

Vergaderjaar 2007–2008

**27 659**

## **Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoediening met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen)**

**Nr. 104**

### **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 9 juli 2008

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 18 juni 2008 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van VWS d.d. 5 februari 2008 inzake kapitaallasten c.a. (27 659, nr. 96);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 5 maart 2008 inzake bodemprocedure NVZ m.b.t. ziekenhuiszorg (27 659, nr. 97);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 19 mei 2008 inzake beslissing op bezwaar inzake behoud van waarde van onroerende zaken voor zorg (27 659, nr. 100);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 19 mei 2008 inzake beantwoording commissievragen over de instelling van een commissie nadeelcompensatie afschaffing bouwregime (27 659, nr. 99);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 28 mei 2008 inzake «Waardering voor betere zorg II» (29 248, nr. 47);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 9 juni 2008 inzake het Werkprogramma 2008 van het College bouw zorginstellingen (CBZ) (25 268, nr. 67);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 11 juni 2008 inzake uitbreiding B-segment en taakstelling ziekenhuizen 2009 (Voorhang aanwijzing ex WMG) (29 248, nr. 48).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

### **Vragen en opmerkingen uit de commissie**

Mevrouw **Smilde** (CDA) merkt op dat de minister de signalen uit het veld en van de NZa serieus neemt en daarom heeft besloten om de maatstafconcurrentie nu niet in te voeren. Het is een goed signaal dat de NPCF hier positief op heeft gereageerd. Het CDA heeft altijd gepleit voor een sterke vermindering van het aantal dbc's en voor een verantwoorde uitbreiding van het B-segment, de zogenaamde vrije prijzen.

Het temporiseren van het B-segment betekent dat de FB-systematiek grotendeels gehandhaafd wordt. Wat zijn de knelpunten en de consequenties van het handhaven van de FB-systematiek voor de topklinische

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Halsema (GroenLinks), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA) en Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie).  
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Vendrik (GroenLinks), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Vietsch (CDA), Uitslag (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gill'ard (PvdA), Smilde (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Hamer (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie) en De Wit (SP).

ziekenhuizen, voor de beschikbaarheidstoelage voor kleine ziekenhuizen en voor de acute zorg en dergelijke?

Naarmate het B-segment groter wordt, wordt het A-segment kleiner. Op het kleinere deel drukken de functies die niet in dbc's worden geadmini- streerd, zoals acute zorg en de beschikbaarheidstoelage. Blijven de prijzen en volumes beheersbaar door deze geleidelijke uitbreiding van het B-segment met handhaving van de FB-systematiek? Dat was het doel van de invoering van de maatstaf. Nu bestaat het risico dat de vraagsturing stopt. Hoe kunnen prikkels die omzetverhogend werken, tegengegaan worden? Hoe wordt upcoding van dbc's voorkomen? Hoe gaat de minister bevorderen dat de vraagsturing gestimuleerd wordt? Het is aantrekke- lijker, de prijzen in de hand te houden, want dan behoeven de volumes niet gewijzigd te worden.

Er is een toenemende groei in de zorg en vooral in de meer complexe en duurder zorg die vaak niet in het B-segment zit. Ziekenhuizen krijgen geen toestemming van de verzekeraar om een extra specialist aan te trekken, waardoor wachtlijsten ontstaan. De minister geeft aan dat hij bij een ongunstige ontwikkeling mogelijk toch de maatstaf wil invoeren. Op grond van welke criteria gaat de minister dat doen?

Het besluit om de B-dbc's voor monitoring door de NZa uit te breiden wordt ondersteund. De zorgverzekeraars zijn op dit moment nog niet voldoende toegerust om de nodige zorg in te kopen. Wanneer is dat wel het geval? Hoe wordt de zorgzwaarte meegewogen in een B-dbc? Dit aspect speelt een grotere rol naarmate er meer B-dbc's komen, waarin de meer complexere aandoeningen worden opgenomen.

Na een paar jaar discussie lijkt er met het nieuwe plan «Dbc's op weg naar Transparantie» (DOT) sprake van een robuust dbc-systeem. Er wordt al jaren gepleit voor het terugbrengen van het aantal dbc's. De administra- tieve lastendruk wordt verminderd, omdat er geen handmatige, maar een afgeleide validatie plaatsvindt. Dit verkleint de kans op fouten. Wanneer is dit mogelijk?

Gezien de grote problemen van de afgelopen jaren, blijft er zorg bestaan. Hoe zorgt de minister ervoor om het systeem vanaf 2010 goed te laten draaien?

Mevrouw **Vietsch** (CDA) is blij dat de door velen langgekoesterde wens in vervulling is gegaan, namelijk het afbouwen van de regels in de zorg. De afschaffing van het bouwregime is een rijdende trein die niet meer gestopt kan worden. Op dit moment weten zorginstellingen echter niet hoe zij hun budget voor kapitaallasten moeten berekenen en wat er op de balans komt te staan voor het gebouw. Die duidelijkheid moet er voor 1 september komen, zodat zorginstellingen een begroting kunnen opmaken. De begroting is nodig voor eventuele bezuinigingen en voor berekening van offertes van dbc's en dergelijke. Die offertes moeten op tijd ingediend worden, zodat zorgverzekeraars hun premie kunnen bepalen. Kan de minister toezeggen dat dit voor 1 september geregeld is? Er is bezorgdheid over het voortbestaan van kleine ziekenhuizen en ziekenhuislocaties. Daarom is gepleit voor een extra budget voor kapitaal- lasten voor ziekenhuislocaties met spoedeisende hulp en een verlosafde- ling. Wat is hiervan de stand van zaken en komt hier ook voor 1 september duidelijkheid over?

De minister heeft een commissie ingesteld om na te gaan welke zieken- huizen nadeel ondervinden van de afschaffing van het bouwregime. Dat is een goede zaak. Maar het betekent dat er definitieve duidelijkheid moet zijn over de waarde van de gebouwen in het jaarverslag van instellingen. Zolang die waarde niet vaststaat, kunnen instellingen geen beroep doen op deze commissie. Kan de minister toezeggen dat de commissie het rapport op tijd klaar zal hebben? Kan de minister aangeven wat het tijdpad is na het advies van de commissie?

Een ander punt van onduidelijkheid zijn de immateriële activa. Moeten deze nu wel of niet meegenomen worden op de balans na afschaffing van het bouwregime? Is er dus wel of niet een post van 200 mln. voorzien op de begroting van volgend jaar?

Het bouwregime voor de AWBZ-instellingen wordt per 1 januari 2009 afgeschaft en loopt daardoor een jaar achter op dat van de ziekenhuizen. Dit betekent dat hier exact dezelfde vragen spelen. Wanneer komen de antwoorden en komt er ook een commissie van wijzen voor AWBZ-instellingen?

De minister heeft vorig jaar de prioriteitenlijst voor ziekenhuizen overbodig verklaard en afgeschaft, omdat het bouwregime werd afgeschaft. Waarom is er nu nog wel een bouwprioriteitenlijst voor AWBZ-instellingen? Kan die ook niet afgeschaft worden? Op welke wijze wordt rekening gehouden met de kapitaallastenwijziging van projecten die na de afschaffing van het bouwregime worden opgeleverd en waarbij nog niet is overgegaan op normatieve kostenvergoeding?

AWBZ-instellingen die rood of oranje zijn aangemerkt, vragen zich af of zij dure interim-voorzieningen moeten bouwen of dat zij de gebouwen toch later mogen opleveren. Kan de minister hier duidelijkheid over geven?

De minister moet voor 1 september duidelijke besluiten nemen, zodat zorginstellingen weten waar ze aan toe zijn en antwoord krijgen op hun vragen over de jaarrekeningen. Patiënten en cliënten weten dan dat zij mogen rekenen op de voortgang van de benodigde bouwprojecten en banken zullen weer leningen durven te verstrekken. Kan de minister dit toezeggen?

Mevrouw **Schippers** (VVD) stelt dat het veld duidelijke randvoorwaarden en perspectief nodig heeft. De minister heeft goede beslissingen genomen om een goede kwaliteit voor een redelijke prijs tot stand te brengen. Dat is in het belang van de patiënt.

Het dbc-systeem is nog onvoldoende stabiel om kostendrager van de ziekenhuisfinanciering te zijn. DBC-Onderhoud stelt dat 75% van de huidige dbc's stabiel is. Per specialisme is een top veertig van stabiele dbc's, die homogeen zijn in de kosten en 80% van de productie vormen. Er is voldoende ruimte voor verantwoorde uitbreiding. Toch spreekt de NZa van instabiliteit. Wat is de werkelijkheid?

