar prestatiebekostiging. Het, in dit advies beschreven, eindmodel en de transitie scenario's voldoen aan deze gedachte. Ongeacht de keuze voor een transitie scenario acht de NZa een transitiepad noodzakelijk. Wel dient opgemerkt te worden dat het transitiepad niet alle risico's voor individuele zorgaanbieders, individuele zorgverzekeraars en het BKZ wegneemt. Bij de keuze tussen de scenario's dient dan ook een afweging gemaakt te worden tussen 'het zetten van stappen' en 'het nemen van risico's'. Voor alle scenario's geldt dat de effecten van risico's en onzekerheden pas geruime tijd later zichtbaar worden.

Alle risico's afwegende en gelet op de huidige beleidsmatige realiteit, is de NZa voorstander van de invoering van prestatiebekostiging via het gefaseerde basisscenario. Daarmee wordt naar het oordeel van de NZa een goede balans getroffen tussen 'het zetten van stappen' en 'het nemen van risico's'. Invoering per 2010 gaat gepaard met nog relatief veel onzekerheden die in 2011 voor het grootste gedeelte gemitigeerd kunnen zijn. Veldpartijen lijken ook voorstander van een gefaseerde invoering van het basisscenario. De NZa is gevoelig voor de door partijen ingebrachte argumenten en hecht, gelet op eerdere majeure

beleidswijzigingen, veel waarde aan het draagvlak van partijen. Hierin speelt ook mee dat een beheerste transitie de meeste garanties geeft voor het bereiken van het eindperspectief en dat een jaar uitstel tot een kortere duur van het transitiepad zou kunnen leiden. De NZa adviseert dan ook om te kiezen voor het gefaseerde basisscenario. Nadrukkelijk merkt de NZa op dat deze keuze aan strikte voorwaarden moet worden verbonden, om te borgen dat de noodzakelijke stappen wel per 2011 worden gezet.

7.4 Voorwaarden bij keuze gefaseerde basisscenario

Zoals eerder gesteld, vindt de NZa dat de keuze voor het gefaseerde basisscenario gepaard dient te gaan met een aantal strikte voorwaarden.

Allereerst zou er begin 2009 door de Minister een onomkeerbaar totaalbesluit moeten worden genomen over een pakket aan beleidswijzigingen. Dit totaalpakket zou in elk geval de volgende onderdelen moeten bevatten:

- geen of beperkt onderhoud van FB ten behoeve van het jaar 2010;
- beperkt onderhoud van de vigerende DBC-systematiek per 2010;
- invoering van DOT per 2011, inclusief de bevestiging van partijen dat de vervanging van de huidige DBC-productstructuur door DOT gesteund wordt;
- invoering van prestatiebekostiging per 2011;
- geen beleidsmatige uitbreiding van het B-segment totdat het transitiepad is afgelopen en volledige prestatiebekostiging een feit is.

De NZa acht het essentieel om deze stappen in samenhang en onomkeerbaar te besluiten. Er wordt door de NZa vooral veel waarde gehecht aan de koppeling van de invoering van prestatiebekostiging aan de materiële invoering van DOT per 2011. Het zou dan ook onwenselijk zijn om in een later stadium alsnog te besluiten beide stappen te scheiden (DOT per 2011 onder FB, prestatiebekostiging pas in 2012 of later). Ten eerste heeft dit een negatieve invloed op de stabiliteit van het FB vanwege de mismatch tussen DOT en FB, wat kan leiden tot onvoorspelbare over- of onderfinanciering. Immers, de nieuwe productstructuur is niet ontwikkeld om in te voeren in combinatie met de budgetsystematiek. Gelet op de huidige beperkte stabiliteit van het FB is dit niet gewenst. Ook levert genoemde knip bij een autonome uitbreiding van het B-segment schoningsproblemen op. Daarnaast is de invoering van DOT altijd synoniem geweest voor de invoering van – volledige – prestatiebekostiging. De NZa acht het onwenselijk om deze zaken uit elkaar te trekken, omdat er dan twee bekostigingsgedachten door elkaar van toepassing zijn. Tot slot wordt de sector dan in meerdere opeenvolgende jaren geconfronteerd met grote beleidswijzigingen. Meerdere partijen hebben ook aangegeven dat dit onwenselijk is. Gelet op de eerdere bevindingen is een scenario dat uitgaat van invoering van DOT per 2010 en prestatiebekostiging in 2011 - of later - helemaal onwenselijk.

