

**Lijst van vragen – totaal**

1

*Ligt de invoering van DOT, zowel bij DBC-onderhoud alsmede bij de zorgaanbieders, op schema?*

2

*Voor de goede werking van de nieuwe productstructuur is het raadzaam dat behandelingen bij vergelijkbare aandoeningen onder hetzelfde tariefregime vallen, waarbij leidend lijkt te zijn, dat die zorg die al in het B-segment viel, daar ook onder blijft vallen. Welke consequenties heeft dat voor de toedeling van de zorg in een vrij segment, een gereguleerd segment en een vast segment? Is voor de indeling in segmenten de zorg leidend en inpassing in de productstructuur volgend?*

3

*Kan de minister aangeven op grond van welke criteria de duur van de overgangperiode wordt vastgesteld? Wordt er tijdig een vervolgbesluit genomen? De NZa had 3 jaar geadviseerd, de kabinetsbrief spreekt over 1 of 2 jaar. Kan de minister aangeven waarom hij van het NZa advies afwijkt?*

4

*Wat zijn de gevolgen van het overgangsregime voor medisch specialisten en de relatie tussen ZBC en ziekenhuis?*

5

*De minister gaat de NZa vragen om het garantiepercentage van 2011 in juli 2010 vast te stellen. Zijn er dan voldoende gegevens voor de NZa om zijn advies op te baseren, en om welke gegevens gaat het daarbij?*

6

*In de brief wordt een schets gegeven van de afschaffing van de ex postcompensaties in de risicoverevening. De macronacalculatie wordt in 2011 afgebouwd tot 70% onder voorwaarden dat er geen problemen ontstaan met betrekking tot risicoselectie zal ontstaan. Hoe verhoudt zich dit voornemen tot het voornemen om in 2012 het ex ante vereveningsmodel uit te breiden met de hoge risicoverevening of meerjarig hoge kosten? Aan welke voorwaarden moet de afschaffing van de ex post compensaties voldoen en wanneer is het duidelijk of er aan deze voorwaarden is voldaan? Is in dit tijdpad ook rekening gehouden met de omstandigheid dat de definitieve gegevens van ziekenhuiszorg voor de verzekeraars een paar jaren na-ijlen, waarbij ook moeten worden bedacht dat de invoering van DOT opnieuw veranderde aanlevering van de gegevens zal opleveren.*

7

*Er is een strakke planning voor de invoering van de prestatiebekostiging, het overgangsmoedel en de invoering van het macrobudgettaire compensatie-instrumentarium. Kan de minister aangeven of de noodzakelijke wetgeving tijdig gereed is?*

8

*Welke alternatieven zijn er naast prestatiebekostiging om er voor te zorgen dat ziekenhuisprofessionals de ruimte krijgen die zij nodig hebben? Kunnen van elk van de alternatieven de voor- en nadelen worden genoemd, in vergelijking met de prestatiebekostiging?*

9

*Welke maatregelen worden bedoeld met «(aanvullende) kwaliteitsverhogende en volumebeheersende prikkels»?*

10

*Wat zijn de risico's dat met de maatregelen in de brief doorgevoerde zorguitgaven niet structureel binnen de daartoe geldende kaders blijven?*

11

*Hoe kan de genoemde extra zorgvuldigheid (blz. 3) en voldoende zekerheid (blz. 5) in acht worden genomen wanneer het veld op 1 juli 2010 het pakket krijgt uitgeleverd, en vóór 1 oktober 2010 een besluit over definitieve invoering moet worden genomen over de overgang naar prestatiebekostiging? Wordt voldoende tijd in acht genomen voor zorgvuldige besluitvorming?*

12

*Kan precies worden aangegeven waarom het advies van de NZa om de beheersingsmethodiek 3 jaar in te voeren niet wordt overgenomen?*

13

*Wat wordt precies verstaan onder de zinsnede dat als er ondanks de verbeterde systeemprikkels onverhoopt toch overschrijdingen van het ziekenhuiskader optreden, zullen die «in beginsel» via dit instrumentarium worden gecompenseerd, tenzij hier «beredeneerd» van kan worden afgeweken? Waarom staat hier «in beginsel»? Wat wordt verstaan onder: «tenzij hier beredeneerd van kan worden afgeweken»? Aan welke vereisten moet deze beredenering dan voldoen?*

