

Vergaderjaar 2005–2006

**29 248**

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

**Nr. 30**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 september 2006

#### **1 Inleiding**

In de «Voortgangsrapportage DBC's» (Kamerstuknummer 29 248, nr. 27) die ik u 12 juni 2006 heb gestuurd, heb ik u geïnformeerd over de wijze waarop er noodzakelijke aanpassingen in het DBC-systeem zijn en worden doorgevoerd. De afgelopen periode is hier hard aan gewerkt door de verschillende partijen en dit leidt naar verwachting tot verbeteringen op 1 januari 2007. Op 21 juni 2006 heb ik u per brief (Kamerstuknummer 29 248, nr. 28) geïnformeerd over de door Vektis geconstateerde problemen rondom mogelijk teveel betaalde DBC-declaraties en de wijze waarop ik dit zal aanpakken. Tijdens het Algemeen Overleg over DBC's, dat 27 juni 2006 plaatsvond, heb ik aangegeven dat deze problematiek moet zijn opgelost voordat van verdere deregulering van de ziekenhuisbekostiging sprake kan zijn.

De komende tijd zal het DBC-systeem, dat op dit moment te complex is, dus nog verdere aanpassing vergen. Het feit dat het systeem nog niet optimaal functioneert, leidt er toe dat de DBC's op de werkvloer nog veel tijd kosten en op kritiek kunnen rekenen. Dit vergt op korte termijn nog alle aandacht. Ik ben daarom verheugd over het feit dat ik gezamenlijk met veldpartijen het verbeterplan «DBC's: eenvoudig beter» heb opgesteld. Hierin wordt beschreven hoe het systeem aanzienlijk wordt vereenvoudigd.

Uit de eerste resultaten van de evaluatie van de DBC-invoering, maar ook uit mijn gesprekken met de koepelorganisaties NVZ, NFU, OMS en ZN, blijkt dat de sector behoefte heeft aan duidelijkheid over het vervolg van de DBC-ontwikkeling. Duidelijkheid over de koers zal de sector onder andere stimuleren mee te werken aan het vereenvoudigen van het DBC-systeem. De invoering van de DBC-systematiek heeft tot nu toe onder andere geleid tot meer transparantie, loon naar werken en onderhandelingen over de zorg op basis van kwaliteit en prijs.

Ik zal u een verslag van de evaluatie van de DBC-invoering doen toekomen als bijlage bij de voortgangsrapportage die ik u voorafgaand aan de begrotingsbehandeling zal sturen. In de evaluatie zal ik tevens ingaan op het experiment met vrije prijsvorming dat bij de Sint Maartenskliniek plaatsvindt en het onderzoek van Vektis over de overdekking. De eerste uitkomsten van de evaluatie van de invoering geven mij het vertrouwen dat de bekostiging van de ziekenhuiszorg verder kan worden aangepast en dat kan worden aangesloten op de DBC-systematiek, mits de systematiek vereenvoudigd is en de problemen met de mogelijk onterechte declaraties zijn opgelost. Een stabiel DBC-systeem is een randvoorwaarde voor verdere stappen op het gebied van de liberalisering. Er vanuit gaande dat dit vóór 1 januari 2008 het geval is, schets ik in deze brief een perspectief voor de bekostiging van de ziekenhuiszorg vanaf 1 januari 2008.

## **2 Aanleiding voor nieuw perspectief ziekenhuisbekostiging**

Het kabinet constateerde bij zijn aantreden in 2003 dat het zorgstelsel onvoldoende tegemoet kwam aan de vraag van patiënten en verzekerden. Daarom heeft het kabinet er voor gekozen het systeem van aanbodregulering te vervangen door een systeem dat meer rekening houdt met de wensen van patiënten. Sinds het aantreden van het kabinet is er al veel veranderd in de curatieve zorg.

Nieuwe wetgeving en meer politieke en maatschappelijke aandacht voor de uitvoering en organisatie van de gezondheidszorg hebben ertoe bijgedragen dat de curatieve zorg zich in hoog tempo ontwikkeld heeft. Door het programma «Sneller Beter» wordt zichtbaar wat de resultaten zijn die van het nieuwe stelsel mogen worden verwacht: kortere wachttijden, kortere doorlooptijden en betere kwaliteit. Er is meer aandacht gekomen voor kwaliteit, doelmatigheid, toegankelijkheid en transparantie. Patiënten zijn zich er steeds meer van bewust geworden dat er verschillen bestaan in kwaliteit tussen zorgaanbieders en dat er daarom wat te kiezen valt. Uit de rapporten die in het kader van Sneller Beter zijn uitgebracht, blijkt dat er nog veel te verbeteren valt in de ziekenhuiszorg. Dat geldt met name op het terrein van logistiek, de patiëntveiligheid, het afleggen van rekenschap en de productiviteit. In de zogenaamde «3e pijler» van Sneller Beter laten drie groepen van acht ziekenhuizen zien dat deze resultaten bereikt kunnen worden. Deze aanpak werpt zijn vruchten af. Doel is om deze goede voorbeelden uiteindelijk in de gehele ziekenhuissector te verspreiden. Een meer vraaggericht en op patiënten georiënteerd systeem van gezondheidszorg krijgt door de bovenstaande ontwikkelingen steeds meer gestalte, maar het kan nog beter.

De overheid gaat zich in het nieuwe zorgstelsel minder bemoeien met de organisatie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Uiteraard blijft ze wel te allen tijde verantwoordelijk voor het systeem van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg, maar de bemoeienis is veel minder gedetailleerd. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars krijgen dus meer vrijheid, maar daar staat tegenover dat zij meer inzicht in de door hen geleverde prestaties moeten geven, waarop zij vervolgens kunnen worden beloond. Zoals ik heb aangegeven in mijn brief over de liberalisering van de electieve zorg (Kamerstuknummer 29 800 XVI, nr.25), verwacht ik dat wanneer eigen verantwoordelijkheid en initiatief van partijen in de zorg voorop komen te staan, de wensen van de zorgvragers beter aan bod zullen komen. Door «prikkel» in de zorg te introduceren, wil het kabinet partijen motiveren tot doelmatiger handelen en tot het realiseren van betere kwaliteit en innovatie in de zorg. Alle curatieve zorgaanbieders worden zo gemotiveerd om verbeteringen, zoals deze nu al in het kader van Sneller Beter bij enkele ziekenhuizen plaatsvinden, structureel door te voeren.

