

---

Vergaderjaar 2006–2007

---

**29 248**

**Invoering Diagnose Behandeling Combinaties  
(DBC's)**

**Nr. 37**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN  
SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 juni 2007

In mijn brief «Samen zorgen voor beter, proloog VWS-beleid 2007–2010» (Kamerstuk 30 800 XVI, nr. 138) heb ik aangegeven dat ik u voor de zomer een beleidsbrief zou sturen over de invoering van integrale prestatie-bekostiging in de ziekenhuissector. Hierbij doe ik die toezegging gestand.

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

## 1. Inleiding

De afgelopen jaren is door mijn ambtsvoorganger succesvol ingezet op de herijking van het verzekeringsstelsel; de klassieke indeling van verzekeraars in ziekenfondsen en particuliere verzekeraars is verdwenen en er is sprake van een nieuw privaatrechtelijk bestel dat op een eigentijdse manier de risico- en inkomensolidariteit organiseert. Ook aan de kant van de zorgaanbieders is het nodige veranderd. Vanaf 2005 kunnen ziekenhuizen<sup>1</sup> vrije prijsafspraken maken met verzekeraars voor een deel van de zorg en is het voor nieuwe zorgaanbieders eenvoudiger geworden hun diensten aan te bieden.

Zoals de staatssecretaris en ik u op 11 april jl. schreven in de brief «Samen zorgen voor beter, proloog VWS-beleid 2007–2010» (Kamerstuk 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 138) zijn hiermee goede randvoorwaarden tot stand gebracht om het accent de komende jaren te verleggen richting kwaliteit van de zorg, positieversterking van patiënten en cliënten en de bevordering van innovatie. Ik besef echter terdege dat het de partijen in het veld zijn die onze ambities op dit terrein vorm moeten geven. Zij beschikken immers over de kennis en de motivatie die nodig is om de zorg toekomstbestendig te maken.

Deze lijn doortrekkend, is het mijn inzet om ziekenhuizen en verzekeraars de komende jaren meer ruimte te geven om naar eigen inzicht invulling te geven aan de zorg. Hierbij wil ik partijen stimuleren om in te zetten op de ontwikkeling van innovatieve technieken die leiden tot een kwaliteitsverbetering van de zorg, maar ook tot efficiëntere werkmethoden en de optimalisatie van logistieke processen, zodat wachten behandel tijden verder worden verkort. Maar ik wil zorgaanbieders ook uitdagen kritisch te zijn op de zorg die ze leveren; vindt de juiste zorg in de juiste instelling plaats en is er sprake van een evenwichtige concentratiegraad? Een gevolg zou dan kunnen zijn dat op bepaalde gebieden een herschikking van de zorg plaats vindt, wat ten goede komt aan de kwaliteit en de doelmatigheid van de geleverde zorg.

Een belangrijke voorwaarde voor de hierboven geschetste ontwikkelingen is een bekostigingssystematiek die zorgaanbieders een adequate vergoeding biedt voor geleverde prestaties. Transparante en kostendekkende tarieven bieden meer mogelijkheden om de aanwezige medisch inhoudelijke en bedrijfseconomische creativiteit aan te wenden, waarvan uiteindelijk de patiënt zal profiteren middels hoogkwalitatieve en betaalbare zorg en een hoge servicegerichtheid van instellingen. Dit impliceert echter ook dat zorgaanbieders moeten laten zien wát ze doen en hóe ze dat doen, zowel kwantitatief als kwalitatief. Alleen op die manier kunnen verzekeraars en patiënten een weloverwogen keuze maken voor een zorgaanbieder. Dit strookt met mijn primaire doelstelling om de komende jaren in te zetten op kwaliteit en een daarop gerichte vernieuwing en op het voor de toekomst houdbaar maken van de inhoud van het zorgaanbod zelf.

### *Bekostiging*

In het Coalitieakkoord staat over de bekostiging en financiering van ziekenhuizen het volgende:

- De ruimte voor vrije prijsvorming in de ziekenhuizen (cure) is thans 10% in de planbare zorg. In 2007 wordt besloten tot een tweede stap naar 20% in 2008, wederom in de planbare zorg. Verdere stappen met vrije prijsvorming in de planbare zorg zijn alleen mogelijk na zorgvuldige evaluatie van voorafgaande stappen op basis van kwaliteit en toegankelijkheid. De onafhankelijke Zorgautoriteit kan bij de beoordeling hiervan een belangrijke rol spelen.

---

<sup>1</sup> Waar ik in deze brief zonder voorbehoud spreek over «ziekenhuizen» dan bedoel ik daarmee zowel algemene en academische ziekenhuizen, alsook categorale instellingen en ZBC's.

- Op korte termijn zullen de betrokken partijen een gezamenlijk plan om het DBC-stelsel te vereenvoudigen uitvoeren.
- Voor het niet vrijgegeven deel van de ziekenhuiszorg dat zich leent voor onderhandelingen over de DBC-prijzen zal in de tussentijd – om een betere prijs–kwaliteitverhouding en efficiënter werken uit te lokken – het instrument van maatstafconcurrentie worden gehanteerd.
- Een aantal andere maatregelen zal tevens getroffen worden teneinde de kostenontwikkeling in de cure te beheersen en ontwikkeling richting *best practices* te stimuleren. De DBC-prijzen in het planbare deel van de ziekenhuiszorg, zullen betrekking hebben op alle kosten die in het ziekenhuis gemaakt worden, inclusief de kapitaalkosten. Ziekenhuizen kunnen dan ook vrij beslissen over investeringen en gaan daarmee financieel risico lopen over de betreffende kosten van kapitaal. Het tempo waarin ziekenhuizen daadwerkelijk steeds meer financieel risico gaan lopen, wordt afgestemd op de initiële herverdelingseffecten van de overgang naar een andere bekostiging.
- De risicodragendheid van verzekeraars voor de uitgaven aan ziekenhuiszorg wordt vergroot. De ex-post compensatie zal daarop worden aangepast.

Voor de uitwerking van deze plannen heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd een uitvoeringstoets uit te brengen. Deze uitvoeringstoets, met als titel »Op weg naar vrije prijzen«, heb ik op 20 april 2007 ontvangen en op diezelfde dag heb ik de toets naar de Tweede Kamer gestuurd (kamerstukken 2006–07 29 248 nr. 36). De uitvoeringstoets is een integraal advies om de bekostiging van medisch specialistische zorg in lijn te brengen met de uitgangspunten van de Zorgverzekeringswet. Mede op basis van dit advies en na intensief contact met de veldpartijen schets ik in deze brief de transitieperiode die ik de komende vier jaar voor ogen heb, om stapsgewijs te komen tot een bekostigingssysteem waarin geleverde zorg – uitgedrukt in termen van Diagnose Behandeling Combinatie's – centraal staat en waarin de prijzen van deze DBCs primair worden vastgesteld in de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars, al dan niet in combinatie met een maatstaf.

