

Vergaderjaar 2007–2008

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 47

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 mei 2008

Nadat ik u in juni 2007 de brief «Waardering voor betere zorg» heb toegestuurd (29 248, nr. 37), heb ik samen met alle partijen hard gewerkt om hier verdere uitwerking aan te geven.

Graag informeer ik u met deze brief over de voortgang (zie ook de bijlage)¹ en besluitvorming.

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

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

1. Inleiding

In mijn brief «Waardering voor betere zorg» van 13 juni 2007 (2006–2007, 29 248, nr. 37) heb ik u geïnformeerd over mijn plannen om toe te werken naar de invoering van prestatiebekostiging waarbij de prijs van de geleverde DBC's zoveel mogelijk wordt vastgesteld in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze doelstelling is onderdeel van een eindperspectief dat ik voor ogen heb voor de curatieve sector, waaromtrent sectorbreed overeenstemming bestaat. Kort gezegd ziet dit *eindperspectief* er als volgt uit:

- Zorgaanbieders en verzekeraars onderhandelen over de prijs, het volume en de kwaliteit van DBC's;
- Verzekeraars en cliënten hebben inzicht in de kwaliteit;
- Er is sprake van transparante en integrale prijzen/tarieven;
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen vrij over volume en prijs in het vrijgegeven deel, al blijft het «budgettair kader» in tact;
- Verzekeraars en ziekenhuizen zijn beide risicodragend.

Omdat ik de invoering van prestatiebekostiging zorgvuldig wil vormgeven, heb ik in genoemde brief een invoeringstraject geschetst, waarmee partijen in principe drie jaar (2009–2011) de tijd krijgen om hun organisatie «klaar te maken» voor een nieuw, dynamischer tijdperk in de zorg. De belangrijkste elementen van dit invoeringstraject waren:

- Afschaffing in 2009 van de FB-systematiek en bekostiging van ziekenhuizen op basis van DBC's, deels onder een wellicht tijdelijke vorm van «maatstafconcurrentie»;
- Invoering in 2009 van een viertal bekostigingssegmenten; A0 (geen prestatiebekostiging), A1 (DBC's onder de maatstaf met vaste integrale tarieven), B1 (DBC's onder de maatstaf met onderhandelbare integrale tarieven) en het bekende vrije B-segment;
- Stapsgewijze invoering van maatstafconcurrentie, te beginnen in 2009, met geleidelijke afbouw van instellingsspecifieke kosten in de maatstaf;
- Bekostiging van de beschikbaarheidsfunctie van spoedeisende zorg;
- Vereenvoudiging van het DBC-systeem (van 40 000 DBC's naar circa 3 000 homogene, stabiele DBC-zorgproducten);
- Uitbreiding van het B-segment in 2008 van 10% naar 20%;
- Afschaffing bouwregime per 2008; ziekenhuizen nemen bouwbeslissingen voor eigen rekening en risico;
- Afschaffing lumpsum per 2008 en invoering van een normatief onderbouwd uurtarief voor medisch specialisten.

Bovenstaande opsomming maakt duidelijk dat de overgang van budgetfinanciering naar prestatiebekostiging een omvangrijke «operatie» is, welke een groot beroep doet, en de komende jaren zal doen, op de inzet van alle partijen. Met tevredenheid kan ik inmiddels vaststellen dat we de afgelopen maanden belangrijke stappen hebben gezet op de route richting het geven van meer vrijheid aan partijen om naar eigen inzicht vorm te geven aan de zorg. Zo is per 2008 het B-segment uitgebreid naar 20%, is het bouwregime afgeschaft en worden medisch specialisten gehonoreerd op basis van een normatief onderbouwd uurtarief. Deze belangrijke stappen vormen een solide basis om door te gaan op de ingeslagen weg.