Bovendien dient geborgd te worden dat veldpartijen bijdragen aan de doorontwikkeling van DOT en aandacht besteden aan de interne inzichten in de effecten van DOT. Dit zou kunnen middels parallelle registratie van DOT-zorgproducten in 2009 en/of 2010. De NZa kan op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) administratieregels - registreren van relevante gegevens -, informatieregels - specificeren van prestaties op de rekening - en, al dan niet structurele, informatieopvragen uitvaardigen. Of deze instrumenten voor het genoemde doel ingezet kunnen worden, dient nog nader juridisch te worden afgewogen. Vooruitlopend op deze afweging, heeft de

NZa bedenkingen bij een verplichte registratie. Dit gelet op het feit dat de niet tijdige beschikbaarheid van de gegevens en de veronderstelde kwaliteit, zouden kunnen leiden dat niet - voldoende - kan worden voldaan aan de verplichting. De NZa vindt bovendien dat de verantwoordelijkheid voor een parallelle registratie bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars moet worden neergelegd. Hierover dienen afspraken gemaakt te worden door veldpartijen, het Ministerie van VWS, de NZa en DBC-Onderhoud. Aspecten die in elk geval meegenomen moeten worden bij deze afspraken zijn het startmoment van de parallelle registratie - bij voorkeur reeds medio 2009 -, al dan niet aanlevering van gegevens, de wijze van aanlevering van de gegevens, de ontvanger(s) van de gegevens en kwaliteit van gegevens. De Minister van VWS kan overwegen de vrijwillige registratie van gegevens te belonen door het beschikbaar stellen van financiële middelen en/of expertiseondersteuning, bijvoorbeeld via een veegploeg.

Afspraken omtrent (de benadering van) parallelle registratie dienen begin 2009 te worden vastgelegd. Het Ministerie van VWS dient de regie te voeren.

Bovendien dient 2009 benut te worden om de volgende onderwerpen op te pakken en uit te werken:

- het technisch uitwerken van transitiepad (inclusief noodzakelijke data en relatie met overgangsregeling kapitaallasten) en borging in beleidsregels. Door dit reeds in 2009 te doen wordt de voorzienbaarheid van het transitiepad geoptimaliseerd. De NZa zou hierin de regie moeten voeren, op basis van een aanwijzing van het Ministerie van VWS;
- keuze voor de looptijd en afbouw van het transitiepad, in relatie tot de aspecten redelijkheid en proportionaliteit. Hierin dient VWS in overleg met de NZa de regie te voeren;
- het oplossen van knelpunten in het kapitaallastendossier, waaronder de immateriële vaste activa, afschrijvingstermijnen en de kapitaallastencomponent en gereguleerde tarieven. Het Ministerie van VWS en de NZa zouden hier gezamenlijk regie in moeten voeren;
- het ontwikkelen van een overgangsregime voor zorgverzekeraars, vanwege de schadelastverschuivingen en effecten op de ex-ante verevening. De regie hiervoor zou bij het Ministerie van VWS en het CVZ moeten liggen;

Gelet op de cumulatie van uitvoeringstechnische en juridische risico's is de NZa geen voorstander van een autonome uitbreiding van het B-segment. Hierin speelt ook mee dat volgens de huidige inzichten deze technische autonome uitbreiding een substantiële uitbreiding zal zijn. Indien desondanks gekozen wordt voor een technische autonome uitbreiding, vindt de NZa dat een beleidsmatige economische afweging hieraan vooraf zou moeten gaan. Ook dient bezien te worden hoe hier in het transitieproces mee omgegaan kan worden.

De NZa adviseert de Minister hierover op korte termijn een besluit te nemen en verder vervolgacties uit te zetten, inclusief het opstellen van een verdere tijdsplanning. Immers, door verschillende partijen dienen vele uitvoeringspunten snel en adequaat opgepakt te worden. Behalve de bovenstaande punten kan ook gedacht worden aan het uitwerken van de systematiek voor vaste vergoedingen in het gereguleerde segment, het opzetten van een systematiek voor de afwikkeling van budgetten en het verder uitwerken van het verrekenen van vaste bedragen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarmee wordt het tijdspad richting 2011 reeds krap. Vertraging in de genoemde stappen kan leiden tot uitstel tot 2012, wat onwenselijk is.