Door in 2008 de «lumpsum» af te schaffen en een begin te maken met het beëindigen van het bouwregime wordt reeds volgend jaar een basis gelegd voor dit eindperspectief. Tevens wil ik in 2008 het B-segment uitbreiden naar 20%. Voor de overige medisch specialistische zorg blijft in 2008 de functiegerichte bekostiging gehandhaafd en wordt per 2009 een wellicht tijdelijke vorm van DBC-bekostiging geïntroduceerd (maatstafconcurrentie), waarbij sprake is van een maximum op de gemiddelde prijs per DBC (de maatstaf) die een zorgaanbieder in rekening mag brengen voor haar totale productie.

Hieronder zet ik een en ander per onderwerp uiteen, waarbij ik bewust begin met een nadere uitleg van het begrip maatstafconcurrentie. Deze wijze van DBC-bekostiging vormt een belangrijk vehicle om tot een verantwoorde invoering van prestatiebekostiging te komen.

## **2. Maatstafconcurrentie**

### *Tijdelijke prijsregulering*

Om de verbetering van de voorwaarden voor kwalitatief hoogwaardige zorg te stimuleren, en om in relatie daarmee de premieontwikkeling beheersbaar te houden, is het noodzakelijk de gedeeltelijke vrije prijsvorming in de curatieve sector op een verantwoorde wijze in te voeren. Hoewel de resultaten in het huidige B-segment gunstig stemmen, acht ik het niet verstandig het risico van ongewenste prijsstijgingen te negeren. Verzekeraars moeten immers nog verder groeien in hun rol als zorgin-

koper. De mogelijkheden om patiënten mede op basis daarvan te laten kiezen voor kwalitatief hoogwaardige zorg blijken in de praktijk nog te beperkt. Tevens hebben nieuwe toetreders de tijd nodig om zich als zorgaanbieder te kunnen ontwikkelen.

Zoals ook opgenomen in het Coalitieakkoord, wil ik naast de overgang van het huidige budgetsysteem naar gedeeltelijk vrije prijsvorming een wellicht tijdelijk model van maatstafconcurrentie introduceren. Het beoogde model is een vorm van prijsregulering waarbij ziekenhuizen de vrijheid hebben om de prijzen per DBC en/of per verzekeraar te differentiëren, zolang het gemiddelde van de declaraties de maatstaf maar niet overschrijdt. De maatstaf (ook wel prijsplafond genoemd) is de gemiddelde maximale prijs die een instelling in rekening mag brengen voor haar productie. De NZa stelt dus geen maximumprijzen *per DBC* vast en er is dus ook geen sprake van een prijsgarantie. Indien de gemiddeld in rekening gebrachte DBC-prijs boven het prijsplafond ligt, zal het meerdere worden afgeroomd door de NZa.

De maatstaf legt geen restricties op aan het volume; de omzet fluctueert mee met de geleverde zorg. Het volume blijft een uitkomst van onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders.

#### *Invoering per 2009*

Om het systeem van maatstafconcurrentie goed op de rails te zetten en uit te ontwikkelen en tevens de DBC-systematiek verder te verbeteren, blijft in 2008 voor het niet vrijgegeven deel van de zorg de FB-systematiek bestaan. Per 2009 zal maatstafconcurrentie worden geïntroduceerd voor die zorg die nog niet is vrijgegeven in het B-segment, maar die wel in aanmerking komt voor prestatiebekostiging – zie ook paragraaf 3.

#### *Werking maatstafconcurrentie; landelijke maatstaf en productmix*

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).

De landelijke maatstaf is een uniform bedrag per «gemiddelde» DBC. Bij aanvang is de hoogte van de landelijke maatstaf gebaseerd op de gemiddelde integrale kosten per DBC in de gehele sector. Dit is het totaal van de werkelijke, integrale kosten van kapitaal en arbeid die samenhangen met de DBC-productie van alle ziekenhuizen, gedeeld door het totale aantal DBCs van alle ziekenhuizen. Voor de jaren 2009 tot en met 2011 zal de maatstaf worden bijgesteld op basis van een vooraf in te schatten doelmatigheidspotentieel. Dit betekent dat de hoogte van de jaarlijkse maatstaf aan het begin van de transitieperiode voor die hele periode bekend is. Mochten zich echter overschrijdingen voordoen bij de medisch specialistische zorg dan is tussentijdse aanscherping van de maatstaf (evenals pakketmaatregelen en een aanpassing van de eigen bijdrage) niet uitgesloten.

De productmix van een aanbieder is het gewogen gemiddelde van de zwaarte van de DBC-productie. Per DBC stelt de NZa hiervoor productmixgewichten vast die de relatieve kostenverhoudingen weerspiegelen van verschillende DBCs. Dit betekent dat ziekenhuizen met relatief veel «zware» DBC-behandelingen een hogere maatstaf krijgen en dus geen hinder hoeven te ondervinden van hun gemiddeld dure patiëntenpopulatie. Door deze productmixcorrectie loont het voor aanbieders om zich te specialiseren in de DBCs waar ze goed in zijn en om op basis van medisch inhoudelijke gronden te kiezen voor een bepaalde product-samenstelling.

De NZa berekent de definitieve productmix-index jaarlijks na afloop van het kalenderjaar waarop de maatstaf van toepassing is, aan de hand van de vooraf gecommuniceerde productmix gewichten en de werkelijk gerealiseerde DBC-volumina. Dit biedt enerzijds vooraf zekerheid over de landelijk gemiddelde maatstaf en achteraf compensatie voor verschillen in de zwaarte van de geleverde zorg. Om zorgaanbieders in de gelegenheid te stellen op enig moment hun maatstaf te berekenen (aan de hand van de meest recente productiecijfers) zal de NZa een rekenmodel ter beschikking stellen. De aanbiedersspecifieke maatstaf is alleen bekend bij de aanbieder zelf en de NZa.

#### *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 zorgaanbieder kan daardoor het hele jaar bijsturen zodat hij niet meer declareert dan de maatstaf. Ik wil het mogelijk maken om de eventuele overschrijdingen vanaf 2009 rechtstreeks in het zorgverzekeringsfonds te laten storten.

#### *Uitfasering en monitoring*

Maatstafconcurrentie is, afhankelijk van de mate waarin vrije prijsvorming tot goede resultaten leidt, een tijdelijke maatregel die per 2012 kan worden beëindigd. Hierover wordt in 2011 duidelijkheid geboden. Verdere uitbreiding van vrije prijsvorming vindt ook overigens altijd plaats op basis van zorgvuldige tussentijdse evaluatie met objectieve criteria.