In deze brief zal ik nader ingaan op de vermindering van de regels op het gebied van de bekostiging van de ziekenhuiszorg. Minder regels zal tevens leiden tot een vermindering van de administratieve lasten, één van de doelstellingen van dit kabinet. Met ingang van 1 januari 2008 kan het systeem van ziekenhuisbekostiging zodanig aangepast worden, dat het meer ruimte geeft voor initiatief en verantwoordelijkheid aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders en beter aansluit bij de filosofie van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit zal uiteindelijk leiden tot betere zorg voor patiënten. De voorbereidingen die nodig zijn, worden in gang gezet. In 2007 wordt door het nieuwe kabinet besloten of invoering per 1 januari 2008 verantwoord is. Wanneer dit het geval is, betekent dit dat vanaf 1 januari 2008:

- zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor ruim 70% van de ziekenhuiszorg over de prijzen van de zorgproducten kunnen onderhandelen;
- een tijdelijk instrument wordt geïntroduceerd voor deze 70% van de ziekenhuiszorg, dat er toe dient een gematigde prijsontwikkeling en een prikkel voor doelmatigheid in de eerste jaren te garanderen; en
- voor de beschikbaarheid van acute zorg, topklinische en topreferente zorg, opleidingen en dure en weesgeneesmiddelen (A-segment) regulering zal gelden, waarbij prestatiebekostiging een van de uitgangspunten is en waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de DBC-systematiek.

### **3 Context**

#### *3.1 Zorgverzekeringswet*

Door de Zvw neemt de concurrentie op de zorgmarkt toe. Verzekeraars kunnen met elkaar concurreren op de hoogte van de nominale premie. Dit heeft in 2006 geleid tot scherpe premies, die lager zijn uitgevallen dan vooraf werd ingeschat. Verzekeraars kunnen concurreren op premiehoogte, maar ook op de wijze van vergoeden, dienstverlening, kwaliteit van de ingekochte zorg, de hoogte van het eigen risico en de daaraan verbonden premiekorting. Lage premies kunnen uiteindelijk worden bereikt doordat zorgverzekeraars in de onderhandelingen met zorgaanbieders tot lage prijzen komen.

De Zvw heeft de rol van de zorgverzekeraar als inkoper van zorg versterkt. De zorgverzekeraar kan zorgaanbieders in individuele onderhandelingen meer onder druk zetten om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren, in het belang van de zorgconsumenten. De zorgverzekeraar zal met de zorgaanbieders over de prijs, kwaliteit en inhoud van de zorg moeten onderhandelen om de verzekerde zorg tegen een scherpe premie te kunnen bieden. De zorgverzekeraars moeten zich nog verder ontwikkelen in deze rol. Op dit moment kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars echter nog niet in voldoende mate gebruik maken van deze onderhandelingsmogelijkheden, omdat het bekostigingssysteem voor ziekenhuizen hierop onvoldoende is toegerust.

#### *3.2 Zorgaanbod*

Eén van de belemmeringen in het systeem van ziekenhuisbekostiging is het feit dat ziekenhuisdirecties op dit moment niet integraal verantwoordelijk zijn voor de exploitatie van hun ziekenhuis. Deze integrale verantwoordelijkheid zal er wel moeten komen. Naast openheid over de geleverde prestaties en voldoende onderhandelingsruimte voor verzekeraars én aanbieders, is deze integrale verantwoordelijkheid nodig om doelmatiger te kunnen werken en dus goed te kunnen presteren.

### *Meer vrijheid toelating zorginstellingen*

De eerste stap op weg naar deze integrale verantwoordelijkheid is de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), die op 1 januari 2006 in werking is getreden. Door deze nieuwe wet laat ik de bouw van zorginstellingen geleidelijk aan meer aan het veld over en worden de bouw- en toelatingsprocedures simpeler en korter. Zorgaanbieders zijn op basis van de WTZi verplicht om transparant te zijn over de bestuursstructuur en om een ordelijke bedrijfsvoering te hebben. Zorgaanbieders die worden toegelaten voor medisch specialistische zorg, mogen op dit moment geen winstoogmerk hebben. Ik heb in de brief «integrale en transparante tarieven in de gezondheidszorg» (Kamerstuknummer 27 659, nr. 52) geschreven dat het toestaan van uitkeerbare winst een afzonderlijk besluit van het kabinet vergt. Ik zal daarom in deze brief niet op dit onderwerp ingaan.

### *Inzicht in prestaties*

Het is belangrijk voor patiënten en verzekeraars dat er adequate kwaliteitsinformatie beschikbaar is, op basis waarvan zij een keuze voor een zorgaanbieder kunnen maken. Goed zicht op prestaties (zowel kwalitatief als financieel) legt druk op zorgaanbieders om goed te presteren. Op dit moment is er echter onvoldoende zicht op deze prestaties. Met het introduceren van de website [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) heb ik een eerste stap gezet om meer openheid over prestaties te krijgen.

In mijn brief «Kwaliteit van de zorg: hoog op de agenda» (Kamerstuknummer 28 439, nr. 12) heb ik geschreven dat kwaliteit meetbaar moet zijn. Dit kan door het vaststellen van indicatoren en meetmethoden. De gegevens over kwaliteit van de zorg moeten worden gepubliceerd op een zodanige wijze dat zij door patiënten en zorgverzekeraars vergeleken kunnen worden.

Het is ook voor zorgaanbieders zelf van belang om inzicht in hun eigen prestaties en die van andere ziekenhuizen te hebben. Door het programma Sneller Beter hebben de aan dit programma deelnemende ziekenhuizen meer inzicht gekregen in hun eigen prestaties en die van andere ziekenhuizen. Een aantal jaren geleden was deze openheid ondenkbaar, maar nu leren ziekenhuizen van elkaar en voelen zij zich gestimuleerd om even goed als of beter dan andere ziekenhuizen te zijn. Dit leidt tot meer aandacht voor onder andere service, patiëntvriendelijkheid, kwaliteit en veiligheid.

### *Toezicht*

Meer vrijheid voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars laat onverlet dat de overheid de mogelijkheid moet hebben om in te grijpen bij ongewenste ontwikkelingen. Voor het garanderen van de veiligheid van zorg moet er daarom sprake zijn van bindende normen. Dit houdt in dat zorg die niet aan deze normen voldoet, niet mag worden geleverd. Zorgaanbieders, maar ook zorgverzekeraars, hebben zelf een verantwoordelijkheid om elkaar scherp te houden op het terrein van kwaliteit. De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) houdt van overheidswege toezicht op de kwaliteit van zorg. Dit toezicht is echter een sluitstuk.