Uitbreiding van het B-segment vereist een verbetering van het dbc-systeem. Dat moeten paralleltrajecten zijn. Een dbc is niet meer dan een kostendrager. Dat kan veel simpeler. De kostenopbouw is hetzelfde. Aanpassing is noodzakelijk, ook om uitdrukking te geven aan multidisciplinaire zorg in de kosten. Dat gaat heel traag. Eind 2005 heeft de toenmalige minister toegezegd, het dbc-systeem sterk te vereenvoudigen. Deze toezegging is elk halfjaar herhaald, maar nog steeds is er geen forse teruggang gerealiseerd in de 30 000 dbc's. Een teruggang naar 3000 dbc's kan niet voor 2009 worden gerealiseerd. Het systeem schijnt klaar te zijn, maar de ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben hun registratiesysteem niet op orde. In 2009 wordt schaduw gedraaid. Deze systemen kunnen niet van de ene op de andere dag worden omgezet. Een sterke vereenvoudiging van het systeem kan blijkbaar niet binnen drie jaar worden gerealiseerd. Hoe is dit mogelijk? Dit is een ernstig signaal van een bureaucratie die zich niet of slecht laat bijsturen. Hoe kan dit anders?

Het blijkt moeilijk te zijn om innovaties op te nemen. Dit is geen nieuwe klacht. Juist hierin moet het kostenverschil duidelijk worden, vooral als die kostenverschillen zichtbaar worden in het verdere behandeltraject in een multidisciplinaire benadering. Dat is de kracht van een dbc. Dit heeft niets te maken met kinderziekten. Het traject heeft te veel beslissers en te veel niet parallel lopende processen. Dit moet opgeschoond worden. DBC-Onderhoud is al begonnen met het herontwerpen van het eigen proces, want dit moet veel simpeler. De bewijslast ligt nu bij wetenschappelijke verenigingen of de aanvrager. Dat werkt niet in de praktijk. In vier

jaar hebben zij maar zeventien aanvragen binnengekregen. Dat is een teken dat het helemaal fout zit. Kan de minister toezeggen dit traject snel op te schonen? Innovaties ontstaan overal en niet alleen bij UMC's en kunnen juist beter worden uitgetoetst in een niet-academische setting. Hieraan moeten geen beperkingen worden gesteld. Wil de minister in het verlengde van de motie van de VVD over een tijdelijke toelating tot het parket een experimentele dbc mogelijk maken?

Veelbelovende ontwikkelingen kunnen in een aantal ziekenhuizen worden uitgetoetst en in het pakket worden opgenomen bij positieve resultaten. Zo wordt flexibiliteit ingebouwd. Het paralleltraject betekent dat de huidige dbc-systematiek sneller op orde moet komen en flexibeler moet zijn. Deze garanties horen bij een verdergaande uitbreiding.

Het uitstel van de maatstafconcurrentie is positief, maar de minister laat de eventuele invoering wel boven de markt hangen, afhankelijk van ontwikkelingen in het B-segment. Wanneer wordt het dan wel ingevoerd en wat zijn de criteria?

Er moet evenwicht zijn tussen vraag en aanbod. Dan kan alleen als de zorgverzekeraars ook financieel worden afgerekend op een scherpe zorginkoop. De nacalculatie moet versneld worden afgebouwd. De ontwikkelingen vragen om een scherpe inkoophouding van verzekeraars om het evenwicht te bewaren. De prikkel om de verzekerden te verleiden tot afname van selectieve zorginkoop van de zorgverzekeraar door het inkopen van een hele goede kwaliteit en in de premie of het eigen risico het prijsverschil door te rekenen, zal daadwerkelijk leiden tot hele andere uitkomsten.

De invoering van het systeem van kapitaallasten is een ingrijpende operatie met grote consequenties voor een aantal ziekenhuizen. Waar staat men nu en wanneer worden welke stappen genomen? Welke regels gelden er nu? Zorgverzekeraars accepteren geen opslag op de prijs en zij zullen in dergelijke situaties verwijzen naar de landelijke regelingen. Zij willen niet ingaan op verzoeken tot opslagpercentages voor relatief hoge kapitaallasten en zij zullen adviseren, in overleg te treden met de ingestelde commissie voor nadeelcompensatie. Deze commissie schuift alles door tot oktober. Dan worden criteria en rekenregels gelijktijdig in het eindadvies opgenomen. Ziekenhuizen moeten daarom een halfjaar langer wachten en kunnen de komende maanden geen grote beslissingen nemen. Ziekenhuizen en revalidatiecentra hebben ernstige instaproblemen. Waarom heeft het maanden geduurd voordat een commissie werd ingesteld?

Als eerste merkt de commissie op dat de planning niet kan worden gehaald. Wanneer krijgt een individueel ziekenhuis zekerheid over de eigen situatie? Wordt de AWBZ door de commissie van wijzen meegegenomen? De spelregels moeten duidelijk zijn voordat het spel begint. Wanneer worden deze regels bekend?

De sector heeft perspectief nodig. Investerings in onroerend goed vereisen financiële zekerheid, anders zijn banken niet bereid kredieten te verlenen. Hiervoor is een visie nodig met instrumenten en een tijdspad, waarvoor een motie is aangenomen. Kan de minister zeggen wanneer deze visie er komt?

De heer **Van Gerven** (SP) stelt vast dat de conditie van de dbc-systematiek beroerd is. De vereenvoudiging wordt in 2009 niet gehaald. Niettemin zet de minister een volgende stap, waarbij hij de marktdepten van de NZa in liberaliseringsdrang passeert. De NZa wilde aanvankelijk slechts tot 26% overgaan, maar de minister zet in op 34% als de Kamer hiermee akkoord gaat. Dit is een risicovol experiment dat de zorg in grote problemen kan brengen. Dbc's en marktwerking moeten leiden tot kostenbeheersing met behoud van kwaliteit en toegankelijkheid. De uitkomsten zijn volgens de minister positief, maar verzekeraars en anderen zijn minder optimistisch.

In februari presenteerden de zorgverzekeraars de cijfers over 2006. Het vrije B-segment bleek gegroeid met maar liefst 12%, 2% prijsstijging en 10% volumegroei. Het CVZ kwam tot een nog hoger percentage van 28,2. Er is vooralsnog onvoldoende bewijs voor het feit dat het B-segment stijgt door de onderhandelingen over prijzen en volumes. Onderzoek van ziekenhuizen sluit hierbij aan. De zorgverzekeraars zijn van mening dat dit aan de liberalisering ligt, want de rem is eraf. Er is geen sprake van een kostendaling en betaling per verrichting zonder plafond leidt tot kostenstijgingen. Is het misschien verstandiger gezien de onzekerheid, om de liberaliseringsoperatie te bevriezen? Niemand zit te wachten op een kostenexplosie.

De dbc-financiering met betaling achteraf kost de ziekenhuizen honderden miljoenen aan extra rentelasten. Dit geld kan beter in de zorg gestopt worden.

De kostenontwikkelingen steken bizar af tegen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) voor de ziekenhuizen. Het is logisch dat de ziekenhuizen de taakstelling aanvechten. Tegenover een jaarlijks geschatte benodigde groei van 4% stond de afgelopen jaren maar een groei van 2,7%. Het nieuwe regeerakkoord rekent met 3,1%, terwijl zeker 4% nodig is. Dat is niet gebaseerd op de werkelijke behoefte. Het is logisch dat de ziekenhuizen een bodemprocedure starten tegen de korting van 175 mln. op het budget of taakstelling.

De maatstafconcurrentie is uitgesteld en hopelijk leidt dit afstel, want deze vorm van concurrentie leidt tot een ratrace naar beneden. Zorg teruggebracht tot het gemiddelde leidt tot middelmatige zorg. Velen achten de functionele budgettering niet effectief. Wat is er mis met een budgetstelsel dat uitgaat van een reële volumegroei van de ziekenhuiszorg? Zelfs de NZa erkent dat een update van het FB-systeem mogelijk is. Dit dient serieus te worden bekeken.

Het multifunctionele budgetstelsel moet volledig in ere hersteld worden. De liberalisering van de kapitaallasten en het vrije B-segment moet worden teruggedraaid. De bestaande parameters moeten worden verfijnd en geactualiseerd.

De positie van de specialisten vereist extra aandacht, want zij bepalen de zorgkosten. Betaling per verrichting moet worden afgeschaft, want zij bepalen zelf de productie en daarmee hun loon. Dat kan onder de huidige omstandigheden niet meer. De cijfers van het CVZ laten een groei zien van 31% van de honoraria van de specialisten in het vrije B-segment in de eerste drie maanden van 2007. Dat kan niet de bedoeling zijn. Artsen en maatschappen moeten in loondienst komen van het ziekenhuis. Het declareren moet door de ziekenhuisadministratie verzorgd worden aan de hand van de behandelgegevens van artsen en verpleegkundigen.

Wat is het nut van de liberalisering van het vastgoed, nu de minister samen met het Bouwcollege heeft geconstateerd dat het met de ziekenhuisgebouwen goed gesteld is? Dat is een verdienste van het systeem dat tot nu toe bestond. Waarom moet dit goede systeem verdwijnen? Ziekenhuizen zijn incidenteel 200 mln. kwijt door versnelde afschrijving en 280 mln. structureel door de risico-opslag voor het aantrekken van kapitaal. Is de minister bereid, de ziekenhuizen tegemoet te komen?

Het is eerlijk dat de ziekenhuizen worden gecompenseerd voor alle nadelen en niet alleen bij onevenredig nadeel ten gevolge van de liberalisering van de kapitaallasten. De nadelen na 2011 moeten ook worden vergoed. Liberalisering van vastgoed heeft langer effect dan slechts tot 2011. Veel ziekenhuizen zijn bang dat de lokale, productiegebonden toeslag verdwijnt. Het gaat om 2% van het budget en het wegvallen hiervan gaat ten koste van innovatie en kwaliteit. Moet deze niet in stand blijven?

In het gunstigste geval is per 1 oktober duidelijk wat de toekomstige kapitaallasten zijn voor individuele ziekenhuizen. Het is daarom wellicht verstandig om de verdere liberalisering van de dbc's op te schorten

vanwege deze grote onzekerheid. Het gaat om 10 tot 12% van de ziekenhuiskosten, terwijl er grote verschillen bestaan tussen de ziekenhuizen. Een valide prijsbepaling van de dbc's is daarom niet mogelijk. Hoe groter het vrije deel, des te groter de risico's. Het is vreemd dat het spel begint voordat de regels vaststaan.

Hoe staat het met de financiering van de drie brandwondencentra in Nederland? Heeft de NZa bepaald dat er aparte dbc's komen voor deze centra?

De verzekeraars stellen voor, de Kaderregeling AO/IC te handhaven tijdens de huidige overgangperiode. De zorgverzekeraars in Nederland zijn mordicus tegen de afschaffing van deze regeling. Wat vindt de minister hiervan?

De heer **Van der Veen** (PvdA) vindt het belangrijk dat er keuzemogelijkheden bestaan voor de burgers. Voor een keuze is inzicht in prijs en kwaliteit nodig. Verbetering van dit inzicht vraagt om ondernemerschap bij de veldpartijen en een zekere moed van de politiek. De politiek moet vertrouwen geven aan de veldpartijen.

In het regeerakkoord is afgesproken dat voor 2008 het aantal dbc's wordt uitgebreid naar 20%. In het regeerakkoord zijn afspraken gemaakt om de liberalisering van de tarieven op basis van kwaliteit en toegankelijkheid beheerst te laten plaatsvinden. Volgende stappen worden pas gezet als de vorige stappen zijn geëvalueerd. Bij de verdere liberalisering wordt gebruikt gemaakt van de maatstafconcurrentie.

Nu komt de minister met een soort semiconvenant waarin de uitbreiding van het B-segment aan de orde is tot een maximum van 34% en een voorwaardelijke invoering van het maatstafinstrument. In ruil daarvoor moet de NVZ de bodemprocedure staken. In de beoordeling van het geheel staat centraal dat onbeheerste kostenstijgingen worden afgewenteld op de premie of verkleining van het basispakket. Hoe vindt de komende jaren beheersing van het volume plaats en wie is hier verantwoordelijk voor? Het antwoord op deze vraag bepaalt of de minister over zal gaan tot het terughalen van overschrijdingen en het alsnog invoeren van het maatstafinstrument.

Zorgverzekeraars contracteren onvoldoende op volume. De voorwaarde hiervoor is selectieve contractering. De zorgverzekeraars zijn op dit moment niet in staat, het volume in de gaten te houden of te beheersen. Volume is de productie van specialisten. Specialisten beoefenen hun bedrijf in toenemende mate uit in zelfstandige behandelcentra (zbc). Deze onttrekken zich voor een deel aan de verantwoordelijkheid van de raden van bestuur van ziekenhuizen. Wie is verantwoordelijk voor de productie en de volumestijging in de zbc's? Hoe wordt dat in de hand gehouden? De achteruitgang in inkomen van specialisten leidt tot meer volume. De NVZ zegt in haar laatste brief dat zij niet verantwoordelijk gesteld kan worden voor een overschrijding van het BKZ als gevolg van een proportionele volumegroei die buiten hun beïnvloedingsmogelijkheden ligt. Kan de minister hierop reageren? Welke criteria gelden er op zo'n moment en met welke criteria wordt bepaald wanneer sprake is van onverantwoorde groei in termen van prijs en volume? Bij onverantwoorde groei is de minister voornemens, het voorlopige besluit in te trekken en zal geen verdere uitbreiding van het B-segment plaatsvinden. Hoe wordt het aandeel berekend van de ziekenhuizen bij een overschrijding van het BKZ? Kan de minister garanderen dat de monitor van de NZa, die in mei 2009 wordt uitgebracht, concluderende informatie zal opleveren? Dit mede in het licht van de opmerkingen in de brief van de NVZ over de onderhandelingen die in 2008 onder bijzonder onzekere omstandigheden tot stand zijn gekomen. De voorgaande jaren moeten eigenlijk bij de cijfers betrokken worden. Een go/no go-beslissing mag zich niet uitsluitend richten op de resultaten uit 2008. Op welke resultaten dan wel?

Ook maakt de NVZ opmerkingen over de kapitaallastenproblematiek en de eventuele onjuiste dan wel niet tijdige schoning in relatie tot het meten van de resultaten.

Het maatstafinstrument wordt ingezet bij onverantwoorde groei. Hoe beoordeelt de minister de opmerking van de NVZ die aangeeft dat de minister feitelijk wil afzien van maatstafconcurrentie? Hoe beoordeelt de minister de opmerkingen van de NVZ dat bij een eventueel ingrijpen in het geliberaliseerde B-segment de NVZ zich een nadere toets van bezwaren voorbehoudt? Hoe verhoudt deze opmerking zich tot de constatering in de brief van de directeur-generaal dat de bodemprocedure zal worden gestaakt? Hoe beoordeelt de minister de opmerking in de brief van de NVZ waarin wordt aangegeven dat, als niet getornd wordt aan het uitgangspunt van volledige nacompenatie, de NVZ de taakstelling van 160 mln. niet accepteert? Wat verstaat de NVZ onder een volledige nacompenatie? Hoe beoordeelt de minister de opmerkingen van de NVZ dat individuele leden zich alle rechten voorbehouden om toch te procederen? Hoe verhoudt dit zich tot het feit dat de procedure gestaakt wordt? Hoe worden de opmerkingen van de NVZ over de afhandeling van de problematiek rond immateriële vaste activa beoordeeld in relatie tot de gemaakte afspraken? Hoe beoordeelt de minister de opmerking van de NVZ dat er eigenlijk geen perspectief zit in de maatregelen na 2010? De zorgverzekeraars zijn enthousiast over het voorstel van de minister. Dit voorstel staat of valt met de onderhandelingskracht van de zorgverzekeraars. Als de minister zoveel geloof en vertrouwen heeft in de onderhandelingskracht van de zorgverzekeraars, waarom wordt het risico van overschrijding van volume en prijs dan niet bij de zorgverzekeraars neergelegd? Waarom heeft hij dat niet gedaan? Waarom heeft de minister zoveel haast en wil hij niet wachten op de uitkomsten van de evaluatie van de NZa?

De commissie van wijzen is ingesteld om te bezien of de ziekenhuizen door wijziging in de kapitaallastebekostiging in de financiële problemen komen. Was het de verwachting van de minister dat de onzekerheid over de nadeelcompensatie zou worden weggenomen? De onzekerheden voor de ziekenhuizen blijven echter bestaan. De onduidelijkheid over wie het besluit neemt over de toekenning van een nadeelcompensatie neemt de onzekerheid niet weg, maar vergroot deze juist. Wordt er nadeelcompensatie geboden zoals dat gebruikelijk is of wordt dit beperkt tot een nader te bepalen minimum?

De minister heeft aangegeven dat alleen onevenredige schade wordt gecompenseerd. Een instelling komt niet in aanmerking voor compensatie indien de solvabiliteit niet verder zakt dan een nader te bepalen minimum. Dit zijn geen eenduidige begrippen. Hoe gaat de minister de onzekerheid wegnemen? Wanneer kan de commissie tot uitspraken komen? Het zou geweldig zijn als dit voor 1 oktober 2008 het geval zou zijn.

De kwaliteit van de zorg en het terugbrengen van medische missers staat ter discussie. Deze missers zijn voornamelijk te wijten aan menselijk handelen onder druk, zo blijkt uit een rapport van de Orde van Medisch Specialisten.

Zowel de raden van bestuur als de hulpverleners hebben veel aan hun hoofd. Voor een groot deel van de raden van bestuur geldt dat zij op dit moment hun hoofd verliezen. Deze operatie vraagt echter om veel bestuurlijke kracht, zeker gelet op alle onzekerheden. Heeft de minister ook aandacht voor het aspect van bestuurlijke overstrekking in de ziekenhuizen? Is het bestuurlijk verantwoord om nu over te gaan tot uitbreiding van de vrije prijzen?

De heer **Vendrik** (GroenLinks) merkt op dat deze fundamentele operatie het hart vormt van een nieuwe organisatiestructuur in de cure en straks ook in de care. Het is onverteerbaar dat er steeds wordt gesproken over het systeem van dbc's dat aan verandering onderhevig is. Voortdurend is

de vraag aan de orde of het systeem wel stabiel is en gebruiksvriendelijk voor alle betrokkenen. Het parlement moet zich hier intensiever mee gaan bemoeien, want de manier waarop het nu gaat, is schandalig. De gehele beheersing van het dbc-proces rammelt aan alle kanten, waardoor er geen zicht is op het moment waarop de operatie succesvol is afgerond. Het is onverteerbaar dat de vereenvoudiging voor de cure is uitgesteld en dat hiervoor meer tijd en vermoedelijk ook meer geld nodig is. Kan de minister beterschap beloven? Er moeten duidelijke politieke afspraken gemaakt worden met de minister over wat er nog te verwachten valt. Hoeveel dbc's zijn er, hoe zit het met de vereenvoudiging, is het systeem gebruiksvriendelijk? Iedere keer moet de minister, net zoals zijn voorganger, melden dat het meer tijd kost dan oorspronkelijk is afgesproken. In het verleden is gebleken dat kwaliteit, naast beheersbare volume- en prijsontwikkelingen, voor de minister cruciaal is. De hele operatie moet ten dienste staan van meer kwaliteit, maar het bewijs voor het bereiken van meer kwaliteit ontbreekt in de brief van de minister. Vrije prijsvorming kan ook leiden tot minder kwaliteit. Kan de minister bewijzen dat de kwaliteit door de vrije prijsvorming is toegenomen? De praktijk moet de winst van de vrije prijsvorming aantonen.

De minister maakt zijn voornemen kenbaar om het vrije prijsdeel en het B-segment nu al onder voorwaarden voor 2009 te verruimen, terwijl de cruciale toets over de toename van de kwaliteit, het NZa rapport, er nog niet is. Waarom wil de minister hierop vooruitlopen? Dat is bestuurlijk ook niet handig. Veel beroepsbeoefenaren willen de kwaliteit verhogen. Het is beter, het jaar 2008 af te wachten om te zien wat er gebeurt. Het veld is nauwelijks bezig met kwaliteit, omdat het alleen maar bezig is met het dbc-systeem. Van kwaliteitswinst is überhaupt geen sprake.

Verzekeraars komen nauwelijks toe aan de inkooprol waarin de kwaliteit centraal zou moeten staan, omdat er te veel tijd besteed moet worden aan de pbc's.

Bij vrije prijsvorming spelen het te verwachten volume en de prijsontwikkeling een rol. Het BKZ is al tamelijk ruim, ook in de groei voor de komende jaren. Er moet meer ruimte komen voor zorg, maar ergens moet een begrenzing plaatsvinden. De maatstafconcurrentie is een methode om de vrije prijsvorming aan banden te leggen. Waar blijft de maatstafconcurrentie? Het ziekenhuisveld is tegen, maar het kan een vitaal instrument zijn. Het lijkt nu als een mogelijke optie weg te drijven naar 2010. Wanneer en over welk deel van de zorg zou de maatstafconcurrentie ingevoerd worden? In het regeerakkoord staat dat maatstafconcurrentie een optie is voor het niet vrijgegeven deel van de ziekenhuiszorg, maar in de laatste brief van de minister zegt hij dat het over het totale B-segment gaat. Dit is niet in overeenstemming met elkaar. Wat is hier precies aan de hand? De procedure bij de kapitaallasten is onduidelijk. Het bouwregime is afgeschaft, maar de verwerking in dbc's moet nog starten. Het is begrijpelijk dat ziekenhuizen pas op de plaats maken. Dit leent zich niet voor herhaling bij de AWBZ.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie) merkt op dat de belangrijkste conclusie uit het rondetafelgesprek dat is gehouden naar aanleiding van het onderzoeksrapport over de effecten van invoering van marktwerking in de zorg, is dat er geen verschil van mening bestaat over de doelstelling, namelijk een kwalitatief betere en meer doelmatige gezondheidszorg. Het komt dan wel aan op de definitie van de term marktwerking. Van echte marktwerking kan in de zorg geen sprake zijn, want de overheid blijft verantwoordelijk voor het borgen van de publieke belangen. Marktwerking in de zorg moet betekenen meer output georiënteerd zijn en waar nodig, het veranderen van organisatieprincipes om de doelstellingen te bereiken.

Prestatiebepaling lijkt een meer gecompliceerde operatie dan gedacht. De dbc's zijn nog niet op orde, waardoor de NZa over onvoldoende gege-



vens beschikt om een maatstaf te kunnen vaststellen. Daarom is het invoeringstraject op belangrijke onderdelen gewijzigd. De invoering van een nieuwe dbc-productstructuur wordt uitgesteld tot 1 januari 2010. Er wordt voorlopig afgezien van de invoering van maatstafconcurrentie. In plaats daarvan wordt het B-segment in 2009 uitgebreid tot maximaal 34%. Of dit gebeurt, wordt afhankelijk gesteld van de NZa-rapportage, die volgende maand verschijnt.

Met de voorstellen van de minister lijkt te worden afgeweken van het coalitieakkoord. Maatstafconcurrentie is een instrument om onbeheersbare kostenstijgingen te voorkomen. De invoering van maatstafconcurrentie blijft boven de markt hangen. Bij onaanvaardbare prijzen en volumestijgingen wordt alsnog ingegrepen. Hiermee zijn belangrijke waarborgen ingebouwd om in te kunnen stemmen met het voorgestelde invoeringstraject. Het is van belang dat bestaande knelpunten zo snel mogelijk worden opgelost. Het jaar 2009 moet gebruikt worden voor het aanpakken van niet goed functionerende elementen, zoals de ex post verevening en de kapitaallasten.

De invoering van prestatiebekostiging staat of valt met een goed functionerend dbc-systeem. Een aandachtspunt is een strakke regeling van de verantwoordelijkheden. Voorkomen moet worden dat invoering in 2010 wordt gefrustreerd door andere wijzigingen in de bekostiging, zoals de kapitaallasten. Kan de minister garanderen dat de verbeterde dbc-productstructuur op verantwoorde wijze per 1 januari 2010 kan worden ingevoerd?

In verschillende onderzoeken naar de effecten van marktwerking in de curatieve zorg wordt een aantal positieve ontwikkelingen geschetst, maar er worden ook knelpunten aangegeven. Niet alleen de prijs, maar ook de kwaliteit van het zorgaanbod is onvoldoende transparant, waardoor zorgverzekeraars niet in staat zijn, een goede invulling te geven aan hun regierol. Meer vrije prijsvorming moet hand in hand gaan met een beter inzicht in de kwaliteit van het zorgaanbod. Er is behoefte aan een set kwaliteitscriteria en objectieve randvoorwaarden.

De uitbreiding van het vrije prijssegment wordt door veel ziekenhuizen ondersteund. Zij willen meer ruimte voor een eigen afweging bij het nemen van investeringsbeslissingen en zijn bereid de nodige risico's te lopen. Het is daarbij van belang dat er voor de langere termijn voldoende zekerheid wordt geboden. Investeringsbeslissingen zullen worden uitgesteld, wanneer er onvoldoende duidelijkheid is over de bekostiging. Dit heeft negatieve gevolgen voor kwetsbare zorgvormen, zoals acute zorg en intensive care. Er bestaat een spanningsveld tussen zorgvuldige invoering en prijsbeheersing en het bieden van een duidelijk perspectief aan ziekenhuizen.

Pas op 1 oktober 2008 verschijnen de criteria van de commissie van wijzen voor nadeelcompensatie. De onduidelijkheid hierover staat onderhandelingen tussen de ziekenhuizen en zorgverzekeraars in de weg. Kan de minister garanderen dat er op 1 oktober 2008 een toereikende regeling is getroffen, waardoor de kapitaallastenproblematiek niet op het bord van de verzekerde belandt?

De NZa moet de schoning van het B-segment uiterlijk 2008 hebben afgerond. Er worden signalen ontvangen dat deze datum misschien niet kan worden gehaald. De NVZ heeft een bodemprocedure aangespannen tegen de opgelegde taakstelling vanwege overschrijding van de productieafspraken. Het gaat hierbij om de vraag wie verantwoordelijk is voor de volumestijging in de zorg. Hiervoor moet zo snel mogelijk een oplossing worden gevonden. Een sterke volumegroei kan de invoering van een prijsbeheersingsmaatregel tot gevolg hebben. Ziekenhuizen hebben een zorgplicht en kunnen de stijgende zorgvraag niet «om niet» honoreren. De minister moet dit niet aan de rechter overlaten.

Zorginstellingen gaan risico's lopen door de vermogensklem en willen de vrije beschikking over het onroerend goed hebben. De minister meent dat

de tientallen miljarden die de afgelopen decennia in de zorginfrastructuur zijn geïnvesteerd, hieruit niet mogen weglekken. Kan een compromis worden gevonden met het instellen van een winstklem voor een bepaalde tijd, bijvoorbeeld tien jaar na invoering van het nieuwe systeem? De geestelijke verzorging staat onder druk in de ziekenhuizen. Het recht op geestelijke verzorging is geborgd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Wat is de betekenis van deze wet in het systeem van dbc's en integrale tarieven? Is het nuttig de geestelijke verzorging op te nemen in een dbc? Er zal een aantal vormen van eerstelijnszorg in het vrije prijssegment worden opgenomen, maar de zorginkoop in de eerste en tweede lijn zijn te veel gescheiden trajecten. In dit kader moet worden doorgepakt op koppeling en substitutie.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66) staat open voor concurrentie als het gaat om vrije prijsvorming. Er kan in een klein deel van de markt vrij onderhandeld worden over prijs en volumes. Dit komt de prijs en de kwaliteit van de geleverde zorg ten goede. De patiënt wordt dan echt koning en krijgt waar voor zijn geld. De zorgkosten in de toekomst worden in de hand gehouden.

Het kabinet mag met dit project niet langer wachten. Er kleven veel problemen aan de dbc's. Er zijn er veel te veel en dat leidt tot een onoverzichtelijke situatie. Iedere keer heeft de Kamer aangegeven dat het beter moet. Uiteindelijk zal dit systeem van dbc's wel tot een goed resultaat leiden.

Er zijn al allerlei verbeterplannen, zoals van de NVZ. 2009 moet een jaar zijn waarin de plannen van de grond gaan komen. De ziekenhuizen moeten hier volop aan meedoen. Een uitbreiding van het vrije segment van 20 naar 70% zit er niet in vanwege de problemen met de dbc's. Slechts 34% zal tot het vrije segment behoren. Het voordeel is dat de prijsplafonds verdwijnen en dat er geen maatstafconcurrentie is, zodat echte prijsvorming kan plaatsvinden. De prijsplafonds belemmeren vrije onderhandelingen en echte prijsconcurrentie komt niet van de grond. Het is slim om 34% zonder prijsplafond in te voeren gezien de problemen met de dbc's. De NZa gaat monitoren hoe het vrije segment van de markt zich ontwikkelt. Vrije prijsvorming is een middel om ervoor te zorgen dat er goede kwaliteit geleverd wordt en dat de zorg betaalbaar is.

Het is van belang dat de administratieve problemen worden opgelost, want dan kan er vaart worden gemaakt. Kan de minister garanderen dat de problemen rond de dbc's de komende jaren echt worden opgelost? Er moet worden geïnvesteerd in kennis voor de markt. Dit is noodzakelijk om tot succes te komen. Kan de minister eens kijken naar de initiatieven die zijn ontwikkeld door CZ, Univé en Menzis? Kan dit breed worden opgepakt?

Waarom zijn er vier bekostigingssegmenten? Kan dit niet simpeler?

Mevrouw **Agema** (PVV) merkt op dat eerst per verrichting werd betaald. Ook voor de intake en de nacontrole werd een bepaald bedrag ontvangen. Dit systeem werd te duur en daarom werd in 1992 overgegaan op het budgetsysteem. Specialist die meer deden dan het budget toeliet, moesten geld terugbetalen. Specialist hebben zich hier heftig tegen verzet. Wachtlijsten en demotivatie waren het gevolg. Vervolgens kwam het dbc-systeem en dat is hetzelfde als het verrichtingsstelsel, maar dan in een nieuw jasje. Hieraan hangt een tijdseenheid en een uurloon. Klopt het dat een specialist ook in dit systeem maar 1660 uur mag besteden aan patiëntgebonden uren? Wat gebeurt er als de specialist meer uren besteed?

Door de komst van dbc's bestaat er geen relatie meer tussen inspanning en kosten. Dit wordt als onrechtvaardig ervaren. Wat gaat de minister hieraan doen?

Een specialist die in het ziekenhuis werkt, heeft een relatief laag uurloon. 90% van het geld dat ontvangen wordt voor een dbc, gaat naar het ziekenhuis en 10% gaat naar de specialist. Hierdoor gaan steeds meer specialisten in zbc's werken. Deze werken goedkoper dan een ziekenhuis, omdat er geen intensive care of spoedafdeling is. Een gewoon ziekenhuis ontvangt € 1000 voor een dbc, waarvan de specialist € 150 ontvangt. In een zbc ontvangt de specialist de volledige € 1150. De kosten zijn in beide gevallen € 400. In een zbc houdt een specialist € 750 over en in een ziekenhuis krijgt hij € 150. Dit is een ongewenste verschuiving. Het ziet er daarom naar uit dat er in de toekomst veel zbc's bij komen, waardoor een scheve risicoverhouding ontstaat. Ziekenhuiszorg wordt hierdoor relatief gezien, duurder. Hoe gaat de minister dit oplossen?

De one-stop-visit staat op losse schroeven door invoering van het dbc-systeem. Als voorbeeld wordt genoemd een slechthorende patiënt, voor wie in het oude systeem volgens dbc-16 een vergoeding van € 80 wordt betaald en in een dbc-consult nog maar € 38. Hierdoor zijn er weinig one-stop-visits. Hoe wordt dit opgelost? Er bestaat veel onduidelijkheid over de dbc's. De gewenste kwaliteit en de uitkomsten zijn nog niet zichtbaar.

Het aantal Nederlanders dat een Belgisch ziekenhuis bezoekt, is het afgelopen jaar verachtvoudigd. In België is een one-stop-visit heel gebruikelijk. Wat voor bekostigingssysteem bestaat er in België? Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen het systeem in België en dat in Nederland? Het is verstandig dit te onderzoeken.

### **Antwoord van de minister**

De **minister** bevestigt de invulling van de opdracht uit het regeer- en coalitieakkoord om de ruimte voor vrije prijsvorming de komende jaren uit te breiden. Het eindperspectief wordt in het veld breed gedragen en blijft staan na 2010, namelijk een route in de richting van een zorgvuldige vrije prijsvorming. Het eindperspectief moet leiden tot prijs- en volumebeheersing en tot een betere kwaliteit. Het volume zal in de komende jaren stijgen. Met prestatiebekostiging en vrije prijsvorming wordt beoogd, dit op te vangen door een prijsdaling ten gevolge van competitie. Uit alle onderzoeken blijkt dat doelmatigheid en kwaliteit in elkaars verlengde liggen.

Verzekeraars en zorgaanbieders gaan onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit van het gros van de dbc's en zijn in hoge mate vrij om vorm te geven aan de invulling van de zorg. Er is sprake van integrale tarieven die transparant zijn, met daarin verdisconteerde kapitaallasten. Hierdoor ontstaat meer inzicht in de kwaliteit van de zorgproducten voor verzekeraars en cliënten.

Verzekeraars zijn ook met kwaliteitstrajecten bezig, zoals Menzis. Er wordt gedacht over het aanbesteden van dbc's om de beste kwaliteit te bereiken op basis van een goede prijs. Het Rijk flankeert deze trajecten van de verzekeraars door voor 80 aandoeeningen indicatoren te ontwikkelen om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken. De kwaliteit en patiëntveiligheid nemen toe. De Inspectie voor de Gezondheidszorg moet een eigen route kiezen voor het formuleren van ondergrenzen van kwaliteit. Er moeten garanties worden ingebouwd zodat geen enkele zorginstelling ten gevolge van deze wijziging in bekostiging door de bodem zakt.

De zorg moet toekomstbestendig worden, want in de toekomst zal er een tekort aan personeel ontstaan. 40% van de mensen die in de toekomst om zorg vragen, krijgt geen zorg of er wordt maar 40% van de toereikende zorg geboden. Dit gat moet overbrugd worden, onder andere door innovaties bij de partners in het veld. De infrastructuur moet daarom wel deugen. Het eindperspectief heeft alles met deze doelstelling te maken. In «Waardering voor betere zorg» is een model uiteengezet dat uitgaat van integrale prestatiebekostiging voor de totale zorg in 2009. Hierbij is

sprake van vier segmenten. Vorig jaar werd uitgegaan van integrale prestatiebekostiging van de totale zorg, ingedeeld in vier segmenten. Die segmenten onderscheiden zich naar de mate van vrijheid bij prijzen. Op voorhand was in deze plannen duidelijk dat de maatstafconcurrentie werd ingezet voor een deel van de zorgproductie die wel voor prestatiebekostiging in aanmerking kwam, maar waarbij het wenselijk was een bovengrens voor de prijs te hanteren.

Er zijn intussen belangrijke stappen gezet. Het B-segment is per 1 januari 2008 uitgebreid naar 20%. Het bouwregime is afgeschaft en medisch specialisten worden gehonoreerd op basis van een normatief onderhoud uurtarief. Het gaat om een enorme prestatie, ook bij de onderhoudspartijen.

Bij één belangrijke doelstelling is vorig jaar de lat te hoog gelegd, namelijk bij de invoering van een vereenvoudigde dbc-productstructuur. Dat bleek uiteindelijk niet haalbaar. Voor 70% van de dbc's ligt men op koers, maar voor 30% is het proces nog niet afgerond. Er is een volledig overzicht van de dbc-structuur nodig om berekeningen uit te voeren voor invoering van de maatstafconcurrentie. Dat bleek niet mogelijk en daarom moet dit uitgesteld worden naar 2010. Volgend jaar moet daarom worden afgezien van invoering van het vier segmentenmodel.

In 2009 gaat de route naar het eindperspectief via uitbreiding van het B-segment, een tijdelijke instandhouding van de FB-systematiek en toepassing van het maatstaf- c.q. prijsbeheersingssysteem als stok achter de deur voor 2010.

De beslissing om het B-segment in 2009 tot maximaal 34% uit te breiden, is gebaseerd op de positieve signalen van verschillende organisaties over de ontwikkeling van het B-segment in de afgelopen jaren. De NZa, Gupta en Deloitte constateren na onderzoek dat er meer aandacht is gekomen voor kwaliteit en innovatie en het inzichtelijk maken daarvan. De introductie van het B-segment heeft geleid tot nieuwe toetreders, meer competitie en meer keuzemogelijkheden voor de consument. Er zijn indicaties dat verzekeraars steeds beter in staat zijn om afspraken te maken over prijs, volume en kwaliteit. Deze afspraken gelden ook voor zbc's.

De lijst van dbc's is tot stand gekomen in nauw overleg met DBC-Onderhoud. Er is tevens gebruikgemaakt van de invloed van het veld met betrekking tot de wenselijkheid om over bepaalde dbc's te onderhandelen. De stabiliteit van dbc's is belangrijk. De afbakening hiervan en de mate waarin specialisten zich hierin herkennen, zijn criteria geweest voor een eerste inventarisatie van dbc's om vrije prijsvorming tot stand te brengen. Het advies van de NZa kwam uit op 32,8%; dit is ook technisch mogelijk. De volgende processtap is de monitoring van de NZa over wat verantwoord is bij het B-segment in termen van prijs, volume en kwaliteit. Dit wordt in juli verwacht.

Zorgaanbieders en verzekeraars moeten hun verantwoordelijkheid nemen bij het in de hand houden van prijs en volume. De ontwikkelingen moet goed worden gevolgd om vervolgbeslissingen te kunnen nemen over meer vrije prijsvorming. De NZa zal criteria opstellen en jaarlijks evalueren of de ontwikkeling in het B-segment bijdraagt aan de betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Op basis van deze rapportages zal per jaar worden bezien of het B-segment verder kan worden uitgebreid of dat er een vorm van prijsbeheersing of maatstafconcurrentie moet worden ingevoerd; afhankelijk van de ontwikkelingen in 2009 wordt gesproken over 100% van de dbc's of een nader te bepalen deel.

In 2009 moet worden besloten over het uitbreiden van de 32,8%. Vervolgens moet worden afgewogen welk regime wordt toegepast op het deel dat niet onder de vrije prijsvorming valt of dat met het FB-budget verder wordt gegaan.

Er wordt bekeken om in 2010 naast een deel vrije prijsvorming tot een maximum tarief per dbc te komen. Het voordeel hiervan is dat een soort benchmark ontstaat dat maatgevend is voor wie het het beste doet.

Er wordt toegezegd dat een routekaart wordt overlegd met tussenstappen en het tijdpad om in 2010 de nieuwe productstructuur te realiseren. Het commitment ligt bij de ontwikkeling van de dbc- en productstructuur. De risicoverevening wordt zo mogelijk aangepast.

Ziekenhuizen die topklinische zorg leveren, blijven deels gefinancierd via de zogenaamde speciale WBMV-parameters, die de reguliere FB-parameters aanvullen. Er verandert niets ten opzichte van 2008. De beschikbaarheidstoelage voor kleine ziekenhuizen wordt in 2009 op dezelfde manier gerealiseerd als in 2008. Dit geldt ook voor de academische component. Uit het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over de zorginkoop en de daaraan ten grondslag liggende achtergrondstudies blijkt dat in beginsel de voorwaarden in de markt en in de wet- en regelgeving aanwezig zijn om van de zorginkoop een succes te maken. De RVZ constateert dat een flinke investering van zorgverzekeraars in kennis en capaciteit nodig is om de inkooprol goed te gaan vervullen. De verzekeraars zijn al bezig om de inkoopkracht te versterken. De reactie op het advies zal op afzienbare termijn worden toegezonden.

Het beoordelingskader om al dan niet een maatstaf in te voeren is in die zin duidelijk dat de ontwikkelingen worden getoetst aan de ruimte die in het BKZ aanwezig is. De NZa zal gevraagd worden om concrete criteria te ontwikkelen waaraan de prijs- en volumeontwikkeling kan worden getoetst en op basis waarvan kan worden overgegaan op proportionele maatregelen.

In het nieuwe dbc-systeem worden dbc's afgeleid van gegevens in de ziekenhuisadministratie. Dat vermindert sterk de mogelijkheden tot upcoding. Daarnaast hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om declaraties te controleren. Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor een juiste registratie.

In het B-segment kunnen ziekenhuizen en zorgverzekeraars zelf afspraken maken over de prijs. Per dbc uit het B-segment kan per zorgzwaarte een hogere prijs overeengekomen worden. Vanuit de zorgplicht moet men voldoende contracteren. De populaties die zich aandienen, moeten van voldoende zorg kunnen worden voorzien. De verzekeraar zal wel vragen naar een onderbouwing van een hogere zorgzwaarte, omdat er een hogere prijs wordt gevraagd. Hierin is geen prijsplafond aanwezig, wat wel het geval is bij de maatstafconcurrentie.

Het afleiden van dbc's uit de gegevens van de basisadministratie, vormt onderdeel van een verbeterplan dat in 2010 wordt ingevoerd. Per 1 januari 2010 zullen nieuwe dbc's die in dat jaar geopend worden, worden afgeleid. De validatie blijft gelden voor de dbc's die in 2009 zijn geopend (de overloop-dbc's). Per 2011 worden alle dbc's afgeleid. Het gehele declaratieproces, inclusief het afleiden van zorgproducten, wordt in 2009 getest door schaduw draaien van de nieuwe dbc-structuur die op dit moment in ontwikkeling is. Alle veldpartijen hebben zich gecommitteerd aan de invoering van het dbc-systeem per 2010.

De taakstelling wordt als generieke korting berekend over het totaal van de zorg, dus niet alleen over het A- maar ook over het B-segment. Het bedrag per ziekenhuis wordt vervolgens verwerkt in het FB-systeem. Een individueel ziekenhuis kan zelf bepalen waar de doelmatigheidswinst wordt gerealiseerd.

Het handhaven van de functiegebonden budgettering betekent dat de ziekenhuizen een jaar langer zekerheid hebben over de binnenkomende kapitaallasten. Ook in de sfeer van de jaarverslaglegging is een acute dreiging van een geforceerde versnelde afschrijving weggenomen. Kapitaallasten maken een bescheiden deel uit van de totale budgetten van ziekenhuizen, namelijk 7 tot 10%. Uitbreiding van het B-segment vergroot de onderhandelingsruimte voor verzekeraars en ziekenhuizen. Dan moeten de randvoorwaarden bekend zijn. De schoningsprijzen inclusief de kapitaallasten worden volgens de routekaart op 1 oktober bekend (B-segment). Dan zullen de criteria en de toepassing duidelijk zijn. Per 1 oktober

weten de ziekenhuizen hoeveel kapitaallasten zij via het FB-systeem ontvangen en hoeveel kapitaallasten zij uit de dbc-omzet moeten terugverdienen. Wanneer de functiegebonden budgettering wordt afgeschaft, moet de waardering van de gebouwen op de balans van ziekenhuizen conform de regels van het Burgerlijk Wetboek (BW) plaatsvinden. De zorginstellingen zijn er zelf voor verantwoordelijk om te voldoen aan de waarderingsregels. Er zal ondersteuning worden geboden aan initiatieven van de zorginstellingen en hun controlerende accountants om te komen tot een eenduidige waardering van het zorgvastgoed.

De commissie van wijzen is niet verantwoordelijk voor het jaarverslag en de jaarrekening van instellingen. De waarde van de gebouwen is nodig om een eventueel verschil in binnenkomende kapitaallasten tussen het oude en het nieuwe bekostigingsregime te kunnen bepalen. Per 1 oktober volgt het advies van de commissie. Kort daarna zal de Kamer geïnformeerd worden over het standpunt van de minister.

Immateriële activa zijn inzichtelijk. Deze post is over 2007 kleiner geworden.

De onderbouwing van het bedrag van 200 mln. is nog niet beschikbaar. Als sprake is van een probleem dat samenhangt met het opheffen van het bouwregime wat via de immateriële vaste activa verloopt, is de commissie van wijzen op dit moment de aangewezen contactpersoon. Het toestaan van een generale, versnelde afschrijving is zonder nader inzicht niet aan de orde.

Voor de AWBZ wordt een ander regime gekozen voor de kapitaallasten. Hiervoor wordt verwezen naar de debatten met de staatssecretaris.

Voor de beschikbaarheidstoelage voor kleine ziekenhuizen wordt verwezen naar de brief over bereikbaarheid en kwaliteit, die binnenkort wordt toegezonden. De huidige FB-systematiek zal ook volgend jaar gelden. Dat geldt ook voor de beschikbaarheidstoelage die hierin is verdisconteerd. De risico-inschatting die met de omzetting van het kapitaalregime heeft te maken, wordt minder ernstig ingeschat. Als een opslag gevraagd wordt, is dat een gegeven in de verhouding tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Dit moet per individueel ziekenhuis worden gezien. 70% van de dbc's is stabiel. In 2010 wordt een verbeterplan ingevoerd, waarvoor de stappen verduidelijkt worden via een routekaart. De dbc-structuur is dan afgerond. Er is afgesproken dat het proces om nieuwe zorgproducten in het dbc-systeem op te nemen vereenvoudigd zal worden. Hierover zal de Kamer schriftelijk geïnformeerd worden.

Met de volledige nadeelcompensatie die NVZ in haar brief noemt, beoogt men in feite een één-op-één vergoeding van de eventuele nadelen die uit de omslag van het kapitaallastenregime voortvloeien.

De vraag over de immateriële vaste activa wordt schriftelijk beantwoord.

De beheersing van het volume hangt samen met de evaluatie van de NZa. In mei 2009 vindt deze evaluatie opnieuw plaats en wordt besloten om wel of niet over te gaan tot uitbreiding van de vrije prijsvorming. De verzekeraars sluiten steeds meer contracten over volumes af, ook met zbc's. De volumeontwikkeling van het B-segment in 2005 werd te laag ingeschat dan zich feitelijk voordeed. Daardoor leek 2006 een ongunstiger verloop te hebben. Van de NZa zijn signalen ontvangen dat de prijs- en volumeontwikkeling gunstig verloopt. Men wacht hiervoor de definitieve rapportage en de aanbevelingen van de NZa af.

Bij het onderhoud van het FB-regime zullen de brandwondencentra toereikend worden meegenomen. In 2009 blijft de lokale productiegebonden toeslag in stand, want het FB-regime blijft gelden.

Als prestatiebekostiging wordt ingevoerd, zullen innovaties uit het eigen budget gehaald moeten worden. Daarnaast is het Platform Zorginnovatie opgericht, dat beoogt een en ander aan te jagen. In de eerste lijn blijven de huidige regimes van kracht.

Parallel aan de vrije prijsvorming wordt via een programmatische inzet voor tachtig aandoeningen de kwaliteit inzichtelijk gemaakt.

Maatstafconcurrentie is een middel om de marktwerking in toom te houden. De maatstafconcurrentie c.q. het prijsbeheersingsmechanisme kan gaan werken over de volle linie of additioneel over de vrije prijsvorming. Na de evaluatie van de NZa in mei en de monitoring die in de loop van 2009 wordt gerealiseerd, wordt over een uitbreiding beslist. In 2008 en 2009 wordt de ex post verevening kapitaallasten verder uitgewerkt. Er zal dan helderheid zijn over de nadeelcompensatie, de schoning van kapitaallasten voor uitbreiding van het B-segment, de waardering van onroerende zaken en kapitaallastencomponent in de dbc-tarieven. Het bieden van geestelijke verzorging is opgenomen in artikel 3 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Die bepaling staat los van de bekostiging van de ziekenhuizen. De kosten worden versleuteld in de dbc-tarieven, maar zijn niet eigenstandig herkenbaar. Dat geldt voor meer verplichtingen die uit de Kwaliteitswet voortvloeien en niet direct dbc-gerelateerd zijn. Uitbreiding tot 34% is niet het einddoel. Het gaat om ongeveer 33% voor 2009. Voor 2010 worden nieuwe afwegingen gemaakt. Er is niet voorgeschreven hoeveel uren zorg een medisch specialist gaat leveren. Bij de vaststelling van het uurtarief is gebruik gemaakt van het normatief aantal patiëntgebonden uren. Als de specialist meer uren werkt, krijgt hij ook meer betaald. De vragen over Belgische ziekenhuizen zijn al schriftelijk beantwoord, met uitzondering van de vraag over het bekostigingsregime in België. Hierop wordt schriftelijk gereageerd. De stabiliteit van de dbc's is onderdeel van het herijken van de productstructuur. Het kostenspectrum mag niet zo breed zijn dat er voor relatief eenvoudige dbc's hoge bedragen uitkomen. Op het B-segment en de zbc's zal schriftelijk worden teruggekomen. De onevenwichtige verhouding tussen zbc's en ziekenhuizen is bij het herijken van het kapitaallastenregime al voor een groot deel ondervangen. Dat was een van de redenen waarom de NZa enige jaren geleden al pleitte voor afschaffing van het bouwkostenregime, want ziekenhuizen worden nagecalculeerd en zbc's niet.

### **Nadere gedachtewisseling**

Mevrouw **Smilde** (CDA) vraagt of er knelpunten in de FB-systematiek bestaan die tot problemen kunnen leiden. Algemene kosten worden versleuteld over een steeds kleiner wordend deel van het A-segment naarmate er meer in het B-segment terecht komt. Hoe gaat de minister daarmee om?

Mevrouw **Vietsch** (CDA) herhaalt de vragen over de spoedeisende hulp en de verlosafdelingen in het kader van kleine ziekenhuislocaties. Er wordt aangedrongen op duidelijkheid voor de reguliere ziekenhuizen. Kan de minister hierop terugkomen voordat de commissie van wijzen met haar oordeel komt? Kan er een aparte notitie komen over de AWBZ in verband met de bouwprioriteitenlijsten en de rode en oranje gebouwen? AWBZ-instellingen ontvangen geen leningen van banken door de onduidelijkheid. Dit betekent dat patiënten langer in kamers met meer bedden moeten verblijven.

Mevrouw **Schippers** (VVD) vraagt of er meer helderheid kan komen over de randvoorwaarden. De spelregels en vooral de timing moeten worden aangescherpt. Kan er een extra inspanning geleverd worden om na het zomerreces alle feiten op tafel te hebben? Moeten alle investeringen van ziekenhuizen, zoals voor ICT en veiligheid, ook worden uitgesteld? Het afsluiten van convenanten wordt niet ondersteund. Er moet een balance of power komen door de ontwikkelingen te versnellen. Nacalculatie wordt versneld afgebouwd bij de zorgverzekeraars, zodat de verzeke-

raar belang heeft bij een goede inkoop en daarop scherp wordt afgerekend. Kan de minister de vraag over de experimentele dbc meenemen in de schriftelijke beantwoording van vragen over de vereenvoudiging van toelating van innovaties in dbc's?

Wanneer komt de routekaart? Wordt hierin ook de bekostiging per 2010 opgenomen? Dit perspectief moet aan ziekenhuizen en revalidatiecentra geboden worden.

De heer **Van Gerven** (SP) stelt vast dat er signalen zijn dat verzekeraars op prijs inkopen en niet op kwaliteit. Er komt selectieve contractering, maar dit leidt tot beperking van de keuzevrijheid, terwijl afgesproken was dat de keuzevrijheid in stand zou blijven.

Hoe wordt het bedrag van 280 mln. voor extra rente terugverdiend? Het is redelijk om de ziekenhuizen te compenseren voor de nadelen van de kapitaallastenoperatie. Het is oneerlijk om dat alleen bij onevenredig groot nadeel te doen. De uitgangspositie moet voor alle ziekenhuizen gelijk zijn. Uit de eerste drie kwartalen van 2007 blijkt dat de kosten van de dbc's in het B-segment met 28,2% zijn gestegen ten opzichte van 2006. De honoraria van specialisten zijn gestegen met 31,4% in het vrije B-segment. Kan de NZa hier nog een keer goed naar kijken?

Er is een toezegging gedaan dat er een adequate dbc voor de specialistische brandwondencentra komt, zodat de ziekenhuizen die deze centra exploiteren, niet met extra kosten worden geconfronteerd.

De heer **Van der Veen** (PvdA) concludeert dat het gaat over het semiconvenant dat gesloten is tussen de minister, de NVZ en ZN over de uitruil van maatstafconcurrentie tegen een bodemprocedure. In de brief van 8 mei van de directeur-generaal wordt uitgelegd dat de procedure wordt volgens de NVZ gestaakt, mits er geen maatstafconcurrentie en uitbreiding van het B-segment gerealiseerd wordt. Na onderhandelingen komt er een brief van de NVZ, waarin op bijna alle punten wordt teruggekomen op de gemaakte afspraken, zoals op het punt van de procedures en de vraag wie verantwoordelijk is voor het volume. De NVZ heeft zich aan alle kanten goed ingedekt. De zorgverzekeraars hebben knap onderhandeld en zich goed ingedekt. Er is sprake van een uiterst onzorgvuldig semiconvenant. Op het moment dat volumes overschreden worden, is niet duidelijk wie hiervoor verantwoordelijk en aansprakelijk is. Ook is onduidelijk op welk moment de maatstafconcurrentie wordt ingezet. Veel vragen zijn niet beantwoord.

Voorgesteld wordt op dit moment geen beslissing te nemen, maar om na het zomerreces op basis van meer informatie verder te praten.

De heer **Vendrik** (GroenLinks) sluit zich hierbij aan. Het regeerakkoord is in feite nu overboord gezet. Er wordt kennelijk een onduidelijke deal gemaakt met de veldpartijen en achteraf krijgt de Kamer met moeite te horen wat dit semiconvenant inhoudt. Dit wordt vandaag ook niet helder. De minister is met het veld een commitment aangegaan over uitbreiding van het B-segment. De NZa-rapportage zal dit bevestigen. Er is geen sprake van een harde afspraak met het veld over wat er in het nieuwe B-segment op het gebied van prijs en volume mag gebeuren. De minister heeft veel weggegeven zonder hierbij een cruciaal element te betrekken, namelijk dat dit tot een totale ontsporing van kosten gaat leiden. Dat zijn onheldere afspraken, waar alleen maar ophef van kan komen. De ziekenhuizen en de zorgverzekeraars hebben zich ingedekt.

De Kamer is hierbij gepasseerd, want zij zou vooraf moeten zijn geïnformeerd. Er is geen deal tot stand gekomen. Het woord «semi» in semiconvenant wordt daarom benadrukt. Er moet een eerlijke en volwaardige brief van de minister komen vlak na de zomer op basis van een eerlijke en volwaardige NZa-rapportage, waarin de hele kwestie over prijs, volume en kwaliteit nog een keer goed uitgelegd wordt. De oorspronkelijke afspra-



ken met de Kamer dat alleen dat maatgevend is voor uitbreiding van het B-segment, moeten gestand worden gedaan.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie) vraagt of de datum van 1 oktober 2008 voldoende duidelijk is voor de commissie van wijzen. Is de inhoud van de opdracht aan de commissie ook voldoende duidelijk? De resultaten zouden eerder bekend moeten zijn, zodat per 1 oktober aan de slag kan worden gegaan.

Het is belangrijk dat er conclusies worden verbonden aan de NZa-monitor. Direct na het zomerreces moet hierover gesproken kunnen worden. Het semiconvenant moet glasheldere afspraken bevatten en duidelijk aangeven wie verantwoordelijk is voor wat. Dit moet direct na het zomerreces besproken worden.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66) vindt dat de minister moet doorgaan op de ingeslagen weg. De NZa gaat monitoren. De minister heeft toegezegd zich in te zetten voor gemaakte afspraken. Kan de minister de vier bekostigingssegmenten en de hiermee gepaard gaande administratie op een eenvoudige manier toelichten? Aan de ziekenhuizen moet meer duidelijkheid geboden worden over de kapitaallasten. Zij moeten ook verder kunnen met hun investeringen.

Mevrouw **Agema** (PVV) is van mening dat duidelijker gecommuniceerd moet worden dat, indien een specialist meer uren maakt dan de vastgestelde 1660, deze extra uren betaald worden. Dit blijkt bij betrokkenen in het veld nog niet bekend te zijn.

De **minister** antwoordt dat het een verkeerd signaal zou zijn om de FB-systematiek te herzien, omdat deze afgeschaft zal worden. Voor 2009 zal de NZa gevraagd worden om voor de meest urgente knelpunten de FB-systematiek te updaten. Hiervan zal de Kamercommissie op de hoogte worden gehouden.

Er wordt bij de schoning van de dbc's rekening gehouden met de kapitaallasten. Deze moeten zoveel mogelijk verdeeld worden over het A- en B-segment.

De vraag over de spoedeisende hulp en verlosafdelingen zal schriftelijk beantwoord worden. De staatssecretaris zal gevraagd worden om de notitie over de AWBZ zo snel mogelijk toe te sturen.

Het gaat niet om een convenant, maar om een besluit van het kabinet dat aan de Kamer wordt voorgelegd. In 2009 wordt verder gegaan met de route die beoogd was in het coalitieakkoord, namelijk het uitbreiden van vrije prijsvorming. In 2010 zal indien nodig worden overgegaan tot het toepassen van het integrale prijsbeheersingsmechanisme, omdat in 2009 de maatstafconcurrentie niet ingevoerd kan worden. Dat is niet afhankelijk van het veld.

Er zal een onderzoek worden gedaan naar de achterliggende factoren van de volumestijging. Dit wordt mede gedaan met het oog op de nieuwe kabinetsperiode, want er is altijd discussie over de manier waarop tot een goede raming wordt gekomen. Dit is belangrijk voor de middelen die uitgetrokken worden en voor de meerjarenraming voor het BKZ. Het feit dat de maatstafconcurrentie niet kan worden gerealiseerd, mag niet ten koste gaan van de uitbreiding van de vrije prijsvorming. In het veld is draagvlak gezocht voor de stappen die de komende jaren gezet moeten worden. Dit is iets anders dan een deal.

De intentie is om tot 34% vrije prijsvorming te komen. Het advies van de NZa is dicht bij 33% uitgekomen.

Een deel van de procedure tegen de Staat betrefte de maatstafconcurrentie. De maatstafconcurrentie is voor 2009 van tafel en daarmee is de grondslag voor dit deel van de procedure vervallen. Het deel over de volumeontwikkeling is een totaal andere. Naar de volumeontwikkeling zal een

onderzoek gedaan worden en betekenisvolle informatie uit dit onderzoek kan van invloed zijn op het beleid. Op dit punt zal de procedure sluimerend worden gehouden.

Het is de intentie om de nacalculatie met betrekking tot de risicoverevening af te bouwen. Dit is een belangrijke bouwsteen voor de vrije prijsvorming en de risicodragendheid van verzekeraars. In het najaar zullen de te nemen stappen kenbaar worden. De nadeelcompensatie wordt over de hele linie gezien inclusief de rentelasten.

De routekaart is klaar en zal worden toegezonden. Deze gaat onder andere over de stappen naar een nieuwe productstructuur. In de loop van de tijd moet de afweging gemaakt worden over de stappen na 2010 waarbij het de intentie is om zoveel mogelijk vrijheid aan de ziekenhuizen te geven. De evaluatie van de NZa zal leidend zijn.

De Kamer krijgt ook de besluitvorming met betrekking tot de uitbreiding van het B-segment op basis van de NZa-evaluatie. Over de kapitaallasten wordt 1 oktober duidelijkheid gegeven. Dit zijn onderscheiden stappen die niet op enig moment in deze zomer gezamenlijk kunnen worden gepresenteerd, tenzij de routekaart verbonden kan worden aan het NZa-advies en de besluitvorming van het kabinet op basis van dit advies. Dat kan gezamenlijk in de zomer worden toegezonden.

De vraag over de vermogensklem wordt schriftelijk beantwoord.

De commissie van wijzen heeft gemeld dat zij op koers zit. De voorzitter heeft een toezegging gedaan dat het advies per 1 oktober gereed zal zijn. De commissie zal gevraagd worden, een en ander te bespoedigen. Parallel aan het traject van de integrale advisering van de commissie zal getracht worden de kabinetsreactie voor te bereiden, zodat er zo snel mogelijk na 1 oktober duidelijkheid ontstaat en er geen extra vertraging optreedt. Innovatie wordt gaandeweg gerealiseerd op basis van plannen rond investeringen, de hiermee samenhangende business case en de marktpositie die men verwerft. De kosten van innovatie moeten worden meegenomen in het integraal doorberekenen van kosten in de dbc's. Dit vraagt om een cultuurverandering, waarvan blijkt dat deze snel plaatsvindt. Indien nodig komt er extra communicatie over de betaling van de extra uren van specialisten om te voorkomen dat er wachtlijsten ontstaan. De overige vragen worden schriftelijk beantwoord.

### **Toezeggingen**

- Deze zomer komt er advies van de NZa.
- De Kamer krijgt de routekaart.
- De Kamer krijgt een notitie over de AWBZ-instellingen.
- De commissie van wijzen brengt uiterlijk 1 oktober aanstaande rapport uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Teunissen