

**Uitvoeringstoets**

# **Op weg naar vrije prijzen**

*Maatstafconcurrentie voor medisch  
specialistische zorg*

April 2007



# Inhoud

|                                                         |           |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Inhoud</b>                                           | <b>3</b>  |
| <b>Vooraf</b>                                           | <b>5</b>  |
| <b>1. Advies</b>                                        | <b>7</b>  |
| 1.1 Inleiding                                           | 7         |
| 1.2 Aanvraag uitvoeringstoets                           | 7         |
| 1.3 De kern van het advies                              | 8         |
| 1.4 De spelregels                                       | 9         |
| 1.5 Kritisch pad 2007                                   | 10        |
| <b>2. Maatstafconcurrentie</b>                          | <b>11</b> |
| 2.1 Wat is het doel?                                    | 11        |
| 2.2 Maatstaf: de hoofdvariant                           | 11        |
| 2.2.1 Werking van de maatstaf                           | 11        |
| 2.2.2 Berekening van de productmix                      | 12        |
| 2.2.3 Vrijheid van volume                               | 14        |
| 2.2.4 Overschrijdingen                                  | 15        |
| 2.3 Subvariant maatstaf                                 | 15        |
| <b>3. Segmentering</b>                                  | <b>19</b> |
| 3.1 Verdeling over de segmenten                         | 19        |
| 3.1.1 Spoedeisende hulp (SEH)                           | 19        |
| 3.1.2 Dure- en weesgeneesmiddelen                       | 20        |
| 3.1.3 Topklinische zorg                                 | 21        |
| 3.1.4 Intensive Care                                    | 21        |
| 3.1.5 B-segment                                         | 22        |
| 3.2 Wie doen er mee?                                    | 23        |
| 3.2.1 Algemene en academische ziekenhuizen              | 24        |
| 3.2.2 Radiotherapie                                     | 24        |
| 3.2.3 Categorale instellingen naar B1-segment           | 25        |
| 3.2.4 Eerstelijnszorg                                   | 25        |
| 3.3 Verzekeraars                                        | 25        |
| 3.3.1 De positie van de verzekeraar in de transitiefase | 26        |
| 3.3.2 Risicoverevening                                  | 26        |
| 3.3.3 Regiovertegenwoordiging                           | 27        |
| <b>4. Integrale prijzen</b>                             | <b>29</b> |
| 4.1 Kapitaallasten                                      | 29        |
| 4.1.1 De maatstaf                                       | 29        |
| 4.1.2 Vermogensvergoeding in de maatstaf                | 30        |
| 4.2 Afschrijvingstermijnen                              | 34        |
| 4.3 Medische specialisten                               | 35        |
| 4.3.1 Uurtarief en regulering                           | 35        |
| 4.3.2 Opname in de maatstaf                             | 37        |
| <b>5. Invoering en uitfasering</b>                      | <b>39</b> |
| 5.1 Vangnet                                             | 39        |
| 5.2 Gefaseerd invoeren                                  | 40        |
| 5.3 Uitfasering en monitoring                           | 41        |
| 5.4 Experimenten                                        | 43        |
| 5.5 Wat is nodig voor de invoering?                     | 43        |
| 5.6 Hoe oude budgetjaren afwikkelen?                    | 44        |
| <b>6. Juridische Borging</b>                            | <b>47</b> |

|            |                                                            |           |
|------------|------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.1        | Wettelijke grondslag                                       | 47        |
| 6.2        | Boete                                                      | 47        |
| 6.3        | Verrekenen overschrijding maatstaf                         | 48        |
| 6.4        | Zorgvuldigheid en transparantie                            | 48        |
| 6.5        | Verenigbaarheid met EG-recht                               | 49        |
| 6.5.1      | Vrij verkeer van diensten en vestiging                     | 49        |
| 6.5.2      | Fonds voor verrekening                                     | 49        |
| 6.5.3      | Europees mededingingsrecht                                 | 49        |
| <b>7.</b>  | <b>Kwaliteit en innovatie</b>                              | <b>51</b> |
| 7.1        | Huidige informatie over kwaliteit                          | 51        |
| 7.2        | Ontwikkeling van indicatoren                               | 52        |
| 7.3        | De HSMR-indicator                                          | 53        |
| 7.4        | Innovatie onder de maatstaf                                | 53        |
| 7.4.1      | Kostenbesparende- en procesinnovatie                       | 54        |
| 7.4.2      | Productinnovatie                                           | 54        |
| 7.4.3      | Kwaliteitsverhogende innovaties van nieuwe producten       | 54        |
| <b>8.</b>  | <b>Verbeteringen van het DBC-systeem</b>                   | <b>55</b> |
| 8.1        | Aanpassingen                                               | 55        |
| 8.2        | Structurele aanpassingen                                   | 56        |
| <b>9.</b>  | <b>Verwachte effecten</b>                                  | <b>59</b> |
| 9.1        | Macro-economische effecten                                 | 59        |
| 9.2        | Afschaffen lumpsum                                         | 61        |
| 9.3        | Kapitaallasten                                             | 61        |
| 9.3.1      | Vermogenspositie en invoeringseffecten                     | 61        |
| 9.3.2      | Kostengevolgen                                             | 62        |
| 9.3.3      | Gevolgen voor individuele zorgaanbieders                   | 63        |
| 9.3.4      | Overgangseffecten lopende bouwprojecten                    | 63        |
| 9.4        | Administratieve Lasten                                     | 64        |
| <b>10.</b> | <b>Acties</b>                                              | <b>69</b> |
|            | <b>Bijlage I - Specifieke aandachtspunten</b>              | <b>71</b> |
|            | <b>Bijlage II – Aanbiedingsbrief minister</b>              | <b>73</b> |
|            | <b>Bijlage III – Brief VWS ‘aanvraag uitvoeringstoets’</b> | <b>77</b> |
|            | <b>Bijlage IV – Brief VWS ‘aanvullende vragen’</b>         | <b>83</b> |

## **Vooraf**

In dit rapport adviseert de NZa de minister hoe prestatiebekostiging van de ziekenhuizen vorm kan krijgen. Wat zijn de mogelijke varianten van prestatiebekostiging? Hoe kunnen er al op 1 januari 2008 meer vrije prijzen en maatstafconcurrentie gaan gelden? Wat zijn de knelpunten en hoe zijn die op te lossen?

De huidige budgetfinanciering van de ziekenhuizen past niet meer bij de ontwikkelingen van de laatste jaren. Doel van vrijwel alle veranderingen is om zorgmarkten beter te laten werken en zo de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg te verbeteren. Daar past bij dat zorgaanbieders geld krijgen op basis van te vergelijken prestaties.

In het huidige regeerakkoord staat heel concreet dat voor 20 procent van de ziekenhuismarkt vrije prijzen moeten gaan gelden. Voor de overige electieve zorg moet er een stimulans komen via maatstafconcurrentie om doelmatiger te werken. Dat geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer vrijheid om te bepalen hoe zij hun klanten het beste kunnen bedienen.

Hoofdstuk 1 is de kern van het rapport met de adviezen van de NZa en wat er allemaal nog moet gebeuren om de gestelde doelen te halen. In het vervolg van het rapport is de achtergrond en uitwerking te vinden hoe de NZa tot deze adviezen is gekomen.

Voor dit rapport is intensief gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie afkomstig uit gesprekken met instellingen, brancheorganisaties en consumenten- en patiëntenorganisaties.

Rest ons een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit

drs. A.L.M. Barendregt  
portefeuillehouder aanbieders Cure

mr. F.H.G. de Grave  
voorzitter



# 1. Advies

## 1.1 Inleiding

In de afgelopen jaren is op verschillende gebieden van de zorgmarkt nieuwe regelgeving doorgevoerd. Het doel hiervan is de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg te verbeteren. Een voorbeeld is de nieuwe Zorgverzekeringswet waarbij zorgverzekeraars meer gaan concurreren om de gunsten van de consument.

Ook zijn er veranderingen doorgevoerd op het gebied van de toetreding van zorgaanbieders en de rol van de nieuwe toezichthouder. Een rode draad door deze hervormingen is het streven zorgmarkten beter te laten werken zodat de consument waar voor zijn geld krijgt. De bekostiging van ziekenhuizen is echter nog niet aangepast aan deze nieuwe ontwikkelingen. Zij worden nog steeds bekostigd via een budgetsysteem met nacalculatie wanneer zij het budget over- of onderschrijden. Een dergelijke bekostiging via een budgetsysteem sluit niet aan bij de ontwikkeling naar meer prestatiebekostiging. De NZa adviseert de minister in deze uitvoeringstoets hoe deze prestatiebekostiging vorm te geven en in te voeren.

De brief aan het parlement 'Ruimte voor betere zorg' (Kamerstukken II, 2006/07, 29248, nr. 30) schetst een perspectief op uitbreiding van vrije prijsvorming in de ziekenhuiszorg, in combinatie met een tijdelijk instrument voor prijsbeheersing. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars krijgen daardoor meer vrijheid om te bepalen hoe zij het beste hun klanten kunnen bedienen.

Het coalitieakkoord maakt dit perspectief concreet met het voornemen de markt met vrije prijsvorming te verruimen tot 20% en maatstafconcurrentie in te voeren voor de overige electieve zorg. De regering benadrukt bovendien dat bij een dergelijke marktordening integrale prijzen horen, dit betekent dat de kapitaallasten integraal onderdeel worden van de prijzen en niet meer apart worden bekostigd.

Het doel van vrije prijzen en maatstafconcurrentie is het bevorderen van meer doelmatigheid in de zorg. Deze doelmatigheid komt tot uitdrukking in lagere prijzen en meer kwaliteit. Zorgverzekeraars gaan deze doelmatigheid bij ziekenhuizen afdwingen als ze de mogelijkheid hebben hun zorginkoop (deels) te verplaatsen naar ziekenhuizen met een beter aanbod. Zolang de zorgverzekeraars hiertoe niet of nauwelijks in staat zijn, dwingt de maatstaf deze doelmatigheid bij ziekenhuizen af. De concurrentie tussen zorgverzekeraars is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Via concurrentie op de nominale premie geven zorgverzekeraars deze inkoopvoordelen uiteindelijk terug aan de consument. Zo profiteert de consument uiteindelijk van prestatiebekostiging.

## 1.2 Aanvraag uitvoeringstoets

De minister van VWS heeft de NZa in december 2006 verzocht<sup>1</sup> medio april 2007 een uitvoeringstoets op te stellen over de nieuwe ziekenhuisbekostiging. Daarop vooruitlopend heeft de NZa op 1 februari op verzoek van VWS een notitie uitgebracht met de hoofdlijnen van het

---

<sup>1</sup> Briefnummer CZ/IZ/2738465

nieuwe systeem van ziekenhuisbekostiging<sup>2</sup>. De nadruk in deze hoofdlijnennotitie lag vooral op het systeem van marktordening.

Deze uitvoeringstoets wijkt op een aantal punten af van die hoofdlijnennotitie. Het coalitieakkoord heeft het perspectief voor de curatieve zorg concreter gemaakt. De minister van VWS heeft bovendien nog een aantal aanvullende vragen<sup>3</sup> gesteld. Het voorgestelde systeem in de hoofdlijnennotitie heeft namelijk ook gevolgen voor de zorg die niet met concurrentie te maken krijgt. Omdat het publiek belang daar groot is, wil de minister vooraf duidelijkheid over het zorgaanbod en de prijs daarvan.

### **1.3 De kern van het advies**

#### *Vrije Prijzen met maatstafconcurrentie vanaf 2008*

De NZa adviseert invoering van vrije prijzen voor de electieve zorg in 2008. Voor 20% van de zorg zullen de prijzen volledig vrij zijn. Dit is een verdubbeling van het huidige vrije segment van 10%. Voor ruim 50% van de electieve zorg komen er vrije prijzen onder een maatstaf. De maatstaf dwingt doelmatigheidsverbeteringen af bij zorgaanbieders voor zover zorgverzekeraars daartoe niet in staat zijn en de maatstaf zorgt ervoor dat deze doelmatigheidswinsten aan zorgverzekeraars en consumenten worden doorgegeven.

Tegelijkertijd kan het huidige systeem van functiegerichte budgettering (FB) en de lumpsum voor de medisch specialisten worden afgeschaft.

De NZa adviseert om de maatstaf te bepalen aan de hand van de gemiddelde werkelijke kosten in de sector. Een dergelijke maatstaf weerspiegelt het beste een echte vrije concurrerende markt.

#### *Vangnet in 2008*

De NZa adviseert om in 2008 –het startjaar– een vangnet in te bouwen omdat een tweetal systeemrisico's niet voor de invoering zijn opgelost. Deze systeemrisico's zijn een gevolg van een gebrek aan kosten- en volumegegevens van de ziekenhuizen en van een nog niet optimaal werkend DBC-systeem. In een zorgmarkt waarin prijzen onderhandelbaar zijn, leiden deze systeemrisico's mogelijk tot onaantvaardbare gevolgen voor marktpartijen. Het vangnet beperkt het risico omdat zorgaanbieders worden gecompenseerd wanneer de omzet in 2008 meer dan 5% afwijkt van het historisch budget. De maatstaf wordt in 2008 nog berekend op basis van 100% historisch eigen budget waardoor nauwelijks prijsrisico optreedt. Door het vangnet worden marktpartijen in staat gesteld om in 2007 en 2008 juiste en volledige gegevens aan te leveren aan de NZa en DBC-Onderhoud zodat in 2009 het DBC-systeem op orde is en de NZa voor ieder ziekenhuis de juiste maatstaf kan berekenen.

#### *Stapsgewijze invoering*

De NZa adviseert vanaf 2009 het risico voor zorgaanbieders stapsgewijs op te laten lopen. Het vangnet is in 2009 bovendien niet meer van toepassing. Deze stapsgewijze benadering is gewenst vanwege de grote verschillen in doelmatigheid. De NZa stelt voor om de maatstaf in 2009 nog te baseren op 75% historisch budget en 25% gemiddelde kosten in de sector. Deze procentuele verhouding wordt in 2010 en 2011 veranderd in resp. 50%:50% en 25%:75%.

---

<sup>2</sup> NZa, *Hoofdlijnen deregulering ziekenhuisbekostiging*, februari 2007

<sup>3</sup> Briefnummer CZ/TSZ/2748246



*Vrije prijsvorming in 2012*

De NZa adviseert om het systeem van maatstafconcurrentie in 2012 te verlaten. Voor de electieve zorg geldt dan vrije prijsvorming. De NZa gaat er daarbij vanuit dat tijdens de transitieperiode met maatstafconcurrentie de zorgverzekeraars meer en meer kwaliteit en doelmatigheid van de ziekenhuizen gaan eisen. Drukmiddel hierbij is dat de verzekeraar haar zorginkoop (deels) kan verplaatsen naar concurrerende ziekenhuizen. De zorgverzekeraar neemt de rol van de maatstaf als het ware over. De NZa gaat in deze periode de ontwikkeling op de markt voor medisch specialistische zorg monitoren ten behoeve van haar advies om al dan niet vrije prijsvorming toe te staan in 2012.

*Effecten van de maatstaf*

De inschatting van de NZa is dat na de transitieperiode structureel minstens 400 miljoen euro per jaar aan doelmatigheidswinst is te behalen. De eerste jaren na invoering van de maatstaf is dat minder vanwege het voorgestelde vangnet, de stapsgewijze invoering van de maatstaf maar bovenal doordat de maatstaf de eerste jaren wordt bepaald door budgetgegevens uit de periode van vóór de maatstaf. Doelmatigheidswinsten komen daardoor nog niet terug in de maatstaf. Het incasseren van deze doelmatigheidswinsten is direct na aanvang wel mogelijk door het te hanteren budget voor de berekening van de maatstaf te korten met een bepaald bedrag. In de daarop volgende jaren wordt het gebruik van de oude budgetgegevens geleidelijk minder vanwege de stapsgewijze invoering van maatstafconcurrentie. De NZa merkt tot slot op dat maatstafconcurrentie een systeem is van marktordening waarbij een vrije concurrerende markt zo goed mogelijk wordt benaderd. Dit betekent dat effecten weliswaar kunnen worden ingeschat maar dat een dynamische markt nooit vooraf zekerheid biedt over de absolute omvang van de effecten.

## 1.4 De spelregels

Met de introductie van vrije prijsvorming en maatstafconcurrentie krijgen marktpartijen veel vrijheid. Deze vrijheid moet zich vertalen in een betere kwaliteit en lagere prijs van de zorg maar geeft ook een stimulans om nieuwe zorgproducten op de markt te zetten. Deze vrijheid betekent een gezamenlijke inspanning van markt- en overheidspartijen en zij moeten hun verantwoordelijkheid nemen om vrije prijsvorming mogelijk te maken.

*Reguleringszekerheid*

De overheid kan de regulering niet tussentijds veranderen of onverwachts interveniëren.

In dat geval zullen zorgaanbieders en zorgverzekeraars terughoudend zijn met het leveren van de informatie en bovenal zullen zij hun gedrag niet of nauwelijks aanpassen als de overheid dat gedrag mogelijk afstraft. Reguleringszekerheid betekent ook dat als de markt nog niet voldoende functioneert, de overgang naar vrije prijzen een jaar kan worden opgeschoven.

Reguleringszekerheid bestaat dan uit het feit dat de NZa de criteria voor de beoordeling van de markt vooraf, objectief en transparant vaststelt.

*Winstuitkering*

In een concurrerende markt waarin zorgaanbieders risico lopen hoort ook een premie in de vorm van winstuitkering. De NZa adviseert om winstuitkering in beginsel mogelijk te maken in 2009. Winstuitkering maakt toetreding aantrekkelijk en externe financiering geeft een prikkel tot investeringen in kwaliteit van de zorg om daarmee bijvoorbeeld het marktaandeel uit te breiden. De NZa adviseert om al in 2008 een

experiment te starten om bij een beperkt aantal ziekenhuizen winstuitkering mogelijk te maken waarbij de overheid eisen stelt voordat winstuitkering plaatsvindt. Deze eisen hebben betrekking op betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Een dergelijk experiment geeft goede informatie over de mogelijkheden die winstuitkering biedt.

#### *Medewerking*

Deze stelselwijziging vereist een voldoende mate van medewerking van de marktpartijen. De NZa zal de komende maanden het systeem van maatstafconcurrentie aan marktpartijen toelichten. Daarnaast betreft de NZa marktpartijen bij de implementatie, zodra hierover een politiek besluit is genomen.

Van belang is dat de NZa beschikt over volledige en juiste gegevens van marktpartijen. Zij dienen in 2007 en gedurende de transitieperiode tijdig deze informatie aan te leveren aan de NZa en DBC-Onderhoud. Daarnaast is het van belang dat spoedig gegevens over medische kwaliteit beschikbaar komen. Verzekeraars hebben deze informatie nodig voor hun onderhandelingen.

### **1.5 Kritisch pad 2007**

Invoering van maatstafconcurrentie in 2008 vergt een inspanning van alle partijen. De NZa gaat deze inspanningen en acties strak coördineren. Dit vergt mogelijk additionele middelen en menskracht om de implementatie snel en succesvol te laten verlopen in het komende jaar. De NZa informeert VWS hierover in mei 2007.

Invoering per 1 januari 2008 betekent dat ziekenhuizen op 1 juli 2007 duidelijkheid moeten hebben over de systeemwijziging zodat zij hun bedrijfsvoering daarop kunnen aanpassen. Zij dienen ook op 1 juli 2007 te beschikken over de maatstaf waarmee zij de onderhandelingen met verzekeraars ingaan. De NZa adviseert daarom om uiterlijk in mei een politiek besluit te nemen ten behoeve van de invoering van maatstafconcurrentie in 2008.

De NZa gaat voor specifieke zorgproducten waaronder zorg vallende onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) kostenonderzoek doen opdat uiterlijk 1 oktober de bekostiging en de tarieven voor zover gewenst duidelijk zijn.

## 2. Maatstafconcurrentie

### 2.1 Wat is het doel?

Het doel van regulering tijdens de overgang van het huidige budgetstelsel naar vrije prijsvorming is om de doelmatigheid te verhogen en kwaliteit van zorg te stimuleren. De NZa schetst hiertoe in een eerdere publicatie<sup>4</sup> de hoofdlijnen van een tijdelijk model van maatstafconcurrentie. De voorgestelde regulering legt geen afzonderlijke maximumprijzen per diagnosebehandelingcombinatie (DBC) op. De maatstaf werkt als een maximum op de gemiddelde prijs per DBC die een zorgaanbieder in rekening mag brengen voor haar totale productie.

De bedoeling van prestatiebekostiging van de ziekenhuiszorg is om de prijzen van de geleverde producten zoveel mogelijk vrij onderhandelbaar te maken. Deze functiegerichte benadering staat haaks op de huidige aanbiedergerichte bekostiging. Hierin hebben bijvoorbeeld ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) verschillende bekostigingssystemen wat tot schottenproblematiek leidt<sup>5</sup>.

De NZa heeft als uitgangspunt dat alle aanbieders van DBC's onder de maatstaf komen te vallen. In dit hoofdstuk komt een hoofdvariant van maatstafconcurrentie aan de orde en een subvariant met vaste doelmatigheidsbesparingen.

### 2.2 Maatstaf: de hoofdvariant

De NZa stelt een maatstaf voor die gebaseerd is op de actuele jaarlijkse kostenontwikkeling in de sector.<sup>6</sup> De hoogte van de maatstaf is gelijk aan de landelijke gemiddelde kosten per DBC. Door elk jaar opnieuw gebruik te maken van de op dat moment meest actuele kostengegevens, ontstaat een maatstaf die toegesneden is op de werkelijke kostenontwikkelingen in de sector.

#### 2.2.1 Werking van de maatstaf

De hoogte van de maatstaf voor een specifieke zorgaanbieder is het product van twee grootheden: enerzijds de landelijk gemiddelde maatstaf en anderzijds de relatieve zwaarte van de DBC-productie van de betreffende aanbieder (de productmix). Een verdere uitwerking van deze concepten met voorbeelden volgt in dit hoofdstuk.

De gemiddelde maatstaf is een landelijk uniform bedrag per DBC. Bij aanvang is de hoogte van de landelijke maatstaf gelijk aan de gemiddelde integrale kosten per DBC in de gehele sector. Dit is het totaal van de werkelijke, integrale kosten van kapitaal en arbeid (inclusief medisch specialisten) die samenhangen met de DBC-productie van alle zorgaanbieders. Deze totale kosten gedeeld door het totale aantal DBC's van alle ziekenhuizen, geeft de gemiddelde landelijke kostprijs per DBC. Deze DBC is een rekeneenheid, geen daadwerkelijke

<sup>4</sup> NZa, *Hoofdlijnen deregulering ziekenhuisbekostiging*, februari 2007

<sup>5</sup> Zie bijvoorbeeld NZa, *Monitorspecial ZBC's*, januari 2006

<sup>6</sup> Voor een wetenschappelijke onderbouwing van een maatstaf gebaseerd op kosten zie P. Agrell, P. Bogtoft, R. Halbersma, M.C. Mikkers. (2007). *Yardstick competition for multi-product hospitals. An analysis of the proposed Dutch yardstick mechanism*.

DBC. Zorgaanbieders met een gemiddelde productmix mogen met hun gemiddelde prijs per DBC niet boven deze maatstaf uitkomen.

De integrale kosten die met de productie van DBC's gemoeid zijn bestaan uit operationele en kapitaalkosten. De operationele kosten omvatten de loonkosten van personeel in loondienst, de kosten van vrijgevestigde medische specialisten en de materiële kosten. De kapitaalkosten bestaan uit de afschrijvingen op gebouwen en inventaris en uit de vermogenskosten. In hoofdstuk 4 komt aan de orde hoe de NZa afschrijftermijnen, de vermogenskostenvoet (*weighted average cost of capital* – WACC, zie ook hoofdstuk 4) en de waarderingsgrondslag voor de verschillende kapitaalkosten wil standaardiseren.

Het aantal DBC's dat een aanbieder in een kalenderjaar produceert bestaat uit:

- het aantal geopende en afgesloten DBC's in dat jaar;
- het saldo van het onderhanden werk *ultimo* dat jaar (wel geopend, maar nog niet afgesloten) en
- het onderhanden werk *ultimo* het vorige jaar (in het vorige jaar geopend en in het lopende jaar afgesloten).

**Rekenvoorbeeld 1.**

**a.** Stel dat alle zorgaanbieders samen jaarlijks de volgende DBC-gerelateerde operationele kosten maken:

- kosten personeel in loondienst van 5,2 miljard Euro
- kosten vrijgevestigde medische specialisten van 1,3 miljard Euro
- materiele kosten: 2,5 miljard Euro

Totale operationele DBC-kosten: 9,0 miljard Euro

**b.** Stel vervolgens dat de totale afschrijvingen over de materiële vaste activa 650 miljoen Euro bedragen en dat er in de gehele sector voor 8,75 miljard Euro aan eigen en lang vreemd vermogen op de balans staat tegen een gemiddelde vermogenskostenvoet (WACC) van 4,0%. De vermogenskosten bedragen dan 350 miljoen Euro (=4% van 8,75 miljard Euro) en de totale kapitaalkosten komen samen uit op 1,0 miljard Euro. De totale integrale kosten die met de DBC-productie gemoeid zijn bedragen in dit rekenvoorbeeld 10,0 miljard Euro.

**c.** Stel dat alle zorgaanbieders voor deze 10 miljard Euro aan DBC-gerelateerde kosten samen jaarlijks 12,5 miljoen DBC's leveren. De landelijk gemiddelde kosten per DBC bedragen dan 800 Euro. Dit is de landelijk gemiddelde maatstaf. Als de productmix van een aanbieder niet afwijkt van de landelijk gemiddelde productmix, mag deze aanbieder maximaal 800 Euro per DBC in rekening brengen.

De NZa verstrekt aan marktpartijen zowel de hoogte van de landelijke gemiddelde maatstaf als de gewichten van de producten die de individuele productmix bepalen. De aanbidersspecifieke maatstaf communiceert de NZa alleen aan de aanbieder zelf. De NZa zal dat jaarlijks doen, voorafgaande aan het kalenderjaar waar de maatstaf op van toepassing is.

### **2.2.2 Berekening van de productmix**

De productmix van een aanbieder is het gewogen gemiddelde van de zwaarte van de DBC-productie. Per DBC stelt de NZa hiervoor productmixgewichten vast. Deze productmixgewichten weerspiegelen de relatieve kostenverhoudingen van de verschillen DBC's. De NZa stelt

voor om bij de start van de transitiereregulering de productmixgewichten gelijk te stellen aan de huidige NZa-tarieven.

### Rekenvoorbeeld 2.

Stel de 12,5 miljoen jaarlijks geleverde DBC's bestaan uit twee verschillende DBC's. Stel verder dat voor de eerste DBC het huidige NZa-tarief 2.400 Euro is en 400 Euro voor de tweede DBC. Stel tot slot dat de aanbieder de eerste DBC jaarlijks 2,5 miljoen keer levert en de tweede DBC 10 miljoen keer per jaar. Een gemiddelde DBC kost dan nog steeds 800 Euro. Het productmixgewicht voor de eerste DBC wordt dan 'rondgerekend' tot 3 ( $=2400/800$ ) en dat voor de tweede DBC tot 0,5 ( $=400/800$ ).

Iedere aanbieder heeft een eigen productmix. Die compenseert vervolgens afzonderlijke zorgaanbieders voor een zorgaanbod dat afwijkt van het landelijke gemiddelde door de maatstaf naar verhouding te verhogen of te verlagen. Dit voorkomt dat aanbieders die patiënten met een relatief 'zware' DBC behandelen hier nadeel van ondervinden. Door de productmixcorrectie loont het voor aanbieders om zich te specialiseren in DBC's waar ze relatief goed in zijn, of waar ze relatief veel patiënten voor weten te trekken. Wanneer kwaliteitsgegevens beschikbaar zijn, kunnen deze meewegen in de individuele maatstaf. Hierdoor loont het ook voor zorgaanbieders om in kwaliteit te investeren. Hoofdstuk 7 gaat dieper in op kwaliteitsvraagstukken die te maken hebben met de voorgestelde regulering.

### Rekenvoorbeeld 3.

**a.** Een aanbieder met een landelijke gemiddelde productmix (20% van de eerste DBC en 80% van de tweede DBC) heeft per definitie een productmix gelijk aan 1 ( $=20\% * 3 + 80\% * 0,5$ ). Zoals eerder opgemerkt is de maatstaf voor een aanbieder met de gemiddelde productmix van 20:80 gelijk aan 800 Euro per DBC.

**b.** Een aanbieder die zich specialiseert in de relatief zware eerste DBC en bijvoorbeeld een productmix van 50:50 kent, heeft een productmixindex gelijk aan 1,75 ( $=50\% * 3 + 50\% * 0,5$ ). De maatstaf voor deze aanbieder is dan gelijk aan 1400 Euro per DBC ( $=800 \text{ Euro} * 1,75$ ).

**c.** Een aanbieder die zich specialiseert in de relatief eenvoudige tweede DBC's en bijvoorbeeld een productmix van 10:90 kent, heeft een productmixindex gelijk aan 0,75 ( $=10\% * 3 + 90\% * 0,5$ ). De maatstaf voor deze aanbieder is dan gelijk aan 600 Euro per DBC ( $=800 \text{ Euro} * 0,75$ ).

De NZa berekent de productmixindex jaarlijks na afloop van het kalenderjaar waarop de maatstaf van toepassing is, aan de hand van de vooraf gecommuniceerde productmixgewichten en de werkelijk gerealiseerde DBC-volumina. Dit biedt enerzijds vooraf maximale zekerheid over de maatstaf en achteraf maximale compensatie voor niet-beïnvloedbare kosten door verschillen in productmix. Zorgaanbieders krijgen de mogelijkheid om op ieder moment hun eigen maatstaf te berekenen aan de hand van de meest recente productiecijfers.

De productmixindex compenseert zorgaanbieders voor kostenverschillen *tussen* DBC's. Op grond van de momenteel beschikbare gegevens is het niet mogelijk om te compenseren voor kostenverschillen *binnen* DBC's, de zogeheten zorgzwaarteverschillen. Voor zover zorgzwaarteverschillen niet beïnvloedbaar zijn, is het wenselijk om aanbieders hiervoor te compenseren. Zorgzwaarteverschillen spelen eveneens een rol bij topreferente zorg, waarbij complicaties, verwijzingen en uitgebreidere diagnostiek een kostenverhogend effect kunnen hebben. De

mogelijkheden om zorgzwaarteverschillen op te nemen in de DBC's zijn onderdeel van het DBC-verbetertraject (zie ook hoofdstuk 8).

### 2.2.3 Vrijheid van volume

De maatstaf is de maximaal toegestane gemiddelde prijs per DBC voor de totale DBC-productie van de aanbieder. De NZa stelt geen maximumprijzen voor afzonderlijke DBC's vast. Het ziekenhuis heeft de volledige vrijheid om de prijzen per DBC en/of per zorgverzekeraar te differentiëren, zolang het ziekenhuis in het totaal van de declaraties de maatstaf niet overschrijdt. De prijs van een DBC mag dus bijvoorbeeld best boven de gemiddelde prijs of het huidige NZa-tarief van die DBC uitkomen, zolang er genoeg compensatie is door lagere prijzen op andere DBC's. Ook kan het ziekenhuis met individuele zorgverzekeraars verschillende contracten afsluiten voor DBC-prijzen, zolang het ziekenhuis gemiddeld de maatstaf niet overschrijdt.