De IGZ maakt bij het houden van toezicht geen onderscheid tussen zorgaanbieders. Alle medisch specialistische zorg die in Nederland wordt geleverd, moet aan de kwaliteitseisen voldoen. Bij het houden van toezicht maakt de IGZ nu al gebruik van de prestatie-indicatoren die zij momenteel verder ontwikkelt. Onlangs heeft de IGZ een tweede rapportage uitgebracht, waarbij de gegevens van alle ziekenhuizen op naam waren bijgevoegd.

De IGZ gaat haar toezicht anders organiseren. Voor ieder terrein inventariseert ze welke (potentieel) ernstige risico's de aandacht vragen en welke vormen van toezicht nodig zijn om deze risico's te beperken. De IGZ heeft

de instrumenten om in te grijpen wanneer de kwaliteit van zorg in het geding is.

De toekomstige Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) volgt de effecten van het invoeren van marktwerking. De Zorgautoriteit krijgt met het in werking treden van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) meer wettelijke bevoegdheden om zowel concurrentie in de zorg te bevorderen als in te grijpen waar dat nodig is. Zo kan de NZa verplichtingen opleggen aan zorgaanbieders of verzekeraars met aanmerkelijke marktmacht. Aanmerkelijke marktmacht wil zeggen dat een partij zich onafhankelijk kan gedragen van de andere partijen op een markt (andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars). Bijvoorbeeld indien een aanbieder de prijzen kan verhogen zonder dat hij daar noemenswaardig nadeel van heeft. De NZa zal in de gaten houden hoe de marktcondities zijn en of er sprake is van eerlijke concurrentie.

#### **4 Huidige budgettering ziekenhuizen en lumpsum voor specialisten voldoet niet meer**

Op dit moment worden ziekenhuizen grotendeels bekostigd op basis van het model van functiegerichte bekostiging (FB), dat sinds 1988 van kracht is. De bekostiging van vrijgevestigde medisch specialisten gebeurt in de meeste gevallen op basis van een lumpsumregeling. De FB en de lumpsum vormen binnen het nieuwe stelsel te weinig stimulans voor het leveren van zorgvernieuwing, doelmatigheid en transparantie. Zij geven onvoldoende inzicht in de geleverde prestaties van individuele ziekenhuizen. Ziekenhuizen worden daardoor nog onvoldoende beloond voor goede prestaties of afgerekend op ondermaatse prestaties. Binnen het FB-systeem is het voor ziekenhuizen lonend om te streven naar een maximalisatie van het budget, doordat er geen reële relatie bestaat tussen de werkelijke kosten en de vergoeding van deze kosten. Tot slot houdt het FB-systeem in dat een zorgaanbieder onderhandelt met de collectieve zorgverzekeraars. Dat is strijdig met de kerngedachte van de Zvw. Deze tekortkomingen in de FB-systematiek en de lumpsum zijn enkele jaren geleden mede aanleiding geweest om te beginnen met de invoering van de DBCs.

##### *Declareren en gedeeltelijk bekostigen op basis van DBCs*

Omdat het duidelijk moet zijn wat zorgaanbieders doen en tegen welke prijs, heb ik in de ziekenhuiszorg het systeem van DBCs ingevoerd. De DBCs laten zien welke handelingen de arts, verpleegkundige of ondersteuner gemiddeld verrichten bij een ingreep en tegen welke prijs. DBCs bieden verzekeraars daardoor handvatten om te onderhandelen over kwaliteit en prijs van de zorg.

De invoering van de DBCs heeft voordelen boven de «oude» functiegerichte bekostiging, omdat de DBCs leiden tot meer transparantie voor patiënten en (de bedrijfsvoering) in ziekenhuizen en bij verzekeraars. Binnen de FB-systematiek was sprake van een geringe relatie tussen gemaakte kosten en opbrengsten. Die relatie zal met een bekostiging op basis van DBCs veel sterker zijn. Bekostiging van zorgaanbieders op basis van DBCs maakt marktwerking en prestatiebekostiging mogelijk. Zorgaanbieders en verzekeraars kunnen onderhandelen over de prijs en de kwaliteit van de DBCs. Op termijn zal de DBC-bekostiging leiden tot een vermindering van de administratieve lasten.

Het vervangen van de FB en de lumpsum door het invoeren van de DBCs gebeurt echter niet in één keer. In 2003 is de eerste stap van de invoering van de DBCs gezet met het experiment «Ruimte voor Resultaat». Mede op basis van de resultaten van het experiment heb ik besloten om de DBC-systematiek in 2005 in te voeren als instrument voor de bekostiging en declaratie van de ziekenhuiszorg. Vanaf 2005 wordt daarom alle ziekenhuiszorg *gedeclareerd* op basis van DBCs.

Voor de *bekostiging* op basis van DBCs geldt echter dat ik ben begonnen met 10% (B-segment DBCs) van het zorgaanbod in ziekenhuizen. Dat betekent dat ziekenhuizen voor 90% van de zorg (A-segment DBCs) die zij leveren nog een budget krijgen op basis van de FB-systematiek. Bij deze 90% van de ziekenhuiszorg hebben zorgverzekeraars geen mogelijkheden om te onderhandelen over de kosten van de behandelingen. Ze kunnen daardoor namens hun verzekerden en patiënten onvoldoende eisen stellen aan de kwaliteit of prijs van de ziekenhuisbehandelingen. In het B-segment zijn de inkomsten van ziekenhuizen wel rechtstreeks afhankelijk van de gedeclareerde DBCs. In dit segment onderhandelen ziekenhuizen met individuele verzekeraars over prijs, kwaliteit en volume van de te leveren DBCs. Hierdoor kan meer doelmatigheid en een betere kwaliteit worden bewerkstelligd. Voor de medisch specialistische zorg binnen deze DBCs is er een landelijk uurtarief vastgesteld.

#### *Ervaringen met DBCs*

Mede in het kader van de motie Schouw (Kamerstuknummer EK 28 944 en TK 29 379, nr. 1) heb ik de invoering van de DBC-systematiek nauwlettend in het oog gehouden aan de hand van een vooraf uitgewerkt evaluatiekader. In dat evaluatiekader gaf ik aan dat ik de resultaten van de invoering zou vergelijken met 2005, het jaar waarin de DBCs zijn ingevoerd. Deze evaluatie heb ik bijna afgerond. Zoals ik reeds in de inleiding schreef, zal ik de evaluatie versturen als bijlage bij de voortgangsrapportage die ik u voorafgaand aan de begrotingsbehandeling zal doen toekomen. Uit de eerste resultaten van de evaluatie blijkt dat de invoering van DBCs een ingrijpende verandering in de administratie van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars is geweest. De invoering heeft veel inspanning gevergd van beide partijen, maar zij kunnen ondertussen uit de voeten met de DBCs.