14

*Bij een ingrijpende systeemwijziging als de overstap van budgetnaar prestatiebekostiging, moeten instellingen uit hoofde van behoorlijk bestuur een redelijke termijn krijgen om hun bedrijfsvoering aan te passen aan de nieuwe situatie. Is de minister dus van mening dat één jaar een redelijke termijn is om de financiële gevolgen van de overstap naar prestatiebekostiging op basis van de DOT-structuur – met nieuwe producten en de afwezigheid van richtprijzen – in te schatten en de bedrijfsvoering hierop in te richten? Daarbij nog niet de meegerekend de extra aanpassingvoorstellen na het gebruik van DOT, de verbeteringslag van de DOT tarieven, de verdere uitwerking van de complexe vaste segment zorgfuncties.*

15

*Betekent het woord «kunnen» dat het gewenst is dat er ook voor gekozen kan worden dat macrobudgettaire overschrijdingen onder een systematiek van prestatiebekostiging niet worden geredresseerd? Hoe zou de overschrijding in dat geval dan worden opgelost?*

16

*Kan het mogelijk negatieve effect op de arbeidsproductiviteit worden beschreven? Wat betekent dit negatieve effect per jaar ten aanzien van kostenontwikkeling en de mogelijkheid van het ontstaan van wachtlijsten?*

17

*Waarop is de veronderstelling precies gebaseerd dat productiviteits- en kwaliteitswinst en winst ten aanzien van budgettaire beheersbaarheid worden behaald met de in de brief beschreven maatregelen? Welke signalen wijzen hierop? Zijn er ook signalen die op het tegenovergestelde wijzen? Zo ja, welke en in hoeverre wordt daar rekening mee gehouden?*

18

*Wat betekent het dat onverhoopte overschrijdingen van het ziekenhuis-kader «in beginsel» via het nieuwe macrobudgettaire compensatie-instrumentarium worden gecompenseerd, «tenzij hier beredeneerd van kan worden afgeweken»?*

*Welke andere compensatiemaatregelen zijn denkbaar, kan een overzicht gegeven worden van alle denkbare compensatiemechanismen en kan daarbij worden aangegeven welke mechanismen de voorkeur van de regering hebben en waarom?*

*Wie bepaalt of afwijken van het compensatie-instrumentarium gerechtvaardigd is? Wie bepaalt of dat voldoende «beredeneerd» gebeurt? Welke invloed heeft de Tweede Kamer hierop?*

19

*Waarom wordt bovenaan bladzijde 4 gesproken van een structureel terughalen van overschrijdingen, terwijl onderaan bladzijde 4 wordt gesproken van «in beginsel» en op blz. 5 en blz. 15 van «indien nodig»? Wat is regel en wat zijn de uitzonderingen daarop? Wie bepaalt wanneer het nodig is overschrijdingen terug te halen? Welke invloed heeft de Tweede Kamer hierop?*

20

*«Door een snelle beëindiging van het overgangsmodel kan de verbeterde prikkelwerking, die met het systeem van prestatiebekostiging wordt beoogd, zo snel en volledig mogelijk van de grond komen». Kan een overzicht worden gegeven van de gewenste gevolgen van de verbeterde prikkelwerking? Welke invoeringstermijn geldt bij de uitspraak «zo snel mogelijk» van de grond komen? Wat wordt verstaan onder «volledig mogelijk», in andere woorden wat verstaat men onder volledig? Wat is de gewenste eindstructuur van de prikkelwerking in de zorgsector?*

21

*Het benodigde instrumentarium voor medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra moet wettelijk verankerd zijn. Geldt dit voor alle medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra, of wordt binnen deze groep gespecificeerd? Wat valt onder de onder «de overige instellingen voor medisch specialistische zorg»?*

22

*Klopt het dat er niet wordt verder gegaan met de invoering van prestatiebekostiging als de wetaanpassing op 31 december 2010 nog niet door de Eerste Kamer is goedgekeurd en in het Staatsblad is gepubliceerd?*

23

*In hoeverre wordt er op dit moment van degressieve tarieven gebruik gemaakt door verzekeraars bij de zorginkoop? Klopt het dat degressieve tarieven volumebeheersing niet hoeven te stimuleren, omdat zorgaanbieders met lagere marginale kosten per behandeling te maken kunnen krijgen doordat hun vaste kosten bij meer productie door een groter volume gedeeld kunnen worden?*