### **3. Segmentering van de zorg**

De definitie van medisch specialistische zorg is dermate breed dat niet alle producten zich lenen voor één en dezelfde wijze van bekostiging. Zo heeft spoedeisende hulp andere kenmerken dan goed planbare zorg en laat topklinische zorg zich in de regel minder eenvoudig omschrijven dan basiszorg. Tegen deze achtergrond wil ik per 2009 voor wat betreft de bekostiging van de curatieve zorg een viertal segmenten hanteren.

Twee segmenten komen in aanmerking voor vrij onderhandelbare prijzen. Dit zijn het B1- en het (reeds bestaande) B-segment. In het B1-segment kan tussen zorgaanbieders en verzekeraars over de prijs worden onderhandeld, maar wel binnen de maatstaf – zie paragraaf 2. Dit betekent dat de prijs van een individuele DBC medebepalend is voor de prijsrange waarbinnen over andere DBCs onderhandeld kan worden. Het B-segment, dat op dit moment circa 10% van de totale omzet in de sector omvat, blijft vrije prijzen houden<sup>1</sup>. Conform het Coalitieakkoord groeit dit segment per 1 januari 2008 naar 20% van de omzet.

Voor een deel van het zorgaanbod is prestatiebekostiging wel, maar onderhandelbare prijzen vooralsnog niet mogelijk of wenselijk. Dit betreft de WBMV-zorg<sup>2</sup>, dure- en weesgeneesmiddelen en de zorg op de intensive care. Om de administratieve lasten voor instellingen zoveel mogelijk te beperken, wordt dit segment (A1) – met vaste tarieven – wel onder de maatstaf gebracht.

Een deel van het werk van ziekenhuizen komt niet in aanmerking voor prestatiebekostiging. De belangrijkste reden hiervoor is dat deze zorg zich niet goed in een aan de individuele patiënt gerelateerde «prestatie» laat beschrijven. Onder dit A0-segment vallen de beschikbaarheidscomponent voor de spoedeisende hulp (SEH), topreferente zorg en opleidingen.

---

<sup>1</sup> Met uitzondering van het uurtarief voor medisch specialisten.

<sup>2</sup> Zorg die valt onder de Wet op bijzondere medische verrichtingen.

**Schematisch kunnen de segmenten als volgt worden gepresenteerd:**

A0	A1	B1	B
Geen prestatie-bekostiging	Prestatiebekostiging met maatstaf-concurrentie		<i>Prestatie-bekostiging met vrije prijsvorming</i>
	<i>Vaste tarieven binnen de maatstaf</i>	<i>Onderhandelbare prijzen binnen de maatstaf</i>	

**3.1 Spoedeisende hulp**

De bereikbaarheid van acute zorg is op dit moment goed geborgd. Op basis van een door het RIVM ontwikkeld model is vastgesteld dat 98,8% van de bevolking binnen 45 minuten per ambulance een ziekenhuis met Spoedeisende Eerste Hulp kan bereiken. Ik zie het als mijn verantwoordelijkheid dat het publieke belang van een goede bereikbaarheid ook in de toekomst gegarandeerd blijft.

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 en ten tweede is het ziekenhuis 24 uur per dag beschikbaar voor mogelijke spoedeisende zorg, los van het aantal te behandelen patiënten.

De kosten van spoedeisende behandelingen komen in principe tot uitdrukking in de prijzen of tarieven van DBCs. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen «acute» of «reguliere» DBCs. Ook vindt geen onderscheid in prijsvorming/tarifering plaats op basis van het binnen of buiten «kantooruren» geleverd worden van de hulp. Deze productiegerelateerde SEH-zorg kan, afhankelijk van het type zorg, onder het A1-, B1-, of B-segment vallen.

Door de beschikbaarheidsfunctie van de spoedeisende hulp (inclusief verloskundige hulp) zullen de vaste kosten echter niet altijd gedekt worden door de inkomsten uit behandelingen. Dit rechtvaardigt een beschikbaarheidsvergoeding. Ik zal mij nog buigen over de wijze waarop ik die vorm wil geven en per wanneer. Deze beschikbaarheidsvergoeding zal onderdeel zijn van het AO-segment.

**Traumazorg**

De beschikbaarheidsfunctie is eveneens van toepassing op de traumazorg en de hieraan gerelateerde voorzieningen, zoals de traumacentra, de traumahelikopters (inclusief nachtpiloot) en Mobiele Medische Teams's (MMT's). Deze vallen net als de beschikbaarheid van de spoedeisende hulp in het AO-segment.

**3.2 Dure- en weesgeneesmiddelen**

De kosten voor dure- en weesgeneesmiddelen (geneesmiddelen voor zeldzame ziekten) lenen zich minder goed voor opname in de reguliere DBC-systematiek. De feitelijke kostprijzen van betreffende DBCs zouden in dat geval een sterke spreiding kennen, waardoor een belangrijk uitgangspunt van de DBC-systematiek – beloning naar prestatie – in het gedrang komt. Het eventuele risico op onderverstrekking dat op deze wijze zou kunnen ontstaan, acht ik niet acceptabel.

De bekostiging van deze bijzondere categorie geneesmiddelen wil ik dan ook laten verlopen via aparte prestaties in het A1-segment, waarin het soort geneesmiddel, de indicatie en de dosering worden meegenomen.

Hierdoor kan de vaste prijs gebaseerd worden op de doelmatige inkoopkosten van het geneesmiddel, zodat ziekenhuizen niet alleen «beloond worden naar prestatie», maar tevens een prikkel hebben tot doelmatige zorginkoop. Verzekeraars beschikken met betreffende gegevens bovendien over de mogelijkheid toe te zien op een terughoudend en verantwoord gebruik van dure- en weesgeneesmiddelen.

### *3.3 Topklinische zorg*

Topklinische zorg wordt gedefinieerd als zorg die valt onder de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV). Het recht op bekostiging van een ziekenhuis ontstaat wanneer dat ziekenhuis een vergunning ex artikel 2 dan wel artikel 8 van de WBMV heeft, vanuit de visie dat concentratie van deze complexe zorg de kwaliteit en de doelmatigheid ten goede komt. Het verschil tussen artikel 2 en 8 is voor de bekostiging niet relevant. In de praktijk zijn twee soorten WBMV-zorg te onderscheiden: productie gerelateerde en niet productie gerelateerde zorg.

#### *Productiegerelateerde zorg*

Vanwege de beperkingen in de toetreding komt deze WBMV-zorg niet in aanmerking voor onderhandelbare prijzen. De productiegerelateerde WBMV-zorg brengt ik vanaf 2009 dan ook onder in het A1-segment.

#### *WBMV zorg zonder directe relatie met productie*

Een deel van de WBMV-zorg onder artikel 8 heeft geen directe relatie met de productie. De NZa spreekt in dat kader van subsidies aan kenniscentra. Het beleidsvoornemen bestaat om in dergelijke situaties terug te vallen op reguliere subsidieverlening waarbij de uitgangspunten uit de nota «Kennis Innovatie en Meedoen» (2003) leidend zijn (kamerstuk 29 214, nr. 1). Ik zie dus af van het gebruik van artikel 8 WBMV.