Met de betrokken koepels en onderhoudspartijen wordt gewerkt aan een pakket van verbeteringen om enkele onvolkomenheden in de systematiek op te lossen. Deze verbeteringen zijn gericht op het verminderen van de administratieve last die specialisten en medewerkers van de ziekenhuizen ervaren. Ik ga er vanuit dat dit verbeterpakket per 2007 wordt ingevoerd en dat de DBC-systematiek hiermee verder wordt gestabiliseerd.

Daarnaast hebben de betrokken veldpartijen onlangs onder regie van VWS het ambitieuze plan «DBC's: eenvoudig beter» opgesteld. Dit plan is gericht op vereenvoudiging van de DBC-systematiek. Deze vereenvoudigingen zullen komende jaren worden ingevoerd. Ik heb er daardoor vertrouwen in dat de DBC-systematiek vóór 2008 voldoende is uitgekristalliseerd om een substantiële vervolgstap te kunnen zetten.

## **5 Ziekenhuisbekostiging, perspectief vanaf 1 januari 2008**

### *5.1 Waarom minder regels?*

Patiënten hebben recht op goede, toegankelijke en betaalbare zorg. De wijze waarop ziekenhuizen en medisch specialisten bekostigd worden, moet hiertoe bijdragen. De huidige budgetteringssystematiek draagt hier onvoldoende toe bij, omdat het leidt tot het maximaliseren van het budget van een ziekenhuis. Om een goed, betaalbaar en op de patiënt toegesneden zorgaanbod te realiseren, is het van belang de FB-systematiek af te schaffen en zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk te laten onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en het volume van de te leveren zorg. Hierdoor zullen zorgaanbieders er eerder naar streven hun zorgaanbod efficiënt te organiseren en geprikkeld worden om innovaties door te voeren. Door het in werking treden van de Zvw is voor zorgverzekeraars de mogelijkheid gecreëerd om op deze wijze over zorg te onderhandelen. Om de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars goed te laten verlopen, vind ik het van belang dat zowel de ziekenhuizen

als de individuele zorgverzekeraars weten waar zij over onderhandelen. Bovendien moet er sprake zijn van een goed functionerend systeem van (variabele) bekostiging van ziekenhuizen en medisch specialisten (DBC's). Goed onderhandelen over het zorgaanbod van een ziekenhuis vergt onderhandelingsruimte (selectief contracteren, vrij volume en vrije prijsvorming) bij zorgverzekeraars en ziekenhuizen en integrale zeggenschap van het ziekenhuis over de totale productie. Dit betekent dat er eenduidige producten moeten zijn, die het mogelijk maken om transparant te zijn over de kwaliteit.

Daarnaast moet het ziekenhuis als aanbieder van zorgproducten weten welke kosten er gemaakt worden om deze producten aan te kunnen bieden en welke kosten er dus in rekening moeten worden gebracht bij de verzekeraar. Daarom moet er bij de invoering van vrije prijsvorming sprake zijn van een integrale prijs, waarin onder andere de kapitaallasten zijn verwerkt. Binnen de FB-systematiek is van deze integrale prijzen geen sprake. Ziekenhuizen krijgen namelijk een aparte instellingsspecifieke vergoeding voor onder andere de kapitaallasten. Deze vergoeding staat los van de hoeveelheid geleverde zorg. Over de wijze waarop ik de kapitaallasten onderdeel zal maken van de integrale prijs, beraad ik mij nog. Ik zal hierover nog verder overleg voeren met onder andere de NVZ, NFU, OMS en ZN.

Nieuwe toetreders mogen de wijze van bekostigen van de ziekenhuis- en medisch specialistische zorg niet als een te hoge toetredingsdrempel ervaren. Omdat op dit moment van de bovenstaande situatie onvoldoende sprake is, zullen de regels voor ziekenhuisbekostiging vanaf 1 januari 2008 zodanig aangepast worden dat wél aan die voorwaarden wordt voldaan.

## *5.2 Wat betekent deze deregulering?*

Om de ziekenhuisbekostiging daadwerkelijk te dereguleren, moet de prijsvorming zoveel mogelijk geliberaliseerd worden. Ik zal hiertoe voorbereidende maatregelen treffen, opdat het volgende kabinet deze nieuwe stappen kan zetten. In de brief «liberalisering electieve zorg» heb ik geschreven dat in principe ongeveer 95% van de electieve zorg (ruim 70% van de totale ziekenhuiszorg) voor vrije prijsvorming in aanmerking komt. Kenmerkend voor deze electieve zorg is dat deze relatief eenvoudig is en veel en door het merendeel van de zorgaanbieders geleverd wordt. Voor het grootste deel van de electieve zorg verwacht ik dat bestaande of nieuwe zorgaanbieders relatief snel met nieuw aanbod kunnen komen, waardoor er voldoende concurrentie kan ontstaan.

Het moet daarom mogelijk worden om voor deze electieve zorg vanaf 1 januari 2008 een nieuwe stap in de richting van prijsliberalisering te zetten. Voor deze 70% van de ziekenhuiszorg kunnen ziekenhuizen en zorgverzekeraars dan over de prijs van de integrale DBC's (dus inclusief kapitaallasten) onderhandelen. Dit betekent dus dat er een aanzienlijke uitbreiding van het huidige B-segment van de DBC's plaatsvindt. Een groot voordeel van de voorgenomen deregulering per 1 januari 2008 is, dat er veel meer ruimte komt voor het afrekenen op prestaties. Ook het feit dat de kapitaallasten integraal opgenomen zullen zijn in de prijzen betekent een grote doelmatigheidswinst ten opzichte van de huidige FB-systematiek. Ondermaats presterende zorgaanbieders zullen nadeel hebben van hun slechte prestaties, terwijl goed presterende zorgaanbieders vooral de voordelen van het nieuwe systeem zullen bemerken. Ik ben ervan overtuigd dat dit zorgaanbieders meer zal stimuleren om op een efficiënte wijze zorg aan te bieden en rationele keuzes te maken in hun zorgaanbod. Vooruitlopend op de liberalisering van de electieve zorg heb ik CTG/ZAio gevraagd te onderzoeken of het mogelijk is om de prijsvorming voor alle medisch specialistische zorg in het derde compartiment te liberaliseren; de zorg die niet via de basisverzekering verzekerd is (alléén medisch

specialistische zorg, dus dit geldt niet voor bijvoorbeeld tandartsenzorg). De bekostiging van die delen van de zorg waarvoor ik vrije prijsvorming niet geschikt acht, zal zoveel mogelijk worden vormgegeven naar het principe van prestatiebekostiging. In paragraaf 6 beschrijf ik hoe deze vormen van zorg bekostigd zullen worden.

