

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
de heer dr. A. Klink
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
drs. ir. M.A.J. de Groot

Telefoonnummer
030 296 81 75

E-mailadres
mgroot@nza.nl

Kenmerk
MGRT/mvem/TSZ/
09d0044767

Onderwerp
Advies uitbreiding B-segment 2011

Datum
27 oktober 2009

Mijnheer de Minister,

In de brief 'Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning' van 9 juli jongstleden heeft u melding gemaakt van het kabinetsvoornemen om het B-segment per 2011 uit te breiden tot 50%, gelijktijdig met de invoering van de DOT-productstructuur. In het Coalitieakkoord is vastgelegd dat verdere stappen met vrije prijsvorming in de planbare zorg alleen mogelijk zijn na zorgvuldige evaluatie van voorafgaande stappen. Daarbij speelt de advisering van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) een rol.¹ Met deze brief voorziet de NZa hierin voor wat betreft het voorlopige besluit van de minister van VWS over het B-segment 2011 in december 2009.

Context van het advies

Het voornemen is om per 2011 prestatiebekostiging op basis van de DOT-productstructuur in te voeren. De DOT-productstructuur beoogt de onderhandelingen te vergemakkelijken en de voorspelbaarheid van de declaratie te verhogen, waardoor zorgverzekeraars een goede vergelijking kunnen maken tussen zorgaanbieders. De NZa ziet DOT derhalve als noodzakelijke randvoorwaarde voor de invoering van volledige prestatiebekostiging. Het is dan ook van belang een uitbreiding van het B-segment in het licht van deze wijzigingen en in onderlinge samenhang te bezien. De relatie met het afschaffen van de budgettering zal verderop in het advies aan de orde komen. Ten aanzien van de relatie met de DOT-productstructuur (verder: DOT) dient te worden opgemerkt dat door de invoering van DOT inhoudelijke wijzigingen in de samenstelling van het B-segment zullen gaan optreden, ook bij een landelijk qua omvang gelijkblijvend B-segment (circa 31%). De gewijzigde samenstelling wordt veroorzaakt doordat DOT een andere clustering van zorg hanteert dan voor de DBC's geldt, alsmede de aangepaste registratie- en declaratieregels. Hiermee betreft voorliggend advies van de NZa niet alleen een uitbreidingsadvies, maar ook over de samenstelling van het B-segment.

¹ VWS, Waardering voor betere zorg, 13 juni 2007

Totstandkoming van het advies

In de maanden juli en augustus 2009 heeft DBC-Onderhoud (hierna: DBC-O) voor het B-segment drie scenario's uitgewerkt: 31% (een landelijk qua omzet gelijkblijvend B-segment), 35% en 50%. Deze scenario's worden verderop toegelicht. Bij de uitwerking van de scenario's zijn veldpartijen nauw betrokken. Partijen hebben daarbij aangegeven op hoofdlijnen te kunnen instemmen met de scenario's. De punten waarvoor dat niet geldt, komen verder in dit advies aan de orde. De afgelopen periode zijn de scenario's door de NZa beoordeeld. De uitkomsten hiervan hebben geleid tot voorliggend advies.

Kenmerk
MGRT/mvem/TSZ/
09d0044767

Pagina
2 van 9

Opbouw van het advies

In dit advies worden allereerst de door DBC-O uitgewerkte scenario's inhoudelijk toegelicht.

Daarna wordt geanalyseerd hoe de markt voor medisch specialistische zorg zich ontwikkelt. Hierbij is zowel gebruik gemaakt van reeds bestaande marktevaluaties (waaronder het jaarlijkse monitorrapport), als nieuwe informatie. De nieuwe beschikbare informatie beperkt zich tot de prijsontwikkeling binnen het B-segment. In februari 2010 wordt de eerstvolgende monitorinformatie over de ziekenhuiszorg gepubliceerd waarin de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid in onderlinge samenhang worden gezien.

Vervolgens wordt in dit advies ook gekeken naar de wijzigingen die zullen optreden door de voorgenomen invoering van prestatiebekostiging. Door de uitkomsten van de marktontwikkelingen hiermee te combineren, doet de NZa een uitspraak over de wenselijkheid van uitbreiding van het B-segment.

Aansluitend wordt er, gegeven de geadviseerde omvang van het B-segment, op basis van marktwerkingstechnische en medisch inhoudelijke criteria gekeken naar de voorgestelde invulling van het B-segment. Deze laatste beschouwing gebeurt op hoofdlijnen. Het advies sluit af met enkele algemene opmerkingen die van belang zijn bij het vervolgtraject.

Scenario's DBC-Onderhoud

Zoals gesteld, heeft DBC-O een drietal scenario's voor het B-segment uitgewerkt: 31%, 35% en 50%. Voor een uitputtende toelichting op de scenario's verwijzen wij u naar de uitwerking van DBC-O (zie bijlage 1).

In het scenario 31% zijn grofweg alle zorgproducten met geen of slechts een klein gedeelte huidige B-DBC's in het A-segment opgenomen en zijn alle zorgproducten die volledig of voor een groot gedeelte uit huidige B-DBC's bestaan in het B-segment opgenomen. De uitwerking van dit scenario kent daarmee een erg technische insteek en is bedoeld om landelijke omvang van het B-segment ongewijzigd te laten ten opzichte van de huidige situatie.

Het scenario 35% is in de basis gelijk aan het bovenstaande scenario. Aanvullend wordt er vanuit consistentie oogpunt binnen dit scenario de diagnose-oriëntatie verbeterd, door het aanbrengen van extra diagnose knooppunten in de productstructuur en het navolgend extra overhevelen van zorgproducten naar het B-segment.

Ook is, conform de wens van de minister, COPD zorg (chronische bronchitis en longemfyseem) aan het B-segment toegevoegd.

Kenmerk
MGRT/mvem/TSZ/
09d0044767

In het 50% scenario is de consistentieslag zoals genoemd in het voorgaande scenario nog verder doorgezet door volledige analyse-groepen over te hevelen naar het B-segment. Hiermee worden behandelmodaliteiten en/of behandelopties onder hetzelfde segment ondergebracht.

Pagina
3 van 9

Marktontwikkelingen

De NZa heeft u het afgelopen jaar via de monitor ziekenhuiszorg 2009 en een prijsupdate hiervan (juni 2009) geïnformeerd over de ontwikkelingen op de markt voor medisch-specialistische zorg voor zowel A- als het B-segment. Hieronder zijn de belangrijkste bevindingen kort weergegeven.

Monitor ziekenhuiszorg 2009

In de Monitor Ziekenhuiszorg 2009 zijn, terugkijkend over 2008, overwegend positieve ontwikkelingen zichtbaar²:

- Kwaliteit speelt een steeds grotere rol bij de zorginkoop;³
- Het is aannemelijk dat de wachttijden zijn gestabiliseerd;⁴
- De prijsstijging in het 'B-tranche 2005' is waarschijnlijk lager dan in het A-segment;⁵
- De zorgvraag en daarmee het productievolume blijft gestaag toenemen, maar lijkt vergelijkbaar met de bestaande trend;
- Er is substitutie van klinische opnamen naar dagbehandeling;

De onderhandelingen in het B-segment waren begin 2009 echter nauwelijks op gang gekomen. De belangrijkste oorzaken hiervoor zijn:

- De huidige productstructuur vormt een onzekere factor voor de bekostiging. De tarieven van DBC's in het A-segment zijn in 2008 gemiddeld sterk gestegen door wijzigingen in de onderliggende data en productstructuur;
- De problematiek rondom de kapitaallasten en onderhandelingen over de budgetschoning zorgt ervoor dat partijen veel tijd nodig hebben.

Om de noodzakelijke reguleringszekerheid te creëren, heeft de NZa geadviseerd om het jaar 2010 te gebruiken om ruimte te geven aan de implementatie. Dit betekent dat in 2010 geen wijzigingen doorgevoerd worden en partijen een jaar extra hebben om te wennen aan de doorgevoerde beleidswijzigingen. Op die manier kunnen marktpartijen zich in 2010 ook beter voorbereiden op de beoogde wijzigingen per 1 januari 2011.

² NZa, 'Monitor Ziekenhuiszorg 2009, tijd voor reguleringszekerheid', mei 2009

³ Dit blijkt uit vragenlijsten die zijn uitgezet onder zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

⁴ Door gebruik van nieuwe wachttijddefinities in 2008 is het niet goed mogelijk om conclusies te verbinden aan de wachttijdontwikkeling.

⁵ Het A- en B-segment zijn moeilijk te vergelijken, omdat er een andere bekostiging aan ten grondslag ligt. De indexering van het budget geeft een verandering in de totale kosten van het A-segment weer. De prijzen in het B-segment de ontwikkeling in de outputprijzen.

Prijsupdate juni 2009

De prijsupdate die in juni jl. door de NZa is gepubliceerd, gaf vooralsnog geen aanleiding om te veronderstellen dat de prijzen sterk zijn gestegen.⁶ De prijzen in het B-segment lieten zelfs een reële daling zien. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat het indertijd niet mogelijk was om voorspellingen te doen over de definitieve cijfers van 2009, omdat slechts 15% van de omzet in het B-segment gecontracteerd was. Aanvullend op deze rapportages brengt de NZa nieuwe beschikbare informatie in. Dit is een prijsupdate inclusief een beschrijving van het risicoprofiel van de sector.

Kenmerk
MGRT/mvem/TSZ/
09d0044767

Pagina
4 van 9

Prijsupdate november 2009

De NZa heeft op 1 oktober jl. opnieuw de contractprijzen bij de zorgverzekeraars opgevraagd. De prijsinformatie die uit deze gegevensuitvraag is gekomen, vertegenwoordigt circa 72% van de omzet in het B-segment. Op basis van deze nieuwe beschikbare prijsinformatie heeft de NZa een nieuwe prijsupdate opgesteld. De uitkomsten hiervan treft u aan in bijlage 2.

Er zijn verschillen waarneembaar tussen de prijsupdate van juni en die van november. Vanwege de beperkte representativiteit van eerstgenoemde publicatie is een vergelijking niet goed mogelijk. Een vergelijking over de jaren heen is echter wel mogelijk. De B-tranche 2005 laat een lichte reële stijging van 0,5% zien ten opzichte van vorig jaar. Een verklaring hiervoor kan zijn, na een flinke daling vorig jaar van -1,4%, dat zorgaanbieders een hogere risicomarge afdwingen. Ook de B-tranche 2008 laat een lichte reële stijging van 0,3% zien. Een vergelijkbare verklaring als voor de B-tranche 2005 is hier mogelijk. Voor de B-tranche 2009 constateert de NZa een opslag op de schoningsprijzen van 1,2%.⁷ Bij iedere uitbreiding van het B-segment zien we een opslag op de schoningsprijzen die in de daarop volgende jaren afvlakt. Op het eerste gezicht lijkt deze opslag in 2009 hoog, maar vergeleken met de opslag die voor de eerdere tranches het eerste onderhandelingsjaar gold, ligt de opslag aanzienlijk lager. Een stijging van de prijzen bij een uitbreiding betekent dus niet per definitie dat de markt niet werkt.

Ten algemene passen de ontwikkelingen binnen de bandbreedte die over de afgelopen jaren zichtbaar is. Het A- en B-segment zijn moeilijk te vergelijken, omdat er een andere bekostiging aan ten grondslag ligt. De indexering van het budget geeft een verandering in de totale kosten van het A-segment weer. De prijzen in het B-segment de ontwikkeling in de outputprijzen. Op dit moment werkt de NZa aan een verbetering van de methode. In de monitorrapportage van februari 2010 neemt de NZa deze prijsvergelijking op.

Tot slot is het lastig om definitieve conclusies te trekken uit deze cijfers, doordat de effecten van de toepassing van de overgangsregeling kapitaallasten niet inzichtelijk zijn. In de Monitorrapportage Ziekenhuis-zorg die eind februari 2010 wordt gepubliceerd zal hier op worden ingegaan.

⁶ NZa, 'Prijsupdate Ziekenhuiszorg 2009', juni 2009

⁷ Deze ex ante schoningsprijzen zijn al geïndexeerd voor de loonkosten en materiële kosten 2009. Hierdoor is het niet mogelijk om een nominale prijsontwikkeling voor deze tranche weer te geven.

