



Nederlandse
Zorgautoriteit

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
MVRN/asms/TSZ

Telefoonnummer
030 296 8342

E-mailadres
mvrijhoeven@nza.nl

Kenmerk
10D0005888

Onderwerp
Advies uitbreiding B-segment 2011

Datum
23 februari 2010

Mijnheer de Minister,

In november 2009 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (verder: NZa) u geadviseerd om het B-segment per 2011 uit te breiden naar 50% (kenmerk MGRT/mvem/TSZ/09d0044767). Daarbij is aangegeven dat dit alleen mogelijk is onder gelijktijdige invoering van prestatiebekostiging middels het integrale transitie-model en de nieuwe productstructuur voor diagnosebehandelcombinaties (DBC's), de DOT-productstructuur. In de brief 'Waardering voor Betere Zorg IV' van 19 januari 2010 heeft u daaropvolgend het voornemen uitgesproken om het B-segment per 2011 naar 50% te brengen. Daarbij heeft u aangegeven hierover op uiterlijk 1 april 2010 een definitief besluit te nemen, waarbij de resultaten van de eerste monitorrapportage medisch specialistische zorg van de NZa uit februari 2010 in ogenschouw worden genomen.

Met ingang van 2010 brengt de NZa vier keer in het jaar een monitorrapportage uit over de markt voor medisch specialistische zorg. Daarmee beoogt de NZa nog beter in de behoeften te voorzien om een zo actueel mogelijk beeld te schetsen van de ontwikkelingen op deze zorgmarkt. Bijgesloten treft u de eerste monitorrapportage van 2010 aan.

Hieronder gaan we kort in op enkele hoofdpunten uit de rapportage. Tevens geven we aan wat de uitkomsten van de monitorrapportage betekenen voor ons eerdere advies inzake uitbreiding van het B-segment per 2011. We beginnen met een korte terugblik op de hoofdlijnen van het advies uit november 2009.

Hoofdlijnen advies november 2009

Naar aanleiding van het kabinetsvoornemen om het B-segment per 2011 uit te breiden naar 50%, zoals mede is verwoord in uw brief 'Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning' van 9 juli 2009, heeft de NZa in november 2009 de mogelijkheid en de wenselijkheid van een dergelijke uitbreiding onderzocht. De NZa heeft de partijen uit het veld daar nauw bij betrokken.

Samenhang met prestatiebekostiging en DOT

De invoering van prestatiebekostiging middels het integrale ingroeimodel is een randvoorwaarde voor verdere uitbreiding van het B-segment. Immers, schoning van instellingsbudgetten is met het oog op de stabiliteit van de bekostiging niet langer uitvoerbaar. Een integrale benadering over het A- en B-segment heen, zoals het integrale ingroeimodel voorstaat, is hiermee noodzakelijk.

Kenmerk
10D0005888

Pagina
2 van 6

Verder is van belang dat per 2011 de bestaande 30.000 DBC's worden vervangen door 3.000 DOT-zorgproducten. Binnen DOT is de zorg op een andere, dat wil zeggen logischere en transparantere, wijze geordend. De zorgproducten onder DOT zijn niet altijd één-op-één te vergelijken met de huidige DBC's. Hierdoor is het niet mogelijk het bestaande B-segment van 31% één-op-één om te zetten in 31% B-DOT-zorgproducten. In die zin brengt het gelijk houden van het B-segment met zich mee dat zorg die nu aan het A- resp. B-segment is toegedeeld deels in een ander segment zal komen te vallen. Dit is ongewenst, met het oog op reeds ontstane initiatieven in het veld. Met een uitbreiding van het B-segment kan dit worden voorkomen en ontstaat tevens een consistentere verdeling van zorg over de verschillende segmenten.

In aanvulling op het voorgaande heeft de NZa bij de advisering in november 2009 een aantal andere aspecten betrokken:

- Markontwikkelingen;
- Risicoprofiel van de sector;
- Inhoudelijke invulling B-segment;
- Beperken van de wijzigingslasten.

Markontwikkelingen

In de Monitor Ziekenhuiszorg 2009 heeft de NZa, terugkijkend over het jaar 2008, overwegend positieve ontwikkelingen geconstateerd op het gebied van kwaliteit (zorgverzekeraars geven aan dat dit een steeds grote rol speelt in de onderhandelingen), toegankelijkheid (wachlijsten zijn gestabiliseerd) en betaalbaarheid (er is bijvoorbeeld substitutie zichtbaar van klinische opnamen naar dagbehandeling)¹. De onderhandelingen in het B-segment waren begin 2009 echter nauwelijks op gang gekomen. De prijsupdate die in juni 2009 door de NZa is gepubliceerd, gaf op basis van beperkte informatie geen aanleiding om te veronderstellen dat de prijzen sterk zijn gestegen.² De prijzen in het B-segment lieten zelfs een reële daling zien. De prijsupdate uit november 2009 gaf een vollediger beeld (72% van de omzet gecontracteerd i.p.v. 15% in juni). Ten algemene pasten de prijsstijgingen binnen de bandbreedte die over de afgelopen jaren zichtbaar is.

Risicoprofiel van de sector

In het advies uit november 2009 is geconstateerd dat de bedrijfsrisico's voor zorgaanbieders sinds 2008 beduidend zijn toegenomen, onder andere door het loslaten van het bouwregime. Richting 2011 zullen de risico's voor partijen verder toenemen, met name door het afschaffen van de budgettering en het onvoorspelbare effect van de introductie van DOT op omzetten en schadelast. Het risicoprofiel van de sector neemt de

¹ NZa, 'Monitor Ziekenhuiszorg 2009, tijd voor reguleringszekerheid', mei 2009

² NZa, 'Prijsupdate Ziekenhuiszorg 2009', juni 2009

komende jaren dan ook toe: de risico's nemen toe, oude zekerheden van overheidswege vervallen, de operationele marges blijven dun en de cashflow is onvoorspelbaar.

Kenmerk
10D0005888

Pagina
3 van 6

Inhoudelijke invulling B-segment

De NZa heeft in haar novemberadvies geconstateerd dat het 50% scenario zorgt voor een consequente invulling van het B-segment. Alleen in het 50% scenario is het mogelijk om verschillende behandelopties en/of behandelmodaliteiten (verdeeld over verschillende zogenaamde analysegroepen) bij dezelfde aandoeningen in zijn geheel onder te brengen in het B-segment. Op die manier kan bijvoorbeeld de klinische en poliklinische behandeling van een aandoening (waarbij te denken valt aan cataracten, nierstenen, borstkanker) in hetzelfde segment worden ondergebracht. Daarmee worden ongewenste financiële prikkels voorkomen en daarmee pervers substitutiedrag. In het scenario 50% is de toedeling op deze wijze gebeurd. Bij een gelijkblijvend B-segment (31%) is die consistentieslag niet mogelijk. In het 31%-scenario blijft een aantal onderling substitueerbare behandelwijzen (analysegroepen) over A en B segmenten verdeeld wat een negatieve invloed kan hebben op de zorginkoop en daarmee op de ontwikkeling van het B-segment. Voorzienbaar is dat in het 50%-scenario grotere inverdieneffecten optreden.

Beperken van de wijzigingslasten

De NZa is van opvatting dat de wijzigingslasten voor de sector zoveel als mogelijk beperkt dienen te worden. Indien uitbreiding van het B-segment wordt opgeschoven naar 2012, 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.

Overwegingen en advies

In het novemberadvies is dan ook geconstateerd dat er positieve ontwikkelingen zichtbaar zijn in de markt ten aanzien van de publieke belangen, die ruimte zouden bieden voor een uitbreiding van het B-segment. Bij sommige ontwikkelingen zijn echter ook kanttekeningen te plaatsen, waaronder het toenemende risicoprofiel van de sector. Deze risico's kunnen evenwel worden beperkt door het door de NZa voorgestelde integrale ingroeimodel te hanteren bij de invoering van prestatiebekostiging en DOT. Aanvullende argumenten om het B-segment uit te breiden betreffen het optimaliseren van substitutiemogelijkheden en het beperken van de totale wijzigingslasten.

Alles overwegende heeft de NZa in november 2009 geconcludeerd dat uitbreiding van het B-segment op basis van de huidige marktontwikkelingen mogelijk en zelfs wenselijk is, mits het integrale ingroeimodel wordt ingevoerd.

Nieuwe informatie in monitortrapportage februari 2010

In de monitortrapportage februari 2010 zijn de meest recente gegevens opgenomen over betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de medisch specialistische zorg. Ten opzichte van de monitor ziekenhuiszorg 2009 en de prijsupdates uit juni/november 2009 heeft de NZa gebruik

gemaakt van aanvullende en/of recentere informatie. Dit betreft hoofdzakelijk:

- Voor de omzetontwikkelingen is gebruik gemaakt van de jaarrekeningen over 2008;
- Om een eerste beeld te schetsen van de omzetontwikkelingen 2009 is gebruik gemaakt van de verantwoordingsdocumenten gefactureerde DBC's. Deze heeft de NZa voor circa 75% van de instellingen in haar bezit;
- Vrijwel alle contractprijzen 2009, waaronder de prijzen van de uitbreiding van het B-segment in 2009, zijn bekend en vertegenwoordigen 95% van de omzet in het B-segment;
- De meest recente wachttijdgegevens zijn gebruikt, afkomstig van MediQuest;
- Voor kwaliteitsinformatie is voor het eerst gebruik gemaakt van contractinformatie van zorgverzekeraars;
- Voor volumecijfers is gebruik gemaakt van recentere DIS (het DBC-informatiesysteem) aanlevering (dit betreft de jaren 2008), alsmede de LMR (Landelijke Medische Registratie) voor het jaar 2008.

Kenmerk
10D0005888

Pagina
4 van 6

Implicaties voor publieke belangen

Op grond van de monitorrapportage kan de ontwikkeling van de drie publieke belangen – betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid – getypeerd worden.

Betaalbaarheid

Betaalbaarheid valt uiteen in omzetontwikkeling (de prijs en het volume samen), prijsontwikkeling en volumeontwikkeling.

De totale omzet, exclusief de honoraria voor medisch specialisten, laat door de tijd heen een stijging zien. Op basis van prijsontwikkelingen en demografische ontwikkelingen is dit verklaarbaar. De stijging neemt evenwel van 2007-2008 toe ten opzichte van 2006-2007. Dit blijkt voor een aanzienlijk deel veroorzaakt te worden door de (jaarrekening)categorie 'overige opbrengsten'. Voor het overgrote deel komt deze 'overige opbrengst' niet ten laste van het BKZ (Budgettair Kader Zorg) en/of de premiebetaler (denk aan onderlinge dienstverlening of omzet die niet voortvloeit uit geleverde zorgprestaties zoals parkeergelden) of betreft het uitgaven die direct voortvloeien uit begrotingsbeslissingen (denk aan academische component en opleidingsfonds). Wanneer er voor deze 'overige opbrengsten' gecorrigeerd wordt, resulteert er een omzetstijging voor het A- en B-segment samen van 2,4%. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat dit cijfer enigszins 'vervuild' wordt door beleidswijzigingen (bv. schonen van budget voor academische component en opleidingsfonds) en nalopende budgetafwikkelingen. De NZa verwacht dat een correctie op deze punten netto zou leiden tot een lichte stijging van de gepresenteerde omzetontwikkeling, tot circa 3% voor het A- en B-segment samen. Dit past binnen de trend van afgelopen jaren.

Om een inschatting te kunnen maken van de omzetontwikkeling 2008-2009 zijn de verantwoordingsdocumenten van gefactureerde DBC's gebruikt. Hieruit komt een omzetstijging A- en B-segment samen van circa 1%, hetgeen een zeer gematigde ontwikkeling impliceert. Deze omzetstijging is overigens niet één-op-één te vergelijken met de

omzetontwikkeling 2007-2008 vanwege het hanteren van verschillen bronnen en definities.

Kenmerk
10D0005888

De prijsontwikkeling in het B-segment is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Het 1^e jaar na uitbreiding van het B-segment laten de prijzen tot nu toe altijd een stijging zien ten opzichte van de schoningsprijs. Dit geldt voor alle tranches, zo ook nu voor de tranche 2009. Wel is de stijging minder groot dan andere jaren.

Pagina
5 van 6

Evenals in voorgaande rapportages is voor de jaren na de uitbreiding van het B-segment een meer gematigde prijsontwikkeling te zien. Ten opzichte van de prijsupdate november 2009 pakken de prijsontwikkelingen voor alle tranches positiever uit, omdat de prijsstijging gematigder blijkt. Opvallend zijn de relatief sterke prijsstijgingen bij UMC's. Gelet op hun beperkte aandeel B-segment heeft dit evenwel weinig invloed op de omzetten.

De ontwikkeling van het volume (in termen van productieaantallen afkomstig uit het DIS) past binnen de trend van de afgelopen jaren. Specifieke positieve trend is dat het aantal verpleegdagen verder afneemt. Uit de LMR-cijfers zijn uitkomsten zichtbaar die op substitutie tussen klinische opnamen en dagopnamen wijzen.

Kwaliteit

Met de invoering van het B-segment in 2005 is de aandacht voor kwaliteit en de transparantie daarvan in de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars toegenomen. De NZa heeft de contracten van zorgverzekeraars voor het jaar 2009 bezien op de rol van kwaliteit in de bilaterale afspraken met zorgaanbieders. Daarnaast heeft de NZa de informatie van Zichtbare Zorg nader geanalyseerd. Algemene beeld dat naar voren komt is dat het aantal initiatieven op het gebied van kwaliteit steeds verder toeneemt. Ook komen er (via het programma Zichtbare Zorg) steeds meer indicatoren beschikbaar en worden deze transparanter. Vooralnog richten deze initiatieven en indicatoren zich veelal op processen en structuur, en in mindere mate op uitkomsten (output en outcome). Wel worden er door zorgverzekeraars met enkele voorkeursaanbieders een aantal uitkomstafspraken gemaakt. Hoewel het op zichzelf logisch is dat er in eerste instantie gewerkt wordt aan processen en structuur en pas later aan outputindicatoren, meent de NZa dat het op het gebied van kwaliteitsontwikkeling nodig en gewenst is dat veldpartijen verdere stappen gaan zetten. Een mooi voorbeeld van hoe dat kan is de doorontwikkeling van de zorgregistratie van darmkankerchirurgen. Daardoor is het mogelijk resultaten onderling te vergelijken waardoor, afgaande op de resultaten in andere landen, een substantiële verlaging van de mortaliteit en verkorting van de verpleegduur mogelijk zal worden.

Toegankelijkheid

Over de hele linie gezien is er sprake van afname van de wachttijden (zowel polikliniek, behandeling als diagnostiek). Men name de specialisten die boven de Treeknorm zaten laten voor de poliklinische zorg een daling van de wachttijden zien. In enkele gevallen wordt hiervoor in 2009 onder de Treeknorm gescoord (bijvoorbeeld allergologie en neurochirurgie), in andere gevallen nog steeds niet (bijvoorbeeld reumatologie). Voor enkele specialisten is er ook een stijging van

wachttijden te zien, waardoor de Treeknorm juist niet meer wordt behaald (bijvoorbeeld orthopedie).

Kenmerk
10D0005888

Slotconclusie

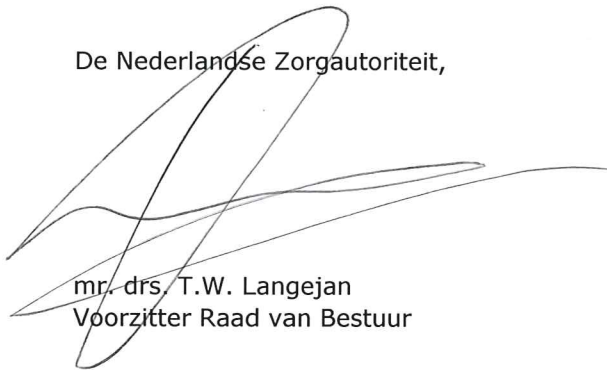
Pagina
6 van 6

De NZa heeft in november 2009 geadviseerd om het B-segment uit te breiden naar 50%. De advies was zowel ingegeven door de gesignaleerde marktontwikkelingen als vanuit het raakvlak met de bekostiging, te weten een invulling van het B-segment die substitutie naar doelmatigheid en daarmee inverdieneffecten mogelijk maakt.

Uit de monitorrapportage van februari 2010 valt een positieve ontwikkeling op het gebied van toegankelijkheid op te maken. De betaalbaarheid, met name omzetten en volumes, ontwikkelt zich in lijn met eerdere jaren. Het specifieke aspect prijsontwikkeling laat een licht positiever beeld zien dan in oktober 2009. Op het gebied van kwaliteit zijn veel ontwikkelingen en initiatieven zichtbaar, maar dient de slag naar outputgerichte indicatoren nog gemaakt te worden.

Deze uitkomsten bevestigen het eerdere advies van november 2009 dat een uitbreiding van het B-segment naar 50% per 2011 verantwoord is, mits in combinatie met de invoering van prestatiebekostiging onder een integraal ingroeimodel. Bovendien leidt uitbreiding van het B-segment tot meer samenhang en daardoor een consistentere B-segment. Voor een tijdige uitwerking van de uitbreiding van het B-segment in de prestatiebekostiging en DOT is uiterlijk 1 april 2010 een besluit van de Minister nodig.

De Nederlandse Zorgautoriteit,



mr. drs. T.W. Langejan
Voorzitter Raad van Bestuur