### 5.3 Overgangsfase

#### *Verantwoorde invoering*

Het is van groot belang om de collectieve lastendruk voor verzekerden in de hand te houden, ook wanneer voor een groot deel van de ziekenhuiszorg prestatiebekostiging en vrije prijsvorming geldt. Het budgettaire kader zorg (BKZ) blijft ook dan van kracht. Het verruimen van het segment van vrije prijsvorming moet de doelmatigheid in de ziekenhuiszorg vergroten en mag dus niet leiden tot een overschrijding van het BKZ. Bij de overstap naar vrije prijsvorming voor een groot deel van de DBCs vervallen in principe de aangrijpingspunten voor budgettaire beheersing die de huidige bekostiging van de ziekenhuiszorg wel biedt.

Om vrije prijsvorming op een verantwoorde wijze uit te breiden, vind ik het daarom nodig om de prijsontwikkeling, en daarmee de schadelast van verzekeraars (en dus de premieontwikkeling), in de overgangsjaren beheersbaar te houden. Hoewel de resultaten van het huidige B-segment gunstig stemmen, is het mogelijk dat zich in de eerste jaren na uitbreiding van vrije prijsvorming een ongewenste prijsstijging voordoet. Verzekeraars hebben mogelijk meer tijd nodig om voldoende informatie te krijgen en competenties op te bouwen om in hun rol als zorginkoper te groeien en patiëntenstromen te sturen. Consumenten moeten wennen aan het idee dat de mate van keuzevrijheid voor een aanbieder uiteindelijk de hoogte van de verzekeringspremie beïnvloedt. Tot slot hebben nieuwe toetreders tijd nodig om zich op de markt te kunnen begeven.

#### *Beheerst liberaliseren van de prijzen*

Vanwege de bovenstaande redenen, vind ik het belangrijk om, bij wijze van overgangsfase, gedurende een aantal jaren een systeem van prijsbeheersing per zorgaanbieder te hanteren. Dit systeem van prijsbeheersing is gebaseerd op één van de varianten die CTG/ZAio heeft uitgewerkt in de recent verschenen Uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging. Het instrument van prijsbeheersing wordt niet toegepast op individuele DBCs, maar op de totale productie van een zorgaanbieder in een jaar.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen vrij over de prijzen van integrale DBCs (inclusief de kosten voor onder andere de kapitaallasten en medisch specialistische zorg). Per integrale DBC wordt door CTG/ZAio bepaald wat een normprijs is voor deze DBC. De normprijs per DBC wordt gebaseerd op de gemiddelde landelijke prijs- en/of kostenontwikkeling en wordt voorafgaand aan de contractonderhandelingen bekend gemaakt aan de aanbieders. Een zorgaanbieder kan een relatief hoge prijs (boven de normprijs) voor de ene DBC compenseren met een lage prijs (onder de normprijs) voor een andere geleverde DBC<sup>1</sup>.

CTG/ZAio bepaalt na afloop van het jaar op basis van de werkelijke DBC-productie van de zorgaanbieder en de (landelijke) normprijs per DBC wat de zorgaanbieder in dat jaar maximaal in rekening had mogen brengen voor de totale productie. Wanneer de zorgaanbieder voor de totale productie meer in rekening heeft gebracht, moet het meerdere worden gestort in het zorgverzekeringsfonds.

Met deze tijdelijke vorm van prijsbeheersing kan CTG/ZAio ingrijpen wanneer bij een zorgaanbieder het prijsniveau boven het landelijk gemiddelde ligt. Dit geeft voldoende waarborgen voor een verantwoorde budgettaire ontwikkeling en bevat tevens prikkels voor doelmatigheid bij individuele ziekenhuizen. Naast dit tijdelijke systeem beschikt CTG/ZAio

---

<sup>1</sup> Uiteraard zolang dit niet leidt tot zogenaamde «roofprijzen», waar de NZa op zal toezien.



als markttoezichthouder reeds over een permanent instrumentarium om mogelijke excessen, zoals prijsstijgingen of belemmering van toetreding door partijen met marktmacht, te voorkomen.

Een belangrijk uitgangspunt bij de vormgeving van de prijsbeheersing is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders primair zelf verantwoordelijk zijn voor doelmatige en kwalitatief goede zorg. De tijdelijke prijsbeheersing moet deze verantwoordelijkheid dus niet afremmen en dient alleen als extra veiligheid voor het geval de onderhandelingen tussen een aanbieder en verzekeraars tot te hoge prijzen leidt. CTG/ZAio zal daarom alleen bij relatief dure zorgaanbieders ingrijpen.

De zorgaanbieder weet wat de landelijk gemiddelde prijs is voor een specifieke integrale DBC. De aanbieder kan daardoor bezien of hij in staat is om deze DBC relatief goedkoop aan de verzekeraar of de patiënt aan te bieden, of dat hij een prijs boven dit gemiddelde in rekening moet brengen. Het systeem zorgt ervoor dat het voor zorgaanbieders lonend kan zijn om zich te specialiseren in die behandelingen die zij relatief efficiënter en beter dan andere zorgaanbieders kunnen doen. Dit betekent niet dat alleen «goedkope» zorg aantrekkelijk is om te leveren, maar juist die zorg die een zorgaanbieder in verhouding tot andere zorgaanbieders goedkoper en beter kan aanbieden.

Het systeem gaat gelden voor alle DBCs waarvoor vrije prijsvorming geldt, dus ook voor de DBCs die door zelfstandige behandelcentra worden aangeboden en voor het huidige B-segment. Ik zal CTG/ZAio vragen om dit systeem van prijsbeheersing en de wijze waarop de normprijs per integrale DBC exact wordt vastgesteld de komende tijd verder uit te werken. De uitbreiding van vrije prijsvorming zal nauwgezet worden gevolgd en drie jaar na de uitbreiding worden geëvalueerd op basis van toetsingscriteria die de komende tijd worden ontwikkeld. Wanneer de resultaten van de evaluatie positief zijn, zal een einde worden gemaakt aan de prijsbeheersing.