Beschrijving risicoprofiel binnen de medische specialistische zorg

De risico's zijn voor zorgaanbieders sinds 2008 sterk toegenomen, onder andere door het loslaten van het bouwregime. Hierdoor zijn zorgaanbieders zelf verantwoordelijk voor het doen van investeringen. Richting 2011 zullen de risico's voor betreffende partijen nog verder toenemen door de onvoorspelbaarheid van omzetten en schadelast. Dit wordt veroorzaakt door het afschaffen van de budgetten, de introductie van DOT en de herverdeling van vaste vergoedingen. Door de invoering van prestatiebekostiging is geen sprake meer van gegarandeerde vergoedingen en lopen zorgaanbieders meer risico over het volume. Deze risico's treden zowel op in het A- als het B-segment. Door de beperkte ruimte voor partijen om risico's in het A-segment op te vangen (budget), kan de druk op het B-segment verder toenemen. Door de invoering van DOT zal er in het B-segment ook sprake zijn van een inhoudelijke andere samenstelling. Dit brengt risico's met zich mee ten aanzien van de stabiliteit van de bekostiging en de zorginkoop door zorgverzekeraars.

Kenmerk
MGRT/mvem/TSZ/
09d0044767

Pagina
5 van 9

Bovenstaande ontwikkelingen geven dan ook aan dat het risicoprofiel van de sector in het algemeen en het B-segment in het bijzonder de komende jaren toeneemt. De risico's nemen toe, oude zekerheden van overheidswege vervallen, de operationele marges blijven dun en de cashflow is onvoorspelbaar. De beschikbare eigen vermogens om deze risico's op te vangen zijn beperkt en bankiers zijn begrijpelijkerwijs terughoudend met het verstrekken van financieringen.

Relatie met de bekostiging

De NZa heeft separaat een uitvoeringstoets uitgebracht over de invoering van prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg.⁸ Centraal daarbij staat om op zorgvuldige wijze het budgetstelsel te beëindigen en over te stappen op volledige prestatiebekostiging. Een duidelijke en begaanbare route om dit eindperspectief te bereiken is echter wel noodzakelijk. Uitbreiding van het B-segment met behoud van een deel van het budget in zijn huidige vorm is niet langer mogelijk.⁹ De redenen hiervoor zijn (1) de beperkte representativiteit van de budgetten, (2) het ontbreken van een goede schoningsmethodiek en (3) de buitenproportionele uitvoeringslasten. De noodzaak van een nieuwe en begaanbare route wordt ook door partijen onderkend.

Dat vergt een integrale visie. De enige mogelijkheid om de schoningsproblematiek te omzeilen én het B-segment per 2011 uit te breiden, acht de NZa een transitie-model dat de gehele omzet van ziekenhuizen bestrijkt.¹⁰ Het voorkeursmodel van de NZa, het integrale Ingroeimodel, voldoet (in tegenstelling tot de andere transitie-modellen en het huidige FB) aan deze voorwaarde. Daarmee is de keuze voor het integrale Ingroeimodel ook een harde randvoorwaarde om het B-segment überhaupt uit te kunnen breiden (naar 35% of 50%).

⁸ NZa, 'Van Budget naar Prestatie', oktober 2009.

⁹ In deze uitvoeringstoets wordt met het budget het functiegerichte budget bedoeld.

¹⁰ Gegeven het feit dat de samenstelling van de B-segment wijzigt en dat er hierdoor risico's voor partijen ontstaan, prefereert de NZa ook bij een landelijk gelijkblijvend B-segment (31%) een dergelijk model.

Overwegingen en advies

Op grond van de ontwikkelingen in de markt komt de NZa tot de volgende conclusie. Enerzijds zijn er positieve ontwikkelingen zichtbaar in de markt, die ruimte zouden bieden voor een uitbreiding van het B-segment. Anderzijds zijn er bij deze ontwikkelingen ook kanttekeningen te plaatsen en neemt het risicoprofiel van de sector de komende jaren substantieel toe. Hoewel de NZa uitbreiding van het B-segment op grond van het optimaliseren van vrijheidsgraden en het faciliteren van de dynamiek wenselijk vindt, dienen genoemde risico's voldoende ondervangen te worden. Dit kan, volgens de NZa, alleen binnen het eerder genoemde integrale Ingroeimodel. Excessieve omzetveranderingen worden binnen dit model (in afnemende mate) gedempt. Hiermee acht de NZa uitbreiding van het B-segment naar 50% mogelijk.

Kenmerk
MGRT/mvem/TSZ/
09d0044767

Pagina
6 van 9

Aanvullend hierop zijn er nog twee zwaarwegende redenen om het B-segment per 2011 uit te breiden naar 50%. Allereerst constateert de NZa dat het 50% scenario zorgt voor een op hoofdlijnen consequente invulling van het B-segment. De NZa acht het belangrijk dat er zoveel als mogelijk gehele analysegroepen aan segmenten worden toebedeeld. Hiermee wordt voorkomen dat verschillende behandelmodaliteiten en/of behandelopties, door het onderbrengen in twee afzonderlijke zorgproducten, onder een verschillend bekostigingsregime vallen, waaruit ongewenste financiële prikkels zouden kunnen resulteren en daarmee pervers substitutiegedrag. In het scenario 50% is de toebedeling, zij het via een omweg, op deze wijze gebeurd. Bij de andere twee scenario's is dit in mindere mate het geval: het scenario 31% is erg technisch ingevuld en het scenario 35% kent maar beperkte ruimte voor een consistentieslag. Daardoor kunnen de scenario's van 31% en 35% een negatieve invloed hebben op de zorginkoop en daarmee op de ontwikkeling van het B-segment.

Ten tweede acht de NZa het wenselijk om het B-segment zo snel als verantwoord verder uit te breiden. Indien er in 2011 niet de stap naar 50% wordt gemaakt, is de kans reëel dat dit in 2012 alsnog gebeurt. Daarmee zou er sprake zijn van twee opeenvolgende grote wijzigingen in het B-segment: van 2010 op 2011 (andere samenstelling door de invoering van DOT) en van 2011 op 2012 (door uitbreiding van het B-segment), met als gevolg grotere uitvoeringslasten voor veldpartijen en de overheid. Met een uitbreiding per 2011 worden deze lasten beperkt.

Op grond van bovenstaande argumentatie kan reeds worden afgeleid dat de NZa een uitbreiding naar 35% minder wenselijk vindt. Dit heeft te maken met de minder consequente invulling van het B-segment en met het feit dat een uitbreiding naar 35% als een te kleine stap wordt beschouwd, mede in relatie tot de bijbehorende (administratieve) lasten.

Tot slot vraagt de NZa aandacht voor het volgende: keuzes ten aanzien van de invoering van prestatiebekostiging en/of aanvullende markt-evaluaties kunnen leiden tot het besluit dat het B-segment in 2011 niet van omvang verandert (31%). Zoals eerder aangegeven constateert de NZa dat in het betreffende scenario het uitgangspunt 'hele analysegroepen naar het B-segment' onvoldoende wordt meegenomen. Dit leidt tot potentiële risico's ten aanzien van de werking van het B-segment, die op voorhand lastig zijn te kwantificeren. Indien uit nadere analyses blijkt dat deze onaanvaardbaar zijn, moet gekozen worden om het 31%

scenario op alternatieve wijze in te vullen. Ook deze aanpak is niet zonder risico's: naast een gevaar van vertraging in de afronding van DOT, kan dit ook de stabiliteit van de budgetten verder nadelig beïnvloeden en leiden tot grote inhoudelijke mutaties ten opzichte van het huidige B-segment, wat lopende bedrijfsvoeringen kan raken. Deze punten verdienen nadere aandacht in de besluitvorming door de minister van VWS in december.

Kenmerk
MGRT/mvem/TSZ/
09d0044767

Pagina
7 van 9

Inhoudelijke invulling B-segment

Naast de vraag of uitbreiding van het B-segment wenselijk is, is het tevens van belang om na te gaan welke zorg daarbij over te hevelen. DBC-O heeft een voorstel gedaan voor welke zorg onder is te brengen in het B-segment van 50%. Aangezien veldpartijen uitgebreid betrokken zijn bij de invulling van het scenario, zal de NZa zich beperken tot een beoordeling op hoofdlijnen, waarbij het borgen van de belangen van de consument centraal staat.

Criteria

De NZa hanteert de volgende 'harde' en 'richtinggevende' uitgangspunten¹¹:

Harde uitgangspunten	Richtinggevende uitgangspunten
géén spoedeisende hulp in het B-segment;	optimale medische herkenbaarheid met het oog op het inkoopproces van zorgproducten in het B-segment;
géén topklinische en WBMV-zorg in het B-segment; ¹²	optimaal transparante en eenduidige prestatieomschrijvingen van zorgproducten in het B-segment;
géén dure geneesmiddelen in het profiel van zorgproducten in het B-segment.	gelijksoortige diagnoses zoveel als mogelijk toerekenen aan gelijke segmenten;
	voldoende winstpotentieel;
	voldoende kostenhomogeniteit;
	zo min mogelijk inhoudelijke mutaties ten opzichte van het huidige B-segment.

Zoals eerder weergegeven in dit advies, heeft de NZa aanvullend richting DBC-O aangegeven dat de invulling van het B-segment breder moet worden gezien dan op het niveau van individuele zorgproducten en dat ingezoomd moet worden op het niveau van analysegroepen.

Beoordeling door de NZa

Op basis van de uitwerking van DBC-O en aanvullende toelichtingen constateert de NZa dat er bij de invulling van het scenario 50% aan de basis voldoende rekening gehouden is met het overhevelen van zorg op het niveau van analysegroepen. Vanuit zorgverzekeraars en zorgaanbieders is het aandachtspunt meegegeven dat - gegeven de voorgestelde invulling van het 50% scenario - enkele aanpassingen van de huidige DOT-productstructuur kunnen leiden tot substantiële verbetering van de inkoopbaarheid. Concreet gaat het om het opnemen van een

¹¹ NZa, 'Uitgangspunten B-segment 2010', 27 januari 2009 en 'Uitwerking B-segment 2011', 21 juli 2009.

¹² WBMV-zorg staat voor zorg die wordt geleverd op basis van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen.

aantal extra diagnoseknooppunten in de productstructuur. Binnen de randvoorwaarden van de planning en het beoordelingskader van de NZa (specifiek het aantal declarabele producten) moet worden bekeken in welke mate er aan dit punt tegemoet gekomen kan worden. De NZa zal DBC-O verzoeken dit vraagstuk te betrekken bij de doorontwikkeling van de productstructuur, zodat hier tijdig een besluit over genomen kan worden.

Kenmerk
MGRT/mvem/TSZ/
09d0044767

Pagina
8 van 9

Ten aanzien van de harde uitgangspunten – geen spoedeisende hulp, topklinische zorg, WBMV-zorg en dure geneesmiddelen in het B-segment – constateert de NZa dat er niet altijd aan de uitgangspunten is voldaan.

Er wordt voorgesteld zorgproducten over te hevelen naar het B-segment waar een duur geneesmiddel bij voor kan komen. Hoewel dit niet strookt met de uitgangspunten van de NZa, hoeft dit geen probleem te zijn indien (1) er afzonderlijk declarabele producten voor dure geneesmiddelen beschikbaar zijn, (2) het budget wordt afgeschaft (inclusief de daarbij horende vergoeding voor dure geneesmiddelen) en (3) de prijs-onderhandelingen in het B-segment exclusief dure geneesmiddelen plaatsvinden. Overheveling van betreffende zorgproducten kan dan ook alleen aan de orde zijn als aan deze voorwaarden is voldaan, om dubbele bekostiging te voorkomen.

Voorts wordt voorgesteld om heupfracturen naar het B-segment over te hevelen. Deze zorg heeft nadrukkelijk een acuut karakter. Door DBC-O wordt verwezen naar de argumentatie die indertijd is gebruikt voor het overhevelen van CVA's (ook een vorm van acute zorg) naar het B-segment. De NZa merkt op dat er voor heupfracturen geen specifieke voorzieningen nodig zijn en dat deze zorg niet planbaar is. De mate waarin zorgverzekeraars hun verzekerden kunnen geleiden naar bepaalde zorgaanbieders is van belang om te voorkomen dat zorg-verzekeraars en/of patiënten buiten eigen keuzes om worden geconfronteerd met hoge prijzen bij niet-gecontracteerde zorg-aanbieders. Zorgverzekeraars hebben in reactie op vragen van de NZa aangegeven dat heupfracturen in het B-segment kunnen worden geplaatst, omdat in het B-segment gemakkelijker kwaliteitsafspraken gemaakt kunnen worden. Los van het feit dat dit in het A-segment ook kwaliteitsafspraken gemaakt kunnen worden, vindt de NZa het ongewenst dat het criterium 'geen acute zorg naar B-segment' zonder nadere onderbouwing losgelaten wordt. De NZa adviseert derhalve negatief over de overheveling van heupfracturen naar het B-segment. Indien dit grote gevolgen heeft voor het behalen van een landelijke omzetpercentage van 50%, zou ervoor gekozen kunnen worden om een ander zorgcluster naar het B-segment over te hevelen. Vanzelfsprekend dient de NZa hier aanvullend op te adviseren.

Ten aanzien van de 'richtinggevende' uitgangspunten hecht de NZa sterk aan de opvatting van partijen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben het beste zicht op de medische herkenbaarheid, transparantie en homogeniteit van zorgproducten. Hetzelfde geldt voor de aspecten voldoende aanbod en winstpotentieel. Gelet op het feit dat partijen zich kunnen vinden in het voorstel van DBC-O, ziet de NZa op voorhand geen substantiële belemmeringen.

Aandachtspunt: monitormogelijkheden onder DOT

De NZa benadrukt dat door de invoering van de DOT-productstructuur een vergelijking van ontwikkelingen en verklaring van trends over de jaren heen zeer lastig wordt. Het belang van goede data voor monitorrapporten en benchmarks neemt dan ook toe. Om goed te kunnen monitoren is het noodzakelijk dat marktpartijen alle (en niet slechts de essentiële) zorgactiviteiten blijven registreren, zodat onder de nieuwe productstructuur de oude productstructuur gesimuleerd kan worden. Daarnaast is het noodzakelijk dat initiële productiegegevens, zoals aantallen ligdagen, aantallen (klinische) opnamen en eerste polikliniek-bezoeken (EPB's), de eerste jaren na invoering, beschikbaar blijven. De NZa is, zoals reeds aangekondigd, voornemens om de komende jaren verdere activiteiten op dit gebied op te zetten. Voorts zijn goede conversies vanuit DBC-O en de beschikbaarheid hiervan voor de NZa een randvoorwaarde voor de invoering van DOT.

Kenmerk
MGRT/mvem/TSZ/
09d0044767

Pagina
9 van 9

Samenvattend

De NZa adviseert het B-segment per 2011 uit te breiden naar 50%. Dit kan alleen onder de harde randvoorwaarde dat er prestatiebekostiging op basis van het integrale ingroeimodel (Z-waarde model) wordt ingevoerd om schoningsproblematiek te voorkomen.

Uitbreiding per 2011 acht de NZa mogelijk op basis van de huidige marktontwikkelingen, mits het integrale Ingroeimodel wordt ingevoerd, aangezien dat model zorgt voor de noodzakelijke risicoreductie. Het scenario van 50% is daarbinnen het scenario waarbij aan de basis voldoende rekening is gehouden met het overhevelen van zorg op het niveau van analysegroepen.

Daarbij voorkomt gelijktijdige invoering van prestatiebekostiging en uitbreiding van het B-segment per 2011 potentieel twee opeenvolgende grote wijzigingen in het B-segment: van 2010 op 2011 (andere samenstelling door de invoering van DOT) en van 2011 op 2012 (door uitbreiding van het B-segment), met als gevolg grotere uitvoeringslasten voor veldpartijen en de overheid.

Het scenario 35% kent een minder consistente invulling en wordt door de NZa als een te kleine stap wordt beschouwd, mede in relatie tot de bijbehorende (administratieve) lasten. Het scenario 31% is vanwege de technische vormgeving volgens de NZa alleen een optie indien keuzes ten aanzien van de invoering van prestatiebekostiging en/of aanvullende marktevaluaties daartoe onomstotelijk nopen. Alternatieve invulling van de 31% kan dan noodzakelijk zijn.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit



mw. drs. C.C. van Beek MCM
portefeuillehouder Cure/ voorzitter a.i.