24

*Wanneer worden de genoemde wetsvoorstellen naar de Raad van State gestuurd? Worden beide wetsvoorstellen gelijktijdig aan de Raad van State gezonden?*

25

*Kan aangegeven worden hoe, wanneer en door wie wordt vastgesteld dat er «voldoende» zekerheid bestaat dat het overgangsmodel voor de prestatiebekostiging daadwerkelijk wettelijk verankerd kan worden?*

*Kan aangegeven worden hoe, wanneer en door wie wordt vastgesteld dat er «voldoende» zekerheid bestaat dat onverhoopte overschrijdingen onder een systeem van prestatiebekostiging indien nodig structureel binnen het ziekenhuiskader kunnen worden opgevangen?*

*Kan precies worden aangegeven hoe dit wordt getoetst en welke parameters daarbij worden gebruikt?*

26

*Waarom is «indien nodig» toegevoegd (net als op blz. 15), waar op bladzijde 3 staat dat de regering geen avontuur wil aangaan rond de uitgaven in de zorg, op bladzijde 4 staat dat de regering de macrobudgettaire beheersbaarheid wil waarborgen? Wie bepaalt of het nodig is overschrijdingen binnen het ziekenhuiskader op te vangen?*

27

*Wat betekent de wens van de regering dat de Tweede Kamer de wetsvoorstellen vóór 1 oktober 2010 aanvaardt voor het tijdstip waarop de regering de Tweede Kamer absolute zekerheid biedt ten aanzien van de door de Tweede Kamer gewenste zorgvuldigheid, zoals mede is vastgelegd in de motie-Van der Veen c.s. van 11 november 2009?*

28

*In de brief houdt de minister enkele slagen om de arm ten aanzien van de invoering van de nieuwe bekostigingsstructuur in 2011. De NZa moet daarom een alternatief systeem achter de hand houden. Wordt hiermee de «oude» structuur uit 2010 bedoeld, waarbij gebruik wordt gemaakt van de DBC systematiek? Zou deze systematiek dan, indien niet wordt overgegaan op prestatiebekostiging, op basis van de laatste gegevens voor 2011 worden geactualiseerd? Hoe wordt gegarandeerd dat in 2011 niet opnieuw een overfinanciering van 1 miljard voorkomt?*

29

*Vier jaar na dato geeft de NZa aan dat de kwaliteit van de DBC-tarieven nu nog onvoldoende is, waardoor er een overfinanciering van 1 miljard is. In hoeverre kan de minister dan de zekerheid geven dat de DOT systematiek wel voldoende is uitgewerkt en overfinanciering wordt voorkomen?*

30

*De nieuwe DOT structuur is een verbetering ten opzichte van de huidige DBC structuur. Hoe wordt in de DOT structuur omgegaan met multimorbiditeit en zorgcomplexiteit?*

31

*Welk type zorg zou onder het B-segment moeten gaan vallen? Welke gedeelte van de totale ziekenhuiszorg zal dan onder het B-segment gaan vallen?*

32

*Kunt u aangeven welke ziekenhuizen in 2010 een beschikbaarheidtoeslag ontvangen, en om welke bedragen het hier gaat?*

33

*De omzet- en schadelasteffecten van de overstap naar DOT zijn niet volledig voorspelbaar. Waarom worden dan niet eerst de onvolkomenheden uit het DOT systeem gehaald, in plaats van een overgangsmodel in te stellen wat de marktwerking in zekere zin terugdraait?*

34

*Hoe wordt het referentiebedrag voor het overgangsmodel precies bepaald? Wat zijn de mogelijke complicaties hierbij? Wat gebeurt er met*

*ZBC's die in 2011 worden opgericht? Welke instantie is voor de vaststelling van het referentiebedrag verantwoordelijk? En wie voor de uiteindelijke afrekening over 2011? Worden vergoedingen gewoon door verzekeraars op basis van de prestatiebekostiging uitgekeerd, in 2012 wordt door middel van het garantiepercentage en het referentiebedrag bekeken wat de overschrijding is, en vervolgens wordt dit bedrag naar zorgverzekeraars uitgekeerd?*