## **6 Waarborgen**

### *6.1 Bekostiging bijzondere vormen van zorg en overige prestaties*

Voor een deel van het zorgaanbod is vrije prijsvorming met DBCs voornamelijk niet mogelijk of wenselijk. Om een gezonde concurrentie voor de electieve zorg mogelijk te maken, is het noodzakelijk om die delen van de zorg waar vrije prijsvorming voornamelijk niet mogelijk of wenselijk is, afzonderlijk en zoveel mogelijk op basis van reële vergoeding te bekostigen. Dit geldt in ieder geval voor de beschikbaarheid van acute zorg, de topklinische zorg, prestaties die voornamelijk door UMC's worden geleverd, de opleiding tot medisch specialist en de bekostiging van dure en weesgeneesmiddelen.

#### 6.1.1 Beschikbaarheid van acute zorg

De kosten van de (acute) zorg komen zoveel mogelijk in de prijs van de DBCs tot uitdrukking. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen DBCs die spoedeisend of niet-spoedeisend worden geleverd. Zorgaanbieders maken echter ook kosten voor het *beschikbaar* houden van acute zorg, zonder dat dit per definitie leidt tot het leveren van zorg. De kosten die gepaard gaan met het beschikbaar houden van acute zorg door een zorgaanbieder, worden daarom afzonderlijk bekostigd. Het gaat daarbij uitsluitend om de kosten die buiten de reguliere werktijd gemaakt worden. Voorop staat dat een patiënt met een acute zorgvraag binnen korte tijd door een nabije en gekwalificeerde zorgaanbieder behandeld moet worden. Om te voorkomen dat ziekenhuizen hun spoedeisende hulp sluiten als deze door een lage DBC-omzet niet rendabel is, krijgen zorg-

aanbieders een aparte vergoeding voor het beschikbaar houden van de acute zorg. Die aparte vergoeding is alleen bedoeld voor de kosten die betrekking hebben op de beschikbaarheid buiten de reguliere bedrijfstijd. Binnen de reguliere bedrijfstijd is de scheidslijn tussen polikliniek en spoedeisende eerste hulp (SEH) niet scherp te trekken en voor de polikliniek is vergoeding van beschikbaarheidskosten niet nodig. CTG/ZAio zal de beschikbaarheidsvergoeding in een beleidsregel vastleggen. De vergoeding wordt uit het zorgverzekeringsfonds bekostigd. Naar de hoogte van een norm voor de beschikbaarheidsvergoeding zal verder onderzoek moeten worden gedaan bij een representatief aantal SEHs. Komende tijd zal worden gezien welke zorgaanbieders met een SEH-locatie voor vergoeding van beschikbaarheid in aanmerking moeten blijven komen en wie dat bepaalt.

#### 6.1.2 Topklinische en topreferente zorg

In de brief «liberalisering electieve zorg» heb ik geschreven dat ongeveer 4% van het volume van de electieve zorg bestaat uit gespecialiseerde en complexe klinische zorg. Onder complexe klinische zorg wordt topklinische en topreferente zorg verstaan. Bij topklinische zorg gaat het om zorg die onder de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) valt en waarvoor een planningsbesluit of beleidsvisie in het kader van die wet van kracht is. Voor deze vorm van zorg geldt dat concentratie leidt tot betere kwaliteit. Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is. Deze vormen van zorg lenen zich op dit moment niet voor vrije prijsvorming vanwege de grote spreiding van kosten en omdat de kwaliteit en toegankelijkheid dan niet gegarandeerd kunnen worden.

##### *Topklinische zorg*

Voor een deel van de topklinische zorg zijn al DBCs vastgesteld en voor het deel waarvoor nog geen DBCs zijn vastgesteld, gebeurt dit nu alsnog. Voor deze zorg zal CTG/ZAio de DBC-tarieven vaststellen. Of er voor deze zorg vanaf 1 januari 2008 sprake moet zijn van vaste of maximumtarieven zal nog worden besloten.

##### *Topreferente zorg, Universitair medische centra en financiering academische component*

In het Nederlandse zorgstelsel nemen de universitair medische centra (UMC's) een bijzondere positie in. Ze hebben een aantal bijzondere functies, waaronder het fungeren als werkplaats voor de universitaire opleiding tot basisarts en het leveren van topreferente zorg («last resort»). Daarnaast hebben ze een taak op het gebied van onderzoek en ontwikkeling. Voor de bekostiging van de werkplaatsfunctie ontvangen de UMC's van de Minister van OCW de Rijksbijdrage. Ook voor de meerkosten van topreferente zorg ontvangen UMC's, bovenop de reguliere DBC-bekostiging, een aparte vergoeding. De academische component is het vehikel voor de bekostiging van de topreferentie functie. Taken op het gebied van onderzoek en ontwikkeling worden eveneens bekostigd uit de academische component. Om de kwaliteit en toegankelijkheid van de specifieke functies van de UMC's te kunnen waarborgen, blijft de academische component noodzakelijk.

De academische component maakt geen onderdeel uit van de DBC-systeem. Zowel de ontwikkel- en innovatiefunctie als de topreferente functie kan namelijk naar verwachting niet adequaat opgenomen worden in een DBC. Om in de toekomst nieuwe innovaties te kunnen bekostigen, is het noodzakelijk dat er een dynamische doorstroom blijft van zorg die wordt bekostigd uit de academische component naar gedereguleerde zorg, die wel in termen van DBCs bekostigd wordt.

Voor een goede vervulling van de academische functies, is een zekere hoeveelheid basispatiëntenzorg nodig. Om deze zorg te contracteren betreden de UMC's de markt van gedereguleerde zorg. Voorkomen moet worden dat de UMC's door de middelen die zij ontvangen voor de bijzondere functies, een lagere prijs voor de basispatiëntenzorg zouden kunnen gaan rekenen en daarmee een oneerlijke concurrentiepositie innemen. Mijn uitgangspunt is dat UMC's niet minder, maar ook niet meer krijgen dan nodig voor de specifieke functies die zij verrichten. Alleen dan is er sprake van het beoogde gelijke speelveld tussen UMC's en andere zorgaanbieders. Doordat op die wijze ongelijke posities op het gebied van de prijzen worden voorkomen, kunnen UMC's met de andere zorgaanbieders concurreren op patiëntoordelen en kwaliteit. Ten aanzien van de prijs zouden UMC's kunnen uitkomen op de gemiddelde marktprijs. Dit alles betekent dat de UMC's voor al hun patiënten «gewoon meedraaien» in de DBC-systematiek. De meerkosten verbonden aan de topreferentie en innoverende functie worden, zoals eerder vermeld, uit de academische component bekostigd. Voor de kapitaallasten geldt voor UMC's hetzelfde als voor de algemene ziekenhuizen, namelijk dat deze integraal onderdeel dienen te zijn van de prijs of het tarief van de geleverde zorg. Alleen dat deel van de kapitaallasten dat samenhangt met de bijzondere functies van UMC's wordt apart gefinancierd. Het DHAZ-kader (Deregulering Huisvesting Academische Ziekenhuizen) zal in die zin worden aangepast.