#### **Rekenvoorbeeld 4.**

**a.** Een aanbieder met een gemiddelde productmix (maatstaf van 800 Euro per DBC) onderhandelt met één verzekeraar over beide DBC-prijzen. Stel dat de aanbieder over de dure eerste DBC 2,5% opslag bedingt ten opzichte van het huidige NZa-tarief van 2400 en een prijs afsprekt van 2460 Euro. Dan moet de aanbieder dit op de tweede DBC compenseren met een korting van 3,75% ten opzichte van het huidige NZa-tarief van 400 door een prijs van 385 met de verzekeraar af te spreken. Alleen dan komt het gemiddelde prijsniveau van de DBC-productie van de aanbieder niet boven de maatstaf van 800 Euro per DBC uit ( $= 20\% \cdot 2460 + 80\% \cdot 385$ ).

**b.** Stel dat dezelfde aanbieder met twee verzekeraars over beide DBC-prijzen onderhandelt. De eerste verzekeraar neemt 70% van de DBC-productie af en de tweede verzekeraar de overige 30%. De verzekeraars hebben een vergelijkbare verzekerdenpopulatie en nemen beide de verschillende DBC's in dezelfde productmix (20:80) af. Stel dat de grootste verzekeraar voor alle DBC's een korting bedingt van 1,5% ten opzichte van de huidige NZa-tarieven. De gecontracteerde DBC-prijzen voor de eerste verzekeraar worden dus 2364 Euro en 394 Euro respectievelijk. Om onder de maatstaf te blijven, kan de aanbieder met de kleinere verzekeraar dan maximaal 3,5% hogere DBC-prijzen afspreken (bijvoorbeeld 2484 Euro en 414 Euro voor de twee DBC's). Dit valt als volgt na te rekenen: de netto-korting ten opzichte van de maatstaf van 800 Euro per DBC  $= 70\% \cdot -1,5\% + 30\% \cdot 3,5\% = 0$ .

Het laatste rekenvoorbeeld illustreert dat zorgaanbieders op afzonderlijke DBC-prijzen geen beperkingen kennen. Als een aanbieder echter vooraf in haar prijsverhouding tussen afzonderlijke DBC's sterk afwijkt van de verhouding van de betreffende productmixgewichten, dan moet de aanbieder er wel voor zorgen dat eventuele fluctuaties in de werkelijke productmix van de DBC-productie niet tot overschrijdingen van de maatstaf leiden.

Een groot verschil met de huidige regulering is dat de maatstaf geen restricties stelt aan het volume dat zorgaanbieders produceren. Elke afgenomen DBC levert de daarvoor gecontracteerde prijs op. De maatstaf heeft hier geen invloed op, omdat de NZa deze aan de hand van de werkelijke productie vaststelt. Meer productie is meer omzet.

#### **Rekenvoorbeeld 5.**

**a.** Stel een aanbieder onderhandelt met één verzekeraar en spreekt (net als in rekenvoorbeeld 4a) DBC-prijzen van 2460 Euro en 385 Euro af, in

de verwachting dat de verschillende DBC's in de verhouding 20:80 gevraagd zullen worden. Als de werkelijk gerealiseerde DBC-productie in dat jaar de verhouding 20:80 kent tussen de twee DBC's, dan komt het gemiddelde prijsniveau van de DBC-productie van de aanbieder niet boven de maatstaf van 800 Euro per DBC uit ( $= 20\% * 2460 + 80\% * 385$ ).

**b.** Stel dat dezelfde aanbieder door onvoorziene omstandigheden echter een productmix van 30:70 kent. De productmixindex van deze aanbieder is dan gelijk aan 1,25 ( $= 30\% * 3 + 70\% * 0,5$ ). Het maximaal toegestane prijsniveau is dan 1000 Euro per DBC ( $= 800 * 1,25$ ). Het werkelijke gerealiseerde prijsniveau is dan echter 1007,50 Euro per DBC ( $= 30\% * 2460 + 70\% * 385$ ).

**c.** De aanbieder had dit kunnen voorkomen door de twee DBC-prijzen iets lager af te spreken, bijvoorbeeld door respectievelijk 2440 en 380 Euro als prijzen te hanteren. In dat geval was de werkelijke gemiddelde prijs 998 Euro per DBC ( $30\% * 2440 + 70\% * 380$ ) geweest. Differentiatie in de relatieve DBC-prijzen ten opzichte van de relatieve productmixgewichten is dus zeker toegestaan, maar mag niet leiden tot overschrijdingen van de maatstaf. Door vooraf een veiligheidsmarge in acht te nemen, kunnen zorgaanbieders hier goed rekening mee houden.

**d.** Stel er zijn 100 zorgaanbieders in Nederland. Voortbouwend op de voorgaande rekenvoorbeelden, maakt een gemiddelde aanbieder dan jaarlijks 100 miljoen Euro aan kosten, produceert daarvoor 125 duizend DBC's en dient zich bij een gemiddelde productmix te houden aan een maatstaf van 800 Euro per DBC. Bij het genoemde volume van 125 duizend DBC's komt dit neer op 100 miljoen Euro aan DBC-omzet. Een gemiddelde aanbieder kan dus haar integrale DBC-kosten terugverdienen. De volledige economische kosten zijn in de maatstaf inbegrepen doordat ook een marktconform rendement over het vermogen wordt meeberekend. Omzet gelijk aan kosten betekent dus geen 'overwinst', maar wel een winst in de boekhoudkundige zin. Als de aanbieder haar volume bij gelijkblijvende productmix (van 20:80) weet te verhogen tot bijvoorbeeld 150 duizend DBC's, dan is de maximaal toegestane DBC-omzet gelijk aan 120 miljoen Euro. Meer productie levert dus meer omzet op.

#### 2.2.4 Overschrijdingen

Zorgaanbieders weten gedurende het jaar wat zij in rekening mogen brengen om aan het einde van het jaar niet boven de maatstaf uit te komen. De NZa stelt hiertoe een rekenmodel beschikbaar voor de individuele zorgaanbieders.

De NZa merkt op dat de overschrijding in dat geval een overtreding is van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Hoofdstuk 6 gaat hier verder op in. De NZa stelt voor om de overschrijding in jaar  $t$  te verrekenen in jaar  $t+1$ . De NZa kan daarbij een boete opleggen ten aanzien van de gemaakte overtreding. In het laatste jaar kan de NZa de overschrijding niet meer verdisconteren in de maatstaf. De NZa stelt voor om de overschrijding in de boete op te nemen met een maximum van 10% van de omzet.

### 2.3 Subvariant maatstaf

In de vorige paragraaf is de hoofdvariant van maatstafconcurrentie besproken. In een subvariant van de maatstaf bepaalt de NZa in één keer voor de hele overgangsfase een pad met de maatstaf voor alle



betrokken zorgaanbieders. De subvariant gaat uit van dezelfde gegevens als degene die de NZa hanteert voor het startjaar in de hoofdvariant. Deze kostengegevens in het startjaar blijven voor de hele overgangsfase met maatstafconcurrentie het uitgangspunt voor de volledige berekening per aanbieder.

Belangrijk verschil met de hoofdvariant is dat het ingeschatte doelmatigheidspotentieel in de gehele transitieperiode al direct in de hoogte van de maatstaf tot uiting komt. Dit geeft zekerheid over de absolute omvang van de effecten van de maatstaf.

De werking van de maatstaf, de omgang met de productmix, de vrijheid van volume en terugbetalingen van overschrijdingen zijn gelijk in de twee varianten.

Voor een zorgvuldige afweging tussen de hoofd- en de subvariant hanteert de NZa een aantal criteria. Bij ieder criteria geeft de NZa voor beide varianten een korte invulling.

#### *1. doelmatigheidsprikkels*

In de hoofdvariant volgt het systeem van maatstafconcurrentie de kostenontwikkeling in de sector door jaarlijkse de landelijk gemiddelde maatstaf te iken op de meest actuele kostengegevens. Dit betekent een jaarlijkse herhaling van de berekening in het volgende rekenvoorbeeld.

**Rekenvoorbeeld 6.** Stel dat zorgaanbieders in het eerste jaar hun kosten met 1% weten te reduceren tot 9,99 miljard sectorbreed. In het tweede jaar wordt de maatstaf vervolgens met 1% verlaagd tot 792 euro per DBC. Aanbieders die hun kosten met minder dan 1% hebben weten te reduceren hebben dan een concurrentienadeel ten opzichte van zorgaanbieders die een bovengemiddelde doelmatigheidswinst hebben weten te behalen. Omdat elke aanbieder beter wil presteren dan gemiddeld, daalt het gemiddelde. In dit opzicht simuleert maatstafconcurrentie de werking van een volledig vrije markt.

De subvariant rekent voorafgaand aan de reguleringsperiode voor 3 jaar de te behalen doelmatigheidsbesparingen uit op basis van de gegevens in het startjaar. De doorrekening veronderstelt dat de ondoelmatige zorgaanbieders hun kosten jaarlijks volledig terugbrengen tot de maatstaf.

**Rekenvoorbeeld 7.** Stel dat op basis van berekeningen in 2007 wordt ingeschat dat de doelmatigheidsverbeteringen in de drie jaren van de maatstaf ten opzichte van 2007 respectievelijk 1,5%, 1,9% en 2,4% kunnen bedragen. De maatstaf wordt dan voor deze jaren aangepast van 800 euro per DBC in 2007 tot respectievelijk 788 euro, 773,03 euro en 754,48 euro. In totaal een cumulatieve doelmatigheidsverbetering van 5,7%.

Voor iedere aanbieder is in de subvariant de hoogte van de maatstaf voor de duur van de regulering van tevoren duidelijk. De aanbieder kent de grootte van de stappen waarmee de maatstaf in de jaren daarop gaat dalen.

De doelmatigheidsprikkel in de hoofdvariant is groter omdat iedere aanbieder weet dat elke doelmatigheidsverbetering van andere zorgaanbieders het daaropvolgende jaar meewegen in de eigen aangescherpte maatstaf. Het gedrag van de ander bepaalt dus mede de hoogte van de maatstaf. Dat kan ook betekenen dat wanneer ziekenhuizen onderling afspreken om kosten te verhogen, voor zover



toegestaan binnen de kaders van de Mededingingswet, deze kosten in een verhoging van de maatstaf tot uiting komen. In de subvariant is dat niet het geval. De maatstaf voor de aanbieder is dan een gegeven voor gehele transitieperiode.

## *2. kwaliteit en innovatie*

De hoofdvariant prikkelt ziekenhuizen om hun kwaliteit te verbeteren en te innoveren.

Zij verrekent investeringen in kwaliteit in de maatstaf, wanneer deze investeringen breed gedragen worden. Deze kostenontwikkeling in de hele sector telt mee in de maatstaf. In de subvariant gebeurt dit niet; zorgaanbieders hebben daar alleen een prikkel tot het besparen van kosten.

## *3. Reguleringszekerheid*

De hoofdvariant biedt reguleringszekerheid omdat de wijze waarop de maatstaf jaarlijks tot stand komt vooraf duidelijk is, namelijk op basis van de werkelijk gemaakte kosten. Voor individuele zorgaanbieders is echter vooraf niet bekend welke doelmatigheidsverbetering zij moeten behalen om met hun kosten onder de maatstaf te blijven. De subvariant is in die zin duidelijker en geeft mogelijk meer investeringszekerheid. De absolute hoogte van de maatstaf en de te behalen doelmatigheidsverbeteringen zijn vanaf het begin van het model bekend.

De prijs voor meer duidelijkheid vooraf is dat het vooraf lastig is te schatten is wat een haalbare doelmatigheidsverbetering is voor een periode van 3 jaar. Als de werkelijke kostenontwikkeling substantieel verschilt van de ingeschatte kostenontwikkeling, kan dit tot knelpunten leiden. Een te laag ingeschatte doelmatigheidsverbetering leidt tot hoge winsten voor zorgaanbieders en brengt het publieke belang van de betaalbaarheid in gevaar. De investeringszekerheid moet niet verward worden met reguleringszekerheid.

## *4. Administratieve lasten*

In de subvariant is het niet nodig dat zorgaanbieders jaarlijks hun kostengegevens aanleveren voor het bepalen van de maatstaf. De NZa heeft daarentegen wel deze kostengegevens nodig om de ontwikkeling in doelmatigheid te kunnen volgen. Dat is nodig voor haar advies over de uitfasering van de maatstaf. De NZa wil daarvoor weten wat het verschil is tussen kosten en prijzen in de sector.

## *5. Praktische haalbaarheid*

Beide varianten zijn praktisch haalbaar. In de hoofdvariant heeft de NZa wel jaarlijks opnieuw gegevens nodig voor het bepalen van de maatstaf. In de subvariant wordt de maatstaf vooraf bepaald en is daarmee minder afhankelijk van informatie van anderen.

## *6. Juridische haalbaarheid*

Een inschatting zoals bij de subvariant zal per definitie voor bepaalde zorgaanbieders gunstiger uitpakken dan voor andere. Dit brengt wellicht juridische risico's met zich mee als de schatting van deze doelmatigheidswinsten te hoog is en de NZa de maatstaf daardoor te laag vaststelt.

De NZa geeft de voorkeur aan de hoofdvariant, een maatstaf gebaseerd op de gemiddelde werkelijke kosten in de sector. De hoofdvariant geeft de beste doelmatigheidsprikkels en speelt daarmee beter in op het eindperspectief van vrije prijzen in een concurrerende markt.



### 3. Segmentering

De markt voor medisch specialistische zorg is breed. Het is niet mogelijk om alle producten op dezelfde manier te financieren. Zo heeft spoedeisende hulp andere kenmerken dan bijvoorbeeld eerstelijnszorg. Ook leveren niet alleen ziekenhuizen medisch specialistische zorg. Zoals al eerder aangegeven, is het uitgangspunt van de NZa een functiegerichte markt met prestatiebekostiging. De NZa stelt voor de curatieve zorgmarkt te verdelen in drie segmenten. Deze segmenten zijn het A0-segment, het segment onder de maatstaf en het B-segment. Het segment onder de maatstaf valt te verdelen in een gedeelte met vaste prijzen per prestatie (A1) en een gedeelte waar vrije onderhandelingen over de prijs mogelijk zijn (B1). De volgende tabel geeft in hoofdlijnen de voorgestelde segmentering weer.

**Tabel 1: Indeling naar segmenten**

| A0                                           | Prestatiebekostiging met maatstafconcurrentie |                                            | B                                                 |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Geen prestatiebekostiging                    | A1                                            | B1                                         | Prestatiebekostiging met vrije prijsvorming (20%) |
|                                              | Vaste tarieven binnen de maatstaf             | Onderhandelbare prijzen binnen de maatstaf |                                                   |
| - Beschikbaarheid acute zorg                 | - WBMV                                        |                                            |                                                   |
| - Topreferentie zorg (academische component) | - IC                                          |                                            |                                                   |
| - Opleidingen                                | - Dure en weesgeneesmiddelen                  |                                            |                                                   |

#### 3.1 Verdeling over de segmenten

Twee segmenten komen volgens de NZa in aanmerking voor vrij onderhandelbare prijzen. Dit zijn het B1- en B-segment. Hier kunnen vrije prijsonderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars de prijzen van DBC-prestaties bepalen. Het B1-segment valt onder de maatstaf. Het volume in het B1-segment is volledig vrij. Het B-segment, dat op dit moment zo'n 10% van de totale omzet in de sector omvat, blijft volledig vrij. Conform het coalitieakkoord zal het vrije B-segment groeien naar 20% van de omzet.

De twee andere segmenten (A0 en A1) kennen geen vrije prijzen. In het A0-segment is de topreferente zorg en de beschikbaarheidscomponent voor de spoedeisende hulp (SEH) opgenomen. Deze zorg is niet in prestaties omschreven en dat kan vaak ook niet goed. Te denken valt aan behandelingen die landelijk slechts sporadisch voorkomen en waarvoor geen profiel valt op te stellen. Hierdoor is het wenselijk om deze vormen van zorg in een apart segment op te nemen.

##### 3.1.1 Spoedeisende hulp (SEH)

De NZa stelt voor om de financiering van spoedeisende hulp te scheiden in een aan beschikbaarheid gerelateerde component en de DBC-productie. Voor de beschikbaarheid stelt de NZa een normatieve vergoeding voor, die valt binnen het A0-segment. De SEH-productie valt

in de overige segmenten. Afhankelijk van het type zorg kan dit het A1-, B1- of B-segment zijn.

Voor spoedeisende hulp is een landelijke spreiding een wettelijk vereiste. VWS stelt dat iedere Nederlander binnen 45 minuten met een ambulance bij een SEH terecht moet kunnen. Het aanbod van spoedeisende hulp moet dus door Nederland gespreid worden aangeboden. Het aan de vrije markt overlaten van spoedeisende hulp kan, bijvoorbeeld door het opheffen van SEH-locaties, voor regio's tot gevolg hebben dat de eis van 45 minuten onhaalbaar blijkt. De NZa stelt daarom voor om aan bepaalde zorgaanbieders een normatieve vergoeding toe te kennen voor het in stand houden van spoedeisende hulp.

Met het selectief aanwijzen van zorgaanbieders met een SEH-functie die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsvergoeding, kan VWS de spreiding en daarmee de wettelijke vereisten garanderen. De NZa adviseert VWS een juridische basis voor het selectief aanwijzen van SEH-aanbieders te leggen. Tot die tijd lijkt een beschikbaarheidsvergoeding voor SEH-aanbieders de enige mogelijkheid. De voorgestelde normatieve vergoeding prikkelt aanbieders enigszins tot een doelmatige inzet van middelen. Kostenbesparingen komen immers ten bate van de aanbieder zelf. Ook als maar een beperkt aantal zorgaanbieders in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsvergoeding kunnen andere zorgaanbieders een SEH-functie aanbieden. Zij krijgen dan echter geen beschikbaarheidsvergoeding. Ook kunnen zorgaanbieders hun SEH-functie afstoten als zij niet zijn aangewezen.

Voor financiering van de beschikbaarheid stelt de NZa voor een fonds op te richten. Verzekeraars vullen dat op basis van de door hun afgenomen zorg. Een fonds is de aangewezen constructie om een lumpsum-vergoeding mee te verdelen over zorgverzekeraars. Door de vulling af te laten hangen van de omzet van de door verzekeraars afgenomen zorg worden zorgverzekeraars geprikkeld doelmatig in te kopen. Tegelijkertijd dwingt de zorgplicht zorgverzekeraars voldoende zorg in te kopen.

### **3.1.2 Dure- en weesgeneesmiddelen**

De NZa adviseert om dure- en weesgeneesmiddelen onder het A1-segment te laten vallen, met aparte prestaties in plaats van ze in DBC's te passen. Met het opnemen van deze geneesmiddelen in reguliere DBC's zou de kostenspreiding binnen deze DBC's aanzienlijk toenemen. Concurrentie op prijzen werkt dan een onderverstrekking van dure- en weesgeneesmiddelen in de hand.

De NZa stelt voor in deze aparte prestaties het soort geneesmiddel, de indicatie en de dosering mee te nemen. De vaste prijs kan dan gebaseerd worden op de gemiddelde inkoopkosten van het geneesmiddel, vergelijkbaar met het geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS). Dit geeft een prikkel tot doelmatige zorginkoop door de zorgaanbieder.

Ten aanzien van de risicoverevening merkt de NZa op dat het zinvol is om verzekeraars een mogelijkheid tot controle op de verstrekkingen te geven. Verzekeraars moeten gedeeltelijk risico lopen op dure- en weesgeneesmiddelen en de informatie hebben om zorgaanbieders met hun verstrekkingen te confronteren. Door dure- en weesgeneesmiddelen in aparte prestaties te vatten krijgen verzekeraars de benodigde informatie.

Voor de korte termijn adviseert de NZa de huidige budgetparameters declarabel te maken. Als hoogte van de vergoeding stelt de NZa 100% van de netto inkoopkosten voor. De NZa adviseert verder

weesgeneesmiddelen onder te brengen in de Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). Dit geeft een juridische basis aan de beperking van het aantal zorgaanbieders dat deze geneesmiddelen mag verstrekken.

### 3.1.3 Topklinische zorg

Topklinische zorg is gedefinieerd als zorg die valt onder de WBMV. Binnen de WBMV zijn hierbij twee artikelen relevant, te weten artikel 2 en artikel 8. Zorg die onder artikel 2 valt is vergunningsplichtig. Onder artikel 2 vallen bijvoorbeeld stamcelbehandelingen. Alleen zorgaanbieders met een vergunning kunnen zorg uit artikel 2 WBMV aanbieden. Artikel 8 regelt het recht op bekostiging. Hieronder vallen bijvoorbeeld hemofiliebehandelingen. Een zorgaanbieder krijgt slechts een vergoeding voor deze behandelingen, wanneer deze wordt aangewezen in het kader van artikel 8 WBMV.

Niet alle WBMV-zorg heeft een relatie met de productie. Zo vallen bepaalde kenniscentra en functiegerichte onderdelen als traumazorg en donor uitname teams ook onder de WBMV. De kenniscentra drijven op dit moment op subsidies. De NZa adviseert deze subsidies in stand te houden.

De NZa stelt voor de productiegerelateerde WBMV-zorg in het A1-segment onder te brengen. Deze zorg komt, door beperkingen in het aantal aanbieders en de beperkte mogelijkheid tot toetreding, niet in aanmerking voor concurrentie op prijs. Niet alle productiegerelateerde WBMV-zorg is op dit moment in prestaties uitgedrukt. SDO heeft aangegeven dat het niet haalbaar is om voor 1 januari 2008 deze zorg wel in prestaties uit te drukken.

De tarieven van WBMV-zorg die wel in prestaties is uitgedrukt, zijn gebaseerd op verouderde profiel- en kosteninformatie. Omdat dit problemen kan opleveren bij de bepaling van de maatstaf zal de NZa het veld consulteren bij de bepaling van de tarieven en gewichten van deze producten. Dit kan in 2009 leiden tot goede tarieven.

Om de problematiek van onjuiste tarieven en niet beschikbare declareerbare producten op te vangen is er in 2008 het vangnet. Per 1 januari 2009 schaft de NZa het vangnet af. Dit betekent dat op 1 januari 2009 de declaraties substantieel beter moeten zijn. Hiervoor moeten ziekenhuizen voor 1 september 2007 informatie aanleveren. Deze informatie moet gericht zijn op de kostprijzen van de bestaande DBC's en op de verrichtingen van niet in DBC's omschreven WBMV-zorg. Dit leidt in 2009 tot een aanpassing van de tarieven van bestaande DBC's en tot het declareerbaar maken van de op dit moment nog niet bestaande DBC's voor WBMV-zorg. Aangezien het ontwikkelen van volwaardige DBC's een lange doorlooptijd kent, is het wellicht noodzakelijk om hiervoor tijdelijk de afzonderlijke verrichtingen te registreren. In 2010 moeten vervolgens alle problemen ten aanzien van de WBMV-zorg zijn opgelost.

### 3.1.4 Intensive Care

Intensive care is specifieke verpleegkundige en medische zorg aan ernstig zieke patiënten van wie één of meer vitale orgaanfuncties zijn verstoord of uitgevallen. Voor intensive care is het ook van groot belang dat de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg niet in het geding komen door een nieuw bekostigingstelsel.

Voor de declaratie van verrichtingen op de IC kunnen ziekenhuizen op dit moment een aantal trajecten in rekening brengen. Deze trajecten lopen naast de DBC's. De declaratie van deze trajecten, zoals de behandel dag,

opnametoeslag en beademingstoeslag, is gestart op 1 februari 2006. Dit betekent dat er op dit moment slechts beperkt informatie is over de declaratie van IC-producten.

De NZa stelt voor om de productie op de intensive care te laten vallen onder het A1-segment, met vaste tarieven onder de maatstaf. Als productie-eenheid stelt de NZa voor de beademingsdag te gebruiken. De beademingsdag is een eenduidige capaciteitseenheid voor de intensive care. Het tarief voor de behandeldag komt daarmee te vervallen. De behandeldag is namelijk geen eenduidige capaciteitseenheid voor de intensive care. Zorgaanbieders gaan verschillend om met het gebruik van de intensive care, waardoor een behandeldag in het ene ziekenhuis anders zijn dan in het andere ziekenhuis. De kosten van diagnostiek moeten integraal onderdeel zijn van de DBC-prijs. Wanneer dit zorgt voor een te grote spreiding in de kosten binnen een DBC, liggen apart declareerbare prestaties voor de hand.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat een optimale bezetting van de intensive care 80% is<sup>7</sup>. Een hogere bezettingsgraad leidt tot een grotere mortaliteit en een groter aantal medische missers. De noodzaak van een optimale bezettingsgraad is daarmee een kwaliteitseis en gebaseerd op medisch-inhoudelijke argumenten.

Voor de korte termijn is het niet mogelijk om op zorgvuldige wijze de behandeldag af te schaffen. De NZa stelt daarom voor om tijdens het vangnetjaar de huidige situatie met IC-producten en tarieven in stand te houden. Wel moeten de IC's tijdens dit jaar beginnen met aanvullende registratie. Dat maakt onderzoek mogelijk naar de relatie tussen DBC en IC-producten.

### **3.1.5 B-segment**

In het B-segment stelt de NZa volledig vrije prijsvorming voor tussen verzekeraar en zorgaanbieder. Dit vrije segment zal niet onder de maatstaf komen te vallen. Vooral planbare zorg met goed omschreven prestaties komt in aanmerking, omdat dit onderhandelingen mogelijk maakt. Bij planbare zorg is het risico van tijdelijk minder aanbieders voor de zorgconsument minder groot.

In het coalitieakkoord staat dat het B-segment wordt verruimd naar 20% van de zorg. De NZa stelt een aantal uitgangspunten voor bij de bepaling van de verruiming van het B-segment.

De groep DBC's moet te begrenzen zijn. In deze zorg moet een goed kwaliteitsinzicht bestaan, als voorwaarde voor prestatiebekostiging. Ook moeten er geen arbitraire scheidingen bestaan tussen segmenten waarin vergelijkbare diagnoses of behandelingen voorkomen.

Met deze uitgangspunten stelt de NZa voor het B-segment op de volgende wijze uit te breiden met:

1. Eerstelijnszorg

---

<sup>7</sup>: Zie bijvoorbeeld

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. (2006). *Richtlijn Organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen voor volwassenen in Nederland*.

Tucker, J. (2000). *Patient volume, staffing, and workload in relation to risk-adjusted outcomes in a random stratified sample of UK neonatal intensive care units: a prospective evaluation*.

Tarnow-Mordi, W.O., C. Hau, A. Warden, et al. (2000). *Hospital mortality in relation to staff workload: a 4-year study in an adult intensive-care unit*.

Iapichino, G., L. Gattinoni, D. Radrizzani, et al. (2004). *Volume of activity and occupancy rate in intensive care units*.

2. De zogenaamde 'oranje DBC's'. Dit zijn behandelingen die, afhankelijk van de diagnose, al dan niet verzekerd zijn. Te denken valt aan een borstreductie, die soms cosmetisch is en soms een medische noodzaak heeft.
3. Alle DBC's die op dit moment in het A-segment vallen, maar een gelijke behandeling of diagnose kennen als een DBC in het B-segment. Hiermee hoopt de NZa arbitraire scheidingen tussen A- en B-segment op te lossen.

Indien er nog ruimte over is binnen de 20 procent B-segment, dan stelt de NZa voor alle niet-klinische DBC's van een specifiek specialisme (te beginnen bij orthopedie en/of oogheeskunde) toe te voegen aan het B-segment.

Dit voorstel brengt meer consistentie in de verdeling van DBC's van vergelijkbare orde of behandelingen over de segmenten. Het complementeert allereerst de huidige B-DBC's langs de diagnose- en behandelas. Daarna is het zoveel mogelijk overbrengen van een geheel specialisme naar het B-segment te zien als een experiment. Op deze manier kan de NZa de ontwikkelingen van een volledig vrij specialisme volgen.

### 3.2 Wie doen er mee?

De Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) verdeelde de curatieve zorgmarkten in een aantal gescheiden sectoren. De WTG schikte de markt naar verschillende types instelling. Voorbeelden zijn de algemene en academische ziekenhuizen, radiotherapeutische instellingen en dialysecentra. Met de Wmg, die op 1 oktober 2006 de WTG heeft vervangen, en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) stapt de wetgever af van deze ordening. Niet meer het type instelling, maar het type zorg staat centraal.

Iedere categorie kende historisch een eigen beleid en eigen vorm van financiering en bekostiging. Vaak bieden zij vergelijkbare zorg; in economische zin concurreren deze zorgaanbieders met elkaar. Invoering van maatstafconcurrentie biedt een goed moment om deze zorgaanbieders gelijk te schakelen. De NZa ziet het liefst een zo groot mogelijk gedeelte van de curatieve zorg onder de maatstaf vallen.

Deze paragraaf schetst de door de NZa voorgestelde verdeling van de aanbieders van curatieve zorg over de in de vorige paragraaf beschreven segmenten.

De uitgangssituatie verschilt per categorie zorgaanbieder. Een viertal knelpunten komt terug bij veel van de kleinere categorieën:

- geen prestatieomschrijving;
- geen kostprijzen (indien A1-segment);
- onvoldoende/geen data voor vaststelling maatstaf;
- onvoldoende aanbieders / concurrentie (voor B-segment).

Een effect van het zoveel mogelijk onderbrengen van de curatieve zorg onder de maatstaf is de harmonisering van de verschillende financieringsregimes. Zorgaanbieders die vergelijkbare zorg leveren, kunnen ook concurreren op de prijzen van deze zorg. Alle aanbieders gaan een volledig volumerisico lopen. Ook gaan zorgaanbieders tijdens de maatstaf steeds meer risico lopen als gevolg van het zelfstandig onderhandelen met zorgverzekeraars. Voor sommige zorgaanbieders functioneert het oude budget nog gedeeltelijk als vangnet (zie hoofdstuk 5). Het uitgangspunt is dat al deze aanbieders in 2012 volledig vrij op de markt opereren.

Voor de geestelijke gezondheidszorg geeft de NZa in deze uitvoeringstoets geen advies. Voor de GGz blijft volgens het uitgangspunt van VWS een apart budget gelden. Dit heeft als gevolg dat binnen ziekenhuizen met een psychiatrische afdeling er twee verschillende bekostigingsregimes van kracht blijven. Zelfstandige behandelcentra (ZBC's) komen volgens de NZa ook in aanmerking voor een functiegerichte verdeling over de segmenten. Voor bepaalde ZBC's kan dit dus als gevolg hebben dat zij te maken krijgen met meer regulering, wanneer zij onder de maatstaf komen te vallen.

### **3.2.1 Algemene en academische ziekenhuizen**

Algemene en academische ziekenhuizen produceren het grootste gedeelte van de producten op de markt voor medisch specialistische zorg. Zij vallen in de visie van de NZa als vanzelfsprekend onder de maatstaf. Met de verdeling van de producten over de segmenten is ook de productie van de algemene ziekenhuizen verdeeld. Twee onderdelen van de huidige budgettering van ziekenhuizen verdienen nog extra aandacht. Dit is de academische component die universitaire medische centra (UMC's) krijgen voor innovatie en topreferente zorg.

De academische component zit op dit moment in de ziekenhuisbudgetten van de UMC's verwerkt. De NZa geeft een beschikking af voor het tarief dat een UMC aan het zogenaamde academisch fonds mag declareren. Het academisch fonds is ingesteld door de gezamenlijke zorgverzekeraars; verzekeraars vullen het fonds met een bijdrage per verzekerde. Het academisch fonds omvat onder andere kosten voor innovatie. Vanaf 2008 wordt de academische component betaald uit het zorgverzekeringsfonds. De huidige fondsconstructie vervalt eind 2007. Het wetsvoorstel is al aan de tweede kamer voorgelegd.

Onderdeel van de academische component is ook een vergoeding voor topreferente zorg. Hiermee worden de kosten gedekt die UMC's maken voor patiënten die andere ziekenhuizen naar hen doorverwijzen. Patiënten die voor hun behandeling niet in een ander ziekenhuis kunnen blijven, zijn over het algemeen duurder dan andere patiënten, ook binnen dezelfde DBC. Ook topklinische ziekenhuizen leveren vaak topreferente zorg. Er bestaat namelijk geen operationele inhoudelijke afbakening van de topreferente zorg.

Uitsluitend UMC's komen echter in aanmerking voor een extra vergoeding omdat die samenhangt met de academische component. Dat betekent dat topklinische en categorale ziekenhuizen automatisch niet in aanmerking komen voor separate bekostiging van topreferente zorg. Dit brengt het risico dat zij zich buiten de markt prijzen, wanneer ze de kosten van topreferente zorg in hun tarieven doorberekenen. Dat probleem is voorbij als de zorgzwaarte meeweegt in de DBC's (zie ook hoofdstuk 8). In de tussentijd beperkt het vangnet het risico voor deze ziekenhuizen. Mocht zorgzwaarte pas in 2010 in DBC's tot uiting komen, dan zal de NZa maatregelen voorstellen voor vergoeding van topreferente zorg in 2009 voor de topklinische ziekenhuizen.

### **3.2.2 Radiotherapie**

De NZa stelt voor de zorg geleverd door zelfstandige radiotherapeutische centra onder het A1-segment met vaste prijzen te plaatsen. Vrije prijzen zijn nu nog niet aan de orde omdat de zorg nog onder het regime van de WBMV valt. Naar verwachting zijn per 1 januari 2009 herijkte productomschrijvingen en kostprijzen beschikbaar voor de radiotherapie. Dit betekent dat voor het jaar 2008 de huidige productomschrijvingen en



DBC-tarieven voor radiotherapie gelden. Het vangnet voor 2008 beperkt het risico van het gebruik van de huidige verouderde productomschrijvingen en DBC-tarieven. De NZa beoordeelt voor 1 september 2007 of er een opslag moet komen in de huidige DBC-tarieven voor de relatief hoge kapitaallasten die samenhangen met de lineaire versnellers en bunkers.

### 3.2.3 Categoriele instellingen naar B1-segment

De NZa stelt voor om de zorg die audiologische centra, zelfstandige dialysecentra, epilepsiecentra, long- en astmacentra, revalidatie-instellingen leveren en ook de bijzondere tandheelkunde en kaakchirurgie onder te brengen in het B1-segment. Vergelijkbare zorg geleverd door andere zorgaanbieders vallen eveneens onder het B1-segment. Voor bovengenoemde categoriele instellingen zal de bekostiging op basis van vrij onderhandelbare integrale prijzen onder een maatstaf een enorme overgang zijn. De risico's zijn aanvaardbaar omdat er in 2008 nog een vangnet is. De hier bovengenoemde categoriele instellingen werken nog niet met DBC's, met uitzondering van de audiologische centra en de dialysecentra. Naar verwachting zullen de zelfstandige epilepsiecentra per 1 januari 2008 beschikken over DBC's. Voor de revalidatiesector beoordeelt de NZa, na consultatie van de sector, voor 1 september 2007, of het haalbaar is om per 1 januari 2008 al over te gaan DBC's. In de huidige planning gaat de sector er echter van uit dat de DBC-declaratie per 1 januari 2009 ingaat. Deze planning biedt vooralsnog weinig ruimte om deze datum één jaar naar voren te schuiven. Aangezien er in 2008 een vangnet zal zijn, is het risico van niet volledig uitgekristalliseerde DBC's aanvaardbaar. De NZa ziet als mogelijke alternatief om in 2008 de RBU (revalidatie behandeluur) en de verpleegdag als declarabele prestatie-eenheden te hanteren.

Voor de long- en astmacentra, de bijzondere tandheelkunde en de kaakchirurgie blijven de huidige verrichtingen vooralsnog de basis. De kaakchirurgie en bijzondere tandheelkunde kunnen nog niet overgaan naar het vrije B-segment omdat er onvoldoende kaakchirurgen en tandartsen zijn.<sup>8</sup> De NZa stelt voor om voor de bijzondere tandheelkunde een vast tarief in het A1-segment vast te stellen. Voor vrijgevestigde tandartsen en AWBZ-instellingen kan dit tarief dan als maximumtarief gelden.

### 3.2.4 Eerstelijnszorg

De NZa ziet geen problemen voor het volledig vrijgeven van de prijzen voor de eerstelijnszorg. Diverse categorieën instellingen leveren op dit moment eerstelijnszorg. Dit betekent dat de zelfstandige trombosediensten, de huisartsenlaboratoria, fysiotherapie en de productie-samenwerkingsverbanden naar het vrije B-segment gaan.

## 3.3 Verzekeraars

De uitvoeringstoets gaat primair in op het voorgestelde bekostigingssysteem voor ziekenhuizen. De verzekeraars spelen echter een essentiële rol om de liberalisering te kunnen doorzetten en tot een succes te maken.

---

<sup>8</sup> NZa, *Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg*, februari 2007

### **3.3.1 De positie van de verzekeraar in de transitiefase**

Voor de overgang naar vrije prijsvorming in 2012 is een grotere onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars nodig ten opzichte van de ziekenhuizen. De maatstaf waarborgt een goede onderhandelingspositie bij de verzekeraars. Daarnaast bevordert de NZa selectieve contractering. Door selectieve contractering kunnen ziekenhuizen er niet automatisch vanuit gaan dat zorgverzekeraars een contract zullen sluiten voor alle DBC's. Bij selectieve contractering selecteren verzekeraars zorg op basis van prijs en kwaliteit. Met name het kwaliteitsaspect zal voor de verzekerde vaak doorslaggevend zijn om naar een ander ziekenhuis te willen gaan.

Naast selectief contracteren moeten verzekeraars de flexibiliteit hebben verschillende prijzen voor één DBC bij dezelfde aanbieder af te spreken. Een verzekeraar wil bijvoorbeeld een relatief hoge prijs betalen voor de eerste behandeling van een patiënt en een lagere prijs voor herhaalbehandelingen. Dit geeft het ziekenhuis een prikkel om direct goede kwalitatieve zorg te leveren om herhaalbehandelingen te voorkomen. Het systeem van maatstafconcurrentie maakt dit mogelijk.

Een andere ontwikkeling op dit terrein is dat voor zorgverzekeraars inzicht en sturing van de zorgketen belangrijk wordt. Op die manier zijn zorgverzekeraars al in een vroeg stadium beter in staat dure medische ingrepen te voorkomen door meer nadruk te leggen op preventie en eerstelijns zorg.

Van verzekeraars verwacht de NZa een actieve rol. Zij hebben altijd belang bij een goede inkoopprijs en een hoge kwaliteit ten behoeve van een goede concurrentiepositie. Bovendien geldt de maatstaf voor het gemiddelde van de totale productie van de zorgaanbieder en is de maatstaf van een zorgaanbieder niet bij de verzekeraar bekend. Verzekeraars weten dus niet tijdens de onderhandelingen welke marge het ziekenhuis heeft. Het ziekenhuis kan ook verschillende prijzen afspreken tussen verzekeraars voor hetzelfde pakket zolang de gemiddelde prijs van de productie onder de maatstaf blijft.

### **3.3.2 Risicoverevening**

Verzekeraars lopen op dit moment door middel van de risicoverevening circa 50% risico over de kosten van ziekenhuiszorg. VWS wil deze vereveningsmechanismen gaan afbouwen.

De mate waarin verzekeraars risico lopen is gebaseerd op de budgetparameters in het FB-budget. Over sommige onderdelen lopen verzekeraars meer risico dan over andere. Omdat de FB gaat verdwijnen moet er een aanpassing komen van de risicoverevening. Voor 2008 gaat het waarschijnlijk om noodmaatregelen gezien het tijdspad van de risicoverevening en de beperkt beschikbare gegevens.

Voor de lange termijn moet de risicoverevening aansluiten op de nieuwe bekostigingssystematiek. Vanwege de verschillende mogelijkheden van beïnvloeding van de kosten door verzekeraars is het wenselijk om per segment binnen de nieuwe bekostiging vast te stellen hoeveel risico een verzekeraar loopt. De NZa adviseert om verzekeraars meer risico te laten lopen naarmate er meer vrije onderdelen in de segmenten zitten. In het A0-segment hebben verzekeraars zeer beperkte invloed op zowel het volume als de prijs. In het B1- en in het B-segment kunnen verzekeraars wel invloed uitoefenen op zowel het volume als de prijs. Voor het A1-

segment geldt dat verzekeraars wel het volume maar niet de prijs kunnen beïnvloeden.

### **3.3.3 Regiovertegenwoordiging**

Vanaf 1 januari 2008 vervalt de regiovertegenwoordiging. Zorgverzekeraars moeten afzonderlijk gaan onderhandelen met zorgaanbieders. De NZa benadrukt dat verzekeraars voor de zorginkoop voor 2008 al in 2007 afzonderlijk dienen te onderhandelen voor de zorgproducten in het vrije segment en het segment onder maatstafconcurrentie.



## 4. Integrale prijzen

De NZa adviseert een model van maatstafconcurrentie dat stuur op een gemiddelde maximumprijs voor de gehele 'bundel' van DBC's. De maatstaf, de gemiddelde prijs per DBC, is gebaseerd op de integrale kosten, waarbij productievolume en productiekosten op sectorniveau aan elkaar gerelateerd worden. Dit is in overeenstemming met de door VWS gekozen uitgangspunten. De integrale kosten per product geven de beste indicator van de relatieve doelmatigheid van de zorgaanbieder. Door het hanteren van integrale prijzen zijn de substitutiemogelijkheden en daarmee de vrijheidsgraden van zorgaanbieders zo groot mogelijk. Hierdoor ontstaan meer mogelijkheden om doelmatigheids-winsten te behalen. Het is van groot belang om ook de kapitaalkosten en kosten van medisch specialisten mee te nemen in de kostprijs van de prestaties. Dat is nu niet het geval. De NZa gaat hier in dit hoofdstuk expliciet op in.

### 4.1 Kapitaallasten

De voorgenomen liberalisering van het bouwregime van de WTZi houdt in dat er geen sprake meer is van door de overheid goedgekeurde en gegarandeerde investeringen. Nacalculatie op investeringen komt daarmee te vervallen. Dit betekent dat kapitaallasten volledig in de prijzen, respectievelijk de maatstaf moeten terug komen. In het eindmodel met vrije prijsvorming is dat ook het geval en zullen aanbieders de kosten van hun investeringen volledig uit de cash flow moeten dekken.

De NZa verwacht dat de liberalisering van het bouwregime niet beperkt blijft tot algemene en academische ziekenhuizen, maar dat dit ook voor de categorale aanbieders gaat gelden. De in deze paragraaf beschreven uitgangspunten zijn dus ook op hen van toepassing. De zelfstandige behandelcentra bekostigen hun investeringen nu al uit integrale tarieven, voor deze categorie zijn de wijzigingen beperkt.

De wijziging van de bekostiging heeft voor het onderdeel kapitaallasten een aanzienlijke impact. De rode draad is dat de aanbieders de verantwoordelijkheid krijgen voor investeringsbeslissingen. In de vermogensvergoeding krijgen ze een compensatie voor het hogere risico. Dit geldt ook voor het verkorten van de afschrijvingstermijnen. In eerste instantie lijkt dit een kostenstijging te veroorzaken, maar dat is niet het geval. Als er nu problemen met de boekwaarde zijn als gevolg van bijvoorbeeld te lange afschrijvingstermijnen dan komt de oplossing via de budgetten en tarieven en uiteindelijk de premies. Die kosten vallen weg als voor de kapitaallasten een normale economische levensduur geldt.

#### 4.1.1 De maatstaf

De kapitaallasten maken onderdeel uit van de prijzen per DBC en moeten daarom ook worden opgenomen in de maatstaf. Hierbij kent de NZa zowel een vergoeding over geïnvesteerd eigen als vreemd vermogen toe. In de huidige bekostigingssystematiek is alleen sprake van een vergoeding over vreemd vermogen. Naast een vergoeding voor de operationele kosten en het terugverdienen van de historisch geïnvesteerde bedragen, stelt de NZa als uitgangspunt dat ziekenhuizen een 'normaal' rendement moeten kunnen behalen op het geïnvesteerde vermogen. De NZa merkt hierbij op dat het hier enkel gaat om de

optimale hoogte van de maatstaf te bepalen. De berekende vermogensvergoeding is dus niet een gegarandeerde vergoeding, maar geeft de ziekenhuizen ruimte om onder de maatstaf hun prijzen zo vast te stellen dat er voldoende investerings- en financieringsmogelijkheden zijn.

Het is van belang de vermogenskostenvergoeding correct te bepalen, om de prikkels van de markt zo goed mogelijk te simuleren. Een te hoge vermogenskostenvergoeding drijft de prijzen op, terwijl een te lage vermogenskostenvergoeding ertoe leidt dat investeerders onvoldoende bereid zijn om kapitaal ter beschikking te stellen voor investeringen in de ziekenhuissector. Hierdoor kunnen noodzakelijke investeringen in het gedrang komen.

#### **4.1.2 Vermogensvergoeding in de maatstaf**

##### *Normatief of werkelijke kosten?*

Bij het vaststellen van de vermogensvergoeding is het de vraag of daar een normvergoeding voor moet komen of dat de werkelijke kosten de basis moeten zijn. De huidige vermogenskosten van de ziekenhuizen bestaan voornamelijk uit rentekosten van vreemd vermogen. Deze kosten vormen echter geen goed referentiekader, omdat deze tot stand zijn gekomen binnen de context van een budgetmodel met nacalculatie en gegarandeerde vergoeding van investeringskosten. Daarnaast is er sprake van lange doorlooptijden voor investeringen. Hierdoor kan er voor dit onderdeel niet worden uitgegaan van werkelijk kosten bij de bepaling van de maatstaf. Een gevolg van de overstap op integrale prijzen is dat ziekenhuizen meer risico gaan lopen op de omzet en op de dekking van hun kapitaallasten. Dit gaat een vertaling krijgen in een hogere risico-opslag voor het vreemd vermogen.

Daarnaast is van belang dat de ziekenhuissector grotendeels (meer dan 90%) met vreemd vermogen is gefinancierd. Een dergelijke financieringsstructuur kan alleen bestaan binnen een bekostigingsmodel waarin er formele garanties zijn voor alle betalingen. Als dit regime verandert, moet dus ook een herfinanciering van de sector plaatsvinden met een vergoeding voor het eigen vermogen. De NZa adviseert om een zo licht mogelijke normvergoeding vast te stellen. De parameters van dat model zijn geschat aan de hand van referentiegegevens van min of meer vergelijkbare markten. De NZa zal in 2007 een nadere empirische onderbouwing uitbrengen voor de Nederlandse situatie. De uiteindelijke vermogensvergoeding dient de marktontwikkeling te volgen. Dit houdt ook een jaarlijkse bijstelling in van de vermogensvergoeding en de overige kosten.

##### *Model voor vermogensvergoeding*

De NZa stelt voor gebruik te maken van het Weighted Average Cost of Capital-model (WACC). Dat model biedt de mogelijkheid om een normaal rendement op eigen en vreemd vermogen te berekenen. De NZa stelt voor om een vermogenskostenvoet vast te stellen die voor alle ziekenhuizen identiek is. Deze vermogenskostenvoet is van toepassing op alle materiële activa en op het netto-werkkapitaal. De hieruit volgende vermogenskosten tellen mee voor de bepaling van de hoogte van de maatstaf.

Ziekenhuizen ontvangen de vermogenskostenvergoeding niet als een vast gegarandeerd bedrag, maar moeten hun kosten, inclusief de kosten van vermogen en afschrijvingen, dekken via de verkoopprijzen. De maatstaf bevat de marktconforme vermogenskosten die zorgaanbieders in staat stelt hun investeringen terug te verdienen. De precieze hoogte

van de vermogenskostenvoet wordt gebaseerd op vergelijkbare ziekenhuizen waarvan de benodigde marktdata beschikbaar zijn en die een efficiënte financiering hebben.

#### WACC model

Het gebruik van het WACC model houdt in dat de vermogenskostenvoet een gewogen gemiddelde is van de kostenvoet vreemd vermogen en de kostenvoet eigen vermogen. De weging van deze kostenvoeten gebeurt naar de verhouding van het vreemd vermogen en eigen vermogen ten opzichte van het totaal geïnvesteerd vermogen. Daarbij houdt het model er rekening mee, dat over rentebetalingen geen vennootschapsbelasting verschuldigd is. Hierdoor liggen de netto kosten van vreemd vermogen na belasting lager. Er geldt voor ziekenhuizen (zoals voor alle not-for-profit instellingen) echter voor de voorzienbare toekomst vrijstelling voor vennootschapsbelasting. De belastingvoet is dus niet van invloed op het rendement. Voor de huidige modeltoepassing is dit verder niet relevant. Als in de toekomst wel een belastingplicht ontstaat, is dit op te nemen in het model.

Voor de vaststelling van de vaste tarieven in het A1 segment en de vaste vergoedingen in het A0-segment (voor zover relevant) is het WACC model ook te gebruiken.

De NZa kiest voor een genormeerde verhouding tussen eigen en vreemd vermogen van 30%:70%. Een dergelijke norm leidt naar gezonde solvabiliteitsverhoudingen. De huidige EV/VV verhouding is ongeveer 10%:90%. Bij buitenlandse ziekenhuisketens in de private sector is dit 70%:30%. Zodra de zorgaanbieders volledig risico gaan lopen over hun investeringen, is een verbeterde solvabiliteit van belang, zowel om meer risico te kunnen dragen als om financieerbaar te blijven. Zolang er geen sprake is van belastingheffing is de EV/VV verhouding overigens niet van invloed op het niveau van de vermogensvergoeding en heeft de keuze voor een bepaalde verhouding dus ook geen invloed op de maatstaf.

Het WACC model bepaalt in eerste instantie de nominale vermogensvergoeding (vergelijkbaar met de huidige rentevergoeding op vreemd vermogen die eveneens in nominale termen luidt). Voor het vaststellen van de reële vermogenskostenvergoeding wordt de nominale WACC omgezet in een reële WACC. Dit kan door een inschatting te maken van de verwachte inflatie. In de maatstaf wordt de nominale WACC opgenomen, de reële WACC blijft in deze paragraaf verder buiten beschouwing.

#### WACC model

$$Wacc = R_e \cdot \left( \frac{E}{E + D} \right) + R_d \cdot (1 - T) \cdot \left( \frac{D}{E + D} \right)$$

Waarbij:

- $R_e$  = kostenvoet eigen vermogen, vastgesteld aan de hand van het CAPM
- $R_d$  = kostenvoet vreemd vermogen
- $E$  = marktwaarde eigen vermogen
- $D$  = marktwaarde vreemd vermogen
- $T$  = tarief vennootschapsbelasting (is thans 0)

In de onderstaande figuur wordt een overzicht gegeven van de parameterwaarden die in het model zijn gebruikt.

**Figuur 1: WACC berekening**

|                                           | Laag       | Hoog       |
|-------------------------------------------|------------|------------|
| Nominale risicovrije rente                | 3,6        | 4,1        |
| Rente-opslag                              | 0,8        | 1          |
| <b>Kostenvoet vreemd vermogen</b>         | <b>4,4</b> | <b>5,1</b> |
| Marktriscopremie                          | 3,5        | 5          |
| Asset-bèta                                | 0,41       | 0,48       |
| Equity-bèta                               | 0,85       | 1,13       |
| <b>Kostenvoet eigen vermogen</b>          | <b>6,6</b> | <b>9,8</b> |
| <b>Nominale vermogenskostenvergoeding</b> | <b>5,0</b> | <b>6,5</b> |

NZa (2007)

*Vermogenskostenvergoeding vreemd vermogen*

De berekening van de kostenvoet van het vreemd vermogen gebeurt door de risicovrije rente te vermeerderen met een rente-opslag. Deze rente-opslag geldt als de vergoeding voor het extra risico dat beleggers lopen door te investeren in ziekenhuizen in plaats van in volledig risicovrije investeringen. De risicovrije rente is het rendement dat beleggers verlangen op een investering zonder enige vorm van risico. Deze lijkt in de praktijk het meest op het rendement op staatsobligaties met een looptijd van 10 jaar. De rente-opslag is de extra vergoeding die beleggers eisen ter compensatie van het hogere risico op wanbetaling in vergelijking met een volledig risicovrije investering. Dit risico is samen te vatten per onderneming in een zogenaamde 'credit rating'. Deze rating hangt af van sector- en bedrijfsspecifieke kenmerken zoals het type en de mate van regulering, de volatiliteit van de opbrengsten en de wijze van financiering.

Om de relevante rente-opslag voor Nederlandse ziekenhuizen te bepalen stelt de NZa voor om allereerst te kijken naar een vergelijkingsgroep van bedrijven waarvan de activiteiten en het bedrijfsrisico zoveel mogelijk overeenkomen met die van Nederlandse ziekenhuizen. Omdat credit ratings alleen voor Amerikaanse ziekenhuizen beschikbaar zijn, is de vergelijkingsgroep enigszins beperkt. De gemiddelde credit rating van deze bedrijven geldt als een indicatie voor de relevante credit rating bij het bepalen van de rente-opslag. De NZa acht een bandbreedte van 0,8% tot 1,0% voor de rente-opslag als reëel (de rente-opslag behorend bij een BBB+ tot en met BBB- rating). Deze opslag ligt in dezelfde orde van grootte als de normatieve risico opslag die de NZa nu hanteert in het rentenormeringsmodel (0,75%).

*Vermogenskostenvergoeding eigen vermogen*

Voor het eigen vermogen geldt eveneens een marktconforme vermogensvergoeding. In de huidige bekostiging is er alleen een inflatievergoeding. Het aantrekken van eigen vermogen kan alleen als vermogensverschaffers een normaal rendement op hun vermogen tegemoet kunnen zien.



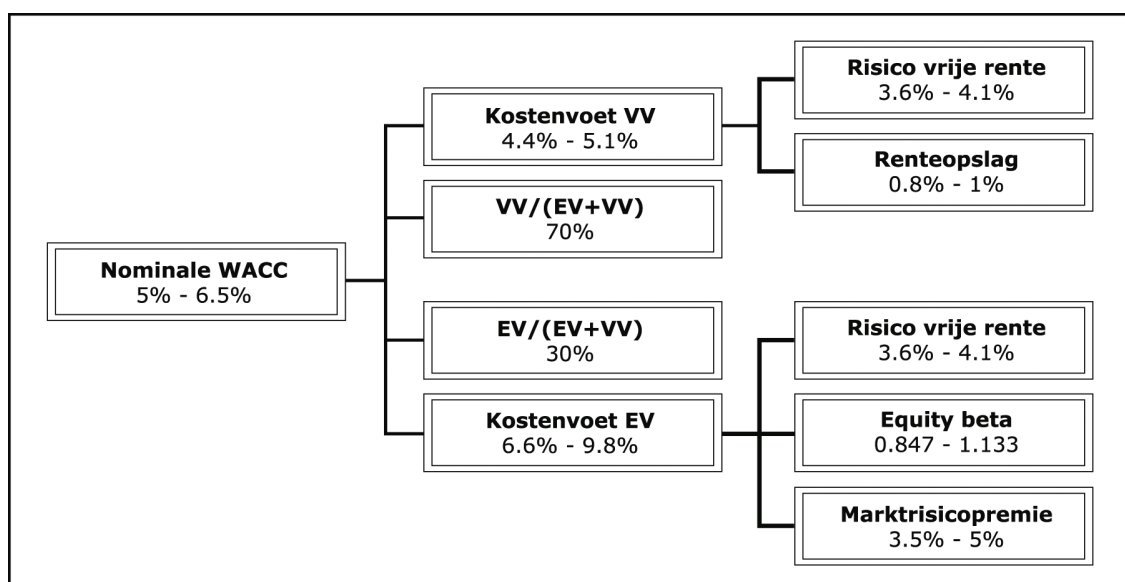
De NZa stelt voor om de kostenvoet van het eigen vermogen te berekenen aan de hand van het Capital Asset Pricing Model (CAPM). Uitgangspunt van het CAPM is dat de kostenvoet eigen vermogen bestaat uit het rendement op een risicovrije investering vermeerderd met een risicopremie. Deze risicopremie wordt berekend aan de hand van de risicopremie voor de gehele markt, en de volatiliteit van de aandelen in het betreffende bedrijf in vergelijking met de markt. Aangezien Nederlandse ziekenhuizen nog geen beursnotering hebben, is voor de schatting van het model vooral gekeken naar buitenlandse markten met zo goed mogelijk vergelijkbare ondernemingen.

#### Uitkomsten

De berekeningen leiden, afhankelijk van de gekozen parameters zoals deze in figuur 1 staan, tot een vermogensvergoeding die ligt tussen 5,0% en 6,5% nominaal per jaar.

De onderstaande figuur geeft de samenhang tussen de verschillende parameters van het WACC model weer:

**Figuur 2: WACC model**



NZa (2007)

#### Modeltoepassing

Het gepresenteerde model geeft een consistente benadering van de kosten van vermogen in een gewijzigde marktomgeving. Aanbieders krijgen, met name door het ontbreken van de nacalculatie op kapitaallasten en de toenemende marktwerking, een ander risicoprofiel dan in de huidige situatie. Daarnaast vindt de NZa dat er een vergoeding moet zijn voor het investeren van eigen vermogen in de zorg. Dat komt het weerstandsvermogen van de sector en de financierbaarheid daarvan ten goede.

De NZa kiest bij de kwantitatieve onderbouwing van het model voor een bandbreedte benadering. Het risico blijft beperkt, dankzij het vangnet in 2008. De NZa adviseert daarom om een vermogensvergoeding in de maatstaf op te nemen die aan de onderkant van de bandbreedte zit. Vervolgens volgt de vermogensvergoeding de Nederlandse kapitaalmarkt, in dit geval de markt voor ziekenhuisfinanciering door de berekening van de vermogensvergoeding jaarlijks te actualiseren. De vaststelling van de risico-opslag is eenmalig en empirisch.

## **4.2 Afschrijvingstermijnen**

Het model voor de vermogensvergoeding geldt voor de materiele activa van de aanbieders. De waardering van de activa moet dan volgens gestandaardiseerde voorschriften gebeuren. De NZa adviseert daarom voor de bepaling van de maatstaf gestandaardiseerde afschrijvingstermijnen te hanteren voor gebouwen. Om deze in overeenstemming te brengen met de gemiddelde economische levensduur van de activa moeten deze termijnen korter te worden dan nu het geval is. De NZa gaat uit van een gemiddelde verkorting van de afschrijvingstermijnen met 20%, dit is in lijn met eerder door de NZa uitgebrachte adviezen. Voor gebouwen betekent dit een verkorting van de afschrijvingstermijn van 50 naar 40 jaar. De NZa adviseert om afschrijvingen op inventarissen (medisch en overige) vorm te geven aan de hand van de jaarrekeningvoorschriften die gelden voor het bedrijfsleven, zonder een specifieke normering voor de maatstaf. De reden voor dit verschil is dat aanbieders ook nu al werken met een standaard afschrijvingsmethodiek voor de gebouwen. Standaardisering leidt dan niet tot extra lasten, alleen is de afschrijvingstermijn korter. Ziekenhuizen verwerken afschrijvingen van inventarissen zeer divers. Normering zal lastig zijn en weinig opleveren.

Voor deze veranderingen zal VWS de regelgeving rond jaarverslaggeving in de ziekenhuizen (WTZi en Uitvoeringsbesluit verslaggeving WTZi, voorheen: RJZ) mogelijk moet aanpassen.

Voor het (uitgebreide) B segment stelt de NZa geen afschrijvingstermijnen vast. Hiervoor zijn de normale economische waarderingsregels en regels voor de jaarverslaggeving voldoende. Dit veronderstelt dat de kosten van het B segment verbijzonderd kunnen worden. Indien dit kan, is het mogelijk om op basis van de respectievelijke DBC-omzetten in A1+B1 en B de totale DBC-gerelateerde kosten met afdoende nauwkeurigheid toe te wijzen aan de segmenten. In dit geval worden de waarderings- en afschrijffvoorschriften ook van toepassing op de kosten in het B-segment.

De NZa adviseert verder om de vermogensvergoeding over het totaal van de (materiële) vaste activa toe te passen. Daarbij zoekt de NZa aansluiting bij het huidige onderscheid in WTZi/WTG/Wmg gefinancierde activa en de overige activa die voor eigen rekening komen zoals parkeerterreinen, niet bekostigde bewegwijzering en activa voor nevenactiviteiten (zoals deels commercieel geëxploiteerde keukens).

In de vermogensvergoeding in de maatstaf neemt de NZa ook de financiering van het netto werkkapitaal en het onderhanden werk (vlottende activa) mee. Hiervoor gaat de NZa in 2007 normen bepalen in de nadere uitwerking van de aanbevelingen in deze uitvoeringstoets. Dit onderdeel van de vermogensvergoeding komt in de plaats van de huidige regelingen in de rentenormering en de beleidsregel renteheffing. Voor het uitgebreide B segment adviseert de NZa geen regelingen vast te stellen, maar het aan partijen over te laten om dit als onderdeel van de leveringsvoorwaarden van de aanbieders op te nemen.

De huidige mogelijkheid om kosten van afschrijving van dubieuze debiteuren in het budget op te nemen, vervalt. Voor zover deze kosten betrekking hebben op productie in het B segment zullen zorgaanbieders de kosten moeten doorrekenen in hun prijzen. Voor acute zorg aan niet-verzekerden of illegaal in Nederland verblijvende patiënten adviseert de NZa een oplossing buiten de prijsregulering en marktwerking om,

bijvoorbeeld in de vorm van een fonds. Daarmee komen deze kosten buiten de werkingssfeer van de Wmg te liggen.

### 4.3 Medische specialisten

In deze paragraaf gaat de NZa in op de wijze waarop het uurtarief van de medisch specialisten moet worden meegenomen in de maatstaf.

#### 4.3.1 Uurtarief en regulering

Voor de NZa is een integraal tarief per DBC de basis van de toekomstige regulering van ziekenhuiszorg. De NZa wil de inputfactoren van de DBC's niet reguleren. Daar hoort ook de inputfactor van medisch specialistische arbeid bij. Ziekenhuizen zijn daarmee vrij in hun keuze hoeveel specialisten in te zetten en hoeveel hieraan te besteden. Op deze manier kan de aanbieder de bedrijfsvoering zo doelmatig mogelijk inrichten. Deze insteek is nu niet mogelijk door de overeenkomst tussen VWS en de Orde van Medisch Specialisten. Daarom gebruikt de NZa het uurtarief om de prijzen in het A1-segment te berekenen en om de hoogte van de maatstaf te bepalen. Het vastgestelde uurtarief is voorlopig € 132,50 (prijsspeil 2006), met een tussen ziekenhuis en medisch specialist uit te onderhandelen bandbreedte van € 6 (tot een minimum van € 126,50 en een maximum van € 138,50). Dit uurtarief gaat op 1 januari 2008 in.

Na afloop van de transitiefase in 2012 moet het uitgangspunt zijn dat ook de kosten van arbeid (inclusief medisch specialisten) volledig vrij zijn. De NZa gaat de machtspositie in de aanloop naar 2012 analyseren. Het is mogelijk dat de NZa de komende jaren flankerend beleid moet voeren om de marktverhoudingen tussen specialisten en aanbieders meer in balans te brengen door bijvoorbeeld het verruimen van de opleiding of toetreding uit het buitenland.

In het A0-segment komt in ieder geval de beschikbaarheid van de SEH terecht. Hier zit ook een component voor de medisch specialist in. Dit komt terug bij het A0 segment en dit neemt de NZa mee in het kostprijsonderzoek.

De NZa adviseert in het A1-segment om te werken met DBC's met vaste tarieven onder een maatstaf. Bij de berekening van deze tarieven kan voor de kostprijs van de medisch specialist (in combinatie met een gevalideerde normtijd) een uurtarief van € 132,50 worden meegenomen. De wijze waarop dit in de maatstaf dient mee te lopen en hoe de declaratie tussen specialist en zorgaanbieder wordt vormgegeven verschilt niet met het B1 segment.

In het B1-segment komen vrije tarieven onder een maatstaf. Voor de regulering van medisch specialisten stelt de NZa de volgende methode voor:

De NZa gebruikt een administratievoorschrift om voor te schrijven dat alle vrijgevestigde medisch specialisten die binnen een bepaalde zorgaanbieder werkzaam zijn, tezamen op jaarbasis met hun declaraties aan het ziekenhuis binnen een bepaalde ruimte moeten blijven. De ondergrens van deze ruimte is de som van de normtijden (poorters en ondersteuners) van de productie van alle DBC's van betreffende specialisten en een bedrag van € 126,50 (132,50 minus bandbreedte van 6,00). Idem voor de bovengrens van de ruimte, maar dan met een bedrag van € 138,50 (132,50 plus bandbreedte van 6,00). Het uurtarief en de bandbreedte gelden niet per DBC, maar op het niveau van de zorgaanbieder. De NZa legt de normtijden per DBC wettelijk vast. In de

maatstaf van de aanbieder geldt het uurtarief van €132,50 als kostprijs voor de inzet van medisch specialisten. Zorgaanbieders en verzekeraars onderhandelen over integrale tarieven.

Ziekenhuizen zijn daarbij zelf verantwoordelijk hoe de uurtarieven op individueel DBC niveau zijn en in hoeverre ze differentiatie tussen DBC's en daarmee specialisten wensen.

Door ex post per zorgaanbieders de totale honorariumomzet van de betreffende medisch specialisten te delen door de totale normtijd kan de NZa desgewenst controleren of ziekenhuizen zich aan het administratievoorschrift hebben gehouden. Zo niet, dan is er sprake van een overtreding van de Wmg.

Deze manier van regulering geeft maximale vrijheid aan de zorgaanbieders. De NZa geeft hiermee een eerste aanzet om de relatieve honorering van afzonderlijke specialismen meer in lijn te brengen met de marktverhoudingen en het einddoel van vrije prijsvorming. Ook bereidt deze methode voor op een situatie waarbij er geen sprake meer is van regulering van honoraria van medisch specialisten, zonder dat de marktmacht van medisch specialisten tot grote negatieve effecten kan leiden. Daarnaast heeft de methode als voordeel dat het werken met onderhandelbare profielen makkelijker in de systematiek te passen is.

Nadeel van deze methode is dat de totale productie pas achteraf bekend is. Gedurende het jaar zullen alle specialisten tezamen moeten bijhouden in hoeverre de declaraties op moment  $t$  overeenkomen met de productie op moment  $t$ . Ook ziekenhuizen moeten mogelijk een dergelijke controle inrichten ter controle van specialisten. Bij overschrijding van het budget is het lastig om aan te wijzen welke specialisten daar schuld aan hebben. Ziekenhuizen en medisch specialisten moeten samen tot een oplossing komen.

Tenslotte kent de methode een uitvoeringsprobleem. Op dit moment is de lijst met normtijden niet dekkend. Op sommige onderdelen wordt het lastig om deze dekkend te maken. Zo bestaan er momenteel geen gevalideerde normtijden voor anesthesiologie en klinische chemie. Ook voor de nieuwe DBC-specialismen Kaakchirurgie en Bijzondere tandheelkunde ontstaat er op korte termijn een probleem door het ontbreken van normtijden. Het door de NZa voorgestelde vangnet zorgt voor ruimte om dit probleem op te lossen.

#### **Rekenvoorbeeld**

Stel in een ziekenhuis zijn 100 specialisten werkzaam die elk 1.200 uur per jaar in normuren registreren en tezamen in dit ziekenhuis 125 duizend DBC's helpen produceren. Het totale bedrag dat zij daarvoor gezamenlijk van het ziekenhuis mogen krijgen ligt tussen de 15,180 en de 16,620 miljoen Euro (100 specialisten maal 1.200 uren per jaar maal 126,50 respectievelijk 138,50 Euro per uur). Bij een gemiddeld uurtarief van 132,50 Euro zal het ziekenhuis in totaal 15,9 miljoen Euro aan de inzet van medisch specialisten kwijt zijn. Het jaarinkomen van specialisten met een werklast van 1.200 uur per jaar ligt dan tussen de 151,8 en 166,2 duizend Euro (met een gemiddelde van 159 duizend Euro per jaar). In totaal maken de specialisten gezamenlijk 120 duizend uren, wat neer komt op iets minder dan 1 uur per DBC.

In het B-segment gaan volledig vrije prijzen gelden. Voor de regulering van medisch specialisten adviseert de NZa om dezelfde methode te gebruiken als voor het A1- en B1-segment.

#### 4.3.2 Opname in de maatstaf

De kosten voor de medisch specialist dienen op basis van het uurtarief van € 132,50 opgenomen te worden in de maatstaf. De NZa adviseert de lumpsum te gebruiken als schatter voor de kosten van de medisch specialist. Dit voorstel sluit goed aan bij de huidige praktijk, omdat de lumpsum op dit moment de kostenpost is met betrekking tot de medisch specialist.

De lumpsum moet dan wel verlaagd worden met een factor  $132,50/147,50$  om het akkoord over het uurtarief te materialiseren. De € 147,50 is immers niet alleen het gangbare uurtarief in het B-segment, maar ook het gemiddelde gewogen uurtarief in het A-segment. Bij het toepassen van deze optie dient rekening gehouden te worden met het feit dat de lumpsum geschoond dient te worden voor productie die naar het B-segment wordt overgeheveld. Schonen van lumpsum voor A1-segment hoeft niet, dit segment komt immers ook onder de maatstaf. Voor niet lumpsumdeelnemers bestaat de keuze om de ziekenhuiskosten te verhogen met de gemiddelde landelijke honorariakosten.



## 5. Invoering en uitfasering

De NZa wil tijdens de transitieperiode van budgettering naar een vrije markt een verantwoorde introductie van marktprikkels voor zowel zorgaanbieders als voor verzekeraars. Er bestaan grote verschillen in de doelmatigheid tussen zorgaanbieders<sup>9</sup>. Bovendien bestaat de kans dat zorgaanbieders marktmacht bezitten. Vanwege systeemrisico's en de omvang van de doelmatigheidsverschillen vindt de NZa het niet verstandig maatstafconcurrentie in één keer in te voeren.

### 5.1 Vangnet

De NZa stelt een vangnet in 2008 voor om systeemrisico's bij invoering te ondervangen. Systeemrisico's zijn bijvoorbeeld onvolkomenheden in het DBC-systeem en onvolledige en onjuiste data van de zorgaanbieders. Het vangnet biedt aan alle zorgaanbieders voor 2008 een omzetgarantie, gebaseerd op een bevroren historisch budget.

Het vangnet bestaat uit twee aspecten. Allereerst wordt de maatstaf in 2008 voor 100% gebaseerd op de historische kosten van de individuele aanbieder, te weten het budget en de lumpsum. De lumpsum verandert wel door het nieuwe uurtarief voor medisch specialisten (zie hoofdstuk 9). De NZa koppelt gegevens over 2006 aan de werkelijke productie in 2006. De maatstaf ligt op 100% van deze historische eigen kosten. De gemiddelde prijzen mogen daar in 2008 niet bovenuit komen.

Bij maatstafconcurrentie lopen zorgaanbieders wel volledig volumerisico. Het tweede aspect van het vangnet is bedoeld om dit volumerisico te beperken. De NZa stelt voor om dit vangnet in 2008 te creëren door zorgaanbieders achteraf te compenseren voor volumedaling of volumegroei wanneer deze meer dan 5% afwijkt van het historisch budget eventueel gecompenseerd voor trendmatige volumeontwikkelingen. Deze compensatie is vervolgens beperkt tot 90% van de afwijking.

De zorgaanbieders lopen dus over de eerste 5% verschil met het historisch budget volledig risico en over het resterende verschil 10%.

#### **Rekenvoorbeeld 8.**

**a.** Stel dat in het vangnetjaar een aanbieder 100 miljoen Euro aan kosten maakt en daarvoor 100 duizend DBC's levert (met een landelijk gemiddelde productmix). Voortbouwend op de vorige rekenvoorbeelden bedraagt het historische kostenaandeel van deze aanbieder 1% (=100 miljoen / 10 miljard). In het tweede jaar krijgt deze aanbieder dan een maatstaf van 1000 Euro per DBC (=100 miljoen Euro / 100 duizend DBC's) opgelegd, terwijl een gemiddelde aanbieder een maatstaf van 800 Euro per DBC kent (=10 miljard Euro / 12,5 miljoen DBC's).

**b.** Stel vervolgens dat in het tweede jaar het landelijke volume met 5% stijgt tot 13,125 miljoen DBC's (in dezelfde productmix) tegen een gemiddelde toegestane prijs van 800 Euro per DBC. De toegestane macro-omzet bedraagt dan 10,5 miljard Euro. Stel dat deze aanbieder in totaal 92,4 miljoen Euro aan omzet weet te declareren voor 84 duizend DBC's (weer met de landelijk gemiddelde productmix). De gerealiseerde gemiddelde prijs is dan 1100 Euro per DBC.

<sup>9</sup> CTG. Monitor Ziekenhuiszorg 2006: Analyse van de marktwerking in het B-Segment in 2006.

**c.** De verrekening verloopt dan in twee stappen. Eerst wordt de onder de maatstaf toegestane omzet bepaald. Deze is gelijk aan 84 miljoen Euro (=1000 Euro per DBC \* 84 duizend DBC's). Met de lokale zorgverzekeraars wordt dus 8,2 miljoen Euro verrekend. Er resteert een potentieel verlies van 16 miljoen Euro (=84 miljoen toegestane omzet – 100 miljoen historische kosten).

**d.** Vervolgens treedt het volumevangnet in werking. Het marktaandeel van de toegestane omzet bedraagt 0,8% (=84 miljoen / 10,5 miljard), een verlies van 20% ten opzichte van het historische kostenaandeel van 1%. De eerste 5% zijn voor 100% voor rekening van de aanbieder. Over de resterende 15% loopt de aanbieder 10% risico. Het totale verlies bedraagt dus 6,5% (=100% \* 5% + 10% \* 15%), ter waarde van 6,5 miljoen Euro.

**e.** De overige 9,5 miljoen Euro aan verlies wordt bekostigd door de zorgaanbieders die een dusdanige volumegroei kennen dat hun toegestane omzetaandeel meer dan 5% hoger ligt dan hun historische kostenaandeel. Over de gehele sector genomen is het netto-effect van de begrenzing van winsten en verliezen in marktaandeel gelijk aan nul: daarvoor is geen externe financiering nodig.

## 5.2 Gefaseerd invoeren

Vrije prijsvorming kan grote consequenties met zich meebrengen op instellingsniveau. Dat komt vooral door de grote verschillen in doelmatigheid die zijn ontstaan binnen het huidige bekostigingsstelsel. In combinatie met de beperkte financiële reserves van veel zorgaanbieders en de drempels voor externe financiers, kan de invoering van vrije prijsvorming mogelijk leiden tot financiële problemen voor sommige zorgaanbieders.

In een vrije markt zijn faillissementen onlosmakelijk verbonden met het ondernemersrisico. In goed werkende vrije markten nemen doelmatige en kwalitatief goede toetreders de vrijgevallen plekken over van minder succesvolle ondernemingen. Zolang de continuïteit van de zorg hierbij niet in gevaar komt, zijn dergelijke marktprocessen in het voordeel van de consument. Er bestaat een risico dat de markt zich niet direct aanpast. De NZa vindt het belangrijk dat incidenten of *ad hoc* interventies rondom specifieke zorgaanbieders de dynamiek van een transitiemarkt niet onnodig verstoren. Een zorgvuldige invoering van vrije prijsconcurrentie is daarom geboden.

De NZa stelt voor om de maatstaf stapsgewijs in te voeren om zo ziekenhuizen in staat te stellen bestaande doelmatigheidsverschillen terug te brengen en voldoende financieel weerstandvermogen op te bouwen.

Binnen de transitieregulering geeft de NZa dit vorm door de toegestane maatstaf stapsgewijs te verschuiven van het huidige instellingspecifieke prijsniveau naar het marktconforme prijsniveau. Dit kan met jaarlijkse stappen van 25%. Vier jaar na de invoering kennen alle zorgaanbieders dan een volledig marktconform prijsniveau en zijn de bestaande doelmatigheidsverschillen kleiner. In 2009, het jaar na het vangnet, is de maximaal toegestane prijs van een gemiddelde DBC nog voor 75% gebaseerd op het eigen historische kostenniveau en voor 25% op de maatstaf. In het derde jaar is nog 25% gebaseerd op het eigen historische kostenniveau en 75% op de maatstaf.



**Rekenvoorbeeld 9.**

**a.** Stel in het vangnetjaar dat over alle zorgaanbieders genomen de gemiddelde kosten per DBC 800 Euro zijn en dat de gemiddelde kosten per DBC in het tweede jaar, het derde jaar en het vierde jaar tot respectievelijk 790 Euro, 770 Euro en 755 Euro dalen. Stel dat een aanbieder zelf in het vangnetjaar gemiddelde kosten van 880 Euro per DBC kent. In het tweede jaar is de maatstaf voor deze aanbieder 860 Euro per DBC ( $=75\% * 880 + 25\% * 800$ ). In de daaropvolgende jaren daalt de maatstaf voor deze aanbieder tot 835 Euro per DBC in het derde jaar ( $=50\% * 880 + 50\% * 790$ ) en tot 797,50 Euro per DBC in het vierde jaar ( $=25\% * 880 + 75\% * 770$ ). Hierna wordt deze aanbieder vervolgens blootgesteld aan volledig vrije prijsconcurrentie in een markt waar de gemiddelde kosten 755 Euro per DBC zijn. De aanbieder moet dus in 4 jaar een 10% extra doelmatigheidssprong maken ten opzichte van het sectorgemiddelde.

**b.** Veronderstel dezelfde sectorgemiddelde kostenontwikkeling als in het voorgaande rekenvoorbeeld. Stel dat een andere aanbieder in het vangnetjaar gemiddelde kosten van 720 Euro per DBC kent. In het tweede jaar is de maatstaf voor deze aanbieder 740 Euro per DBC ( $=75\% * 720 + 25\% * 800$ ). In de daaropvolgende jaren stijgt de maatstaf voor deze aanbieder tot 755 Euro per DBC in het derde jaar ( $=50\% * 720 + 50\% * 790$ ) tot 757,50 Euro per DBC in het vierde jaar ( $=25\% * 720 + 75\% * 770$ ). Hierna wordt deze aanbieder vervolgens blootgesteld aan volledig vrije prijsconcurrentie in een markt waar de gemiddelde kosten 755 Euro per DBC zijn.

Dit overgangstraject biedt zorgaanbieders de mogelijkheid om hun doelmatigheidsverschillen in 4 jaar te overbruggen. De maatstaf brengt wel een volledig volumerisico met zich mee: meer volume is meer omzet, minder volume is minder omzet.

De maatstaf biedt geen prijsgarantie. De maatstaf is een maximum gemiddeld te declareren prijsniveau. De werkelijke prijzen komen voort uit de onderhandelingen die zorgaanbieders voeren met zorgverzekeraars. Scherp inkopende verzekeraars kunnen lagere prijzen dan de maatstaf bedingen. Zo lang de toegankelijkheid in de betreffende regio niet in gevaar komt, lopen ondoelmatige zorgaanbieders een reëel ondernemersrisico als verzekeraars niet veel meer dan de marktgemiddelde prijs willen betalen.

### 5.3 Uitfasering en monitoring

De maatstaf is bedoeld als overgang naar vrije prijsvorming en is tijdelijk. Op dit moment werkt de markt hiervoor echter nog niet goed genoeg. Zorgverzekeraars zijn nog niet voldoende in staat eenvoudig hun inkoop te verplaatsen en verzekeren te sturen. Hierdoor beschikken zorgverzekeraars over een relatief slechte onderhandelingspositie. De maatstaf voorkomt dat ziekenhuizen in de overgangsfase hun prijzen ongelimiteerd kunnen verhogen.

Om in 3 jaar de transitiregulering te kunnen afbouwen wil de NZa jaarlijks nagaan in hoeverre zorgverzekeraars al in staat zijn scherp te onderhandelen met zorgaanbieders. In dat geval dwingen verzekeraars concurrentiedruk af in de vorm van lagere prijzen en een betere kwaliteit. De maatstaf kan daardoor steeds soepeler zijn, om uiteindelijk helemaal overbodig te worden. De NZa stelt voor om gedurende de transitiefase de maatstaf niet volledig parallel te laten lopen met de jaarlijks gerealiseerde kostenbesparingen, maar om verzekeraars

stapsgewijs meer ruimte te geven de doelmatigheidsverbeteringen van zorgaanbieders te vertalen naar lagere DBC-prijzen.

**Rekenvoorbeeld 10.** Stel in het vangnetjaar dat over alle zorgaanbieders genomen de gemiddelde kosten per DBC 800 Euro zijn en dat de gemiddelde kosten per DBC in het tweede jaar, het derde jaar en het vierde jaar tot respectievelijk 790 Euro, 770 Euro en 755 Euro dalen. Normaliter zou de maatstaf in het tweede jaar tot het vierde jaar dan respectievelijk 800 Euro, 790 Euro en 770 Euro bedragen. In plaats daarvan kan de maatstaf met bijvoorbeeld de helft van de ten opzichte van het tweede jaar gerealiseerde kostenbesparingen te verlagen. Dit betekent dat voor het tweede tot het vierde jaar dan 800 Euro, 795 Euro ( $= 800 - 50\% * (800 - 790)$ ) en 780 Euro ( $= 795 - 50\% * (800 - 770)$ ) als maatstaf geldt.

De lakmoesproef voor de maatstaf is wat er met de prijzen gebeurt na deze beperkte aanpassing van de maatstaf aan de gerealiseerde kostenverlaging. Als de ruimte die de maatstaf biedt ten opzichte van het gemiddelde kostenniveau voor het grootste gedeelte terecht komt bij de minst doelmatige ziekenhuizen, in de vorm van verhoogde prijzen, werkt de markt blijkbaar nog niet goed genoeg. Zorgverzekeraars zijn dan vanwege de marktmacht van deze zorgaanbieders nog onvoldoende in staat om zelfstandig een prijsverhoging te voorkomen. Lukt dat wel en weten doelmatige zorgaanbieders een beter resultaat te boeken dan ondoelmatige zorgaanbieders, dan ontwikkelt de markt zich in de bedoelde richting.

Hiervoor moet de NZa kunnen onderscheiden in welke mate de marktdynamiek zelfstandig van de grond komt en de mate waarin de maatstaf zorgt voor goede markttuitkomsten. De NZa heeft een statistische systematiek ontwikkeld die gebaseerd is op de mate waarin een relatief kostenvoordeel tot uitdrukking komt in de winst<sup>10</sup>. Voor deze monitorfunctie heeft de NZa altijd kostengegevens per aanbieder nodig.

**Rekenvoorbeeld 11.** De winstelasticiteit meet met hoeveel procent het exploitatieresultaat van een aanbieder verandert per procent doelmatigheidsverbetering. Voor de Nederlandse economie als geheel is de winstelasticiteit 6. Dit betekent dat bedrijven die 1% efficiënter zijn dan hun concurrenten, gemiddeld genomen 6% meer winst behalen. De winstelasticiteit verschilt per sector, afhankelijk van factoren als de kapitaalintensiteit, de importpenetratie, de gemiddelde bedrijfsgrootte. Indien de winstelasticiteit voor de ziekenhuissector in de buurt komt van de winstelasticiteit in vergelijkbare dienstensectoren, dan is de prestatiebekostiging goed op gang gekomen.

Deze zogeheten winstelasticiteit is een objectieve indicator om te bepalen of de markt (of delen hiervan) al dan niet voldoende werken. Op basis van jaarlijkse monitorrapportages stelt de NZa vast of er duidelijke marktsignalen zijn die de afbouw of beëindiging van de maatstaf mogelijk maken of juist vertragen.

Het is belangrijk om ook de landelijk gemiddelde integrale kosten van een DBC jaarlijks te actualiseren. Niet alleen biedt dit de sector als geheel reguleringszekerheid voor niet-beïnvloedbare kostenstijgingen, maar het biedt individuele zorgaanbieders ook de optimale prikkel tot kostenverlaging en doelmatigheidsverbeteringen. Dat stimuleert al in de overgangperiode de productie van doelmatige en kwalitatief goede zorg.

<sup>10</sup> Zie ook Boone, J. (2006). How to phase out regulation: a report for the NZa.

De NZa stelt voor om beide transitiepaden tegelijkertijd te starten en beëindigen. Dit betekent een vangnet gevolgd door een driejarige overgangstermijn voor individuele zorgaanbieders naar de vrije markt. Stapsgewijs worden de verschillen in doelmatigheid kleiner, de zorgaanbieders kunnen voldoende financieel weerstandsvermogen opbouwen én in drie jaar is een overgang mogelijk naar volledig vrije prijsonderhandelingen.

Ook als beide transitiepaden tegelijk starten kunnen ze later weer gescheiden gaan lopen. Uit de jaarlijkse monitorrapportages of evaluatie zou kunnen blijken dat de blootstelling van verzekeraars aan volledige vrije prijsvorming vanwege gebrek aan prestatiebekostiging langer moet gaan duren. Dit hoeft geen gevolgen te hebben voor de timing van de reductie van doelmatigheidsverschillen. Integendeel, juist bij een gebrekkige prestatiebekostiging blijven grote kostenverschillen vaak zonder gevolgen voor de minder doelmatige aanbieders. Een sterkere doelmatigheidsprikkel is juist dan geboden.

## 5.4 Experimenten

De Wmg geeft de mogelijkheid tot het houden van experimenten. De NZa heeft een belang om experimenten op te starten, aangezien hier een leereffect van uitgaat. Ook de minister van VWS noemt in de brief van 13 december 2006<sup>11</sup> expliciet de mogelijkheid om zorgaanbieders, die daartoe mogelijkheden zien, snel meer ruimte te geven om op doelmatige wijze de zorg af te stemmen op de patiënt.

De NZa adviseert experimenten te richten op versnelde afbouw van de maatstaf. Een aandachtspunt bij het experiment is dat op deze manier de doelmatige partijen eerder wegvallen uit de maatstaf, waardoor de maatstaf voor de andere zorgaanbieders omhoog gaat. De NZa kan bijvoorbeeld de experimentpartijen nog wel meewegen in de maatstaf. Dit staat de vorm van een 'capitation fee', een betalingsafpraak tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder die losstaat van de gerealiseerde productie, niet in de weg. Met experimenten krijgen koplopers snel de ruimte, en kan de NZa ervaring op doen met het monitoren van vrije prijsvorming in de markt.

Een experiment tot versnelde afbouw van de maatstaf kan op zijn vroegst starten per 1 januari 2009. Ook een 'capitation fee' experiment kan pas plaatsvinden per 1 januari 2009. De NZa is van mening dat de maatstaf eerst een jaar moet werken.

Een belangrijke beoordelingscriterium voor het opstarten van een experiment is de machtspositie van de aanbieder. Sommige regio's zullen deze extra vrijheid eerder aankunnen. De ervaringen van de zorgaanbieders die bij wijze van experiment een versnelde afbouw van de maatstaf krijgen, kunnen worden betrokken bij geleidelijke uitfasering van de regulering.

## 5.5 Wat is nodig voor de invoering?

Om de maatstaf te bepalen heeft de NZa per aanbieder gegevens nodig. Voor de bepaling van het vangnet is de historische budgetstand nodig. Deze is opgebouwd uit het budget en de lumpsum, gecorrigeerd voor de schoning van de opleidingsplaatsen en het uurtariefakkoord. Voor het vangnet kan de NZa de budget- en lumpsumgegevens van 2006 gebruiken. Deze zijn op dit moment maar voor een beperkt deel binnen

---

<sup>11</sup> Briefnummer CZ/IZ/2738465

bij de NZa. De NZa zal overgaan op eenzijdige vaststelling van het budget over 2006 voor de bepaling van het vangnet. Deze zal per 1 juli 2007 bekend zijn. Hierna volgt een periode van één maand waarin zorgaanbieders, op basis van aanvullende gegevens, een verzoek kunnen doen tot aanpassing van het vangnet.

Om de productmix te bepalen heeft de NZa de productiehoeveelheden per DBC per aanbieder nodig. De NZa is van plan om de zorgverzekeraars te verzoeken de voor het vangnet benodigde productiegegevens per aanbieder aan te leveren over 2006. Met deze productieaantallen en de huidige punttarieven kan de NZa een productmix bepalen. Deze productmix is imperfect. Immers, niet voor alle producten bestaan (de juiste) tarieven. Om deze reden bestaat het eerste jaar een vangnet. Ook organiseert de NZa een consultatieronde waarin de relatieve gewichten binnen de productmix door verzekeraars en zorgaanbieders aan te passen zijn. Dit kan problemen met bijvoorbeeld WBMV-tarieven deels voorkomen.

Gedurende het vangnetjaar en de transitieperiode bepaalt de NZa de productmix op basis van gegevens uit het DBC Informatie Systeem (DIS).

Voor de kostengegevens dienen zorgaanbieders een kostenopgave aan de NZa aan te leveren die aansluit bij de eenvoudige jaarrekening. Als de NZa deze gegevens niet tijdig ontvangt, wordt het gemiddelde prijsniveau gebaseerd op eenvoudige jaarrekeningcijfers. Zorgaanbieders die, vanwege bijvoorbeeld de omvang, geen jaarrekening hoeven op te stellen krijgen de landelijk gemiddelde maatstaf opgelegd. Om een maatstaf te kunnen krijgen en te mogen declareren, moeten deze zorgaanbieders, waaronder ZBC's, productiegegevens hebben aangeleverd aan het DIS. Deze verplichting hebben zij ook nu al. Omdat de NZa het vangnet baseert op de budgetgegevens 2006, gebruikt het eerste maatstafjaar de jaarrekeningen 2007.

## **5.6 Hoe oude budgetjaren afwikkelen?**

Sinds 1988 kennen ziekenhuizen de FB-systematiek. Ziekenhuizen krijgen hun budget aan de hand van aantallen functies en afgesproken producties, met daaraan gekoppelde parameterwaarden. Als de inkomsten niet overeenstemmen met de uit het budget voortvloeiende aanvaardbare kosten en lumpsum, komt er een toeslag op de tarieven die per aanbieder verschilt: het verrekenpercentage. Zorgaanbieders waar de omzet hoger ligt of naar verwachting hoger zal liggen dan het budget, krijgen een korting op hun tarieven. Omgekeerd leiden (verwachte) tekorten tot een opslag op het tarief.

Op 1 januari 2008 heeft de NZa nog niet alle nacalculaties over 2007 en oudere jaren verwerkt. Niet alle zorgaanbieders leveren de informatie voor het afwikkelen van oude jaren tijdig aan. Daardoor wachten veel zorgaanbieders nog op een definitieve afwikkeling van meerdere jaren. Afwikkeling van oude jaren hoort niet te gebeuren in het nieuwe bekostigingssysteem met een maatstaf.

Het model van maatstafconcurrentie dient zuiver bepaald te worden op werkelijke kosten en productiegegevens over een bepaald jaar. Het instrument van de 'opbrengstverrekening' om opbrengstverschillen over de budgetjaren 2005 en 2006 te verrekenen, biedt mogelijkheden om bedragen over 2007 en oudere jaren na de invoering van de maatstaf te

verrekenen. Bij een opbrengstverrekening maken ziekenhuizen en verzekeraars bedragen naar elkaar over zonder deze te koppelen aan een aanwijsbare prestatie. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen onderlinge verrekeningen afhandelen zonder dat dit de werking van de maatstaf voor dat jaar belemmert.



## 6. Juridische Borging

Dit hoofdstuk behandelt de juridische context van maatstafconcurrentie. Het gaat daarbij zowel om nationaalrechtelijke als Europeesrechtelijke aspecten.

### 6.1 Wettelijke grondslag

De Wmg geeft voldoende basis voor het voorgestelde systeem van maatstafconcurrentie. De Wmg verklaart de NZa bevoegd om tarieven vast te stellen. De wet biedt de NZa veel ruimte in de keuze van een tariefvorm. De parlementaire geschiedenis laat onder andere ruimte voor een tariefbeschikking die inhoudt dat ziekenhuizen vrij zijn in de bepaling van de afzonderlijke tarieven, mits het totaal van de tarieven een vooraf vastgesteld bedrag niet overschrijdt.<sup>12</sup> Ook heeft de wetgever ruimte willen laten voor de introductie, via tarieven, van maatstafconcurrentie.<sup>13</sup>

Behalve in beleidsregels moet de maatstaf gestalte krijgen in een afdwingbare en handhaafbare verplichting voor individuele zorgaanbieders en verzekeraars. Daartoe legt de NZa de maatstaf conform haar bevoegdheden via een beschikking (individueel besluit) aan de aanbieder op.

Cruciaal voor de afdwingbaarheid en handhaafbaarheid van een tariefbeschikking is dat die vooraf aan zorgaanbieders duidelijk maakt welke bedragen zij waarvoor en in welke gevallen in rekening mogen brengen. Daarvoor moet het voor ziekenhuizen praktisch mogelijk zijn om op ieder moment gedurende het jaar exact vast te stellen welk tarief het in rekening kan brengen zonder de toegestane maatstaf aan het eind van het jaar te overschrijden.

De NZa zal in overleg een rekenmodel opstellen waarmee ziekenhuizen op ieder moment kunnen berekenen wat de marge is ten aanzien van de maatstaf. Het ziekenhuis weet dus wanneer het de maatstaf overschrijdt of dreigt te overschrijden en dus actie moet ondernemen om over het gehele jaar gezien een overschrijding van de maatstaf te voorkomen.

### 6.2 Boete

Op grond van artikel 35 Wmg is het verboden een tarief in rekening te brengen dat niet overeenkomt met het door de NZa vastgestelde tarief. Vervolgens is op grond van artikel 85 Wmg overtreding van dit artikel via een bestuursrechtelijke boete te handhaven. Tevens is overtreding van artikel 35 Wmg een economisch delict dat bij van de Wet op de economische delicten strafbaar is gesteld. Ingevolge artikel 95 Wmg is voor het opleggen van een boete vereist dat de overtreding aan de overtreder kan worden verweten en er moet geen rechtvaardigingsgrond bestaan voor de overtreding.

Zoals hiervoor aangegeven, zal het systeem van maatstafconcurrentie een zodanige vorm krijgen dat een individueel ziekenhuis op ieder moment gedurende het jaar exact kan vaststellen welk tarief in rekening

<sup>12</sup> Memorie van toelichting, Kamerstukken II 2003/04, 29379, nr. 3, p.19

<sup>13</sup> Memorie van toelichting, Kamerstukken II 2004/05, 30186, nr. 3, p.16

gebracht kan worden zonder de toegestane gemiddelde prijs te overschrijden. Een overschrijding van de maatstaf zal dan ook in beginsel betekenen dat sprake is van een overtreding van een vastgesteld tarief ex artikel 35 Wmg.

Vanwege het belang van de maatstaf voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg zal de NZa niet aarzelen om het boete-instrument in te zetten voor de handhaving. Voor overtredingen als onderhavige kan de NZa maximaal een boete ter grootte van 10% van de omzet opleggen.

### **6.3 Verrekenen overschrijding maatstaf**

Naast de sanctie van bestuurlijke boete zal een eventuele overschrijding van de maatstaf moeten leiden tot verrekening. Verrekenen is een algemene term voor een systematiek waarbij via een aantal verschillende methoden het boven de maatstaf gedeclareerde te verrekenen is.

Een eerste manier om overschrijdingen te verrekenen is het totaal aan surplus over alle zorgaanbieders (indien er meer dan één ziekenhuis de maatstaf zou overschrijden) in een fonds te storten en naar rato van het met de productmix gewogen aantal DBC's te verdelen over de verzekeraars. Daarbij is het dan een keuze om al dan niet rekening te houden met regionale verschillen in marktpositie. De Wmg biedt echter geen mogelijkheid om de overschrijdingen via een fondsconstructie te verrekenen met de zorgverzekeraars.

Een tweede manier van verrekening van een overschrijding van de maatstaf in jaar  $t$  is deze te laten leiden tot een verlaging van de maatstaf in jaar  $t+1$ . Juridisch van belang daarbij is dat het technisch en feitelijk mogelijk is de overschrijding in jaar  $t$  zo tijdig vast te stellen dat het ziekenhuis in jaar  $t+1$  exact weet welk bedrag in dat jaar in rekening mag worden gebracht.

De NZa acht de tweede verrekenmethode, na nadere uitwerking, een probaat middel om in combinatie met de boetedreiging, zorgaanbieders ertoe te bewegen overschrijding van de maatstaf te voorkomen. Een wetswijziging om een verrekenfonds in te stellen lijkt dan ook niet nodig.

### **6.4 Zorgvuldigheid en transparantie**

Ziekenhuizen hebben bij de introductie van maatstafconcurrentie ruim van te voren duidelijkheid nodig over het systeem, zodat zij zich goed kunnen voorbereiden. De NZa wil uiterlijk 1 juli 2007 alle ziekenhuizen de instellingsspecifieke maatstaf laten weten. De onderliggende data voor de maatstaf moeten daarbij van voldoende kwaliteit zijn. De NZa zal daartoe zo snel mogelijk na politieke besluitvorming de benodigde informatie opvragen.

Zorgvuldigheid betekent ook dat de financiële gevolgen als gevolg van een beleidswijziging te overzien zijn. Een overgangsmaatregel is dan vaak gewenst. De NZa adviseert om deze reden tot de introductie van een vangnet in 2008 en vervolgens een geleidelijke invoering van het risico in de transitieperiode.



## 6.5 Verenigbaarheid met EG-recht

Deze paragraaf behandelt de vraag of het voorgestelde model van maatstafconcurrentie verenigbaar is met het EG-recht inzake het vrije verkeer, de mededinging, alsmede (wat betreft een eventueel verrekeningsfonds) het staatssteunregime.

### 6.5.1 Vrij verkeer van diensten en vestiging

In het geval dat het opleggen van een maatstaf een belemmering oplevert van het vrije verkeer van diensten (artikel 49 EG) of de vrijheid van vestiging (artikel 43 EG), zijn er goede argumenten om te betogen dat de maatstaf valt onder de uitzonderingsbepaling van artikel 46 EG (volksgezondheid) dan wel dat de maatstaf is aan te merken als een dwingende eis van algemeen belang (de zogenaamde *rule of reason*). In dit verband is van belang dat het doel van maatstafconcurrentie is de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg op lange termijn te verbeteren, naast betaalbaarheid. Bovendien komt de maatstaf tot stand volgens deugdelijke procedurele voorschriften en wordt hij toegepast aan de hand van objectieve criteria. Tenslotte is van belang dat het voorgestelde model van maatstafconcurrentie een zo licht mogelijke vorm van tijdelijke prijsregulering inhoudt. Hierbij is relevant dat ten opzichte van de status quo een zeer aanzienlijke deregulering plaatsvindt, die veel vrijheidsgraden aan de betrokken marktpartijen biedt.

Zodra de nodige keuzes zijn gemaakt over de vormgeving van het systeem van maatstafconcurrentie, is een nadere analyse van de mogelijke aanrakingspunten met de vrij-verkeersbepalingen in het EG-Verdrag uiteraard wenselijk.

### 6.5.2 Fonds voor verrekening

Indien een aanpassing van de Wmg plaatsvindt en verrekening gebeurt via een verrekeningsfonds kan het verbod van artikel 87 lid 1 EG van toepassing zijn. Mocht een dergelijk fonds in het leven worden geroepen, dan is van belang om deze maatregel bij de Commissie aan te melden. Op grond van bijvoorbeeld artikel 87 lid 3 EG kan de Commissie de uitkeringen en de financiering van het verrekeningsfonds goedkeuren. In dit kader kan het helpen indien ziekenhuizen en zorgverzekeraars belast (zouden) zijn met diensten van algemeen economisch belang.

### 6.5.3 Europees mededingingsrecht

Het model van maatstafconcurrentie dat de NZa voorstelt is naar verwachting passend binnen het Europese mededingingsrecht. De maatstaf is immers een maatregel die de NZa als overheidsorgaan op basis van een (onafhankelijke) publieke toetsing autonoom vaststelt, waarbij het algemeen consumentenbelang voorop staat.

Ook voor het Europese mededingingsrecht geldt dat als de nodige keuzes zijn gemaakt over de vormgeving van het systeem van maatstafconcurrentie, een nadere analyse van de mededingingsrechtelijke aspecten wenselijk is.



## 7. Kwaliteit en innovatie

Met de invoering van concurrentie moeten ziekenhuizen sterker op doelmatigheid letten dan in het huidige systeem van functiegerichte bekostiging. Meer efficiëntie betekent dat ziekenhuizen zuiniger moeten zijn. Dit mag echter niet ten koste gaan van de kwaliteit van de zorgverlening en de innovatie in de zorg. Het waarborgen van goede kwaliteit van zorg en het bevorderen van innovatief handelen is daarom een basisvoorwaarde voor deregulering. De IGZ ziet er op toe dat de geleverde zorg in Nederland aan een minimum kwaliteit voldoet. Het naast elkaar lopen van prijssturing en kwaliteitssturing in de huidige functiegerichte bekostiging is te overbruggen. Maar er is meer voor nodig om verzekeraars en consumenten keuzes te kunnen laten maken op basis van zowel de prijs als de kwaliteit van zorg.

Verschillende onderzoeken laten zien dat ziekenhuizen door structurele aanpassingen hun doelmatigheid kunnen verhogen zonder dat daarbij effecten op de kwaliteit van de zorg optreden<sup>14</sup>. Investeren in zorgresultaten en kwaliteit van zorg leiden meestal tot een stijging van doelmatigheid. De waarde van de zorgopbrengsten overtreft op lange termijn de gemaakte kosten. Investeren in kwaliteit van zorg kan in een aantal gevallen zelfs tot lagere kosten leiden. De Raad voor de Volksgezondheid (RvZ) heeft in een enquête onder 74 experts gevonden dat transparantie als het centraal element geldt bij het bevorderen van kwaliteit<sup>15</sup>. Zowel onder de maatstaf als in een vrije markt moet transparantie ziekenhuizen prikkelen om zich op kwaliteit te onderscheiden. Ziekenhuizen die in kwaliteit investeren moeten een voordeel hebben ten opzichte van ziekenhuizen die alleen met inachtneming van de minimumkwaliteit een zo laag mogelijke prijs proberen te hanteren. De Wmg geeft de NZa mogelijkheden om kwaliteit van zorg en innovatie inzichtelijk te maken. Zowel de maatstaf als vrije marktwerking moeten stimuleren om te investeren in innovatie.

### 7.1 Huidige informatie over kwaliteit

Transparantie over prestaties van ziekenhuizen is voor alle partijen (ziekenhuizen, verzekeraars en consument) van belang<sup>16</sup>. Onvoldoende kwaliteitsinformatie belemmert ziekenhuizen bij het verbeteren van de zorg. Cijfers uit landen als Engeland, de Verenigde Staten en Zweden<sup>17</sup> wijzen uit dat gestandaardiseerde kwaliteitsinformatie enorme verschillen tussen zorgaanbieders laat zien. Het openbaar maken van dit soort informatie leidt bij ziekenhuizen vaak tot kennis en tot prikkels voor structurele veranderingen om de kwaliteit aan te passen aan de norm. Ziekenhuizen moeten op een aandoeningspecifiek niveau weten waar de verbeterpunten liggen.

Verzekeraars moeten beter in staat zijn om op kwaliteit te kunnen onderhandelen, zowel bij het volume als op specifieke DBC's. Een verzekeraar die kan aantonen dat hij contracten sluit met kwalitatief goede zorgverleners heeft een voordeel ten opzichte van zijn concurrenten. Op dit moment zijn premieverschillen voor het basispakket

<sup>14</sup> KPN. (2006). *Zorg voor innovatie: Sneller Beter - Innovatie en ICT in de curatieve zorg* (via [www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl))

<sup>15</sup> RvZ. (2007). *De strategische beleidsagenda*.

<sup>16</sup> Beleidsvisie Wet toelating Zorginstellingen (WTZi), p.1.

<sup>17</sup> Institute for Health Care Improvement. (2005). *Reducing Hospital Mortality Rates. Cambridge 2005, Whitepaper*

niet herleidbaar tot betere kwaliteit van de gecontracteerde zorgverleners.

De kwaliteitsinformatie die een verzekeraar nodig heeft, is zowel aandoeningspecifiek als geaggregeerd. Geaggregeerde informatie geeft een totaalbeeld van een aanbieder, waardoor een verzekeraar het volume kan inschatten dat hij wil inkopen bij een bepaalde instelling. Aandoeningspecifieke informatie stelt de verzekeraar in staat om op basis van de kwaliteit van specifieke productgroepen te onderhandelen.

De consument moet met behulp van kwaliteitsinformatie twee keuzes kunnen maken. Hij kiest voor een verzekering op basis van algemene geaggregeerde informatie en hij kiest voor een zorgaanbieder op basis van aandoeningspecifieke informatie op het moment van ziekte. De verzekeraar beïnvloedt deze keuze, omdat deze als het ware de patiënt stuurt.

Op dit moment is de informatie over kwaliteit met name gericht op procesindicatoren zoals bij het project Sneller Beter. Verzekeraars en consumenten hebben dus nauwelijks zicht op de resultaten die een ziekenhuis levert. Dit is echter essentieel voor onderhandelingen met en de keuze van een ziekenhuis. Verder ontbreekt standaardisatie van kwaliteitsinformatie. Een vergelijking van kwaliteit is pas mogelijk als de manier van meten voor alle zorgaanbieders hetzelfde is. Standaardisatie kan plaats vinden om de kwaliteitsuitkomsten te relateren aan de productmix van een ziekenhuis. Deze corrigeert bijvoorbeeld voor leeftijd, geslacht, hoofddiagnose, co-morbiditeit, urgentie bij binnenkomst, de ernst van de verrichting en de verpleegduur.

## **7.2 Ontwikkeling van indicatoren**

Een parallelle ontwikkeling van transparantie over kwaliteit en de ontwikkeling van vrije prijsvorming is volgens de NZa essentieel om kwaliteit zo snel mogelijk een wegingsfactor te laten spelen bij onderhandelingen tussen verzekeraars en instellingen en bij de keuzes vanuit de consument.

De IGZ ziet er op dit moment toe dat de geleverde zorg aan een minimum kwaliteit voldoet. Kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders komen daarmee maar gedeeltelijk aan het licht. De IGZ ontwikkelt inmiddels wel steeds meer openbaar toegankelijke en vergelijkbare kwaliteitsinformatie. De IGZ heeft tot doel om circa 300 aandoeningspecifieke indicatoren te ontwikkelen<sup>18</sup>. Deze aandoeningspecifieke informatie wordt gestandaardiseerd voor de productmix van een ziekenhuis. De eerste 10 outputindicatoren zijn vanaf 2009 beschikbaar voor onderhandelingen. Vanaf 2010 zijn 18 verdere indicatoren beschikbaar. Daarna is de IGZ van plan om jaarlijks 25 indicatoren te introduceren. Het is de bedoeling dat ziekenhuizen en de IGZ het project gezamenlijk uitvoeren. De samenwerking vindt zijn basis in onder andere de beleidsvisie van de WTZi. Deze schrijft aan de zorgaanbieders voor om zelf verantwoordelijk te handelen, waarbij ze wel transparant moeten zijn over hun prestaties<sup>19</sup>. De IGZ beoordeelt de naleving van de indicatoren door de ziekenhuizen. Deze informatie kan bijvoorbeeld openbaar worden gemaakt op de website van Kiesbeter.nl.

---

<sup>18</sup> Inspectie voor de gezondheidszorg. (2006). *Werkprogramma 2007: Risico's eerst*. Pagina 47.

<sup>19</sup> Beleidsvisie Wet toelating Zorginstellingen (WTZi), p.3.

### 7.3 De HSMR-indicator

Volgens de NZa is zo spoedig mogelijk een output indicator nodig waardoor verzekeraars en zorgaanbieders over de prijs – kwaliteit kunnen onderhandelen. De Hospital Standardised Mortality Rate (HSMR)<sup>20</sup> is een outputindicator die geaggregeerde informatie levert en al voor de onderhandelingen in het 2009 te gebruiken is. De indicator corrigeert de kans op sterven per patiënt voor leeftijd, geslacht, hoofddiagnose, co-morbiditeit, urgentie bij binnenkomst, de ernst van de verrichting en de verpleegduur. Op basis daarvan kun je per ziekenhuis de verwachte sterfte voor een bepaalde periode berekenen. Koppel je deze gegevens aan de gecorrigeerde landelijke sterfte, dan geeft de indicator inzicht in de vermijdbare sterfte van een individuele aanbieder ten opzichte van het landelijke gemiddelde.

In Nederland laten gestandaardiseerde sterftecijfers tussen de jaren 2003 en 2005 een significant verschil in sterftekans zien tussen het beste en het slechtste ziekenhuis<sup>21</sup>. De verschillen zijn groot. In Engeland en de Verenigde Staten, waar de indicator al lang bestaat, heeft dit soort informatie in de afgelopen jaren tot grootschalige verbeteringen geleid<sup>22</sup>. Onderzoek laat zien dat ziekenhuizen gemiddeld 5% efficiëntiewinsten kunnen behalen door benchmarking<sup>23</sup>. Ziekenhuizen kunnen de informatie gebruiken om hun knelpunten op diagnosesniveau te bepalen en bij te sturen. Verzekeraars kunnen de vergelijking tussen ziekenhuizen ten opzichte van de gemiddelde landelijke sterfte gebruiken als eenvoudige kwaliteitsparameter voor onderhandelingen. Daarnaast biedt dit inzicht voor de consument. Ook voor de NZa is de informatie belangrijk. Door het koppelen van prijzen aan bepaalde uitkomsten kan de NZa bijvoorbeeld een verdenking van aanmerkelijke marktmacht onderzoeken.

De HSMR zou, gelet op de internationale ervaringen, als een bruikbare indicator voor kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen kunnen fungeren. Bovendien is de HSMR op korte termijn te gebruiken omdat de informatie en technologie beschikbaar zijn. De eerste pilotprojecten die de HSMR van individuele ziekenhuizen in kaart brengen lopen inmiddels in Nederland. Ziekenhuizen registreren de ziekenhuissterfte in de Landelijke Medische Registratie (LMR). Deze informatie, die Prismant beheert, blijft vrijwel ongebruikt. Op dit moment is de informatie van individuele ziekenhuizen nog niet openbaar. De NZa pleit voor vrijgave van deze data. Er is echter discussie over de betrouwbaarheid van de cijfers uit de LMR. De NZa zal in 2007 onderzoek uitvoeren naar het landelijke invoeren van de HSMR in 2008, waarbij de betrouwbaarheid van de data een belangrijke rol speelt. De NZa geeft geen oordeel over de kwaliteit van de zorg zelf. Dit is een taak van de IGZ. Tijdens het onderzoek werkt de NZa nauw samen met de IGZ.

### 7.4 Innovatie onder de maatstaf

Kwaliteit gaat over de huidige productie. Innovatie is gericht op toekomstige producten en handelingen. Kwaliteit geeft aan in hoeverre iets of iemand een doelstelling bereikt. Het geeft bijvoorbeeld ook aan of het product of de dienst overeenkomt met hetgeen wat de klant ervan

<sup>20</sup> Jarman, B., Bottle, A., Aylin, P., Browne, M. (2005). *Monitoring changes in hospital standardised mortality ratios*. *British Medical Journal*, pagina 330:329.

<sup>21</sup> Plexus Medical Group

<sup>22</sup> Institute for Health Care Improvement. (2005). *Reducing Hospital Mortality Rates*. Cambridge, Whitepaper

<sup>23</sup> Plexus Medical Group

verwacht. Innovatie gaat over het invoeren van nieuwe ideeën, goederen, diensten en processen. De NZa onderscheidt drie soorten van innovatie:

#### **7.4.1 Kostenbesparende- en procesinnovatie**

Deze investeringsbeslissingen hangen af van de vraag of de huidige kosten opwegen tegen de netto-contante waarde van de toekomstige kasstromen. In de waardering van de toekomstige omzetten moet de investeerder de mogelijk dalende maatstaf meerekenen. Dat gebeurt in een vrije markt ook. Maatstafconcurrentie biedt sterke prikkels voor deze categorie van innovatie.

#### **7.4.2 Productinnovatie**

Investeringsbeslissingen hangen af van de vraag of de huidige ontwikkelkosten opwegen tegen de netto-contante waarde van de toekomstige kasstromen. In de waardering van de toekomstige omzetten moet de investeerder de toekomstige productmixgewichten van de nieuwe producten verdisconteren. Dat gebeurt in een vrije markt ook. Maatstafconcurrentie biedt ook goede prikkels voor deze categorie van innovatie.

#### **7.4.3 Kwaliteitsverhogende innovaties van nieuwe producten**

Het huidige systeem kent geen honorering van dergelijke innovaties. Wel is er zowel in het huidige systeem als bij maatstafconcurrentie een impliciete prikkel tot kwaliteitsverbetering omdat zorgaanbieders ook om marktaandeel concurreren (zolang ze een positieve marge hebben). Betere kwaliteit leidt tot meer omzet. Daarnaast hebben veel kostenbesparende innovaties ook indirect kwaliteitsverbeteringen tot gevolg. Betere logistiek leidt tot kortere wacht- en behandeltijden. Dit komt de medische kwaliteit ten goede.

In Nederland kost het vertalen van innovatieve methoden naar breed inzetbare en declareerbare producten veel tijd. Een groot deel van het beschikbare geld voor het ontwikkelen van innovaties komt uit de academisch component. De academisch component resulteert echter in relatief weinig declareerbare producten. De NZa doet in overleg met SDO tot en met augustus 2007 onderzoek naar de vraag of en hoe de vertaling van innovatieve methoden naar DBC's sneller kan.

## 8. Verbeteringen van het DBC-systeem

De NZa benadrukt dat het DBC-systeem controleerbaar en stabiel moet zijn in de deregulering van de ziekenhuisbekostiging. De DBC's zijn immers de producten die verzekeraars vragen en ziekenhuizen aanbieden. Een stabiel DBC-systeem betekent een uniform systeem. Tegelijkertijd moet het systeem voldoende flexibel zijn om ontwikkelingen in de markt snel in het DBC-systeem te kunnen meenemen.

De nieuwe bekostigingssystematiek waarbij sprake is van concurrentie op een deel van de zorgmarkt vraagt om een duidelijke onderscheid tussen goed omschreven producten. De manier waarop de producten zijn samengesteld is daarbij ondergeschikt aan de bekostigingssystematiek. Dit hoofdstuk gaat in op de relatie tussen de nodige aanpassingen in het DBC-systeem en het nieuwe bekostigingssysteem. Daarbij is er onderscheid tussen:

- Aanpassingen die per 2008, 2009 en 2010 noodzakelijk zijn om prestatiebekostiging in te voeren.
- Structurele verbeteringen van het DBC-systeem noodzakelijk voor een goede werking van het nieuwe bekostigingssysteem.
- Implementatie van de wijzigingen in het DBC-systeem.

SDO heeft in april 2007 een plan van aanpak op hoofdlijnen voor de verbetering van het DBC-systeem gepresenteerd. Dit plan loopt voor een groot deel parallel met de reguleringsperiode en het reguleringsmodel besproken in deze uitvoeringstoets.

### 8.1 Aanpassingen

In 2007, 2008 en eventueel 2009 werkt SDO aan het vaststellen van declarabele prestaties voor zorg waarvoor dit nu nog onvoldoende het geval is. Dit betreft de WBMV, de IC en geneesmiddelen. Ook voor enkele specifieke categorale instellingen is dit het geval. De NZa stelt de declarabele prestaties en tarieven vast. Aanbevelingen voor het A1 segment en de categorale instellingen staan in hoofdstuk 3. De NZa stuurt hiertoe uiterlijk 1 mei 2007 SDO een brief met een concreet verzoek. In de brief zal de NZa ook alternatieven noemen voor het geval dat het niet lukt om tijdig declarabele prestaties en tarieven vast te stellen. Alternatieven zijn uitvoerbaar door het voorstel van de NZa om in 2008 een vangnet te hanteren dat de grootste volumerisico's afvangt. Daarmee ontstaat druk om in de loop van 2007 en de eerste maanden van 2008 de genoemde aanpassingen te ontwikkelen en in te voeren.

De stabiliteit van het DBC-systeem is de waarborg dat patiënten met vergelijkbare klachten en een vergelijkbare diagnose ook daadwerkelijk dezelfde DBC krijgen, onafhankelijk van de aanbieder. Stabiliteit is van grote waarde voor de onderhandelingen over DBC's bij maatstafconcurrentie.

De 'Task Force Declaraties' van VWS heeft in 2006 aanbevelingen gedaan om de stabiliteit te vergroten, deze neemt SDO in haar verbeterplan. De recente nieuwe declaratiebepalingen van de NZa verbeteren ook de stabiliteit.

De NZa wil net als SDO voor de start van de nieuwe bekostiging in 2008 de bestaande productstructuur indikken en daarmee het aantal declarabele producten beperken. Deze indikking vergemakkelijkt het

onderhandelingsproces. Deze indikking loopt vooruit op het voorstel in het verbeterplan het aantal DBC's drastisch te verkleinen.

Verschil in zorgwaarte is een probleem omdat de kosten van een DBC bij sommige zorgaanbieders stijgen zonder dat de maatstaf deze zorgwaarte compenseert. Het financiële risico hiervan vangt het vangnet in 2008 op. De inschatting van SDO is dat zorgwaarte in 2010 in de DBC's is verwerkt. In dat geval is ook voor 2009 mogelijk een specifiek vangnet nodig. De NZa doet in 2007 onderzoek naar de omvang van de problematiek aan de hand van door ziekenhuizen aan te leveren informatie.

## 8.2 Structurele aanpassingen

Op de langere termijn zijn er meer stappen nodig voor de verbetering van het DBC-systeem:

- Besluit tot overgang naar DBC's op basis van diagnosegroepen.
- Herschikking van de bestaande diagnosetyperingen waarbij nog steeds sprake is van monodisciplinaire DBC-typeringen.
- Vervolgens de herschikking naar multidisciplinaire producten; de zogenaamde ICD- registratie en diagnoseclassificatie bepaalt daarbij de productdefinitie.

Voor het doorvoeren van structurele aanpassingen van het DBC-systeem noemt SDO in haar verbeterplan twee opties:

1. Tijdelijke aanpassing; in 2008 een eerste verbeterde versie van de productstructuur voor 2009 en in 2009 de definitieve versie voor 2010.
2. 'Big bang'scenario; alle wijzigingen gaan in 2010 gelijktijdig in.

De onderstaande figuur geeft schematisch beide opties weer:

**Figuur 3: Structuuraanpassingen DBC's**

|                         | 1-1-2007                       | 1-1-2008                       | 1-1-2009                                          | 1-1-2010                                          |
|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>OPTIE 1</b>          |                                |                                |                                                   |                                                   |
| <b>Productstructuur</b> | Huidige DBC productstructuur   | Huidige DBC productstructuur   | DBC Classificatie V1 monodisciplinair             | DBC Classificatie V2 multidisciplinair            |
| <b>Valideren</b>        | Validatie                      | Validatie                      | Validatie                                         | Samenvatten                                       |
| <b>Samenvatten</b>      |                                |                                | Samenvatten                                       |                                                   |
| <b>Registratie</b>      | DBC-registratie + verwijzingen | DBC-registratie + verwijzingen | Huidige DBC-registratie<br>Zorg Registratie ICD10 | Huidige DBC-registratie<br>Zorg Registratie ICD10 |
| <b>OPTIE 2</b>          |                                |                                |                                                   |                                                   |
| <b>Productstructuur</b> | Huidige DBC productstructuur   | Huidige DBC productstructuur   | Huidige DBC productstructuur                      | DBC Classificatie V1 multidisciplinair            |
| <b>Valideren</b>        | Validatie                      | Validatie                      | Validatie                                         | Samenvatten                                       |
| <b>Samenvatten</b>      |                                |                                |                                                   |                                                   |
| <b>Registratie</b>      | DBC-registratie + verwijzingen | DBC-registratie + verwijzingen | DBC-registratie + verwijzingen                    | Huidige DBC-registratie<br>Zorg Registratie ICD10 |

DBC-Onderhoud, DBC's op weg naar transparantie (2007)



De NZa is van mening dat optie 1 de meest wenselijke is. Bij optie 1 gaat al in 2009 een verbeterd DBC-systeem in. Deze verbeteringen zijn essentieel om de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars te faciliteren.

Bovendien is het vangnet in 2009 niet meer van toepassing waardoor zorgaanbieders 100% volumerisico lopen. Dit betekent wel dat zorgaanbieders in 2010 opnieuw met een verbeterde productstructuur te maken krijgen in plaats van in één keer de overstap te maken. Dit nadeel weegt in de ogen van de NZa niet op tegen de voordelen van een systeem dat al in 2009 beter is. In de aanloop naar vrije prijsvorming in 2012 moet zo snel mogelijk duidelijkheid ontstaan over het te hanteren tariefsysteem. In overleg met SDO bekijkt de NZa om geplande verbeteringen eerder te doen.

De NZa concludeert dat verbeteringen in het DBC-systeem indien mogelijk zo snel mogelijk plaats moeten vinden.

| Datum        | Onderwerp                   | DBC-verbeterplan                               |
|--------------|-----------------------------|------------------------------------------------|
| April 2007   | Uitvoeringstoets NZa        | Plan van aanpak                                |
| Juli 2007    | Maatstaf bekend (schatting) |                                                |
| Oktober 2007 | Maatstaf bekend             | Gewichten en tarieven beschikbaar              |
| Januari 2008 | Start maatstaf met vangnet  | Wijzigen registratie DBC's                     |
| Januari 2009 | 2e jaar maatstaf            | Monodisciplinaire DBC-classificatie (optie 1)  |
| Januari 2010 | 3e jaar maatstaf            | Multidisciplinaire DBC-classificatie (optie 1) |
| Januari 2011 | 4e jaar maatstaf            |                                                |
| Januari 2012 | Vrije prijzen               |                                                |



## 9. Verwachte effecten

Dit hoofdstuk geeft de te verwachten effecten van het invoeren van het systeem van maatstafconcurrentie weer. Achtereenvolgens komen de macro-effecten, de effecten van het afschaffen van de lumpsum, het opnemen van kapitaallasten in de prijzen en de effecten op de administratieve lasten aan de orde.

### 9.1 Macro-economische effecten

Voor het kunnen berekenen van de macro-economische effecten moet de NZa veronderstellingen maken. Deze veronderstellingen en feiten zijn:

- Geen volume-effecten  
In de werkelijkheid kan het volume toenemen. Bovendien is het waarschijnlijk dat zorgverzekeraars volume verplaatsen van relatief ondoelmatige naar doelmatige zorgaanbieders. Maatstafconcurrentie beoogt het verplaatsen van volume naar meer doelmatige aanbieders. Beide effecten zijn echter in de berekening buiten beschouwing gelaten.
- Afschaffing Lumpsum  
In de berekening is de daling van de honorariumcomponent voor de medisch specialisten nog niet meegenomen. De overeenkomst over het uurtarief betekent dat opbrengsten vanaf 2008 direct hoger zijn dan die opgenomen in tabel 2.
- Administratieve lasten  
De veranderingen in de administratieve lastendruk hebben geen directe macro-effecten. De administratieve lasten leiden niet tot een verandering in schadelast bij verzekeraars.
- Gedragseffecten  
Zorgaanbieders met kosten boven de maatstaf verlagen hun kosten direct tot op het niveau van de maatstaf. Als zij dit niet doen, lijden ze verlies. Zorgaanbieders met kosten beneden de maatstaf mogen hun prijzen verhogen tot op het niveau van de maatstaf. Druk vanuit zorgverzekeraars zorgen ervoor dat de zorgaanbieders de prijzen slechts deels kunnen verhogen. Aanname is dat de marktmacht gelijk<sup>24</sup> verdeeld is tussen zorgverzekeraars en –aanbieders.

**Tabel 2: Opbrengsten hoofdvariant met vangnet**

| Jaartal | Verwachte opbrengsten hoofdvariant (met vangnet) |
|---------|--------------------------------------------------|
| 2008    | € -                                              |
| 2009    | € 44                                             |
| 2010    | € 88                                             |
| 2011    | € 217                                            |
| 2012    | € 407 structureel                                |

NZa (2007) Bedragen in miljoenen euro's

#### *Vangnet en stapsgewijze invoering*

De haalbaarheid van een systeemwijziging wordt groter naarmate zorgaanbieders langer de tijd krijgen hun kosten op of onder het

<sup>24</sup> Halbersma, R., M. Mikkers, E. Motchenkova en I. Seinen. (2007) *Market Structure and Hospital-Insurer Bargaining in the Netherlands*. TILEC Discussion Paper No. 2007-006.

gemiddelde van de sector te krijgen. Het vangnet in 2008 en de stapsgewijze verhoging van de risico's in 2009-2011 zijn hiertoe bedoeld. Gevolg is wel dat opbrengsten zich ook later in de tijd voordoen zoals uit tabel 2 blijkt. Het jaar 2008 laat nog geen opbrengsten zien. Oorzaak is het vangnet in 2008. Als het akkoord over het uurtarief voor de medisch specialisten in 2008 wordt meegenomen, zijn de opbrengsten ook in 2008 al positief.

#### *Vertraagde informatie*

Bij de bepaling van de maatstaf wil de NZa gebruik maken van de meest actuele gegevens, bij voorkeur van het voorafgaande jaar. Op dit moment is dat nog niet mogelijk; de meest actuele gegevens zijn dan van 2 jaar terug. Nadeel daarvan is dat al behaalde doelmatigheidswinsten pas later in de maatstaf worden verwerkt. Gevolg daarvan is weer dat de opbrengsten vanwege de vertraagde aanlevering van gegevens lager zijn. De NZa gaat de komende maanden onderzoeken wat de mogelijkheden zijn van versnelde aanlevering van gegevens en/of aanvullende veronderstellingen met betrekking tot kostenniveaus.

#### *Verlaging budget bij de start*

In de gepresenteerde techniek van de maatstaf is het nog niet mogelijk om in de eerste twee jaar doelmatigheidswinsten mee te nemen. Om de consument zo snel mogelijk te laten profiteren van de maatstaf, kan het historisch budget bij de start in 2008 al worden verlaagd met een haalbaar geachte doelmatigheidswinst.

Tabel 3 schetst de werking van maatstafconcurrentie met een vooraf vastgestelde verlaging van het budget bij de start. Om de techniek van de doorrekening te laten zien, is in tabel 3 bij wijze van voorbeeld een bedrag van € 100 miljoen gekort op het historisch budget. De tabel laat zien dat deze korting direct leidt tot positieve opbrengsten.

Het gebruik van het historisch budget in de maatstaf neemt af in de tijd door de stapsgewijze invoering (zie ook hoofdstuk 5) van de gemiddelde werkelijke kosten als basis voor de maatstaf. De invloed van de 100 miljoen korting op het historisch budget neemt af in de opbrengsten maar tegelijkertijd neemt de impact van maatstafconcurrentie toe. In 2012 speelt het historisch budget geen rol meer en is vrije prijsvorming via maatstafconcurrentie de norm.

**Tabel 3: Voorbeeld: totale effecten maatstaf met een korting op het budget**

| Jaartal | Verwachte opbrengsten hoofdvariant (met vangnet) | Doelmatigheids-verbetering budget | Totale verwachte opbrengsten |
|---------|--------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| 2008    | € -                                              | € 100                             | € 100                        |
| 2009    | € 44                                             | € 75                              | € 119                        |
| 2010    | € 88                                             | € 50                              | € 138                        |
| 2011    | € 217                                            | € 25                              | € 242                        |
| 2012    | € 407                                            | € -                               | € 407 structureel            |

NZa (2007) Bedragen in miljoenen euro's

## 9.2 Afschaffen lumpsum

Bij de invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek per 1 januari 2008 verdwijnt de lumpsum. De NZa stelt voor de lumpsum niet geleidelijk maar ineens af te schaffen. Een geleidelijke afschaffing betekent ook een geleidelijke invoering van het uurtarief. De hoogte van de lumpsum is immers gebaseerd op het uurtarief van € 147,50. Door de lumpsum voor bijvoorbeeld 50% in stand te houden, wordt ook gewerkt met 50% van de € 147,50 en met slechts 50% van het nieuwe uurtarief van € 132,50. Het is niet doelmatig en transparant om twee verschillende systemen parallel in de lucht te houden. Dit betekent dat er alleen nog nacalculaties over 2007 volgen en er geen nieuwe voorschotten voor 2008 komen.

Bij de analyses over de effecten van de afschaffing van de lumpsum gebruikt de NZa de gegevens van een twintigtal ziekenhuizen. Het gaat daarbij om de cijfers over 2005 omtrent gedeclareerde omzetten, definitieve lumpsum en het definitieve budget. Deze steekproef geeft een goede indicatie van de effecten voor de gehele Nederlandse ziekenhuismarkt.

Door de combinatie van afschaffen van de lumpsum en introductie van het uurtarief resulteert er voor lumpsuminstellingen (het merendeel van de ziekenhuizen) een daling van de honorariumomzet van gemiddeld circa 3%. De verschillen tussen individuele zorgaanbieders zijn evenwel groot. Over het effect van de introductie van het uurtarief bij niet lumpsuminstellingen (ZBC's, privé-klinieken en enkele ziekenhuizen) kan door een gebrek aan betrouwbare gegevens niets met zekerheid worden gezegd. Dit leidt tot een stijging van de honorariumkosten. Het ontbreken van de verrekening in de huidige honorariumomzet van niet-lumpsuminstellingen veroorzaakt dit verschil.

Overigens is het niet correct om een één op één relatie te leggen tussen de effecten voor zorgaanbieders en de effecten voor individuele specialisten of specialismen:

Op de verdeling van de lumpsum en de omzet achter de voordeur heeft de NZa geen zicht en door de bandbreedte van +/- € 6 kunnen er afwijkingen ontstaan.

Door het hanteren van een vangnet in het jaar 2008 blijven de financiële effecten van volumevariëaties beperkt.

## 9.3 Kapitaallasten

Deze paragraaf behandelt de huidige vermogensposities van zorgaanbieders en de gevolgen van de invoereffecten op de vermogens. Daarnaast gaat de NZa in op een aantal specifieke overgangseffecten die het gevolg zijn van het voorgestelde reguleringsmodel.

### 9.3.1 Vermogenspositie en invoeringseffecten

De huidige vermogens van de zorgaanbieders vertonen aanzienlijke verschillen. De UMC's nemen een bijzondere positie in met een veel hogere solvabiliteit dan gemiddeld, wat verband houdt met afwijkende financiering in het verleden. De gemiddelde EV/VV verhouding van de algemene en topklinische ziekenhuizen bedraagt circa 10%. Bij deze categorieën bedraagt het weerstandsvermogen (eigen vermogen/omzet) circa 11%.

Bij een gefaseerde invoering van de maatstaf hebben twee zorgaanbieders na één jaar een negatief eigen vermogen. Deze

zorgaanbieders hebben nu echter al een negatief vermogen en dat wordt dus niet door de invoering van het bekostigingsmodel veroorzaakt. Bij een ongefaseerde invoering is bij acht zorgaanbieders het weerstandsvermogen onvoldoende om de gevolgen op te vangen.

Een gefaseerde invoering lijkt dus beperkte risico's voor de continuïteit van zorgaanbieders in het eerste jaar met zich mee te brengen. De zorgaanbieders met een relatief slechte doelmatigheidsscore hebben dus tijd om zich aan te passen aan de maatstaf.

### **9.3.2 Kostengevolgen**

Twee voorstellen van de NZa hebben gevolgen voor de kosten. Ten eerste leidt de verkorting van de afschrijvingstermijnen tot een verschuiving van het moment waarop de kosten worden meegenomen. Ten tweede leidt het opnemen van een risico-opslag in de vermogenskostenvoet tot meerkosten. Deze meerkosten zijn een gevolg van het toegenomen risico voor vermogensverschaffers.

Het korte termijn effect van een gemiddelde verlaging van de afschrijvingstermijnen met 20% is ongeveer 200 miljoen Euro op jaarbasis over alle segmenten. Deze kostenstijging heeft echter vooral te maken met het naar voren halen van kosten in de tijd. In het huidige systeem zijn de afschrijvingskosten kunstmatig laag door een economisch onrealistisch lange afschrijvingstermijn van 50 jaar. In de praktijk worden ziekenhuisgebouwen veelal na 40 jaar vervangen. Tekorten op de afschrijvingen en problemen met de restboekwaarde worden dan incidenteel via de budgetten en tarieven opgelost; een tijdelijke tariefsverhoging. Op deze manier komen de investeringskosten impliciet achteraf in de tarieven terug. Dit laatste effect komt te vervallen met het verlagen van de voorgeschreven afschrijvingstermijn van 50 naar 40 jaar. Dit compenseert kostenstijging op korte termijn. De voorstellen van de NZa maken de werkelijke kosten zichtbaar en maken kostenverhogende ad hoc maatregelen overbodig.

Naast de effecten van de verkorte afschrijvingstermijnen is er sprake van een stijging van de maatstaf als gevolg van de voorgestelde vermogensvergoeding (zie hoofdstuk 4). De stijging van de vermogensvergoeding bedraagt afhankelijk van de te maken keuzes circa €280 miljoen nominaal in het eindmodel, bij de huidige omzet en activa. Dat de maatstaf stijgt met €280 miljoen wil niet zeggen dat ook de kosten voor de samenleving met dat bedrag stijgen. De onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bepalen in hoeverre deze ruimte doorwerkt in de prijzen en kosten. Bij de invoering in 2008 is door het vangnet een lager vergoeding op het niveau van de huidige prijzen genoeg. De ontwikkelingen op de kapitaalmarkt voor ziekenhuizen gaan een belangrijke rol spelen bij de definitieve vergoeding in de maatstaf.

De explicitering van de afschrijfkosten en de hogere vermogensvergoeding zijn in zekere zin onvermijdelijk bij een overgang naar een vraaggestuurde marktordening. Bij volledige liberalisering naar een markt met vrije prijsonderhandelingen gaan deze kosten ook optreden. De risico-opslag is een onlosmakelijk gevolg van sterkere doelmatigheidsprikkels. De inschatting van de NZa is dat de gestegen vermogensvergoeding lager is dan de potentiële doelmatigheidswinst. Als deze kosten geen onderdeel zijn van de maatstaf leidt dit tot een te lage maatstaf voor de ziekenhuizen en komen investeringen onder druk te staan.

### 9.3.3 Gevolgen voor individuele zorgaanbieders

Het afschaffen van de nacalculatie op kapitaallasten en andere vaste en semi-vaste budgetcomponenten betekent dat de risico's voor zorgaanbieders toenemen. Zij gaan zowel prijs- als volumerisico lopen. Het prijsrisico op individueel niveau blijft beperkt door de gefaseerde invoering van de maatstaf. Het volumerisico is naar de mening van de NZa voor de sector als geheel nihil, maar kan voor individuele zorgaanbieders aanzienlijk zijn. In 2008 beperkt het vangnetmodel het totale volumerisico tot enkele procenten. Hoe dit in het eindmodel is, is sterk afhankelijk van de mate waarin verzekeraars selectief gaan contracteren en productieverhuizingen tussen zorgaanbieders ontstaan. Dit betekent een afweging tussen voordelen voor de consumenten en nadelen voor zorgaanbieders. Als door selectief contracteren het volume verschuift naar doelmatigere aanbieders, is dat een gewenst effect van de nieuwe regulering. Het verhoogde risicoprofiel voor de individuele aanbieder komt tot uiting in de vermogensvergoeding en is aanleiding voor de NZa om te adviseren om winstuitkering zo snel mogelijk toe te staan. Dit laatste in combinatie met een herzien beleid ten aanzien van boekwinsten en wijzigingen in de steunverlening.

Door het wegvallen van de garantie op nacalculatie en het verkorten van afschrijvingstermijnen kunnen zorgaanbieders gedwongen worden om oude activa versneld af te schrijven, of om de afwaardering ten laste van het eigen vermogen te brengen. Dat kan de eigen vermogenspositie van zorgaanbieders verzwakken. De financierbaarheid met vreemd vermogen kan hierdoor op korte termijn in het gedrang komen en het brengt hogere financieringskosten met zich mee. Daarnaast zijn omvangrijke éénmalige verliezen niet op voorhand uit te sluiten. Deze kosten zijn er in het huidige bekostigingsregime ook, zij worden in de tijd gefaseerd verrekend in de tarieven. De maatstaf, respectievelijk de Wmg bieden hier na het afschaffen van de budgettering weinig mogelijkheden voor. Oplossingen moeten dus van buiten het prijsmechanisme komen. Een mogelijkheid is om de toekomstige trekkingsrechten hiervoor te gebruiken. Verder vallen ook de instandhoudingsreserves vrij en kunnen de zorgaanbieders deze aan de eigen vermogens toevoegen. De omvang van deze effecten is niet bekend. Zoals uit paragraaf 9.3.2 blijkt zijn tot nu toe deze boekwaarde problemen altijd via de budgetten en tarieven opgelost. Het 'oud zeer' kan dus landelijk gezien meevallen, maar in individuele gevallen aanzienlijk zijn. Bij de beoordeling van een individuele casus is het belangrijk ook te kijken naar bijvoorbeeld mogelijke boekwinsten op grondposities. Compensatie via de prijzen is moeilijk uitvoerbaar; de tarieven zijn vrij en de NZa kan ze niet verhogen. De NZa adviseert om hier geen noodoplossing zoals een ex ante vangnet voor in te voeren.

### 9.3.4 Overgangseffecten lopende bouwprojecten

Een aantal zorgaanbieders is bezig een bouwproject uit te voeren. Dit zijn projecten met goedkeuring onder het huidige bekostigingsregime. De kosten hiervan zijn nog niet meegenomen in de eerder door de NZa uitgevoerde analyses. De NZa heeft in het onderzoek van begin februari 2007 geen significante relatie kunnen vinden tussen een hoge DBC-prijs en hoge kapitaallasten. Ook voor zorgaanbieders die nu bouwen, adviseert de NZa om geen generieke uitzondering in de prijsregulering te maken. Omdat de overgangstermijn kort is en de betrokken zorgaanbieders weinig tot geen mogelijkheden hebben hun bouwprojecten te wijzigen, is vanuit het oogpunt van behoorlijk bestuur een tegemoetkoming waarschijnlijk noodzakelijk. Een eventuele tegemoetkoming moet éénmalig en instellingsspecifiek zijn, om verder het maatstafmodel toe te kunnen passen.

Een dergelijke maatregel is niet of nauwelijks via het reguleringsmechanisme uitvoerbaar, tenzij gedeeltelijke budgettering blijft bestaan. De NZa adviseert echter om dit niet te doen, omdat dit enerzijds concurrentie blokkeert en anderzijds ook aanpassingsproblemen naar de nabije toekomst (afschaffen prijsregulering in 2012) verschuift. Er is overigens principieel geen verschil tussen zorgaanbieders die hoge kapitaallasten hebben als gevolg van nieuwbouw, die onder het oude regime in 2007 in gebruik is genomen en zorgaanbieders die in 2008 nieuwbouw in gebruik nemen. Het is mogelijk dat hieruit bezwaarprocedures voortkomen. Het voorstel om een vangnet in 2008 te hanteren neemt voor 2008 de problemen weg en biedt ruimte om een overgangsregeling voor individuele casus vast te stellen.

## **9.4 Administratieve Lasten**

De NZa is van mening dat een stelselwijziging niet tot hogere administratieve lasten mag leiden voor de sector. In feite wil de NZa de administratieve lasten zelfs structureel verlagen. Het beschikbare geld moet er zoveel mogelijk zijn voor de zorg zelf en zo min mogelijk voor bureaucratie. Daarom heeft de NZa onderzoek laten doen naar de gevolgen voor de administratieve lasten onder de maatstaf en bij vrije prijsvorming. SIRA Consulting, een onafhankelijk onderzoeksinstituut heeft onderzoek gedaan naar de huidige administratieve lasten bij functiegerichte budgettering en lumpsumfinanciering<sup>25</sup>. De basis voor dat onderzoek is een nulmeting die de NZa in 2007 heeft laten uitvoeren

In het onderzoek naar de verwachte administratieve lasten onder de maatstaf en in een vrije marktomgeving is aan zeven ziekenhuizen gevraagd om een inschatting te geven van de administratieve lasten die ze verwachten bij de twee varianten van de maatstaf. De definitie van administratieve lasten volgt de definitie die IPAL<sup>26</sup> hanteert (zie box).

### **Definitie:**

Administratieve lasten zijn de kosten voor het Nederlandse bedrijfsleven om te voldoen aan informatieverplichtingen, die voortvloeien uit regelgeving van de overheid (in dit geval de NZa). Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.

Ondernemerslasten zoals het onderhandelen over DBC prijzen zijn niet meegenomen omdat zij een onderdeel vormen van de normale bedrijfsvoering van ziekenhuizen. Het zijn geen kosten die zijn verbonden aan verplichtingen die de overheid oplegt.

De huidige administratieve lasten bedragen ongeveer 52 miljoen Euro. Deze worden grotendeels veroorzaakt door AO/IC- DBC (46 miljoen Euro), productieafspraken (3 miljoen Euro) en nacalculaties (1.5 miljoen Euro).

In het eerste jaar van de transitiefase zal het wegvallen van een aantal verplichtingen, zoals het maken van productieafspraken, het kennisnemen van regelgeving en het beantwoorden van incidentiele

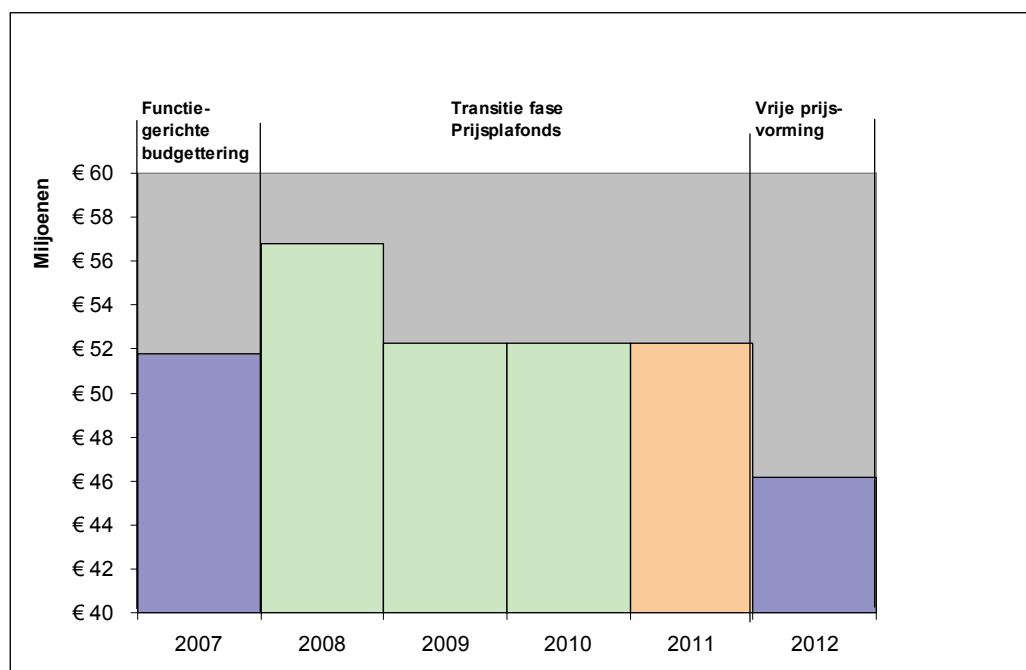
<sup>25</sup> Nulmeting WALZ: Onderzoek naar de lasten voortvloeiend uit de regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit (2007)

<sup>26</sup> Interdepartementale Projectdirectie Administratieve Lasten van het Ministerie van Financiën.



tariefaanvragen, ertoe leiden dat de jaarlijkse administratieve lasten in de overgangperiode dalen met ongeveer 4 miljoen Euro. Vanaf 2009 hoeven ziekenhuizen ook geen nacalculaties over de oude jaren meer aan te leveren. Dan nemen de administratieve lasten nog eens met 1.5 miljoen Euro af. In 2008 moeten ziekenhuizen nog wel de nacalculatie voor 2007 opstellen.

**Figuur 4: Ontwikkeling van de administratieve lasten**



Aangepaste figuur SIRA Consulting, Tussenrapportage administratieve lasten prijsplafond (2007)

Tegenover deze daling staat echter een incidentele toename van administratieve lasten door de stelselwijziging in het eerste jaar en informatieverplichtingen die ziekenhuizen in de transitieperiode moeten nakomen. Ziekenhuizen schatten de incidentele lasten op 3 miljoen Euro. Deze ontstaan door de kennisname van regelgeving en de wijze van uitvoering, het leren werken met de maatstaf, het implementeren van de nieuwe werkwijze en het wijzigen van het data warehouse om de informatie per segment te kunnen leveren. Daarnaast schatten ziekenhuizen de jaarlijkse structurele lasten tijdens de transitieperiode op 6 miljoen Euro. Deze kosten bestaan uit de gegevensaanlevering ter bepaling van de maatstaf, het registreren van DBC's naar de verschillende segmenten en het actief monitoren van de DBC's.

In het eerste jaar van de transitieperiode nemen de administratieve lasten ten opzichte van de bestaande situatie per saldo toe met 5 miljoen Euro. Daarna nemen de lasten in de transitieperiode af met 4.5 miljoen Euro en bereiken ze ongeveer het niveau van de huidige situatie.

**Tabel 4: Administratieve lasten onder de maatstaf en in een vrije markt in euro's**

|                  |                             | Huidige situatie  | Transitiefase Maatstaf |                   |                   |                   | Vrije prijsvorming |
|------------------|-----------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Ziekenhuizen     |                             | 2007              | 2008                   | 2009              | 2010              | 2011              | 2011               |
| 1                | Kennisneming regelgeving    | 555.000           | Vervallen              | Vervallen         | Vervallen         | Vervallen         | Vervallen          |
| 2                | Productieafspraken          | 3.150.000         | Vervallen              | Vervallen         | Vervallen         | Vervallen         | Vervallen          |
| 3                | Nacalculatie                | 1.544.000         | 1.544.000              | Vervallen         | Vervallen         | Vervallen         | Vervallen          |
| 4                | Incidentele tariefaanvragen | 376.000           | Vervallen              | Vervallen         | Vervallen         | Vervallen         | Vervallen          |
| 5                | Begrotingsfinanciering      |                   |                        |                   |                   |                   |                    |
| 6                | AO/IC-DBC                   | 46.148.000        | 46.148.000             | 46.148.000        | 46.148.000        | 46.148.000        | 46.148.000         |
| 7                | Monitoring                  | 2.000             | 2.000                  | 2.000             | 2.000             | 2.000             | 2.000              |
| 8                | Casuïstiek                  | 30.000            | 30.000                 | 30.000            | 30.000            | 30.000            | 30.000             |
| 9                | ZVW, AWBZ, afw. Zfw.        |                   |                        |                   |                   |                   |                    |
| 10               | Bezwaarschriften            | 4.000             | 4.000                  | 4.000             | 4.000             | 4.000             | 4.000              |
| 11               | Incidentele lasten          | n.v.t.            | 2.980.000              | Vervallen         | Vervallen         | Vervallen         | n.v.t.             |
| 12               | Gegevens t.b.v. maatstaf    | n.v.t.            | 1.213.000              | 1.213.000         | 1.213.000         | 1.213.000         | n.v.t.             |
| 13               | Structurele lasten          | n.v.t.            | 4.820.000              | 4.820.000         | 4.820.000         | 4.820.000         | n.v.t.             |
| <b>Totaal AL</b> |                             | <b>51.809.000</b> | <b>56.741.000</b>      | <b>52.217.000</b> | <b>52.217.000</b> | <b>52.217.000</b> | <b>46.184.000</b>  |

SIRA Consulting, Tussenrapportage administratieve lasten prijsplafond (2007)

In een marktsituatie met vrije prijzen dalen de administratieve lasten verder, omdat ziekenhuizen niet langer de gegevens die noodzakelijk zijn in de transitieperiode moeten aanleveren. De verwachte lasten dalen structureel met 6 miljoen Euro en liggen daarmee bijna 10% lager dan in de huidige situatie.

Omdat er in de toekomst een A0-segment met gereguleerde prijzen blijft bestaan, blijven er ook nog administratieve lasten van het huidige systeem bestaan. Zoals bijvoorbeeld het maken van productieafspraken, het kennisnemen van relevante regelgeving, het opstellen van nacalculaties en het beantwoorden van incidentele tariefaanvragen. Het is op dit moment niet duidelijk hoeveel procent van de totale productie onder het A0-segment vallen en wat de administratieve lasten daarvoor zijn. Uitgaande van een schatting van 10% A0-segment ten opzichte van de huidige situatie zou ongeveer 10% van de huidige administratieve lasten blijven bestaan. Dit scenario levert jaarlijks ongeveer 500.000 Euro extra lasten op.

De oorspronkelijke schatting van de NZa was gebaseerd op het feit dat er geen extra jaar bij zou komen vanwege de vangnetconstructie. De NZa gaat ervan uit dat de administratieve lasten van het jaar 2010 nog een jaar langer blijven bestaan, waarbij de incidentele lasten in het jaar van de vangnetconstructie liggen.

Zoals aangegeven is deze ex-ante meting een schatting, waarbij ziekenhuizen nog niet duidelijk weten welke informatie zij moeten aanleveren, hoe het toekomstige A- en B-segment eruit ziet en hoe het DBC-systeem gaat veranderen.

De respondenten waren daarnaast niet in staat om een verschil in administratieve lasten aan te geven tussen het scenario waar de

maatstaf in één keer voor de hele periode wordt vastgesteld en het scenario met een jaarlijkse aanpassing van de maatstaf.

De NZa concludeert dat de administratieve lasten wel hoger zijn tijdens de transitieperiode maar uiteindelijk structureel lager uitpakken in de eindsituatie. De totale omvang van administratieve lasten in verhouding tot de omzet van ziekenhuizen (12.3 miljard Euro in 2006) is relatief een gering gedeelte. Tot slot ziet de NZa het eindresultaat, namelijk een daling van de administratieve lasten op lange termijn als gewenst en acht het realistisch.



## 10. Acties

1. VWS richt uiterlijk 1 september 2007 een fonds ter bekostiging van de spoedeisende hulp op.
2. De NZa voert kostprijsonderzoek uit en stelt voor 1 september de hoogte van de vergoeding voor een SEH vast.
3. SDO maakt in 2007 aparte prestaties voor de huidige in de beleidsregels opgenomen dure- en weesgeneesmiddelen ten behoeve van de declaraties in het vangnetjaar.
4. Tijdens het vangnetjaar (2008) moeten SDO, CVZ en NZa gezamenlijk tot aparte prestaties per geneesmiddel, indicatie en dosering met bijbehorende prijzen komen ten behoeve van de start van de transitiefase.
5. VWS maakt zorgverzekeraars beperkt risicodragers voor dure- en weesgeneesmiddelen.
6. VWS neemt de weesgeneesmiddelen op in de WBMV.
7. De NZa stelt uiterlijk september 2007 de gewichten en tarieven van de producten in het A1-segment vast, na consultatie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
8. Tijdens het vangnetjaar gelden de huidige tarieven voor IC-trajecten.
9. SDO vat tijdens het vangnetjaar alle IC-producten in prestaties aan de hand van de beademingsdag. De NZa stelt voor deze prestaties prijzen vast.
10. De NZa definieert de uitbreiding van het B-segment in samenspraak met SDO voor september 2007.
11. De NZa bepaalt voor verrichtingen uit de WBMV adequate tarieven en prestaties voor september 2007.
12. SDO moet voor 2009 prestaties ontwikkelen voor dure- en weesgeneesmiddelen, IC-zorg en topklinische zorg. Voor 2008 moet de NZa noodverbanden aanleggen.
13. De NZa vraagt informatie uit in 2008 topklinische zorg te bekostigen. Voor 2009 moeten DBC's voor alle WBMV-zorg beschikbaar zijn.
14. De NZa laat voor 2008 nader onderzoek uitvoeren naar de relatie tussen IC-producten en DBC's.
15. De NZa bepaalt voor 2008 voor radiotherapie adequate tarieven gebaseerd op de huidige tarieven.
16. De NZa stelt in september 2008 herijkte producten en tarieven vast voor radiotherapie.
17. De NZa beoordeelt of de invoering van DBC's voor revalidatie haalbaar is per 1 januari 2008.
18. De NZa stelt voor september 2007 prestaties vast voor epilepsie.
19. SDO ontwikkelt voor 2009 prestaties voor long/astma.
20. De NZa brengt in 2007 een nadere empirische onderbouwing uit voor de Nederlandse situatie met betrekking tot de normvergoeding voor het eigen vermogen.
21. De NZa bepaalt in 2007 de normen voor de vermogensvergoeding voor het netto-werkkapitaal en het onderhanden werk.
22. SDO dient uiterlijk augustus 2007 voor zoveel mogelijk specialismen gevalideerde normtijden voor 2008 opstellen.
23. SDO, VWS en de NZa treffen uiterlijk augustus 2007 een pragmatische oplossing voor die specialismen waarvoor geen gevalideerde normtijden beschikbaar zijn.
24. De NZa dient voor de bepaling van de maatstaf de lumpsum geschikt te maken om als schatter voor de kosten medisch specialisten te dienen.

25. De NZa voert in 2007 onderzoek uit naar het gebruik van de Hospital Standardized Mortality Rate.
26. De NZa zal overgaan op eenzijdige vaststelling van het budget over 2006 voor de bepaling van het vangnet. Deze zal per 1 juli 2007 bekend zijn. Hierna volgt een periode van één maand waarin zorgaanbieders, op basis van aanvullende gegevens, een verzoek kunnen doen tot aanpassing van het vangnet.
27. De NZa is van plan om de zorgverzekeraars te verzoeken de voor het vangnet benodigde productiegegevens per aanbieder aan te leveren over 2006.
28. De NZa organiseert in 2007 een consultatieronde waarin de relatieve gewichten binnen de productmix door verzekeraars en zorgaanbieders aan te passen zijn.
29. De NZa wil uiterlijk 1 juli 2007 alle ziekenhuizen de instellingsspecifieke maatstaf laten weten.
30. De NZa doet in overleg met SDO tot en met augustus 2007 onderzoek naar de vraag of en hoe de vertaling van innovatieve methoden naar DBC's sneller kan.
31. De NZa stuurt uiterlijk 1 mei 2007 een brief aan SDO met concrete verzoeken tot het opstellen van declareerbare prestaties.
32. De NZa en SDO onderzoeken de mogelijkheid om een aantal structurele verbeteringen in het DBC systeem versneld door te voeren.
33. De NZa gaat in 2007 onderzoek verrichten naar de omvang van de problematiek rond zorgzwaarte met behulp van informatie die ziekenhuizen moeten aanleveren.
34. De NZa verzoekt samen met SDO zorgaanbieders informatie aan te leveren voor 1 september 2007 over zorg die nog niet in prestaties is uitgedrukt. Ook vraagt de NZa om informatie over de verschillen in zorgzwaarte.
35. Voor de toepassing van het vangnet zullen de NZa en VWS een verrekeningsinstrument ontwikkelen voor 1 oktober 2007.
36. De NZa gaat in 2007 onderzoeken wat de mogelijkheden zijn van versnelde aanlevering van gegevens en/of aanvullende veronderstellingen met betrekking tot kostenniveaus voor berekening van de maatstaf.

## Bijlage I - Specifieke aandachtspunten

VWS heeft aan de NZa een aantal zeer specifieke vragen gesteld over de gevolgen van de invoering van prestatiebekostiging op huidige beleid. Deze bijlage geeft kort de visie van de NZa op de gevolgen van prestatiebekostiging voor de zogenaamde eenpitters, de lokale productiegebonden component en orthoptie weer.

### Eenpitters

Op grond van de Wmg kunnen ziekenhuizen niet verplicht worden diensten af te nemen van eenpitters. VWS heeft aangekondigd dat er een aparte uitvoeringstoets komt ten aanzien van de eenpitters, waarin deze probleemstelling uitgebreid aan de orde komt.

Budgettaire vergoedingen voor kosten van eenpitters komen te vervallen met het afschaffen van het budget. De NZa adviseert VWS voor ingang van het vangnetjaar voor verplichte WBMV-gerelateerde registraties een subsidie te verlenen aan de betrokken zorgaanbieders. VWS moet voor vrijwillige registraties afwegen wat het belang van deze registraties is. Afhankelijk daarvan moet een afweging gemaakt worden of het nodig is een subsidieregeling te treffen. De NZa kan het belang van deze registraties niet beoordelen.

### Lokale productiegebonden component

In de budgetten van algemene en academische ziekenhuizen is op dit moment circa € 143 miljoen verwerkt via de lokale productiegebonden component.

In de projecten die in de lokale productiegebonden component zijn ondergebracht bestaat een onderscheid naar:

- procesinnovatie: verbetering van doelmatigheid en kwaliteit van zorg;
- ingrepen waarvoor nog geen budgetparameter is ontwikkeld, in afwachting van het creëren van deze parameter;
- extramurale zorg.

De NZa ziet geen reden om voor de lokale productiegebonden component separate bekostiging te regelen; deze kosten kunnen in de reguliere DBC-prijzen worden opgenomen.

### Orthoptie

Voor orthoptisten speelt een specifiek probleem. Patiënten komen vaak met oogklachten bij de oogarts. Voor deze patiënten opent de oogarts een DBC. Na het eerste bezoek aan de oogarts wordt de behandeling vaak overgenomen door orthoptisten. In praktijk loopt de behandeling vaak langer dan een jaar door. Na een jaar wordt evenwel de DBC automatisch afgesloten. De orthoptist kan geen nieuwe DBC openen, hierdoor is een (vaak alleen een administratief) contact van de patiënt met de oogarts noodzakelijk. Op termijn wordt dit probleem opgelost door het multidisciplinair karakter van de DBC. Op korte termijn geeft dit geen oplossing. Het voorstel van de NZa is om vanaf 2008 specifiek voor de orthoptist toe te staan dat er in navolging van een reguliere DBC van de oogarts die 365 dagen heeft opengestaan, een vervolg-DBC te openen.

Dit is een uitzondering op de vigerende regels, maar het lijkt de enige oplossing om aan het specifieke en medisch ongewenste probleem van

orthoptisten tegemoet te komen. Het is aan verzekeraars om middels declaratiecontroles misbruik van deze uitzondering te voorkomen en om in de onderhandelingen de prijs van die DBC te bepalen. Voor de overige ondersteuners dient later een beleidsmatige discussie te worden gestart hoe om te gaan met het ontbreken van face to face contacten. Om deze discussie te faciliteren dient er vanaf 2008 begonnen te worden met de registratie van verrichtingen van ondersteuners.



## **Bijlage II – Aanbiedingsbrief minister**





Nederlandse  
Zorgautoriteit

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
De heer dr. A. Klink  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

Moeder Teresalaan 100  
3527 WB Utrecht

Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)  
I [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

**Uw brieven van**  
15 december 2006 en  
22 februari 2007

**Uw kenmerk**  
CZ/IZ/2738465 en  
CZ/TSZ/2748246

**Behandeld door**  
drs. H. van Wieren

**Telefoonnummer**  
030 296 81 38

**E-mailadres**  
[daisy@nza.nl](mailto:daisy@nza.nl)

**Kenmerk**  
OV/8606718

**Onderwerp**  
Uitvoeringstoets Deregulering Ziekenhuisbekostiging

**Datum**  
18 april 2007

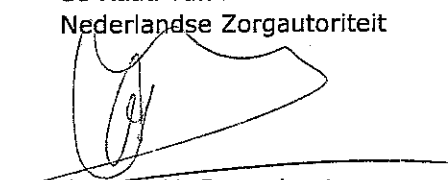
Mijnheer de Minister,

Bijgaand treft u de uitvoeringstoets Deregulering Ziekenhuisbekostiging aan. In de twee brieven (CZ/IZ/2738465 en CZ/TSZ/2748246) heeft uw departement aan de NZa gevraagd om medio april 2007 een uitvoeringstoets uit te brengen over een nieuw bekostigingssysteem voor de medisch specialistische zorg. De hoofdlijnen van het voorgestelde systeem van maatstafconcurrentie heeft uw departement reeds op 16 januari ontvangen.

De NZa adviseert om met maatstafconcurrentie te starten op 1 januari 2008. De snelle invoering van het systeem is van belang omdat de voordelen van het bekostigingssysteem daardoor zo snel mogelijk worden doorgegeven aan de consument. Daarnaast voorkomt een start per 1 januari 2008 dat het oplossen van mogelijke tijdelijke knelpunten wordt vertraagd. Een vangnet beperkt het risico dat instellingen lopen door eventuele lacunes in het systeem. Het overgangsjaar met het vangnet zorgt voor extra ruimte om deze lacunes tijdig op te lossen. Uitstel zou betekenen dat de voordelen van de systeemwijziging buiten bereik blijven. Bovendien moeten dan andere deeloplossingen worden gevonden voor dossiers waarvan het lastig is om samenhang in aan te brengen. Na een zorgvuldige afweging van de risico's acht de NZa de invoering van maatstafconcurrentie op korte termijn verantwoord. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat alle marktpartijen voldoende medewerking verlenen.

In mei ontvangt u een brief van de NZa met een overzicht van de benodigde middelen ten behoeve van de implementatie van het systeem.

 Hoogachtend,  
de Raad van Bestuur van de  
Nederlandse Zorgautoriteit

  
drs. A.L.M. Barendregt  
portefeuillehouder aanbieders cure

  
mr. F.H.G. de Grave  
voorzitter



## **Bijlage III – Brief VWS ‘aanvraag uitvoeringstoets’**





Nederlandse Zorgautoriteit  
T.a.v. de Voorzitter  
Postbus 3017  
3502 GA UTRECHT

Ons kenmerk  
CZ/IZ/2738465

Inlichtingen bij  
Verhoeks/Soeters

Doorkiesnummer  
7492/7648

Den Haag  
13 december 2006

Onderwerp  
Aanvraag uitvoeringstoets  
prijsplafond ziekenhuissector

Bijlage(n)

Uw brief

In mijn brief aan het parlement 'Ruimte voor betere zorg' (Kamerstukken II, 2006/07, 29248, nr. 30) heb ik het mogelijke perspectief geschetst op een uitbreiding van vrije prijsvorming in de ziekenhuiszorg in combinatie met een tijdelijk instrument voor prijsbeheersing. Het moet mogelijk worden om voor de electieve zorg vanaf 1 januari 2008 een nieuwe stap in de richting van prestatiebekostiging en verdere deregulering te zetten. Voor circa 70% van de ziekenhuiszorg kunnen ziekenhuizen en zorgverzekeraars dan over de prijs van de integrale DBCs (dus inclusief kapitaallasten) onderhandelen.

Het op een verantwoorde wijze zetten van nieuwe stappen richting prestatiebekostiging en verdere deregulering vraagt om gezamenlijke inspanningen van de verschillende partijen. VWS zal invulling moeten geven aan diverse randvoorwaarden zoals benoemd in de brief 'Ruimte voor betere zorg'. Voor zorgverzekeraars heb ik het voornemen de risicodragendheid reeds vanaf 1-1-2008 met substantiële stappen te vergroten. Voor een verantwoorde uitbreiding van vrije prijsvorming is het gewenst om de prijsontwikkeling, en daarmee dus de premieontwikkeling, in de overgangsjaren beheersbaar te houden. Om deze redenen lijkt het mij belangrijk om, als waarborg in een overgangsfase, gedurende een aantal jaren een instrument van prijsbeheersing per zorgaanbieder te hanteren.

Het tijdelijke prijsbeheersingsinstrument wordt niet toegepast op individuele DBCs, maar op de totale jaarproductie van een zorgaanbieder in het segment met vrije prijzen. Daarmee is het prijsplafond gebaseerd op één van de varianten uit de in april j.l. door u uitgebrachte uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging 'De Zichtbare Hand'. Zoals al beschreven in bovenbedoelde brief is het aan het nieuwe kabinet om te besluiten of verdere invoering van vrije prijsvorming in de ziekenhuissector per 1 januari 2008 verantwoord is. Ik heb de kamer in mijn brief van 23 oktober j.l. meegedeeld daartoe wel de voorbereidingen in gang te zetten. Om het nieuwe kabinet een gemotiveerd besluit te kunnen laten nemen, is het wenselijk dat deze ondermeer beschikt over duidelijkheid met betrekking tot de mogelijke vormgeving van een tijdelijk prijsplafond. In het licht van het voorgaande verzoek ik u over de mogelijke nadere

vormgeving van het hieronder globaal beschreven prijsplafond een uitvoeringstoets uit te brengen. Graag zie ik uw uitvoeringstoets uiterlijk medio april 2007 tegemoet. Vooruitlopend hierop zou ik graag medio januari 2007 een notitie met de hoofdlijnen van de nadere vormgeving van het prijsplafond ontvangen.

Het tijdelijke prijsplafond kan op verschillende manieren worden vormgegeven. Het kan gebaseerd worden op:

1. De beschikbare budgettaire ruimte
2. De gerealiseerde prijzen
3. De gerealiseerde kosten

Belangrijk uitgangspunt is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders primair zelf verantwoordelijk zijn voor doelmatige en kwalitatief goede zorg. Het tijdelijke prijsplafond moet deze verantwoordelijkheid dus niet afremmen. Wel dient bij de nadere vormgeving van het prijsplafond de mate waarin de markt in staat is zelf efficiëntie af te dwingen, betrokken te worden. Een belangrijke factor daarbij is de mate waarin zorgverzekeraars prikkels ondervinden om scherp te onderhandelen met ziekenhuizen. Hoe meer prikkels zorgverzekeraars ondervinden om scherp te onderhandelen met ziekenhuizen, hoe lichter de regulering van het prijsplafond kan zijn. Het ondervinden van voldoende prikkels hangt nauw samen met de mate van risicodragendheid van zorgverzekeraars. Voor zorgverzekeraars heb ik het voornemen de risicodragendheid reeds vanaf 1-1-2008 met substantiële stappen te vergroten. Ook andere condities voor marktwerking die worden genoemd in de brief 'Ruimte voor betere zorg' zullen in de loop van de tijd worden gerealiseerd. In lijn daarmee kan de zwaarte van de regulering geleidelijk worden afgebouwd.

Vanuit hiervoor beschreven optiek wil ik u vragen in de uitvoeringstoets de mogelijkheden uit te werken van een tijdelijk prijsplafond waarbij de mate van regulering geleidelijk afneemt.

Bij de nadere uitwerking van het prijsplafond wil ik u vragen de volgende randvoorwaarden te betrekken:

- I Het prijsplafond is van tijdelijke aard. Ik vind het belangrijk maximale duidelijkheid en reguleringszekerheid aan het veld te bieden. Ik ga er vooralsnog vanuit dat het tijdelijke prijsplafond met ingang van 2011 volledig is afgebouwd en dat er voor deze DBCs vanaf dan sprake is van vrije prijsvorming zonder prijsplafond. Ook wil ik dat de sector zo veel mogelijk duidelijkheid krijgt over de momenten en wijze waarop de mate van regulering wordt afgebouwd. Het tijdspad is leidend, tenzij er duidelijke signalen zijn dat de marktomstandigheden een afbouw of beëindiging van de regulering nog niet toelaten. Het (nieuwe) kabinet neemt de definitieve beslissing over de invoering van vrije prijsvorming per 2008 en het moment waarop de tijdelijke regulering definitief wordt beëindigd. Ik wil u vragen een tijdspad op te stellen en aan te geven op welke wijze geëvalueerd kan worden of de marktomstandigheden onverhoopt een lichtere vorm van regulering en uiteindelijk afschaffing van het plafond verhinderen.
- II Ik vind het van groot belang dat het tijdelijke prijsplafond niet leidt tot een vermeerdering van de administratieve lasten voor de ziekenhuissector. Ik stel mij dan ook op het standpunt dat de administratieve lasten van een systeem met vrije prijsvorming inclusief een prijsplafond niet hoger mogen zijn dan de administratieve lasten die verbonden zijn aan de huidige bekostigingswijze. Uit het oogpunt van het beperken van de



administratieve lasten lijkt een grofmazige kostentoerekening wenselijker te zijn dan een zeer gespecificeerde kostentoerekening. Kwantitatieve inzichtelijkheid in de aan het prijsplafond verbonden administratieve lasten, in vergelijking met de huidige situatie en een situatie met vrije prijzen, maakt, mijns inziens, onderdeel uit van de uitvoeringstoets.

Overigens realiseer ik mij dat er ook kosten zijn verbonden aan ondernemerschap. Bijvoorbeeld aan de bilaterale onderhandelingen met verzekeraars over een groot aantal DBCs. Deze 'ondernemerskosten' worden echter niet als administratieve lasten gedefinieerd. Voor de volledigheid wil ik u vragen om ook een kwalitatief beeld te geven van de totale belasting (administratieve lasten en 'ondernemerskosten') voor zorgondernemers in de huidige situatie, in een situatie met een prijsplafond en in een situatie met vrije prijsvorming.

- III Om een duidelijk perspectief te bieden aan de sector acht ik het essentieel dat per 01/01/2008 een substantiële eerste stap wordt gezet. Ik wil u vragen in uw uitvoeringstoets aan te geven in hoeverre het introduceren van een prijsplafond mogelijk is per 01/01/2008. Indien 2008 beschouwd moet worden als een overgangsjaar, dan wil ik u vragen aan te geven hoe het prijsplafond in dit overgangsjaar kan worden vormgegeven.
- IV Ik vind het van belang dat ondernemende ziekenhuizen die daartoe mogelijkheden zien, en er klaar voor zijn, snel meer ruimte krijgen om op doelmatige wijze de zorg af te kunnen stemmen op de patiënt. Zo krijgt een meer vraaggericht en op patiënten georiënteerd zorgstelsel stapsgewijs steeds meer gestalte. De ervaringen van deze koplopers kunnen daarnaast worden betrokken bij geleidelijke afbouw van de regulering. Ik wil u daarom vragen de mogelijkheden te onderzoeken om voor delen van het zorgaanbod, of voor individuele aanbieders, vooruit te lopen op de algemene lijn. Ik sluit bijvoorbeeld niet uit dat voor bepaalde geografische markten het aanbod van zorg zodanig concurrerend is dat versneld kan worden over gegaan op een situatie zonder prijsregulering. Wellicht kan er ook voor individuele aanbieders vooruit worden gelopen op de afbouw van de regulering. Het is ook mogelijk om het huidige B-segment waarvoor vrije prijsvorming geldt niet onder het prijsplafond te brengen. Er ontstaan dan drie segmenten. Indien er sprake blijft van een B-segment zonder prijsplafond dan is het bijvoorbeeld mogelijk dat een deel van de meest geschikte behandelingen versneld wordt onder gebracht in het B-segment. Ik wil u hierbij ook vragen de voor- en nadelen in kaart te brengen van een scenario waarbij het huidige B-segment wel en een scenario waarbij het huidige B-segment niet onder het prijsplafond wordt gebracht. Ongetwijfeld heeft u zelf ook ideeën over de wijze waarop voor delen van het zorgaanbod versneld kan worden over gegaan op het eindbeeld.
- V In mijn brief 'Ruimte voor betere zorg' heb ik aangegeven dat de kapitaallasten vanaf 1 januari 2008 integraal onderdeel moeten uitmaken van de tarieven in het A- segment en de prijzen in het B-segment. Ik verzoek u bij de uitwerking van het prijsplafond daarom uit te gaan van integrale prijzen en tarieven (inclusief kapitaallasten). Zoals aangegeven in de genoemde brief zal in ieder geval voor het segment met vrije prijsvorming (met of zonder plafond) geen sprake zijn van 'normatieve kapitaallasten componenten'. Ik vind het daarnaast van belang inzicht te hebben in de

effecten van integrale prestatiebekostiging voor individuele ziekenhuizen. Met het in kaart brengen van genoemde individuele effecten kan het project 'kapitaallasten en nkc's curatieve zorg' - dat u het afgelopen jaar met het CBZ en SDO op mijn verzoek (CZ/IZ-2587863 en CZ/IZ-2599929) heeft uitgevoerd -hopelijk op korte termijn worden afgerond.

- VI Ik ben voornemens om vanaf 1 januari 2008 de lumpsumbekostiging van medisch specialisten af te schaffen. Ik wil u daarom vragen om dit onderwerp in de uitvoeringstoets op te nemen. Graag verneem ik uw analyse over de effecten van het afschaffen van de lumpsum. Ik verneem daarnaast graag uw analyse van de gevolgen en mogelijke risico's van het scenario waarin de lumpsum per 2008 zal worden afgeschaft terwijl beide andere trajecten later zullen plaatsvinden.  
Over de wijze waarop de honorering van medisch specialisten vanaf 1 januari 2008 kan worden gerealiseerd binnen het instrument van prijsbeheersing, zal ik u op een ander moment raadplegen.
- VII De juridische houdbaarheid van de regulering is een belangrijk aandachtspunt. Ik verzoek u in de uitvoeringstoets rekening te houden met en in te gaan op de juridische houdbaarheid van de wijze van regulering. Zoals eerder genoemd in deze brief kan het prijsplafond gebaseerd worden op BKZ, prijzen en/of kosten. Ik wil u vragen om voor elk van deze bases de juridische houdbaarheid te beoordelen.
- VIII De komende tijd verwacht ik in het kader van de uitwerking van de brief 'Ruimte voor betere zorg' ook andere uitvoeringstoetsen aan u te vragen, bijvoorbeeld over de beschikbaarheid van acute zorg. Ik ga er vanuit dat deze uitvoeringstoetsen in onderlinge samenhang worden opgesteld.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
namens deze,  
de Directeur-Generaal Gezondheidszorg,

drs. M.J. van Rijn

## **Bijlage IV – Brief VWS ‘aanvullende vragen’**



## Brief VWS 'aanvullende vragen'

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nederlandse Zorgautoriteit  
Stichting DBC onderhoud  
College voor zorgverzekering

Ons kenmerk  
CZ/TSZ-2748246

Inlichtingen bij  
Manon Jansen

Doorkiesnummer  
070 – 340 7622

Den Haag

Onderwerp  
Aanvullende brief uitvoeringstoets  
uitwerking 'Ruimte voor betere zorg'

Bijlage(n)  
1

Uw brief

In de brief 'Ruimte voor betere zorg', die op 4 september 2006 aan de Tweede Kamer is gestuurd (Kamerstukken II, 2006/07, 29248, nr. 30), is het perspectief geschetst voor de bekostiging van de ziekenhuiszorg vanaf 2008. De uitvoeringstoets 'De Zichtbare Hand' van de NZa (april 2006) heeft een belangrijke aanzet gegeven tot de gemaakte keuzes. Met deze brief vraag ik de gezamenlijke onderhoudspartijen om, conform de in uw notitie "Samenwerking in de onderhoudsketen" beschreven taken en verantwoordelijkheden, de noodzakelijke werkzaamheden voor de uitvoering van de voornemens op te pakken.

Een belangrijke waarborg voor de zorgvuldige uitbreiding van vrije prijsvorming per 2008 is het voornemen om in de overgangsfase gedurende een aantal jaren een instrument van prijsbeheersing te hanteren. In de brief van 15 december 2006 (CZ/IZ-2738465) heb ik de NZa verzocht mij in een uitvoeringstoets te adviseren over de nadere vormgeving van het prijsplafond. Met voorliggende brief verzoek ik de NZa de beschreven uitgangspunten mee te nemen bij de uitwerking van het prijsplafond en de aanvullende vragen in de uitvoeringstoets te behandelen. Ik zie de uitvoeringstoets graag medio april 2007 tegemoet.

Ik verzoek de NZa om voor de uitvoeringsmogelijkheden en technische haalbaarheid van de adviezen samen te werken met SDO. Concreet gaat het om de punten acute zorg, dure- en weesgeneesmiddelen, IC-zorg, kaakchirurgie en orthoptie. Daarnaast is SDO betrokken bij de (door)ontwikkeling van de DBCs voor de categorale instellingen. Hiernaast verzoek ik SDO en het CVZ om, conform de in de notitie "samenwerking in de onderhoudsketen" beschreven taken en verantwoordelijkheden, de voor de uitvoeringstoets relevante punten bij de NZa onder de aandacht te brengen zodat de NZa deze mee kan nemen in de uitvoeringstoets.

Inmiddels is het nieuwe regeerakkoord verschenen en kunt u daar kennis van nemen. Ik ga er van uit dat mijn ambtsopvolger u zal berichten over de exacte uitvoering van de in het regeerakkoord beschreven voornemens. In verband met de noodzakelijke voorbereidingstijd van de invoering van prestatiebekostiging, heb ik er voor gekozen u deze brief alsnog te sturen. Op basis van de adviezen in de uitvoeringstoets van de NZa kan mijn ambtsopvolger een besluit nemen over de voornemens.

In onderstaande paragrafen ga ik in op de verschillende onderwerpen. Ik wil u vragen bij de uitwerking van deze onderwerpen ook de consequenties van de uitvoering van de beleidskeuzes in beeld te brengen.

## **I      Definiëren A- en B-segment**

### Zorg in het A-segment

Ziekenhuiszorg waar het uit oogpunt van kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid niet verantwoord is om vrije prijsvorming in te voeren, blijft in het A-segment. Hiervoor worden van overheidswege tarieven vastgesteld. Dit geldt voor de zorg die is ondergebracht onder de Wet bijzondere medische verrichtingen (topklinische zorg), de topreferente zorg die door UMC's wordt geleverd, de beschikbaarheid van acute zorg, de IC-zorg en de dure- en weesgeneesmiddelen. Voor alle overige medisch specialistische zorg is het uitgangspunt dat deze onder het B-segment valt. Topklinische en topreferente zorg behandel ik hieronder. De beschikbaarheid van acute zorg, IC-zorg en dure- en weesgeneesmiddelen komen in een aparte paragraaf aan de orde.

#### *Topklinische zorg*

Onder topklinische zorg wordt die zorg verstaan die onder de reikwijdte van de Wet bijzondere medische verrichtingen valt. In dit kader zijn met name de artikelen 2 en 8 relevant. Artikel 2 betreft verrichtingen waarvoor een instelling een vergunning nodig heeft om deze uit te voeren. Bij artikel 8 gaat het om zorg waarvan de ontwikkeling wordt gestimuleerd door deze te concentreren in een beperkt aantal instellingen die daarvoor extra geld krijgen. In uw uitvoeringstoets "De Zichtbare hand" schrijft u dat er op het gebied van concurrentiemogelijkheden een verschil bestaat tussen de WBMV-zorg die onder artikel 2 en artikel 8 valt. Mijn uitgangspunt is dat WBMV-zorg zoveel mogelijk op basis van prestatiebekostiging wordt bekostigd en dat er zo veel mogelijk sprake is van concurrentie. Wanneer een bepaalde vorm van zorg niet meer onder de reikwijdte van de WBMV valt, dan behoort deze automatisch toe aan het B-segment. Ik zal de Tweede Kamer op korte termijn een evaluatie van de WBMV sturen. In deze evaluatie zal ik tevens bezien of alle zorg die op dit moment onder de WBMV valt in de toekomst ook onder deze wet moet blijven.

#### **Verzoek 1:**

Ik verzoek u om voor de zorg die onder beide artikelen van de WBMV valt, te bezien welke wijze van bekostiging/tariefstelling binnen het A-segment het meest passend is. Hierbij moet zoveel mogelijk worden aangesloten bij de DBC-systematiek.

#### *Topreferente zorg*

De topreferente zorg die door UMC's wordt geleverd, wordt apart bekostigd via de academische component. In mijn brief 'Publieke functies van UMC's in een marktomgeving' van 20 december 2006 (CZ/IZ-2737337) heb ik aangegeven dat de academische component gehandhaafd blijft en dat de UMC's jaarlijks verantwoording af zullen leggen over dat wat zij gedaan hebben met de academische component. Vrije prijsonderhandelingen zijn voor deze zorg niet aan de orde.

### Zorg in het B-segment

Het B-segment bestaat uit alle DBCs die niet onder het A-segment gerekend kunnen worden. Het uitgangspunt is dat ook de productie van ziekenhuizen die niet in DBCs is omschreven, de zogenaamde overige producten, onder het B-segment valt.

### **Verzoek 2:**

Ik verzoek u in de uitvoeringstoets te operationaliseren welke zorg (al dan niet in DBCs omschreven) zal behoren tot het segment met een tariefregime, dan wel het segment met vrije prijsvorming. De bekostiging van de zorg waarvoor tarieven worden vastgesteld wil ik zoveel mogelijk laten aansluiten op het principe van prestatiebekostiging op basis van DBCs. Ik verzoek u daarom mij te adviseren over de te kiezen tariefvorm (bijvoorbeeld punt- of maximumtarief) voor de afzonderlijke vormen van zorg die onder het A-segment vallen.

### **Verzoek 3:**

Ik verzoek u tevens mij te adviseren over de wijze waarop met het derde compartiment en zogenaamde overige producten omgegaan dient te worden vanaf 2008. Ik verzoek u om hierbij rekening te houden met de samenhang met vergelijkbare trajecten in andere sectoren. Strikt genomen ben ik van mening dat het derde compartiment en de overige producten niet onder het prijsplafond dienen te vallen. Ik verzoek u bij uw advies rekening te houden met de uitvoeringsaspecten en administratieve lasten.

## **II Acute zorg**

Ik ben verantwoordelijk voor een goede bereikbaarheid van spoedeisende medisch specialistische zorg. De bereikbaarheid is volgens het laatste RIVM-onderzoek goed. Mijn inzet is om dit te continueren. Wanneer een ziekenhuis noodzakelijk is voor een goede bereikbaarheid van spoedeisende medisch specialistische zorg is het van belang dat relevante delen van het ziekenhuis 24 uur per dag beschikbaar zijn voor spoedeisende zorgvragen.

Een ziekenhuis dat noodzakelijk is voor de bereikbaarheid levert feitelijk twee prestaties. Ten eerste voert het ziekenhuis spoedeisende behandelingen uit die leiden tot declareerbare DBCs. Ten tweede is het ziekenhuis 24 uur per dag beschikbaar voor mogelijke spoedeisende zorg, los van de vraag hoeveel patiënten daadwerkelijk spoedeisend worden behandeld. Voor beide prestaties, de spoedeisende medische behandelingen en de beschikbaarheid, zal ik ingaan op de uitgangspunten die ik wil hanteren en de vragen die ik u verzoek uit te werken. Ook zal ik in gaan op traumazorg en traumahelikopters.

Ik heb u op 29 januari een verzoek tot een uitvoeringstoets voor de bekostiging keten acute zorg gestuurd (kenmerk CZ/EKZ/2733575). In deze uitvoeringstoets vraag ik om in juli 2007 een rapport op te stellen met oplossingsrichtingen en/of aanbevelingen op welke manier de keten van acute zorg soepeler en klantgerichter georganiseerd kan worden.

### *Spoedeisende medische behandelingen*

Zoals ik heb aangegeven in de brief 'Ruimte voor betere zorg' is het uitgangspunt dat de kosten van (spoedeisende) behandelingen zo goed mogelijk in de prijzen of tarieven van de DBC tot uitdrukking moeten komen.

Er vindt bij (dezelfde) DBCs geen onderscheid in de tarifiering/prijsvorming plaats tussen acute DBCs of reguliere DBCs. Ook vindt er geen onderscheid plaats tussen DBCs die overdag of 's nachts geleverd worden. De DBCs die via of op de spoedeisende hulp worden geleverd kunnen in aanmerking komen voor vrije prijsvorming (zie voor nadere toelichting de paragraaf over de samenstelling van het A- en het B-segment).

De huidige DBCs voor behandelingen op de spoedeisende hulp zijn niet gebaseerd op de werkelijke kosten van de behandeling en ook op andere punten wijken SEH-DBC's af van de reguliere systematiek. Ik vind deze situatie onwenselijk. Voor een meer uniforme systematiek zie ik twee belangrijke uitgangspunten:

- Zoals u aangeeft in uw uitvoeringstoets ziekenhuisbekostiging zijn de scheidslijnen tussen polikliniek en SEH niet scherp en afhankelijk van het beleid van het ziekenhuis. Ik vind het daarom ook niet opportuun om onderscheid te maken in de systematiek tussen SEH-DBC's en (poli)klinische DBC's. Het feit of een verrichting van een DBC wordt uitgevoerd op de SEH

of op een andere ziekenhuislocatie, mag met andere woorden geen consequenties hebben voor de te bepalen DBC en of het daarvoor in rekening te brengen tarief.

- Indien een behandeling volledig wordt uitgevoerd op de SEH, dient in principe een bestaande reguliere DBC in rekening te worden gebracht. Indien er voor bepaalde behandelingen op de SEH nog geen reguliere DBCs zijn gedefinieerd moeten die alsnog worden vastgesteld. Deze nieuwe DBCs zijn overigens niet voorbehouden aan de SEH en kunnen ook worden geopend en gesloten op de polikliniek.

#### *Beschikbaarheidskosten van spoedeisende zorg*

Deze kosten voor beschikbaarheid worden gemaakt, ook indien zich geen patiënten aandienen. Wanneer een ziekenhuis noodzakelijk is voor een goede bereikbaarheid én er tegenover deze beschikbaarheidskosten onvoldoende inkomsten staan uit behandelingen op de SEH, dan moeten de beschikbaarheidskosten afzonderlijk worden vergoed. Met een afzonderlijke vergoeding voor de beschikbaarheidskosten kan een goede bereikbaarheid van de spoedeisende medisch specialistische zorg in Nederland worden gegarandeerd.

Alleen ziekenhuizen die noodzakelijk zijn voor een goede bereikbaarheid, kunnen in aanmerking komen voor een beschikbaarheidskostenvergoeding. Ik zal op basis van RIVM-onderzoek bepalen welke ziekenhuizen noodzakelijk zijn voor een goede bereikbaarheid. De consequentie hiervan is dat verzekeraars beperkte invloed hebben op de hoogte en de toekenning van de beschikbaarheidskostenvergoeding. Gezien deze beperkte invloed ligt het niet in de rede om de betaling voor deze prestaties via verzekeraars te laten lopen.

Zoals u heeft aangegeven is de afbakening tussen reguliere zorg via de polikliniek en acute zorg via de spoedeisende hulp in de praktijk niet scherp te trekken. De polikliniek functioneert zonder vergoeding van de beschikbaarheidskosten, ik zie daarom inderdaad geen reden om voor de spoedeisende hulp overdag een beschikbaarheidskostenvergoeding beschikbaar te stellen.

#### **Verzoek 4:**

Ik verzoek u om de gemiddelde beschikbaarheidskosten van een minimaal verantwoorde bezetting van de spoedeisende zorg buiten reguliere bedrijfstijd te berekenen<sup>1</sup>. Ik verzoek u hierbij ook de optie te berekenen waarbij (naast de SEH) ook de beschikbaarheidskosten van de verloskundige zorg zijn opgenomen (onder dezelfde voorwaarden als de SEH). Indien de mate van complexiteit van de geleverde SEH-zorg leidt tot aanzienlijke verschillen van de beschikbaarheidskosten tussen ziekenhuizen, dan verneem ik graag van u óf en hoe hiermee het beste rekening kan worden gehouden.

Een ziekenhuis met een vergoeding voor de beschikbaarheid zal ook inkomsten hebben uit behandelingen die tijdens deze beschikbaarheid in de ANW worden geleverd. Het betreft bijvoorbeeld DBCs in de ANW-uren die volledig door de SEH worden geleverd. Ook kan een verrichting die is uitgevoerd op de SEH in ANW-uren (voor dat deel bijdragen) aan extra DBC-opbrengst. In het geval er ook een beschikbaarheidsvergoeding komt voor verloskundige, kunnen er in de ANW ook inkomsten uit verloskundige DBCs tegenover staan.

---

<sup>1</sup> Hierbij kan geabstraheerd worden van kosten die via het standaardkostprijsmodel zijn toegerekend aan DBCs.



**Verzoek 5:**

Ik verzoek u na te gaan of er hier sprake is van doublures in de bekostiging en of deze inkomsten uit dat oogpunt moeten worden verrekend met de hoogte van beschikbaarheidskostenvergoeding. Indien het consequent is om deze inkomsten te verrekenen dan wil ik u verzoeken hiervoor een voorstel te doen.

**Verzoek 6:**

In uw uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging geeft u aan dat ook de beschikbaarheid van diagnostiek in ANW uren mogelijk moet worden betrokken in de beschikbaarheidskostenvergoeding. Ik verzoek u om ook deze (gemiddelde) kosten in de ANW-uren in beeld te brengen. Graag verneem ik van u de onderbouwing om deze kosten (ook) op te nemen in de beschikbaarheidskostenvergoeding.

De bezetting bij ziekenhuizen op de SEH in de ANW uren zal mogelijk per ziekenhuis verschillen naar de complexiteit van de in het ziekenhuis geleverde zorg. Ik wil graag kunnen bepalen of het noodzakelijk is om hiermee rekening te houden met de hoogte van de beschikbaarheidskostenvergoeding.

**Verzoek 7:**

Naast reguliere spoedeisende zorg zijn er ook speciale spoedeisende voorzieningen als traumacentra, MMT's en traumahelikopters. Ik verzoek u om voor deze voorzieningen een voorstel te doen voor de bekostiging.

**III Dure en weesgeneesmiddelen**

De dure- en de weesgeneesmiddelen zijn nog niet volledig in de DBC-systematiek verwerkt. Momenteel worden deze geneesmiddelen, mits ze voldoen aan bepaalde criteria vergoed via specifieke beleidsregels. De vergoeding bedraagt 80% respectievelijk 95 % van de netto inkoopkosten en wordt opgenomen in het FB-budget van het ziekenhuis. Het vergoedingspercentage van de beleidsregel weesgeneesmiddelen zal waarschijnlijk op korte termijn verhoogd worden tot 100%. De NFU zal hiervoor een verzoek indienen. Omdat het FB-budget vanaf 2008 vervalt, kan deze beleidsregel niet blijven bestaan.

*Dure geneesmiddelen*

In de brief 'Ruimte voor betere zorg' staat dat de behandeling met dure geneesmiddelen en de behandeling van weesziekten waar mogelijk in de DBCs worden ondergebracht. Bij de uitwerking van dit voornemen in de DBC systematiek moet rekening worden gehouden met de uitgangspunten van het DBC-systeem.

Het uitgangspunt van de DBC-systematiek is dat de kosten van diagnostiek en behandeling integraal zijn opgenomen in de prijs van de DBC. Daarnaast moet de DBC zoveel mogelijk een reële prijs hebben die herkenbaar is voor de patiënt. Omdat dure geneesmiddelen bij een bepaalde diagnose en behandelingscombinatie soms wel en soms niet en soms in afwijkende doseringen worden toegepast, leidt dit tot een brede variatie in de kosten. Een gemiddelde prijs voor de DBC zal daardoor in bepaalde gevallen te sterk afwijken van de daadwerkelijk gemaakte kosten. Tot slot moet het aantal DBCs hanteerbaar blijven.

Naast de uitgangspunten van het DBC systeem moet bij de uitwerking van de bekostiging van de dure geneesmiddelen rekening worden gehouden met de volgende publieke doelen, die ik als randvoorwaarden aan u wil meegeven:

- Stimuleren van doelmatig handelen: er moet geen perverse prikkel bestaan voor onnodig gebruik. Deze perverse prikkel kan ontstaan doordat de standaard medicamenteuze behandeling onderdeel uit maakt van de DBC en een dure alternatieve behandeling een aparte bekostiging kent. De instelling maakt dan “winst” doordat de behandeling uit de reguliere DBC niet hoeft te worden toegepast (of in lagere dosis). Daarnaast is het belangrijk om vanwege de hoge kosten van de behandeling met dure geneesmiddelen, terughoudend om te gaan bij het voorschrijven. Via de huidige beleidsregels vindt om deze reden geen 100% vergoeding plaats van de behandeling met dure geneesmiddelen. Dat betekent dat een instelling financieel geprikkeld wordt om terughoudend om te gaan met het voorschrijven van dure geneesmiddelen.
- Toegankelijkheid voor de patiënt: de bekostiging moet zodanig worden ontworpen dat patiënten overal dezelfde toegang tot doelmatige dure therapieën hebben. Instellingen in financiële problemen kunnen geneigd zijn dure behandelingen niet toe te passen. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat patiënten in de ene instelling wel en in de andere niet worden behandeld met een dure therapie.
- Daarnaast moet het systeem geen (of beperkte) belemmeringen kennen bij introductie van nieuwe doelmatige middelen. De ontwikkeling van met name oncologische geneesmiddelen gaat zeer snel. Een bekostigingssysteem moet introductie van nieuwe middelen op korte termijn mogelijk maken.

#### *Weesgeneesmiddelen*

De uitgangspunten voor de bekostiging van weesgeneesmiddelen zijn iets anders dan bij de dure geneesmiddelen. De behandeling van patiënten met deze weesgeneesmiddelen is immers geconcentreerd in een beperkt aantal academische centra. Gezien de kleine aantallen patiënten in Nederland is deze concentratie wenselijk. Ik verneem graag uw advies ten aanzien van de bekostiging van weesgeneesmiddelen.

#### *Poliklinische geneesmiddelen*

Ik heb als uitgangspunt om poliklinische geneesmiddelen op te nemen in de DBC-systematiek. Uit praktische overwegingen lijkt het mij echter niet haalbaar om dit per 2008 te realiseren.

#### **Verzoek 8:**

Ik verzoek u een voorstel te doen over de bekostiging van dure- en weesgeneesmiddelen in het DBC systeem. Ik vraag u om bij de uitwerking rekening te houden met zowel de uitgangspunten van het DBC systeem, als met de genoemde publieke belangen. De definitie van dure- en weesgeneesmiddelen uit de bestaande beleidsregels kan overgenomen worden. SDO is momenteel bezig een outlier-systmatiek te ontwikkelen voor dure geneesmiddelen. Ik wil u vragen om bij uw voorstel rekening te houden met de bevindingen van SDO in dit traject.

#### **IV Intensive care-zorg**

De zorg die geleverd wordt op de intensive care (IC) is nog niet in de DBC-systematiek verwerkt. Er is in 2005 bewust gekozen voor het apart declareren van het IC-onderdeel. Per februari 2006 is een set IC-verrichtingen per level vastgesteld, waaraan door de NZa tarieven zijn gekoppeld.

Het zou vanuit de gedachte van de DBC-systematiek wenselijk zijn ook de kosten van de IC, als onderdeel van de totale behandeling, op te nemen in de DBC. Op basis van de volgende argumenten is toch gekozen voor het ‘los van de DBC’-declareren van IC-producten (ook wel outlier-systematiek genoemd):

- De kostenhomogeniteit van de DBCs zal sterk afnemen als de IC hierin wordt opgenomen (vergelijking tussen ziekenhuizen wordt lastiger, productstructuur minder uniform);
- Bovendien wordt de rekening voor de patiënt minder duidelijk als ook een gemiddeld bedrag voor de IC wordt opgenomen;
- De variatie in het aantal IC-behandeldagen en de hiermee gepaard gaande kosten en tijdbesteding, variëren sterk per patiënt;
- Met het opnemen van een apart declarabel IC-product is zorg die slechts sporadisch bij bepaalde DBCs voorkomt ook financieel gedekt en hoeft niet te worden uitgesmeerd. Ook is het op deze manier gemakkelijker om rekeningen in te dienen voor patiënten die voor een specifieke IC-behandeling uit een andere instellingen worden overgenomen.

Ziekenhuizen met een substantiële IC-afdeling (meer dan 1000 beademingsdagen), worden op dit moment deels bekostigd door middel van een eigen FB-parameter, de beademingsdag. Omdat vanaf 2008 de FB vervalt, kan deze beleidsregel niet blijven bestaan. IC-opnamen met minder dan 1000 beademingsdagen worden overigens door het ziekenhuis uit het FB-budget bekostigd.

Net zoals bij de opname van dure geneesmiddelen in de DBC-systematiek, moet bij de 'intensive care producten' doelmatig handelen gestimuleerd worden en moet toegankelijkheid voor de patiënt gewaarborgd worden.

#### **Verzoek 9:**

Ik verzoek u om een voorstel te doen over de bekostiging van de IC-zorg. Ik vraag u om bij de uitwerking rekening te houden met zowel de bovengenoemde publieke belangen als de uitgangspunten van het DBC systeem.

#### **V Kapitaallasten**

In de brief 'Ruimte voor betere zorg' is opgenomen dat de bekostiging van de ziekenhuiszorg zowel in het A-segment als in het B-segment wordt gebaseerd op DBCs met een integraal tarief of een integrale prijs. De kapitaallasten zullen voor beide segmenten daarom vanaf 1 januari 2008 onderdeel gaan uitmaken van het tarief respectievelijk de prijs van de geleverde zorgproductie. Per brief van 18 december 2006 (CZ/IZ-2736310) heb ik u verzocht inzage te geven op instellingsniveau in de effecten die gaan optreden als de budgettering van de ziekenhuizen wordt vervangen door DBC-bekostiging op basis van integrale tarieven/prijzen. De resultaten hiervan verwacht ik begin 1 februari 2007.

#### **VI Medisch specialisten**

Ik schrijf in de brief 'Ruimte voor betere zorg', dat het honorarium voor medisch specialisten integraal onderdeel uit zal maken van de DBC-prijs en dat de lumpsum zal worden afgeschaft. Met ingang van 1 januari 2008 zal er één uniform uurtarief voor medisch specialisten worden ingevoerd. Dit uurtarief is vastgesteld op 132,50 euro, prijspeil 2006. Er is sprake van een bandbreedte van 6 euro onder en 6 euro boven het uurtarief. Binnen deze bandbreedte kunnen medisch specialisten met ziekenhuizen onderhandelen over de hoogte van hun individuele uurtarief. In mijn brief van 15 december heb ik u gevraagd om uw analyse over de effecten van het afschaffen van de lumpsum op te nemen in de uitvoeringstoets die ik medio april 2007 verwacht. Over de wijze waarop het uurtarief vanaf 1 januari 2008 in regelgeving tot uiting komt, en de relatie tussen het uurtarief en het instrument voor prijsbeheersing, stuur ik u binnenkort een aanwijzing.

#### **VII Categoriele instellingen**

Een gedeelte van de zorg die in de (academische) ziekenhuizen wordt geleverd, wordt ook elders geleverd. Bijvoorbeeld in de categorale instellingen\*. Categorale zorg betreft vaak derde lijnszorg. Wat betreft de DBC-invoering, heb ik voor deze instellingen altijd zoveel mogelijk willen aansluiten bij de specialismen in de ziekenhuizen. Het onderscheid tussen zorg in categorale instellingen en ziekenhuizen is door de WTZi verdwenen. In de WTZi wordt namelijk een aantal aparte categorieën opgeheven en wordt gesproken over 'instellingen voor medisch specialistisch zorg' (audiologie, niet-klinische hemo-dialyse en niet-klinische revalidatie blijven apart bestaan).

De meeste categorale instellingen worden op dit moment bekostigd door middel van budgetparameters. In de brief 'Ruimte voor beter zorg' is aangegeven dat de hoofdlijn uit de brief ook geldt voor categorale instellingen. Dit betekent dat ik ook voor zorg die door categorale instellingen wordt geleverd door middel van prestatiebekostiging en het vrijlaten van prijzen wil motiveren tot doelmatiger handelen en zo betere kwaliteit en innovatie in de zorg wil realiseren.

De volgende uitgangspunten acht ik van belang voor de bekostiging van categorale instellingen:

- Waar mogelijk invoeren van prestatiebekostiging, aansluiting bij de DBC-systematiek en het vrijlaten van prijzen.
- Zoveel mogelijk een benadering op functie-niveau en niet op instellings-niveau (dus hetzelfde regime voor dezelfde zorg, of die nu in een categorale instelling of in een ziekenhuis wordt geleverd).
- In 'Ruimte voor betere zorg' staat dat bij bepaalde vormen van zorg vrije prijsvorming niet verantwoord is vanuit het oogpunt van kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid. Bovenstaande criteria waarop zorgvormen uitgesloten worden van vrije prijsvorming gelden ook voor categorale producten.
- In het geval dat gekozen wordt voor het vrijlaten van prijzen, hanteer ik dezelfde voorwaarden als bij de (academische) ziekenhuizen en hoort hier ook voor de categorale instellingen een *prijsplafond* bij.

#### **Verzoek 10:**

Ik verzoek u mij te adviseren over de bekostiging van categorale instellingen en ziekenhuizen die categorale zorg leveren en hierbij rekening te houden met bovengenoemde uitgangspunten. De patiëntenpopulatie en de markt van categorale instellingen zijn niet volledig te vergelijken met de patiëntenpopulatie in ziekenhuizen en de ziekenhuismarkt. Ik verzoek u daarom bij uw advies rekening te houden met de specifieke kenmerken van de patiëntenpopulatie<sup>2</sup> en de markt<sup>3</sup>(en) van de verschillende categorale instellingen.

Indien u het noodzakelijk vindt af te wijken van bovenstaande uitgangspunten, verzoek ik u dit te beargumenteren en te adviseren over een alternatief.

De DBC ontwikkeling is voor de zes categorale sectoren te verdelen in reeds declarerende<sup>4</sup> en nog niet declarerende instellingen<sup>5</sup> binnen de DBC systematiek. Aangezien de DBC-ontwikkeling zich voor alle 'sectoren' in een ander stadium bevindt, wordt in bijlage 1 de stand van zaken

---

\* Onder categorale instellingen worden verstaan: dialysecentra, radiotherapeutische instellingen, audiologische centra, epilepsiecentra, astmacentra/longrevalidatie-instellingen en algemene revalidatie-instellingen (lijst afkomstig van de NZa).

<sup>2</sup> Chronische patiëntenzorg die zich vooral kenmerkt door langdurige behandeltrajecten die qua zwaarte en kosten weinig verklarend zijn vanuit de diagnose.

<sup>3</sup> De markt voor zorg wordt in enkele gevallen bepaald door een beperkt aantal instellingen met patiënten met een zeer lange verpleegdure (epilepsie en revalidatieinstellingen)

<sup>4</sup> Audiologie, radiotherapie, dialyse

<sup>5</sup> Epilepsie, Long-Astma en revalidatie

geschetst en worden per sector de specifieke vragen toegelicht. De meeste vragen hebben betrekking op de prestatiebekostiging die ik per 2008 gerealiseerd zou willen zien. Enkele vragen betreffen de richting die we in de toekomst in willen slaan. Deze vragen zijn wel benoemd, maar het is niet noodzakelijk deze in de uitvoeringstoets te beantwoorden.

#### **GGZ**

Ook binnen de GGZ dienen de komende jaren verdere stappen gezet te worden in toenemende mate van prestatiebekostiging al dan niet met vrije prijzen. Ik ben voornemens om voor de GGZ sector separaat een uitvoeringstoets aan te vragen. U zult daarover nog worden geïnformeerd. De PAAZ- en PUK-functie die wordt uitgevoerd binnen de ziekenhuizen valt buiten de reikwijdte van de in de brief Ruimte voor betere zorg aangekondigde voornemens. Dat betekent dat de budgettering van de PAAZ en PUK wordt gehandhaafd.

### **VIII Overige onderwerpen die aandacht behoeven ivm het afschaffen van de FB**

#### *DBC's voor kaakchirurgie*

De behandelingen die door de kaakchirurg worden uitgevoerd zijn nog niet vastgelegd in de DBC's. Hiervoor worden momenteel, zowel door ziekenhuis als specialist, nog verrichtingen gedeclareerd. Zoals aangegeven in de brief 'Ruimte voor betere zorg' moet voor alle ziekenhuiszorg zoveel mogelijk worden aangesloten bij de DBC systematiek. Kaakchirurgie is tandheelkundig specialistische zorg waarvoor, ten behoeve van de overgang naar prestatiebekostiging, DBC's moeten worden ontwikkeld. Ik ben van mening dat de kaakchirurgie onder het B-segment kan vallen.

#### **Verzoek 11:**

Ik verzoek u om DBC's te ontwikkelen voor de kaakchirurgie.

#### *Bekostiging orthoptisten*

Orthoptisten behandelen zelfstandig patiënten, vaak na doorverwijzing via het visueel screeningstraject van de jeugdgezondheidszorg. In de meeste gevallen is er geen oogarts betrokken bij de behandeling. Orthoptisten kunnen momenteel geen DBC's declareren. Sinds de invoering van de DBC-systematiek zijn de verrichtingencodes en tarieven voor orthoptistische zorg door de NZa gehandhaafd. Deze verrichtingen worden bij de zorgverzekeraar gedeclareerd.

#### **Verzoek 12:**

Ik verzoek u om een voorstel te doen voor de bekostiging van de orthoptistische zorg vanaf 2008, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de geldende DBC-systematiek.

Indien er andere vergelijkbare beroepsgroepen bestaan, verzoek ik u te onderzoeken of de gekozen oplossing voor de orthoptisten ook op die gevallen van toepassing kan zijn.

#### *Specifieke aandachtspunten in de bekostiging*

In het kader van de huidige tweedelijns bekostiging zijn regelingen getroffen voor vergoedingen van verschillende specifieke functies, namelijk:

- Integrale kankercentra (is apart gebudgetteerd met vaste tarieven per deelnemend ziekenhuis)
- Stichting Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief
- Stichting HIV-monitor
- Referentiecentrum weefseltyping
- Stichting Kinder Oncologie Nederland
- Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland



Blad

10

Kenmerk

CZ/TSZ-2748246

- Landelijke Neonatologie Registratie
- Nederlandse Transplantatie Stichting
- CBO Landelijke Medische Registratie (Prismant)
- Compensatie ziekenhuizen bloedprijzen (Sanquin)
- Neonatale gehoorscreening
- Interklinisch ambulance vervoer

#### Specifieke beleidsregels

- Beleidsregel dubieuze debiteuren
- Beleidsregel lokale productiegebonden component

Op dit moment wordt binnen VWS in verband met een eventuele herziening van het Besluit uitbreiding en beperking WMG (Bubwmg) gezien op welke wijze de bekostiging van de zogenaamde éénpitters (unieke instellingen, die ten dienste van de zorg werkzaam zijn) het beste kan worden geregeld. Hierover vindt afstemming plaats met de NZa.

**Verzoek 13:** Ik verzoek u te bezien voor welke van de bovengenoemde specifieke functies de bekostiging vervalt als het FB-budget wordt afgeschaft en mij te adviseren over de toekomstige bekostiging van deze functies.

#### **Verzoek 14:**

Wat betreft de twee genoemde specifieke beleidsregels: met het vervallen van de budgetbekostigingssystematiek in 2008 vervallen deze beleidsregels. Ik verzoek u om mij te adviseren over de wijze waarop daarin kan worden voorzien en onderstaande aspecten bij uw advies te betrekken.

Ten aanzien van de Beleidsregel dubieuze debiteuren wil ik het volgende onder uw aandacht brengen. In mijn brief van 18 december 2006 (Kamerstukken II, 2006/07, 29689, nr. 126) heb ik de Tweede Kamer gemeld dat ik de financieringsstructuur van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen ga stroomlijnen. In het kort komt mijn voornemen er op neer om alle vormen van medisch noodzakelijke zorg die wordt verleend aan in betalingsonmacht verkerende illegalen te financieren uit één door de overheid te financieren fonds. Het betreft hier onder meer ziekenhuiszorg verleend aan illegalen waarvoor thans via de beleidsregel dubieuze debiteuren een budgetcompensatie is opgenomen. Het beslag dat dit gedeelte op de beleidsregel legt zal na inwerkingtreden van de stroomlijning vervallen. Het beslag dat onverzekerde verzekeringsplichtigen op de beleidsregel dubieuze debiteuren legt, wijzigt niet door het stroomlijnen van de financieringsstructuur van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen. Wel heeft het vervallen van de budgetbekostigingssystematiek in 2008 (zie verzoek 14) en dus het vervallen van de beleidsregel dubieuze debiteuren hiervoor consequenties.

#### *Vereenvoudiging DBC systeem*

Op 2 november 2006 hebben de gezamenlijk onderhoudspartijen mij de beoordeling en uitwerking gestuurd van het Activiteitenplan "DBC's eenvoudig beter". In uw beoordeling geeft u aan dat eventuele spanning tussen de vereenvoudiging van het systeem en de door mij gewenste overgang naar prestatiebekostiging, kunnen worden afgevangen door op de risico's toegesneden vangnetten te construeren. In mijn brief van december (kenmerk CZ/IZ-2739536) heb ik u verzocht de uitwerking conform uw advies ter hand te nemen. Tevens heb ik u in die brief gevraagd de genoemde vangnetten verder uit te werken.

In de brief 'Ruimte voor betere zorg' staat als voorwaarde voor prestatiebekostiging dat het DBC-systeem stabiel moet zijn. Een stabiel systeem betekent niet dat er geen wijzigingen meer in het systeem kunnen worden aangebracht. Het DBC systeem is geen statisch systeem en zal, onder



andere vanwege medisch technologische ontwikkelingen, regelmatig aangepast moeten worden. Onder een stabiel DBC systeem versta ik voornamelijk dat het systeem uniform wordt toegepast en er een goede controle op de declaraties kan plaats vinden. Met andere woorden; het systeem moet betrouwbaar zijn voor zowel de patiënt als de verzekeraar als voor de aanbieders van zorg. Invoering van de aanbevelingen van de Taskforce declaraties en van het NZa rapport "declaraties beter controleerbaar" zijn dan ook een belangrijk aspect in de invoering van prestatiebekostiging.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
namens deze,  
de Directeur-Generaal Gezondheidszorg,

drs. M.J. van Rijn

**Bijlage: 1 Uitwerking stand van zaken en vragen met betrekking tot 'categorale zorg'**

In de brief heb ik de uitgangspunten geschetst voor de bekostiging van de 'categorale zorg' en heb ik u verzocht mij te adviseren over de bekostiging. In deze bijlage schets ik de stand van zaken van de verschillende sectoren en stel ik specifieke vragen.

De vragen die relevant zijn voor de implementatie van de doelstellingen in 'Ruimte voor betere zorg', zullen hieronder per sector worden gesteld onder vermelding van *Fase 1*.

**Dialyse (3 instellingen, omzet € 38 miljoen<sup>\*\*</sup>)**

De drie zelfstandige dialyse centra zijn per 1 februari 2006 gaan registreren en declareren op basis van DBCs. Er bestaat overlap met dialyse-producten die geleverd worden in (academische) ziekenhuizen. De 'categorale producten' zijn toegevoegd aan de typeringslijst inwendige geneeskunde. De huidige bekostiging vindt plaats op basis van budgetparameters en specialisten zijn in loondienst. Prestatiebekostiging is in principe mogelijk per 2008. Omdat dialyse niet valt onder één van de in de brief genoemde zorgvormen die onder prijsregulering vallen, komt dialyse zorg in aanmerking voor vrije prijsvorming.

**Fase 1- met betrekking tot 2008**

Ik verzoek u mij te adviseren over de invoering van prestatiebekostiging en vrije prijsvorming van dialyse producten vanaf 2008.

Indien u van mening bent dat prestatiebekostiging niet mogelijk is, verzoek ik u mij te adviseren over alternatieve bekostiging in de ziekenhuizen en categorale instellingen.

**Radiotherapie (6 instellingen, omzet € 59 miljoen)**

De zelfstandige radiotherapeutische instellingen registreren en declareren hun productie (T's en B's: teletherapie en brachytherapie) met ingang van februari 2006 als DBCs. De radiotherapeutische afdelingen in ziekenhuizen registreren en declareren deze producten al sinds 2005.

Deze T's en B's bestonden al langer en zijn ongewijzigd overgenomen in de DBC typering. Hierbij zijn ook de productprijzen gehandhaafd, die gebaseerd zijn op een kostprijsonderzoek uit 1999. De invoering van de DBC-systematiek voor de radiotherapie vond plaats onder de voorwaarde dat in het jaar na invoering, de systematiek voor de radiotherapie verder zou worden doorontwikkeld. In 2007 zullen alle radiotherapeutische centra en ziekenhuisafdelingen daarom tevens registreren op de door de NZa vastgestelde zorgactiviteitenlijst met nieuwe radiotherapeutische zorgactiviteiten. Op deze manier zal het mogelijk worden om in 2008 te komen tot een eventuele herijking van productdefinities en -prijzen voor de radiotherapie. De huidige bekostiging vindt plaats op basis van budgetparameters en specialisten zijn in loondienst. Op dit moment valt de geleverde zorg volledig onder de WBMV (deze zorg komt in de toekomst in aanmerking om uit te stromen uit WBMV). Dat betekent dat voor radiotherapie hetzelfde bekostigingsregiem zou moeten gelden als voor de andere WBMV zorg. Bekostiging op basis van T's en B's per 2008 lijkt mogelijk als de herijking van producten en bijbehorende prijzen tijdig is afgerond.

<sup>\*\*</sup> Omzetgegevens afkomstig van de NZa.



**Fase 1- met betrekking tot 2008:**

Ik verzoek u mij te adviseren over de invoering van prestatiebekostiging van radiotherapeutische producten vanaf 2008. Een specifiek aandachtspunt hierbij is of u verwacht dat de herijking van productdefinities en -prijzen voor de radiotherapie in 2007 is afgerond.

Indien u van mening bent dat prestatiebekostiging niet mogelijk is, verzoek ik u mij te adviseren over alternatieve bekostiging in de ziekenhuizen en categorale instellingen.

**Audiologie (21 centra, omzet in de 13 zelfstandige centra: € 14 miljoen)**

Vanaf 1 april 2006 wordt in alle audiologische centra geregistreerd op basis van AP's (audiologische producten) en met ingang van 1 januari 2007 vindt ook declaratie op basis van AP's plaats.

De huidige bekostiging van de zelfstandige audiologische centra vindt plaats op basis van een begroting (ook wel begrotingsfinanciering genoemd, maar feitelijk begrotingsbekostiging). Acht audiologische centra zijn gevestigd in een UMC. Zij worden bekostigd op basis van budgetparameters. De zorg geleverd in audiologische centra valt gedeeltelijk onder de AWBZ (hiervoor zijn geen AP's bepaald).

Met ingang van de WTZi, per 1 januari 2006, is het maken van winst toegestaan voor de audiologische centra. In de praktijk is dit nu echter niet mogelijk (vanwege de begrotingsbekostiging en het feit dat de centra geen RAK hebben). Wanneer de bekostiging op AP's is gebaseerd, zou de mogelijkheid gecreëerd kunnen worden om per 2008 ook feitelijk winst te maken. Prestatiebekostiging en het vrijlaten van prijzen van audiologische producten is in principe mogelijk.

**Fase 1-met betrekking tot 2008:**

Ik verzoek u mij te adviseren over de invoering van prestatiebekostiging en vrije prijsvorming van audiologische producten vanaf 2008.

Indien u van mening bent dat prestatiebekostiging niet mogelijk is, verzoek ik u mij te adviseren over alternatieve bekostiging in de ziekenhuizen en categorale instellingen.

**Epilepsie (2 centra, omzet € 87 miljoen)**

De epilepsiecentra registreren vanaf 1 januari 2006 officieel op basis van DBCs. De overlap met de epilepsie-behandelingen die in de (academische) ziekenhuizen wordt geleverd, lijkt op dit moment minimaal. In de toekomst kan dit gaan overlappen. Het is dan ook de bedoeling om de 'epilepsie-DBC's' toe te voegen aan de huidige typeringslijst neurologie.

Door de NZa is in oktober echter geen akkoord gegeven op de ontwikkelde producten. De huidige bekostiging van epilepsiecentra vindt plaats op basis van budgetparameters en specialisten zijn in loondienst. De zorg valt gedeeltelijk onder de AWBZ (gehandicaptenzorg en lang verblijf). Hiervoor zijn geen DBCs bepaald.

**Fase 1 -met betrekking tot 2008:**

Ik verzoek u mij te adviseren over de invoering van prestatiebekostiging en vrije prijsvorming van epilepsie producten vanaf 2008.

Indien u van mening bent dat prestatiebekostiging niet mogelijk is, verzoek ik u mij te adviseren over alternatieve bekostiging in de ziekenhuizen en categorale instellingen per 2008.

**Longrevalidatie/astma (6 instellingen, omzet ruim € 62 miljoen)**

Vanaf 1 januari 2006 vindt registratie plaats op basis van DBCs. Uit de analyse van SDO van zomer 2006 bleek dat nog niet juist getypeerd werd. De producten zijn dan ook niet aan de NZa voorgelegd. Afsproken is dat de instellingen zelf de registratie verbeteren en dat de productie eind februari 2007 nogmaals voorgelegd worden aan DBC-Onderhoud. Bij een positief analyseresultaat zal verder worden gesproken over het vervolgtraject.

Er bestaat op dit moment (geringe) overlap met producten die geleverd worden in de (academische) ziekenhuizen. Het is altijd de bedoeling geweest de producten van deze instellingen toe te voegen aan de longgeneeskunde- en kindergeneeskunde- typeringslijsten. De huidige bekostiging vindt plaats op basis van budgetparameters en specialisten zijn in loondienst.

**Fase 1-met betrekking tot 2008:**

Ik verzoek u mij te adviseren over de invoering van prestatiebekostiging en vrije prijsvorming van longrevalidatie/astma producten vanaf 2008.

Indien u van mening bent dat prestatiebekostiging niet mogelijk is verzoek ik u mij te adviseren over alternatieve bekostiging in de ziekenhuizen en categorale instellingen per 2008.

**Revalidatie (24 instellingen, omzet € 344 miljoen, exclusief omzet Sint Maartenskliniek.**

*Daarnaast ook 24 revalidatieafdelingen in algemene en academische ziekenhuizen, geoormerkt budget ruim € 44 miljoen, exclusief loonkosten revalidatieartsen in academische ziekenhuizen.*

*Hiervoor bestaan nog geen DBCs.)*

De sector revalidatie registreert vanaf 1 januari 2007 op een vastgesteld DBC-model, versie 5.9. Ook de SMK registreert op dit model. Onlangs is met de sector gesproken over een vervolgtraject. Vanwege o.a. een noodzakelijke registratie periode van 15 maanden, zal worden toegewerkt naar declaratie op basis van DBCs per 2009. De huidige bekostiging vindt plaats op basis van budgetparameters en specialisten zijn in loondienst. Voor de revalidatie is het dus niet mogelijk om per 2008 te bekostigen op basis van DBCs.

***Fase 1- met betrekking tot 2008***

Ik verzoek u mij te adviseren over de bekostiging en financiering van revalidatiezorg in de (academische) ziekenhuizen en de revalidatie-instellingen als per 2008 het FB-budget wordt afgeschaft. Specifiek aandachtspunt hierbij is het experiment bij de SMK. Het experiment bij de SMK is verlengd tot 2008.

***Fase 2- met betrekking tot 2009:***

Prestatiebekostiging en het vrijlaten van prijzen van revalidatie producten is in principe pas mogelijk per 2009 (indien analyses door DBC-Onderhoud en toetsing door de NZa positief verlopen). Dit betekent dat er geen tussenperiode is en dat financiering én bekostiging op basis van DBCs gelijk op gaan.

Ik verzoek u mij te adviseren over de invoering van prestatiebekostiging en vrije prijsvorming voor de sector revalidatie per 2009.