35

*Welke prikkel voor kwaliteitsverbetering bestaat nog tijdens het overgangsregime? Welk risico bestaat dat er wachtlijsten ontstaan?*

36

*Is de reden dat voor een korte overgangstermijn wordt gekozen gelegen in het feit dat ziekenhuizen meer vrijheid willen? Wat betekent dit voor de kans op volumeoverschrijdingen?*

37

*De minister geeft aan dat als van de zijde van de ziekenhuizen wordt aangegeven dat de handreiking eerder verknellend is dan comfort verschaft, er geen noodzaak is de overgangstermijn op te rekken en zou het overgangsmodel na een jaar kunnen worden beëindigd. De bedoeling van het transitie-model is toch juist het verknellen van de ziekenhuizen, medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra, het in de hand houden van (onvoorziene) volume en prijseffecten? Op basis van welke informatie over de effecten van de prestatiebekostiging wordt het verlengingsbesluit begin 2011 genomen?*

38

*Kan in een overzicht precies aangegeven worden welke positieve en negatieve argumenten er zijn (volgens voorstel van de NZa ) voor een overgangstermijn van drie jaar en welke voor een overgangstermijn van één jaar?*

39

*Hoe worden de prikkels voor verzekeraars versterkt om goed zorg in te kopen? Welk tijdspad wordt precies gehanteerd bij de afbouw van de ex post compensaties in de risicoverevening? Welke gevolgen heeft dit voor de hoogte van de premie?*

40

*Terecht wordt de 512 miljoen euro teruggehaald bij de medisch specialisten. Maar in plaats van alle specialisten een korting op te leggen zouden de fouten uit het DBC systeem gehaald moeten worden, zodat duidelijk wordt wie teveel en wie te weinig heeft verdiend.*

41

*Wat zijn de resultaten tot nu toe van de Regieraad Kwaliteit van Zorg? Wordt «doelmatigheid» opgenomen in de richtlijnen? Zo ja, kunnen voorbeelden gegeven worden?*

42

*Kan precies worden aangegeven in een overzicht welke adviezen van de NZa wél respectievelijk niet worden overgenomen?*

43

*Waarom wordt gekozen voor de datum 1 april waarop het definitieve besluit wordt genomen ten aanzien van de uitbreiding van het B-segment per 2011 naar 50%? Waarom wordt ervoor gekozen een besluit te nemen terwijl de kans bestaat dat 1 oktober dit besluit teruggedraaid moet*

*worden? Welke juridische zekerheid heeft het besluit van 1 april? Welke juridische mogelijkheden zijn er om het besluit van 1 april per 1 oktober ongedaan te maken?*

44

*Op welke onderzoeken en pilots is de stelling gebaseerd dat prestatiebekostiging zal leiden tot een betere kwaliteit aan zorg?*

45

*Diverse onderzoeken tonen aan dat zorgpersoneel zich niet in eerste plaats laat motiveren door geld maar eerder door intrinsieke motivatie (respect, tevredenheid en dankbaarheid). Hoe verhoudt prestatiebekostiging zich tot het verwachte tekort aan zorgpersoneel?*

46

*De verwachte besparing van een half miljard op de lange termijn hangt af van veel randvoorwaarden. Is het niet verstandiger om de DOT structuur meer gefaseerd in te voeren zodat er eerst ervaringen opgedaan kunnen worden en het met het DBC systeem vergeleken kan worden?*

47

*Kan het CPB om een doorrekening vóór 1 oktober a.s. gevraagd worden ten aanzien van de te verwachten kostenontwikkeling bij invoering van de in de brief genoemde maatregelen?*

48

*Op welke wijze wordt de positie van ziekenhuisbestuurders ten opzichte van medisch specialisten versterkt en per wanneer?*

49

*Op welke wijze worden zorgverzekeraars sterker geprikkeld om hun rol als zorginkoper scherper te vervullen? Per wanneer?*

50

*Is het waar dat het CPB sterker hecht aan de voorwaarde van volledige risicodragendheid van verzekeraars dan de regering?*

51

*Kan precies worden aangegeven welke voorwaarden het CPB stelt aan de mogelijkheid van een besparing van ½ mld euro?*

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

De griffier van de commissie,  
Teunissen