In de dagelijkse praktijk van een UMC zijn onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg nauw met elkaar verweven. In de jaarlijkse verantwoording over de resultaten die de UMC's hebben bereikt met de ontvangen middelen, is het zaak om deze functies te onderscheiden. Over de legitiemering van de academische component heb ik reeds in 2004 afspraken gemaakt met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Zorgverzekeraars Nederland. Ten aanzien van het onderdeel topreferente zorg, het grootste deel van de academische component, is onlangs met de UMC's afgesproken dat de verantwoording hierover op korte termijn plaatsvindt langs vier verschillende lijnen (verwijzing, audit-commissie, diagnose en geografische herkomst).

Met ingang van 1 januari 2007 wordt de academische component geschoond voor het onderdeel opleidingen. Dit bedrag wordt overgeheveld naar het opleidingsfonds. De andere twee aandachtsgebieden van de academische component, topreferente zorg en innovatie en ontwikkeling, worden na aanpassing van de benodigde wet- en regelgeving per 1 januari 2008 gefinancierd uit het zorgverzekeringsfonds.

Over de omvang van de academische component maak ik de komende periode nadere afspraken met de UMC's. Dit geldt ook voor het dynamische karakter van de academische component. De afspraken hierover zullen de Minister van OCW en ik vastleggen in een nieuwe positioneringsnota UMC's.

### 6.1.3 Opleidingen

Voor marktversturende opleidingen is afzonderlijke bekostiging nodig. Opleidingen van instellingsoverstijgend algemeen belang kunnen immers onder druk komen te staan als de kosten ervan integraal in de DBC-prijzen van de opleidende zorgaanbieder worden opgenomen. Niet alle zorgaanbieders leiden in gelijke mate op en niet alle zorgaanbieders zijn bevoegd om een opleiding aan te bieden. Zonder maatregelen leidt het wel of niet opleiden door een zorgaanbieder tot grote verschillen in prijzen voor vergelijkbare DBCs. Daardoor zou een ongelijke concurrentiepositie (ongelijk speelveld) tussen zorgaanbieders onderling ontstaan. Opleidende ziekenhuizen zouden hogere DBC-prijzen in rekening moeten brengen dan niet-opleidende ziekenhuizen. Dit zou kunnen leiden tot de beslissing minder te investeren in de opleidingen, waardoor onevenwichtige verhou-

dingen tussen vraag en aanbod van personeel op de arbeidsmarkt kunnen ontstaan.

Om deze ongewenste effecten te voorkomen bij de verdere invoering van de DBC-systematiek, heb ik besloten om marktversturende opleidingen via een apart kanaal, het opleidingsfonds, te bekostigen. Met ingang van 1 januari 2007 worden daarom de opleidingen van erkende medische specialisten (met uitzondering van de psychiaters), tandheelkundige specialisten en de zogenaamde  $\beta$ -beroepen (ziekenhuisapothekers, klinisch fysici en de klinisch chemici) gefinancierd uit het opleidingsfonds. Over de zogeheten «tweede tranche opleidingen», die per 2008 toegelaten worden tot het opleidingsfonds, heb ik u met mijn brief van 4 juli 2006 geïnformeerd (Kamerstuknummer 29 282, nr. 32). Voor nadere informatie over het opleidingsfonds verwijst ik u naar mijn eerdere brieven over dit onderwerp (Kamerstuknummer 29 282, nr. 23 en 28).

#### 6.1.4 Dure en weesgeneesmiddelen

Voor de financiering van dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen (geneesmiddelen voor zeldzame ziekten) kunnen zorgaanbieders een beroep doen op beleidsregels van CTG/ZAIo. Sinds 1 januari 2006 kunnen zorgaanbieders voor dure geneesmiddelen 80% van de kosten en voor weesgeneesmiddelen 95% van de kosten nagecalculeerd krijgen. Deze beleidsregels beschouw ik echter als een tijdelijke oplossing. De behandeling met dure geneesmiddelen en de behandeling van weesziekten zullen waar mogelijk in DBCs ondergebracht worden. Ik zal met de betrokken partijen onderzoeken hoe dit het beste vorm gegeven kan worden.

### 6.2 Randvoorwaarden

Ik heb CTG/ZAIo gevraagd een uitvoeringstoets uit te brengen over de verdere deregulering van de ziekenhuiszorg. Die toets is onlangs uitgebracht onder de titel «de zichtbare hand». Hierin heeft CTG/ZAIo een aantal randvoorwaarden benoemd dat van belang wordt geacht bij verdere deregulering van de ziekenhuiszorg. Hieronder benadruk ik expliciet dat er sprake moet zijn van integrale DBCs en een goede risico-verevening voor verzekeraars.

#### 6.2.1 Integrale DBCs: kapitaallasten en medisch specialisten

Zowel in het A-segment als het B-segment wordt de bekostiging van ziekenhuizen en specialisten gebaseerd op DBCs met een integraal tarief of een integrale prijs. De kapitaallasten en kosten voor medisch specialisten zijn dus in het tarief of de prijs berekend.

##### *Kapitaallasten*

De bekostiging van de ziekenhuiszorg wordt zowel in het A-segment als in het B-segment gebaseerd op DBCs met een integraal tarief of een integrale prijs. De kapitaallasten zullen voor beide segmenten daarom vanaf 1 januari 2008 onderdeel gaan uitmaken van het tarief respectievelijk de prijs van de geleverde zorgproductie. In mijn brief over transparante en integrale tarieven (Kamerstukken II, 2004/2005, 27 659, nr. 52) ben ik uitvoerig ingegaan op de problematiek van de kapitaallasten. Aparte vergoeding van de kapitaallasten leidt tot onzuivere afwegingen en tot beperking van de eigen verantwoordelijkheid van het instellingsbestuur. Opname van de kapitaallasten in de prijzen en tarieven biedt zorgaanbieders vrijheid van investeringsbeleid. Zorgaanbieders gaan dan zelf beschikken over eigendom en vermogen en zullen ook de daaraan verbonden risico's gaan dragen. De nacalculatie op kapitaallasten zal komen te vervallen.