Voor sommige WBMV-verrichtingen zal, evenals voor de zogenaamde «eenpitters», naar een maatoplossing gezocht worden. «Eenpitters» zijn op zichzelf staande instellingen die nauw aan de zorg gerelateerde activiteiten ontplooiën. Hierbij kan gedacht worden aan registratie en weefseltypering. Indien dergelijke zorg uiteindelijk toch een voorwaarde is voor het leveren van productie, kan overwogen worden dit alsnog in de DBC-tarieven te verwerken en dient de instelling via de afnemende instellingen bekostigd te worden.

### *3.4 Intensive Care*

Intensive Care (IC) is specifieke verpleegkundige en medische zorg aan ernstig zieke patiënten van wie één of meer vitale orgaanfuncties zijn verstoord of uitgevallen. Het spreekt voor zich dat de toegankelijkheid en kwaliteit van deze bijzondere zorg op geen enkele wijze in het geding mogen komen. De betreffende zorg moet te allen tijde beschikbaar zijn voor degenen die dat nodig hebben, waarbij aan de kwaliteit blijvend hoge eisen worden gesteld.

Dit uitgangspunt is wat mij betreft niet onvereenigbaar met een bekostigingswijze die tevens een weloverwogen inzet van mensen en middelen stimuleert. Net als bij dure- en weesgeneesmiddelen, zou het opnemen van de IC-kosten in de tarieven van DBCs een te grote kostenspreiding veroorzaken binnen een DBC. Ik wil de productie op de IC dan ook middels apart declareerbare producten onderbrengen in het A1-segment, waarbij sprake is van vaste tarieven.

Ik wil verkennen of het wenselijk is dat de kosten van de Intensive Care (als onderdeel van een totale behandeling) op termijn zullen worden

opgenomen in de DBC-systematiek. Ik zal de NZa daarom vragen onderzoek te doen naar de relatie tussen IC- en DBC-producten en de mogelijkheden te inventariseren om een en ander te realiseren.

### 3.5 B-segment

Conform het Coalitieakkoord wil ik het huidige B-segment op 1 januari 2008 uitbreiden van 10% naar 20%. Dit segment valt niet onder de maatstaf en over de prijzen mag dan ook volledig vrij worden onderhandeld door verzekeraars en aanbieders (met uitzondering van het uurtarief voor medisch specialisten).

De monitor «ziekenhuiszorg 2007» van de NZa, waarin de NZa een analyse geeft van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2007, geeft mij het vertrouwen bovengenoemde stap in 2008 te kunnen zetten. De NZa schrijft dat de huidige omvang van het B-segment te klein is om de marktwerking goed op gang te brengen. Een aanzienlijke vergroting van het segment met vrije prijzen zal volgens de NZa leiden tot een sterke impuls voor de ziekenhuiszorg, die een positief effect zal hebben op kwaliteit, toegankelijkheid én betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg. Na evaluatie van deze stap naar 20%, zal ik mij beraden op een tussentijdse verdere uitbreiding van dit segment. Ik bied u de monitor van de NZa als bijlage bij deze brief aan.<sup>1</sup>

Het segment van vrije prijsvorming zal in de eerste plaats worden uitgebreid met de DBCs die een goede prestatiebeschrijving hebben en stabiel zijn. Tevens zal ik economische criteria mee laten wegen bij de bepaling van de hiertoe geschikte DBCs.

## 4. Spelers in het veld

De Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) verdeelde de curatieve zorgmarkt naar de verschillende types instellingen, zoals de algemene en academische ziekenhuizen, radiotherapeutische instellingen en dialysecentra. Met de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is afgestapt van deze ordening. Niet meer het type instelling, maar het type zorg staat centraal. De WMG, die op 1 oktober 2006 de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) heeft vervangen, heeft deze ontwikkeling gevolgd.

Invoering van prestatiebekostiging en maatstafconcurrentie per 2009 biedt een goed moment om de bekostiging van zorgaanbieders die vergelijkbare medisch specialistische zorg leveren, waar mogelijk, op eenzelfde niveau te brengen. In deze paragraaf schets ik de gevolgen van prestatiebekostiging voor de diverse zorgaanbieders en voor de zorgverzekeraars. Ik begin echter met de grootste belanghebbenden van alle geschetste ontwikkelingen: de patiënten en consumenten.

### 4.1 Patiënt en consument

Zoals ik al in de inleiding schetste zullen het uiteindelijk de patiënten en consumenten moeten zijn die profiteren van de invoering van DBC-bekostiging in de curatieve zorg. Zorgaanbieders en verzekeraars krijgen de instrumenten in handen om de zorg op een kwalitatief hoger plan te tillen en om nog meer dan nu het geval is in te zetten op patiëntvriendelijke zorg. Ik ben van mening dat patiëntvriendelijke zorg vooral samenhangt met de mogelijkheid voor patiënten om – als goed geïnformeerde partij – samen met de behandelaar weloverwogen keuzen te maken. Bovendien wil ik dat consumenten gefundeerd kunnen kiezen voor de ene of de andere zorgaanbieder. In beide gevallen moeten patiënten zich kunnen baseren op adequate, heldere, toegankelijke en tijdige informatie

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

over onder meer de inhoud en de kwaliteit van de zorg. De DBC is hiertoe een waardevol instrument.

#### 4.2 Algemene ziekenhuizen en UMC's

Algemene ziekenhuizen en Universitair Medische Centra (UMC's) zijn de grootste spelers op de markt voor medisch specialistische zorg. Zij zullen vanaf 2009 dan ook «als vanzelfsprekend» onder de maatstaf vallen. Met de verdeling van de zorgproducten over de segmenten is ook de productie van de algemene ziekenhuizen verdeeld.

In de vormgeving van de nieuwe ziekenhuisbekostiging verdient de positie van de UMC's bijzondere aandacht. De nota «Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving» (kamerstuk 2005–2006 26 275, nr. 4), die mijn ambtsvoorganger en de toenmalige staatssecretaris van OCW op 20 december 2006 aan u hebben aangeboden, gaat hierover. In deze nota wordt de noodzakelijke scheiding aangebracht tussen vormen van zorg die via DBCs bekostigd kunnen worden en functies die vanwege hun publieke karakter bijzondere bekostiging noodzakelijk maken.

UMC's leveren naast basispatiëntenzorg ook topreferente zorg. Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is (*last resort* functie). Deze zorg vereist een infrastructuur waarbinnen vele disciplines op het hoogste deskundigheidsniveau samenwerken ten behoeve van de patiëntenzorg en die gekoppeld is aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek. Dit betekent dat vrijwel alleen UMC's deze zorg aan kunnen bieden. Vanuit het oogpunt van kwaliteit en efficiëntie is de topreferente functie geconcentreerd bij de UMC's.

Zoals ook is vastgelegd in de brief «Liberalisering electieve zorg» van 20 oktober 2004 (Kamerstuk 2004–2005, 29 800 XVI, nr. 25), ontvangen alleen UMC's op grond van bovengenoemde overwegingen bijzondere bekostiging voor topreferente zorg<sup>1</sup>. Dit gebeurt in de vorm van de zogeheten academische component – die vanaf 1 januari 2008 wordt betaald uit het zorgverzekeringsfonds. Deze wijze van financiering vervangt de huidige (tijdelijke) fondsconstructie.

De academische component heeft niet alleen betrekking op de meerkosten van topreferente zorg, maar ook op die van innovatie en ontwikkeling. Ik onderschrijf de noodzaak van de deels bijzondere bekostiging van UMC's om de kwaliteit en beschikbaarheid van topreferente zorg, innovatie en ontwikkeling te waarborgen.

De bijzondere positie van UMC's, alsmede de bijzondere waarborgen die ik voor deze positie heb ingebouwd, gaan hand in hand met bijzondere verplichtingen. De separate bekostiging van innovatie en ontwikkeling en topreferente zorg leidt voor de UMC's tot een verantwoordingsplicht naar premiebetalers, de overheid en zorgverzekeraars en een informatieplicht richting patiënten en verwijzers. Hierover hebben mijn ambtgenoot van OCW en ik afspraken gemaakt met de UMC's.

#### 4.3 Categoriële instellingen

Een gedeelte van de zorg die in (academische) ziekenhuizen wordt geleverd, wordt ook in categorale instellingen geleverd. Zoals gezegd staat met de introductie van de WTZi en de WMG niet meer het type instelling, maar het type zorg centraal.

Om deze reden wordt, net zoals bij de ziekenhuizen, per 2009 prestatiebekostiging en maatstafconcurrentie ingevoerd voor die zorg die nog niet

---

<sup>1</sup> De enige uitzondering hierop is het Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL) dat een bijzondere toeslag ontvangt voor topreferente zorg en innovatie en ontwikkeling.

is vrijgegeven in het B-segment. In 2008 blijft de huidige (functiegerichte) bekostiging gehandhaafd.

Ik realiseer me dat het invoeringstraject van DBCs voor de categorale sectoren niet volledig te vergelijken is met dat van ziekenhuizen. Om deze reden verdienen genoemde sectoren bijzondere aandacht. Op dit moment kan een onderscheid gemaakt worden tussen de reeds in DBCs declarerende<sup>1</sup> en niet-declarerende<sup>2</sup> categorale sectoren. Naar verwachting zijn echter per 2009 bij alle categorale sectoren DBCs geïntroduceerd.

Aangezien categorale instellingen op dit moment nog te maken hebben met een gebrek aan (stabiele) prestatieomschrijvingen en bijbehorende kostprijzen wordt de periode tot 2009 benut om het DBC-invoeringstraject voor categorale instellingen nader vorm te geven en te optimaliseren. Hierbij zal rekening worden gehouden met de specifieke zorgvormen die categorale instellingen leveren.

#### 4.4 ZBC's

De segmentering zoals geschetst in paragraaf 3 en de maatstaf, zoals geschetst in paragraaf 2, zal ook gelden voor zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Dit kan voor bepaalde ZBC's tot gevolg hebben dat zij te maken krijgen met meer regulering, wanneer zij (voor delen van hun productie) onder de maatstaf komen te vallen.

Tegelijkertijd geldt dat de uitbreiding van het B-segment van 10% naar 20% voor ZBC's een uitbreiding van het werkterrein betekent. Invoering van integrale tarieven in het A-segment betekent dat ZBC's een met ziekenhuizen vergelijkbare kapitaallast in hun kostprijs kunnen opnemen.

#### 4.5 GGZ

De psychiatrische afdelingen binnen de algemene ziekenhuizen (PAAZ) en de psychiatrische universiteitsklinieken (PUK) vallen onder het bekostigingsregime van de GGZ. Dat zal ook het geval zijn per 1-1-2008, het jaar waarin de curatieve GGZ wordt overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. In 2008 zal de bekostiging plaatsvinden op de huidige (AWBZ) NZa-parameters, terwijl voor de financiering de DBC wordt gebruikt. Ten behoeve hiervan is de DBC productstructuur recent verbeterd, waarbij klinische en ambulante behandelgroepen zijn samengevoegd.

Binnenkort zal ik de NZA vragen op welke wijze vanaf 2009 DBC-bekostiging kan worden ingevoerd.

#### 4.6 Verzekeraars

Hoewel deze brief en de uitvoeringstoets van de NZa primair ingaan op de toekomstige bekostigingswijze van medisch specialistische zorg, spelen verzekeraars een essentiële rol bij het succesvol laten verlopen van de overgang van aanbodsturing naar vraagsturing in de curatieve sector en daarmee naar een op patiënten gerichte zorg.

Om hun eigen regierol in de zorg waar te kunnen maken, is het noodzakelijk dat verzekeraars de onderhandelingen met ziekenhuizen goed toegerust aan kunnen gaan. Maatstafconcurrentie is één van de instrumenten hiertoe. Door de werking van de maatstaf (zie paragraaf 2) is er immers wel sprake van onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars, maar is het risico van onbeheersbare prijsstijgingen afgedekt.

---

<sup>1</sup> Radiotherapie, dialyse en audiologie.

<sup>2</sup> Epilepsie, revalidatie en long-astma.

Door het wegvallen van de regiovertegenwoordiging en de gecreëerde vrijheden in het B- en (per 2009) B1-segment, worden bovendien de mogelijkheden nog verder vergroot om selectief te contracteren. Dit houdt in dat verzekeraars op basis van kwaliteits- en prijsinformatie besluiten om al dan niet met individuele ziekenhuizen afspraken te maken. Door scherp te onderhandelen op kwaliteit en prijs geven verzekeraars sturing aan hun eigen concurrentiepositie. Tevens staat het partijen vrij om op eigen wijze invulling te geven aan de afspraken. Zo hebben verzekeraars bijvoorbeeld de mogelijkheid om verschillende prijzen voor één DBC bij dezelfde aanbieder af te spreken. Door bijvoorbeeld een relatief hoge prijs te betalen voor de eerste behandeling van een patiënt en een lagere prijs voor herhaalbehandelingen, wordt het ziekenhuis extra gestimuleerd direct kwalitatief goede zorg te leveren.

#### *Risicoverevening*

Verzekeraars lopen op dit moment minder dan 50% risico over het variabele deel van de ziekenhuiskosten en geen risico op het vaste deel. De risicodragendheid van zorgaanbieders en verzekeraars zal de komende jaren met elkaar in overeenstemming worden gebracht. Alleen op deze wijze is er voor verzekeraars voldoende reden om hun inkooprol optimaal vorm te geven, uitgaande van het streven naar kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorg.

De mate waarin verzekeraars risico lopen is nu nog gebaseerd op de budgetparameters van de FB-systematiek, waarbij verzekeraars over de als «vast» aangemerkte componenten minder risico lopen dan over de «variabele» componenten. Omdat de functiegerichte bekostiging gaat verdwijnen, zal de risicodragendheid op termijn aansluiten op de nieuwe bekostigingsystematiek en zullen verzekeraars risicodragend worden voor het deel van de ziekenhuiskosten dat door DBCs wordt bekostigd. Zoals ik u reeds gemeld heb, is het de bedoeling de ex-post compensatie mechanismen zo snel en zo veel mogelijk af te bouwen (Kamerstuk 2006–2007, 29 689, nr. 129).

De mate waarin verzekeraars risicodragend kunnen zijn, hangt vooral af van een tweetal factoren:

- de invloed van verzekeraars op de zorgkosten, zijnde de te betalen rekeningen, en
- de voorspelbaarheid van deze zorgkosten

In z'n algemeenheid kan worden gesteld dat de nieuwe bekostigings-systematiek verzekeraars meer ruimte geeft tot beïnvloeding van deze kosten. Zo leidt het integraal opnemen van de kapitaallasten in prijzen en tarieven er toe dat verzekeraars ook invloed krijgen op de kosten die gemaakt worden voor de productiefactor «kapitaal». Tot nu toe werden (door de overheid) goedgekeurde investeringsbeslissingen immers voor de looptijd van het project vergoed. Ook de onderhandelingsruimte in het B- en B1-segment vergroot de mogelijkheid van verzekeraars om hun kosten naar eigen inzicht te alloceren.

De mate waarin verzekeraars op verantwoorde wijze risico's kunnen dragen, hangt ook af van de «voorspelbaarheid» van de zorgkosten. Verzekeraars moeten geprikkeld worden om zorg te contracteren met een goede kwaliteit en -waar mogelijk- tegen goede prijzen. Voor een goede werking van deze prikkels is het van essentieel belang dat de vereveningsbijdragen vanuit het zorgverzekeringsfonds vooraf goed kunnen worden vastgesteld.

Jaarlijks zullen de bovengenoemde invloeden tegen elkaar afgewogen dienen te worden, teneinde te bepalen in welk tempo de risicodragendheid van verzekeraars kan worden verhoogd.

#### *Regiovertegenwoordiging*

Net als nu al gebeurt in het B-segment, zullen zorgverzekeraars vanaf 2009 voor de totale zorgproductie afzonderlijk moeten gaan onderhandelen met zorgaanbieders over DBC's. Dit betekent dat er een einde komt aan het model van de regiovertegenwoordiging, waarbij de grootste verzekeraar in een regio het voortouw neemt in de onderhandelingen met zorgaanbieders, daarin bijgestaan door een vertegenwoordiger van de andere verzekeraars.

### **5. Integrale tarieven**

De DBC-prijzen in de ziekenhuiszorg (en dus ook de maatstaf) zullen vanaf 2009 betrekking hebben op alle kosten die in het ziekenhuis worden gemaakt, inclusief de kapitaallasten en de honoraria van medisch specialisten. Genoemde kosten moeten dus worden gedekt uit de vergoeding voor DBCs. Dit stimuleert zorgaanbieders naar eigen inzicht te investeren in toegankelijkheid en kwaliteit en zorgt voor doelmatigheid.

#### *5.1 Kapitaallasten*

Ik zal in 2008 een begin maken met de beëindiging van het bouwregime. Dit betekent materieel dat vanaf 2008 geen sprake meer zal zijn van nieuwe door de overheid goedgekeurde en gegarandeerde investeringen die worden verwerkt in de tarieven en budgetten van ziekenhuizen. Vanaf 2009 zullen de kapitaallasten integraal onderdeel uitmaken van de DBC-prijzen en zijn ziekenhuizen zelf verantwoordelijk voor hun investeringsbeslissingen en de financiële consequenties ervan. Meer dan voorheen zullen zorgaanbieders vanaf dat moment baat hebben bij een goede inrichting van de zorginfrastructuur, omdat het loont de patiënt centraal te stellen.

Zorginstellingen moeten tijdens en na de overgang voldoende mogelijkheden hebben om kapitaal aan te trekken om investeringen te doen. De eigen vermogenspositie is daarbij van belang. Uit cijfers van het Waarborgfonds blijkt dat de vermogenspositie van ziekenhuizen de afgelopen jaren al verbeterd is.

Als gevolg van enkele in deze brief genoemde maatregelen zullen zorginstellingen over het algemeen voldoende kapitaal kunnen aantrekken om noodzakelijke investeringen te doen en de toenemende financieringsrisico's op te vangen. In de eerste plaats zullen de risico's de komende vier jaar stapsgewijs toenemen en niet in één keer, waarbij tijdens dit overgangstraject het Waarborgfonds voor de Zorgsector bovendien zal blijven bestaan. In de tweede plaats zullen boekwinsten niet langer worden afgeroomd via de tarieven. Eigendom zal tegen een reële waarde in de balans verwerkt kunnen worden. Boekwinsten op de verkoop van grond of gebouwen kunnen zodoende worden benut om het eigen vermogen te versterken of investeringen te doen.

Tenslotte wil ik voorkomen dat ziekenhuizen door de invoering van integrale tarieven in onoverkomelijke problemen komen. In die situaties waarin een causale relatie bestaat tussen de invoering van integrale tarieven en financiële problemen die niet verwijtbaar zijn aan de instelling, zal ik op basis van een zorgvuldige analyse bezien hoe aan deze problemen het hoofd geboden kan worden zodanig dat de continuïteit van zorg behouden blijft. In elk geval is geen sprake van genoemde causale

relatie indien de instelling in de afgelopen jaren tot andere investeringsbesluiten (met name de bouw) had kunnen komen als gevolg van de al in 2005 aangekondigde veranderingen. Bij genoemde analyse zal de totale exploitatie van de betreffende ziekenhuizen in ogenschouw genomen worden.

Ik zal de NZa vragen de ontwikkelingen in de financieringskosten te monitoren. Aldus ligt er op het punt van de kapitaallasten een uitgebalanceerd overgangstraject waarover ik u binnenkort in een aparte brief nader zal informeren.

## *5.2 Medisch specialisten*

Zoals eerder aangekondigd zal er met ingang van 1 januari 2008 een einde komen aan de zogenaamde lumpsummen en zal voor medisch specialisten het nieuwe uurtarief van € 132,50 (prijspeil 2006) worden ingevoerd. Op dit tarief is een bandbreedte van € 6,- onder en € 6,- boven het uurtarief van toepassing. Hierover heb ik u op 13 februari 2007 via een voorhang aanwijzing geïnformeerd (Kamerstuk 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 129). Het inkomen van de vrij gevestigde medisch specialisten is vanaf 2008 het product van het aantal geleverde DBC's, de normtijd per DBC en het uurtarief.

Conform het advies van de NZa ben ik voornemens het uurtarief te reguleren op instellingsniveau. Dit betekent dat het uurtarief van € 132,50 (waarvan 50 cent is geormerkt voor kwaliteit) zal worden gebruikt als kostprijs om de hoogte van de maatstaf voor instellingen vast te stellen.

De regulering op instellingsniveau heeft een aantal voordelen. Allereerst is het administratief gezien eenvoudiger om instellingen te reguleren dan individuele DBCs. Dit geldt eveneens voor de controle van het tarief. Ten tweede past deze vorm van regulering beter binnen een systeem van integrale tarieven, prestatiebekostiging en toenemende vrije prijsvorming. Deze vorm van regulering biedt immers een grote mate van vrijheid aan de zorgaanbieders, terwijl op macroniveau het uurtarief de totale kosten voor medisch specialistische zorg bepaalt.

## **6. Afbouw instellingsspecifieke kosten in de maatstaf**

Tussen instellingen bestaan doelmatigheidsverschillen. Dit betekent dat bij een maatstaf die gebaseerd is op landelijk gemiddelde normen een deel van de ziekenhuizen efficiency verbeteringen zal moeten realiseren om kostendekkend te blijven produceren. Conform het advies van de NZa wil ik de maatstaf (vanaf 2009) stapsgewijs invoeren om ziekenhuizen zo in staat te stellen bestaande doelmatigheidsverschillen terug te brengen. Bovendien biedt het instellingen de mogelijkheid – indien nodig – om het financiële weerstandsvermogen te versterken. In de brief over kapitaallasten die ik u spoedig stuur, ga ik dieper in op deze (en aanpalende) materie.

Binnen de transitiregulering wil ik de stapsgewijze invoering van maatstafconcurrentie vorm geven door de toegestane maatstaf te verschuiven van het instellingsspecifieke prijsniveau naar het marktconforme prijsniveau, en wel met jaarlijkse stappen van 25%. Dit betekent dat zorgaanbieders de mogelijkheid hebben binnen vier jaar de doelmatigheidsverschillen te overbruggen. Concreet betekent een en ander dat in 2009, de toegestane gemiddeld in rekening te brengen prijs nog voor 75% gebaseerd is op instellingsspecifieke historische kosten en voor 25% op de landelijke maatstaf. In 2010 en 2011 zullen die verhoudingen 50%-50% respectievelijk 25%-75% zijn. Voor nieuwe toetreders geldt per direct de landelijke maatstaf.

## 7. Kwaliteit en innovatie

Zoals ik u al heb geschreven in mijn brief «Samen zorgen voor beter, proloog VWS-beleid 2007–2010» (Kamerstuk 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 138) wil ik de komende periode onder meer prioriteit geven aan kwaliteitsverbetering, positieverbetering van patiënten en cliënten en aan de bevordering van innovatie. Het waarborgen van genoemde doelstellingen is dus een basisvoorwaarde voor de invoering van prestatiebekostiging. Ik geloof echter niet dat prestatiebekostiging hieraan tegengesteld is. Integendeel zelfs. De Raad voor de Volksgezondheid concludeert bijvoorbeeld in haar Strategische Beleidsagenda (2007) dat transparantie een centraal element is bij het bevorderen van de kwaliteit. Het onderzoek «Zorg voor innovatie: Sneller Beter – Innovatie en ICT in de curatieve sector» laat zien dat ziekenhuizen door structurele aanpassingen hun doelmatigheid kunnen verhogen zonder concessies te doen aan de kwaliteit van zorg.

Zowel onder de maatstaf als in een vrije markt zorgt transparantie ervoor dat ziekenhuizen zich op kwaliteit zullen willen onderscheiden. De WMG geeft de NZa mogelijkheden om kwaliteit van zorg en innovatie inzichtelijk te maken. De opdracht in de WMG ligt daartoe echter eerst bij de zorgaanbieders.

### 7.1 Huidige informatie over kwaliteit

Transparantie over prestaties van ziekenhuizen is voor alle partijen van belang om betekenisvolle keuzes te kunnen maken. Ziekenhuizen zullen aangemoedigd worden om hun zorg te verbeteren op basis van openbare informatie over de werkwijze en de resultaten van andere ziekenhuizen; verzekeraars hebben handvatten nodig om hun rol als zorginkoper serieus waar te maken (en zich zodoende te kunnen onderscheiden van concurrenten) en de consument zal mede aan de hand van kwaliteitsinformatie een tweetal concrete keuzes moeten maken – die voor een zorgverzekeraar en (eventueel) voor een zorgaanbieder.

Op dit moment is de informatie over kwaliteit met name gericht op procesindicatoren zoals bij het project Sneller Beter. Verzekeraars en consumenten hebben dus nog te weinig zicht op de resultaten die een ziekenhuis levert. De komende jaren wil ik dan ook sterk inzetten op de standaardisatie van kwaliteitsinformatie en de ontwikkeling van outputindicatoren. Een parallelle ontwikkeling van inzicht in kwaliteit en vrije prijsvorming acht ik essentieel om van de nieuwe bekostigingssystematiek een succes te maken.

### 7.2 Ontwikkeling van indicatoren

De IGZ ziet er op dit moment op toe dat de geleverde zorg aan bepaalde kwaliteitsnormen voldoet. Dit is echter niet een garantie dat kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders inzichtelijk worden. Daartoe worden door de betrokken partijen in iedere sector momenteel openbaar toegankelijke en vergelijkbare kwaliteitsindicatoren ontwikkeld, waarbij de IGZ een belangrijke ondersteunende en coördinerende rol speelt. Het doel is dat in 2011 voor 80 aandoeningen de kwaliteit van de ziekenhuiszorg inzichtelijk is, te beginnen vanaf 2009 voor de eerste groep aandoeningen. Betreffende indicatoren worden gezamenlijk met de patiëntenorganisaties, ziekenhuizen, specialisten en verzekeraars ontwikkeld.

### 7.3 Innovatie

Maatstafconcurrentie biedt sterke prikkels voor veel categorieën van inno-

vatie, welke dan ook dienen te worden bekostigd middels DBCs. Beslissingen over innovaties die gericht zijn op het verbeteren van het proces, het besparen van kosten, of het verbeteren van producten kunnen «eenvoudig» genomen worden door de toekomstige opbrengsten af te wegen tegen de initiële kosten. Voor wat betreft innovaties die gericht zijn op kwaliteitsverbetering is bij maatstafconcurrentie eerder sprake van impliciete prikkels, doordat betere kwaliteit leidt tot meer omzet. Daarnaast hebben veel kostenbesparende innovaties ook indirect kwaliteitsverbeteringen tot gevolg. Betere logistiek leidt tot kortere wacht- en behandelzeiten. Dit komt de medische kwaliteit ten goede.

Zoals ik ook al aangaf in paragraaf 4.1 komt een deel van het beschikbare geld voor het ontwikkelen van innovaties uit de academische component. Uitontwikkelde innovaties zullen echter zodra dat mogelijk is, moeten worden vertaald naar declareerbare producten en zodoende onderdeel gaan uitmaken van de reguliere bekostigingssystematiek. De NZa zal in overleg met de Stichting DBC-onderhoud onderzoek doen naar de mogelijkheden om dit proces te versnellen.

## **8. Verbetering DBC-systeem**

Integrale prestatiebekostiging stelt hoge eisen aan het DBC-systeem; de inkomsten van ziekenhuizen en de schadelast van verzekeraars zijn hier immers mede van afhankelijk. Op de korte termijn (2007 tot en met 2009) zal een aantal belangrijke verbeteringen worden doorgevoerd, onder meer om het systeem stabiel te maken. Tevens zal worden gewerkt aan een nieuwe productstructuur die de DBC-systematiek beter hanteerbaar moet maken.

### *Aanpassingen korte termijn*

Zoals mijn ambtvoorganger in zijn brief «Ruimte voor betere zorg» (kamerstuk 2005–2006 29 248, nr. 30) heeft aangegeven, is een stabiel DBC-systeem een belangrijke voorwaarde om over te gaan op prestatiebekostiging. Onder een stabiel DBC systeem versta ik 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, de verzekeraar als voor de aanbieders van zorg. De «Taskforce DBC Declaraties» heeft in 2006 belangrijke aanbevelingen gedaan die de stabiliteit van het DBC-systeem vergroten. De invoering van de aanbevelingen van deze Taskforce, evenals die uit het NZa-rapport «Declaraties beter controleerbaar», is dan ook een belangrijk aspect in de invoering van prestatiebekostiging.

Naast stabiliteit is het van belang dat alle zorg die zorgaanbieders leveren, in declarabele prestaties zijn ondergebracht. Voor bepaalde onderdelen van zorg (WBMV-zorg, IC, en dure geneesmiddelen) is dit nog niet (volledig) het geval. Dit geldt ook voor zorg die wordt geleverd in enkele specifieke categorale instellingen. Het is van belang dat hier zo spoedig mogelijk declarabele prestaties voor ontwikkeld worden

### *Structurele aanpassingen*

In het invoeringsjaar 2005 werd het DBC-systeem als complex en moeilijk hanteerbaar ervaren. Vanwege een breed gedragen behoefte aan een beter hanteerbaar DBC systeem hebben veldpartijen en VWS in juni 2006 een gezamenlijk verbeterplan «DBC's: eenvoudig beter» opgeleverd. De stichting DBC Onderhoud heeft de nadere uitwerking van het verbeterplan ter hand genomen. De finale besluitvorming over de inhoud en het tijdpad voor de invoering van het verbeterplan vindt deze zomer plaats.

De kern van het verbeterplan is een nieuwe productstructuur. Kenmerken van de voorgestelde nieuwe productstructuur zijn:

- medisch herkenbare zorgproducten: er worden herkenbare DBCs gedeclareerd met herkenbare tarieven voor de patiënt;

- een uniforme diagnoseregistratie die aansluit aan op een internationale diagnoseclassificatie (ICD-10);
- patiëntgeoriënteerd: per zorgvraag wordt één zorgproduct vastgesteld, ongeacht het aantal specialismen dat bij de behandeling is betrokken (geïntegreerde zorgproducten);
- zorgzwaarte wordt meegewogen bij de bepaling van het te declareren product.

Om het gebruikersgemak te vergroten, worden de zorgproducten zoveel mogelijk afgeleid uit de basisadministratie van het ziekenhuis. *ICT* De hierboven beschreven verbeteringen in het DBC systeem, gekoppeld aan de doelmatigheidswinst die instellingen moeten realiseren maakt goede *ICT* ondersteuning onontbeerlijk. Mede in het licht van de taakstelling zoals opgenomen in het Coalitieakkoord zullen met de sector afspraken worden gemaakt over ondersteuning op het gebied van *ICT* en innovatie om de genoemde taakstelling middels doelmatigheidswinsten te kunnen realiseren.

## 9. Slotbeschouwing

Patiënten hebben recht op veilige, toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg voor een betaalbare prijs. Gelukkig is de zorg in Nederland, dankzij de inzet van goed opgeleide en gemotiveerde professionals, betrouwbaar te noemen; de kwaliteitslat ligt hoog en degene die per direct hulp nodig heeft, kan daar van op aan. In mijn contacten met het veld de afgelopen maanden is het positieve beeld dat ik van de gezondheidszorg had, alleen maar versterkt.

Dit neemt niet weg dat er op het vlak van veiligheid, transparantie van kwaliteit en van kosten en daarmee terzake van de toekomstbestendigheid van de zorg nog de nodige stappen te zetten zijn. Om die reden willen de staatssecretaris en ik beleidsprioriteit geven aan kwaliteit, patiëntvriendelijke zorg en innovatie om zodoende tekorten aan personeel en wachtlijsten te ondervangen. Daarnaast willen we bureaucratiebestrijding tot speerpunt van de overheid maken. De bekostigingssystematiek moet zoveel mogelijk op deze aandachtsgebieden toegesneden zijn. Zij is slechts een randvoorwaarde voor wat ons beweegt: het zoveel mogelijk garanderen van goede zorg. Maar daarmee is het wel een belangrijke randvoorwaarde.

Na intensief overleg met het veld over genoemde onderwerpen en na advies te hebben ingewonnen bij de NZa, heb ik in deze brief dan ook een route willen schetsen die moet leiden tot een verbeterde «houdbaarheid» van de zorg. Verzekeraars en zorgaanbieders wordt de ruimte geboden om naar eigen inzicht invulling te geven aan hoogwaardige, kwalitatief verantwoorde en betaalbare zorg. Prestatiebekostiging is daarvoor ondersteunend.

De overgang van budgetfinanciering naar prestatiebekostiging is een omvangrijke «operatie», welke een groot beroep zal doen op de inzet van alle partijen. Door het brede draagvlak, door de waarde van inzicht in goede zorg en door de zorgvuldigheid waarmee de transitieperiode is ingekleed, heb ik alle vertrouwen in een beheerste en verantwoorde stap naar «waardering voor betere zorg.»

### *Aanwijzing*

Met het voorgaande heb ik u de zakelijke inhoud meegedeeld van de aanwijzing die ik op grond van artikel 7 van de WMG voornemens ben te geven aan de NZa voor de uitwerking in regels en beleidsregels van het in deze brief op hoofdlijnen geschetste bekostigingssysteem. De nadere detaillering zal plaats vinden in de aanwijzing en in de regels, beleidsregels en beschikkingen ter zake van de NZa.