Een belangrijke voorwaarde voor een zorgvuldige en gedragen invoering van integrale prestatiebekostiging is de vereenvoudiging van de DBC-productstructuur. Het doel hiervan is om te komen tot circa 3 000 stabiele en homogene DBC's, op basis waarvan ziekenhuizen en verzekeraars afspraken met elkaar kunnen maken. Het huidige aantal DBC's (40 000) wordt door alle partijen gezien als «onwerkbaar» en bevat teveel onvolkomenheden om breedschalig de ziekenhuisbekostiging op te

baseren. Het blijkt – om technische redenen – niet haalbaar te zijn de vereenvoudiging per 2009, zoals aanvankelijk beoogd, in te voeren.

Mede op grond van bovengenoemde vertraging bereikten mij in februari van dit jaar signalen via de NZa dat de invoering van prestatiebekostiging (in 2009) volgens de huidige aanwijzing niet verantwoord is. Een andere zorg die de NZa naar voren bracht, had betrekking op de kwaliteit van de data, op basis waarvan de NZa de maatstaf moet berekenen. Deze punten hebben vervolgens ook hun impact gehad op het draagvlak bij partijen voor het gekozen invoeringsmodel.

Naar aanleiding van dit signaal heb ik intensief verkend of het mogelijk zou zijn om voor de stabiele DBC's toch in 2009 de maatstaf in te voeren. Dat bleek technisch niet haalbaar te zijn. Parallel daaraan is intensief overleg met alle partijen gevoerd – zowel de koepelorganisaties, als de onderhoudspartijen – om te bezien in hoeverre verdere voortgang kan worden geboekt, tegemoetkomend aan betreffende hindernissen.

Alle inbreng van de partijen overwegende, heb ik thans in hoofdlijnen het volgende invoeringstraject voor ogen, waarbij ik in het bijzonder verheugd ben over de steun van de NPCF voor de gekozen route.

- Invoering nieuwe DBC-productstructuur in 2010;
- Uitbreiding B-segment in 2009 (afhankelijk van de uitkomsten van de NZa-rapportage in juli 2008);
- Per jaar bezien, op basis van permanente monitoring en een zorgvuldige evaluatie, of het B-segment verder kan worden uitgebreid, dan wel of in het totale B-segment vanwege negatieve prijs- en/of volumeontwikkelingen, een maatstaf/prijsbeheersingsinstrument wordt ingevoerd;

Hieronder volgt een nadere toelichting op mijn beleidsvoornemens:

2. DBC's op weg naar transparantie

Van het begin af aan was duidelijk dat de DBC-systematiek hét vehicle van de toekomst zou worden om de zorg transparant en toekomstbestendig te maken. De daadwerkelijke introductie van DBC's in 2005 bracht echter wel een belangrijk aantal «mankementen» aan het licht. Dit heeft er toe geleid dat in juni 2006 door het gezamenlijke overleg van veld- en onderhoudspartijen is besloten om het systeem fundamenteel te verbeteren, onder de naam «DBC's: eenvoudig beter», waarvan de vertaling vervolgens is opgenomen in het plan «DBC's op weg naar Transparantie (DOT)». De doelstelling van DOT is het realiseren van de oorspronkelijke doelstellingen van de DBC-systematiek, zoals transparantie, medische herkenbaarheid, hanteerbaarheid, stabiliteit en openheid voor innovatie. Ook de internationale uitwisselbaarheid is met deze aanpak gediend en het systeem zal eenvoudiger in het gebruik worden.

De invoering van DOT kent een zeer ambitieus tijdschema, waar alle partijen in het najaar van 2007, na externe validatie, mee hebben ingestemd. Onderdeel van dit tijdschema was een beslissing in april 2008 over de invoering van de nieuwe productstructuur met een beoogde ingang van 2009.

Het afgelopen jaar heeft DBC-Onderhoud veelvuldig gerapporteerd over het project DOT. In deze rapportages zijn voorstellen en nadere uitwerkingen gepresenteerd over de wijze waarop en het tijdpad waarlangs het DBC-systeem de komende jaren wordt aangepast. De voorstellen en uitwerkingen in DOT zijn in goede en nauwe afstemming met de NZa, het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), brancheorganisaties, gebruikers,

ICT-leveranciers en wetenschappelijke verenigingen tot stand gekomen. Partijen hebben dan ook – zij het soms met een bestuurlijk voorbehoud – ingestemd met de hoofdroute van het verbeterplan. Conform afspraak is DBC-O medio 2007 gestart met deze nadere uitwerking, met als uitgangspunt invoering per 1 januari 2009.

Naast een veelheid van kleine aanpassingen, kunnen als belangrijkste, fundamentele verbeteringen worden genoemd:

- Een nieuwe productstructuur;
- Van valideren naar afleiden.

Een nieuwe productstructuur

De nieuwe productstructuur wordt gebaseerd op de ICD10-codering. Dit is de meest recente, door de *World Health Organization* onderhouden, internationale diagnoseclassificatie. Voordeel hiervan is dat in de nieuwe productstructuur de zorgproducten medisch veel beter herkenbaar zijn. Dit aspect is van groot belang in het onderhandelingsproces tussen zorgverlener en zorgverzekeraar. Het aantal DBC's wordt hierbij fors gereduceerd en samengebracht tot zorgproducten die medisch herkenbaar zijn en kostenhomogeen. Bovendien zijn de individuele DBC-zorgproducten in de nieuwe structuur specialisme-overstijgend.

Van valideren naar afleiden

In de transitie naar het nieuwe DBC-systeem is aanvankelijk nog de huidige DBC-registratie van toepassing. In een later stadium wordt het DBC-zorgproduct conform de nieuwe DBC-classificatie afgeleid uit de in de basisregistratie vastgelegde gegevens. Dit is een belangrijk winstpunt; het betekent dat het valideren van een DBC straks niet meer nodig is. Op dit moment wordt vóór de behandeling van de patiënt een DBC gekozen. Na de behandeling volgt dan de controle of deze DBC nog steeds klopt: de validatie. Klopt deze niet, dan volgt uitval en moet de juiste DBC handmatig worden vastgelegd voordat de rekening de deur uit kan.

Onderdeel van de vereenvoudiging is dan ook dat deze gegevens aan de bron worden vastgelegd via de basisregistratie. Op deze wijze wordt een landelijk uniforme producttypering gerealiseerd die aansluit op een (internationaal) uniforme en onderhouden diagnoseclassificatie. Een omvangrijke administratieve slag valt hiermee weg en de kans op fouten wordt substantieel kleiner.

Op basis van het overleg met de veld- en onderhoudspartijen kan ik concluderen dat belangrijke voortgang is geboekt bij de uitvoering van het plan «DBC's op weg naar Transparantie». Door verschillende partijen is hard gewerkt aan de verbetering en het draagvlak voor het plan in de sector is groot.

Mede om het draagvlak onder partijen te behouden, hecht ik zeer aan een zorgvuldige invoering van de nieuwe productstructuur. Ik moet daarbij constateren dat met ingang van 1 januari 2009 de beoogde productstructuur nog niet de volledige zorg beschrijft. Een zorgvuldige afstemming van de nieuwe productstructuur met de partijen in het veld en de normtijden met de wetenschappelijke verenigingen vereist meer tijd dan oorspronkelijk was gepland. Ook de zorgaanbieders en zorgverzekeraars vragen om extra tijd voor de omvangrijke implementatie. Dit alles overwegende heb ik besloten om de nieuwe productstructuur niet in 2009 in te voeren, maar in 2010. Alle partijen hebben zich gecommitteerd aan laatstgenoemde invoeringsjaar en zullen in 2009 voorbereidende stappen zetten. Dit houdt ondermeer in dat ziekenhuizen de aangepaste zorg-

activiteitentabel in gebruik zullen nemen en dat een aantal ziekenhuizen zal gaan «schaduwdraaien». Dit laatste is mogelijk omdat DBC-Onderhoud wel dit najaar de nieuwe productstructuur zal opleveren.

3. Integrale prestatiebekostiging

Waardering voor betere zorg

In «Waardering voor betere zorg» heb ik mijn plannen voor de nieuwe bekostiging van de ziekenhuiszorg beschreven. Op 26 juni 2007 zijn deze plannen met de Tweede Kamer besproken. Kern was de invoering per 2009 van integrale prestatiebekostiging op basis van DBC's. Omdat niet alle producten zich lenen voor één en dezelfde wijze van bekostigen, werd onderscheid gemaakt in een viertal segmenten. Voor het grootste deel van de ziekenhuiszorg was vrije prijsvorming voorzien, al dan niet onder een maatstaf, terwijl voor een aantal vormen van zorg prestatiebekostiging wél, maar vrije prijsvorming (vooralsnog) niet wenselijk werd geacht, zijnde: topklinische zorg, intensive care, en dure-/weesgeneesmiddelen. Daarbovenop werden de beschikbaarheid van acute zorg, de academische component en opleidingen afzonderlijk bekostigd. Dit deel van de zorg leent zich minder goed voor bekostiging op basis van DBC's en met name de beschikbaarheid van acute zorg mag onder geen enkele voorwaarde in het geding komen.

De NZa heeft vervolgens de nadere uitwerking van bovengenoemd model ter hand genomen, waarbij onder meer uitvoerige consultatie van de betrokken koepelorganisaties en individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars heeft plaatsgevonden.

Uitstel invoering volledige DBC-bekostiging

Zoals reeds eerder gezegd is de invoering van de nieuwe productstructuur altijd een belangrijke voorwaarde geweest om over te gaan op volledige prestatiebekostiging. Toen duidelijk werd dat het ambitieuze tijdschema inzake de «vereenvoudiging» onder druk stond, heb ik mij in nauw overleg met de NZa bezonnen op in ieder geval de aanpassing van mijn eerdere plannen voor 2009. Een extra aanzet hiertoe vormden de kritische geluiden uit de consultieronde inzake de haalbaarheid c.q. wenselijkheid van de invoering van maatstafconcurrentie (per 2009) en de gebrekkige kwaliteit van de data op basis waarvan de NZa de maatstaf moest berekenen. Het uitgangspunt blijft echter om op een verantwoorde wijze te komen tot het eindperspectief zoals geschetst in «Waardering voor betere zorg».

Op vrijdag 21 maart heeft de NZa bovengenoemde risico's rondom het oorspronkelijk model en tijdspad nogmaals per brief uiteengezet en mij geadviseerd de invoering een jaar uit te stellen dan wel te besluiten tot een alternatief invoeringstraject.

Tegen de achtergrond van het bovenstaande moest worden besloten om de verdere uitbreiding van prestatiebekostiging in 2009 te beperken tot het B-segment (zie paragraaf 4.)

FB-systematiek

Het bovenstaande betekent automatisch dat het grootste deel van de zorg in 2009 bekostigd zal blijven via de FB-systematiek. Dit geldt in ieder geval voor de zorgproductie die of niet of onvoldoende in (stabiele) DBC's is vertaald en/of zorg die zich niet goed leent voor vrije prijsvorming. Ook zal

het die onderdelen bevatten die niet kunnen overgaan naar prestatie-bekostiging omdat er geen aan de patiënt toewijsbare prestaties voor zijn.

Voor het FB-budget blijft gelden dat het wijzigt op basis van de bekende productie- en capaciteitsparameters. Om het FB-segment te bepalen moeten de budgetten worden geschoond voor de stabiele DBC's waarmee het B-segment wordt uitgebreid. De NZa heeft toegezegd «de schoning» uiterlijk 1 oktober 2008 te hebben afgerond. Deze schoning zal, net als bij de uitbreiding van het B-segment van 10 naar 20%, plaatsvinden inclusief kapitaallasten. Dat betekent dat ziekenhuizen over de kapitaallasten die samenhangen met B-segment DBC's risico lopen. Daar is dus sprake van integrale prijzen. De kapitaallasten die, aldus, «achterblijven» in het FB-segment worden, net als in 2008, nagecalculeerd.

Gezien de lange staat van dienst van het huidige FB-model zal met het oog op 2009 enig onderhoud van de betreffende systematiek plaatsvinden en wel voor de meest urgente knelpunten. Het spreekt voor zichzelf dat dit zal gebeuren binnen de voor de kostenontwikkeling beschikbare groei-ruimte.

Bekostiging Medisch Specialisten

Per 1 januari 2008 is de lumpsumbekostiging van medisch specialisten afgeschaft en vervangen door prestatiebekostiging. Als onderdeel daarvan is het normatief onderbouwde uurtarief ingevoerd met een bandbreedte van plus en min € 6.

In de aanwijzing waarin ik de NZa heb gevraagd om dit uit te werken, heb ik tevens verzocht om de werking van de bandbreedte te evalueren en mij te adviseren over de mogelijkheid van verdere deregulering van het uurtarief.

De NZa heeft mij dit advies begin april jl. toegestuurd en daarin negatief geadviseerd over eventuele verdere deregulering. Aanleiding voor dit negatieve advies is het feit dat vier maanden na de invoering van de prestatiebekostiging voor medisch specialisten nog onvoldoende zicht is op de werking ervan. Ik ben net als de NZa van mening dat meer tijd nodig is om de effecten te beoordelen alvorens verdere stappen te zetten in de bekostiging van medisch specialisten. Per 1 januari 2009 zal ik de bekostiging van de medisch specialisten dan ook niet veranderen.

4. Ontwikkeling B-segment

In 2005 is het zogenaamde B-segment geïntroduceerd. In het B-segment kunnen aanbieders en verzekeraars vrij onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en het volume van de geleverde zorg. Zorgaanbieders worden gestimuleerd kwalitatief goede zorg te leveren op een zo doelmatig mogelijke manier. Dit komt de consumentenbelangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) ten goede. Op basis van het Coalitieakkoord is het B-segment per 1 januari 2008 uitgebreid van 10% naar 20%.

Op mijn verzoek brengt de NZa jaarlijks in de zomer een advies uit over de mogelijkheid van verdere uitbreidingen van het B-segment. In verband met de doorlooptermijnen van de invoering van de prestatiebekostiging, heb ik de NZa verzocht om een tussentijds advies uit te brengen over de mogelijkheden tot uitbreiding van het B-segment in 2009.

De NZa constateert in haar tussenrapportage dat sprake is van diverse positieve ontwikkelingen in het B-segment. Zo is er meer aandacht gekomen voor kwaliteit en innovatie en voor het inzichtelijk maken ervan.

Ook heeft de introductie van het B-segment geleid tot nieuwe toetreders, en daarmee tot meer concurrentie op de markt en tot meer keuzemogelijkheden voor de consument.

Daarnaast zijn er indicaties dat verzekeraars steeds beter in staat zijn om afspraken te maken over de prijs, de kwaliteit en het volume van de ingekochte zorg. De NZa ziet geen reden om aan te nemen dat de prijzen en de volumes in 2008 fors zullen toenemen.

In voorgaande jaren heeft de NZa meermaals geconstateerd dat zorgaanbieders meer onderhandelingsmacht hadden dan de verzekeraars. Dit werd veroorzaakt doordat de verzekeraars onvoldoende (kwaliteits)informatie hadden over de verschillende zorgaanbieders om hun verzekerden te sturen en een beleid van selectieve contractering te volgen. Hoewel sprake is van positieve ontwikkelingen, zoals hierboven geschetst, kan de NZa op basis van de thans beschikbare informatie niet concluderen dat de situatie op dit moment substantieel anders ligt, dan wel in 2009 anders zal liggen.

De NZa is van mening dat een *verregaande* uitbreiding van het B-segment het risico met zich meebrengt dat zorgaanbieders in staat zullen zijn om te hoge prijzen te vragen voor de geleverde zorg. Hierdoor kan de betaalbaarheid van de zorg voor de consument in het geding komen.

De ontwikkelingen in het B-segment gaven begin dit jaar echter geen aanleiding om te veronderstellen dat een meer *beperkte* en weloverwogen uitbreiding van het B-segment met grote risico's gepaard gaat. De resultaten uit het verleden zijn immers overwegend positief. Aan de hand van een aantal economische criteria heeft de NZa gekeken welke zorg in aanmerking komt voor plaatsing in het B-segment. Daarbij adviseert de NZa de minister het volgende:

1. Technische uitbreiding van het B-segment met vergelijkbare zorg en eerstelijnszorg: deze overheveling is noodzakelijk om de markt in het B-segment beter te laten werken;
2. Optionele uitbreiding van het B-segment met dermatologie en enkele DBC's binnen oogheelkunde.

Mede op grond van de positieve tussentijdse rapportage van de NZa, heb ik in overleg met de veld- en onderhoudspartijen besloten om het B-segment uit te breiden naar maximaal 34%. De betreffende uitbreiding zal alleen plaatsvinden met stabiele DBC's, welke door de invoering van de nieuwe productstructuur in 2010 niet, of slechts zeer beperkt aan verandering onderhevig zullen zijn. Ik heb de NZa nader advies gevraagd. Dat advies en de uitkomst daarvan gemeten in een percentage is voor mij leidend. Zodra bekend bericht ik u nader over de DBC's die ik hiertoe geschikt acht.

Bij dit besluit maak ik een belangrijk voorbehoud. Ook iedere verdere uitbreiding van het B-segment zal – conform het Coalitieakkoord – vooraf gegaan moeten worden door een zorgvuldige evaluatie van voorafgaande stappen op basis van kwaliteit en toegankelijkheid, waarover de NZa in juli zal rapporteren. Bovendien zal uit deze zogenaamde Monitor Ziekenhuiszorg 2008 – welke is gebaseerd op additionele informatie ten opzichte van de tussentijdse rapportage – moeten blijken dat inderdaad geen sprake is van onverantwoorde groei in termen van prijs en volume. Mocht dit wel het geval blijken te zijn, dan zal ik dit voorlopig besluit intrekken en zal geen uitbreiding van het B-segment plaatsvinden, anders dan de technische uitbreiding met de vergelijkbare zorg en eerstelijnszorg.

De risicodragendheid van verzekeraars zal met de uitbreiding van het B-segment verder worden vergroot. Het uitgangspunt is om verzekeraars voor het volledige B-segment 100% risicodragend te laten zijn.

5. Taakstelling

Mijn hier boven geschetste plannen hebben geen invloed op de hoogte van de taakstelling zoals opgenomen in het Coalitieakkoord. Deze loopt op van € 160 mln. in 2008 tot structureel € 400 mln. vanaf 2011.

Belangrijk is echter wel dat vanaf 2009 het B-segment zal worden meegenomen in de grondslag van de verdeling van de oploop van de taakstelling. Dit betekent dat instellingen met een relatief groot FB-budget (te denken valt aan academische en topklinische ziekenhuizen) niet onevenredig zwaar worden aangeslagen.

In 2009 zal de oploop van de taakstelling (€ 15 mln.) in mindering worden gebracht op de individuele FB-budgetten. Ik acht dit voor de langere termijn echter geen wenselijke situatie, aangezien de beloning van het A-segment hierdoor uit de pas dreigt te lopen met die voor het B-segment en marktverstoring daardoor dreigt. Als ziekenhuizen in onderhandelingen met verzekeraars besparingen realiseren in het B-segment die procentueel tenminste gelijk zijn aan de procentuele taakstelling over het A-segment, dan zal de korting op de FB-budgetten navenant beperkter kunnen zijn.

6. Overschrijding macro-kader; maatstaf/prijsbeheersing

Zoals hiervoor al gesteld, zijn zorgverzekeraars op dit moment nog beperkt in staat hun verzekerden te «sturen» naar doelmatig werkende aanbieders en kunnen zich daardoor min of meer genoodzaakt voelen afspraken te maken onder minder gunstige voorwaarden dan in een situatie met meer evenwichtige verhoudingen tot stand zouden komen. Dit strookt ook met de constatering in het recent door de minister van Economische Zaken aan het parlement aangeboden rapport «Onderzoek Marktwerkingsbeleid» en de recente rapportage van de Raad voor de Volksgezondheidszorg over «Zorginkoop» dat, hoewel er hoopgevende initiatieven zijn, selectieve contractering door zorgverzekeraars nog zeldzaam is.

Dit hoeft echter geenszins verdere positieve ontwikkelingen in het B-segment in de weg te staan. Zoals eerder geconstateerd begint de competitie tussen ziekenhuizen en tussen ziekenhuizen en nieuwe zorgaanbieders wel degelijk verder vorm te krijgen. Bovendien blijken de verbetering van doelmatigheid en kwaliteit in de regel hand in hand te gaan.

Ik heb er vertrouwen in dat de positieve ontwikkelingen in het B-segment zich voortzetten. Wel zal ik een prijsbeheersingsinstrument/maatstaf-systeem ontwikkelen, zodanig dat dit in 2010 ingevoerd kan worden. Daarvoor zal ik de WMG aanpassen. De inzet van dit instrument hangt echter af van de kostenontwikkeling. Indien de positieve ontwikkelingen in het B-segment zich inderdaad voortzetten, zal ik het instrument niet invoeren. Echter, indien de ontwikkelingen in het B-segment in 2009 (voor wat betreft volume en/of prijs) toch minder gunstig zijn dan bij het vaststellen van het budgettair kader voor 2009 aan dat segment kan worden toegerekend en daardoor (mede) oorzaak van een overschrijding van het budgettair kader, dan ben ik voornemens om het volledige B-segment onder een prijsbeheersings-/maatstafregime te brengen, waarin tevens de overschrijdingen in 2009 worden verdisconteerd. De eventuele beslissing hiertoe zal ik in belangrijke mate baseren op de monitor die de NZa in mei 2009 uit

zal brengen over de ontwikkelingen in het B-segment, welke gebaseerd zal zijn op zowel de realisatiecijfers over 2008, als de afspraken voor 2009.

Een dergelijk in te voeren systeem, wat ik in nauw overleg met de NZa zal ontwikkelen, moet in dat geval verzekeraars en aanbieders de mogelijkheid geven te blijven onderhandelen over prijs en kwaliteit, maar bescherming bieden tegen al te hoge prijsstijgingen. Hiermee blijft de beheersbaarheid van de zorg, voor zover die niet uit de vrije onderhandelingen zelf voortvloeit, geborgd.

7. Slotbeschouwing

Terugkijkend, valt te constateren dat er de afgelopen jaren veel is bereikt voor wat betreft het toekomstbestendig maken van de zorg. Niet alleen blijkt dit uit de diverse rapportages en evaluaties (van onder meer de NZa), maar ik merk dit ook bij mijn bezoeken aan «het veld». Ik tref in instellingen meer en meer een klimaat aan, waarbij kritisch wordt nagedacht over de vraag hoe de zorg kwalitatief beter en efficiënter kan worden vorm gegeven, vanuit een toenemende gerichtheid op de specifieke wensen van de cliënten.

Maar we zijn er nog niet. De invoering van integrale prestatiebekostiging – het belonen van ziekenhuizen op basis van transparante en integrale tarieven – blijkt in de praktijk een majeure operatie te zijn. Dit betekent concreet dat de aanvankelijke plannen voor 2009 in goed overleg met de veld- en onderhoudspartijen op onderdelen zijn aangepast, en ik me voor volgend jaar na advies daarover van de NZa beperk tot een weloverwogen uitbreiding van het B-segment tot maximaal 34%.

Zorginstellingen en verzekeraars beschikken hiermee over een substantieel B-segment, waarmee ze kunnen aantonen dat de dynamiek in de gezondheidszorg kan worden vergroot wanneer partijen de vrijheid en bijbehorende verantwoordelijkheid krijgen om de zorg naar een «hogere plan» te tillen, in termen van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.