De beoordeling en goedkeuring van investeringsvoorstellen door de over-

heid levert hoge transactiekosten op. Met het opnemen van de kapitaallasten in het tarief of de prijs van de geleverde zorgproductie, is sprake van een aanzienlijke deregulering die leidt tot een grote vermindering van administratieve lasten. De bemoeienis van het College bouw zorginstellingen komt uiteindelijk geheel te vervallen.

De in deze brief voorgestelde benadering van de tarieven voor DBCs heeft uiteraard gevolgen voor de doorberekening van kapitaallasten. Voor een groot deel van het aanbod worden zorgaanbieders vrij om zelf te bepalen hoe ze de kapitaallasten in hun prijzen opnemen. Van een «normatieve kapitaallasten component» zal voor dit deel van het aanbod geen sprake zijn.

#### *Medisch specialisten*

Het honorarium voor medisch specialisten maakt integraal onderdeel uit van de DBC-prijs en de lumpsum wordt afgeschaft. Het honorarium voor de medisch specialist is één van de kostencomponenten van de DBC. Dit geldt zowel voor vrijgevestigde specialisten als voor specialisten in loondienst.

De Commissie Uurtarief Medisch Specialisten heeft mij geadviseerd over de hoogte van een normatief onderbouwd en maatschappelijk aanvaardbaar uurtarief. Ik beraad mij nog op de verdere uitwerking van de bekostiging van medisch specialisten en mijn standpunt op het advies van de Commissie Uurtarief, alsmede op de wijze waarop de honorering van de medisch specialisten binnen de DBC-systematiek vorm krijgt.

### 6.2.2 Risicoverevening

Op het moment dat er sprake is van vrije prijzen voor het overgrote deel van de ziekenhuiszorg, is het vanuit het oogpunt van prijsbeheersing noodzakelijk dat verzekeraars voldoende financiële prikkels hebben om lage inkooprijzen te bedingen. Van dergelijke financiële prikkels kan alleen sprake zijn als de vereveningsbijdragen vooraf goed vastgesteld worden. Als die vooraf vastgestelde vereveningsbijdragen niet goed aansluiten bij het risicoprofiel van verzekeren, zou er namelijk achteraf aan verzekeraars financiële compensatie op basis van gerealiseerde kosten geboden moeten worden. Een dergelijk compensatiemechanisme zou er toe leiden dat verzekeraars een minder sterk financieel belang hebben bij het bedingen van lage DBC-prijzen. 2008 is het eerste jaar waarvoor het mogelijk is de vereveningsbijdragen aan verzekeraars vast te stellen aan de hand van kostencijfers waarin ook direct de effecten van DBC-financiering zijn verwerkt. Hierdoor kunnen de vereveningsbijdragen vooraf veel beter worden vastgesteld dan in de jaren 2005, 2006 en 2007, waarin maar in beperkte mate in de risicoverevening rekening kon worden gehouden met de effecten van DBC-financiering. Het is dan ook te voorzien dat er vanaf 2008 veel minder achteraf hoeft te worden gecompenseerd op de kosten van ziekenhuiszorg. Uiteindelijk is het de bedoeling dat verzekeraars volledig risicodragend zijn over het deel van de ziekenhuiskosten dat door DBCs wordt bekostigd.

### 6.3 Overig

#### 6.3.1 Zorg in categorale instellingen

Radiotherapeutische instellingen en dialysecentra zijn per 1 februari 2006 gaan registreren en declareren op basis van DBCs. Voor de overige categorale instellingen geldt een gefaseerde invoering: vanaf 1 januari 2006 registreren long-astmacentra en epilepsiecentra, per 1 april 2006 registreren audiologische instellingen. Beoogd wordt dat deze organisaties per 1 januari 2007 ook DBCs gaan declareren. Revalidatie-instellingen gaan

per 1 januari 2008 declareren op basis van DBCs. De hoofdlijn die in deze brief staat vermeld, geldt ook voor categorale instellingen.

### 6.3.2 Poliklinische geneesmiddelen

Sinds de invoering van de DBC-systematiek in de ziekenhuizen bestaat het voornemen de geneesmiddelen die voorgeschreven worden op de polikliniek zo mogelijk onder te brengen in de DBC-systematiek. Die ontwikkeling draagt bij aan een integrale afweging over de behandeling van patiënten en het bevordert de doelmatigheid. Het onderbrengen van poliklinische geneesmiddelen in de DBC-systematiek heeft echter aanzienlijke consequenties, zowel in de uitvoering als in de kosten. Om de consequenties en knelpunten daarvan in de praktijk in kaart te brengen, heb ik het voornemen enkele experimenten te starten. Ik wil met deze experimenten beginnen onder voorwaarde dat alle partijen hieraan hun medewerking en bijdrage leveren. De ervaringen uit die experimenten kunnen vervolgens benut worden voor het daadwerkelijk onderbrengen van poliklinische geneesmiddelen in de DBCs, waarbij 1 januari 2008 de streefdatum is.

## 7 Conclusie

Het volgende kabinet kan grote stappen zetten in de liberalisering van de ziekenhuisbekostiging. Ik heb daartoe de eerste stappen gezet door de DBC-systematiek te introduceren en de sector de eerste ervaringen met vrije prijsvorming te laten opdoen. Nu tref ik de voorbereidingen voor verdere deregulering, opdat het volgend kabinet kan besluiten om vanaf 1 januari 2008 een aanzienlijke uitbreiding van vrije prijsvorming in de ziekenhuiszorg te bewerkstelligen. Om dit te realiseren moeten onder andere de kapitaallasten integraal onderdeel gaan uitmaken van de DBCs. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten vanaf 1 januari 2008 de mogelijkheid krijgen om voor het grootste deel van de ziekenhuiszorg vrij over de prijzen, de kwaliteit en het volume van zorg te onderhandelen. Dit zal leiden tot doelmatigere en meer innovatieve zorg, die beter aan de wensen van patiënten tegemoet komt.

Alleen voor die delen van de ziekenhuiszorg waarvoor ik vanuit het oogpunt van kwaliteit of toegankelijkheid vrije prijsvorming tussen aanbieders en verzekeraars niet geschikt acht, zullen (maximum)tarieven worden vastgesteld. Omdat het mogelijk is dat er zich na het invoeren van vrije prijsvorming voor het grootste deel van de ziekenhuiszorg in de eerste jaren prijsstijgingen voordoen, zal een instrument worden geïntroduceerd dat de prijsstijging zal beheersen. Dit instrument is tijdelijk van aard.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst