

Vergaderjaar 2003–2004

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 oktober 2003

1. Inleiding

Sinds enige jaren wordt in de ziekenhuissector concreet gewerkt aan een bekostigingssysteem dat gebaseerd is op prestaties en de daarmee samenhangende kosten. Bij brief van 20 februari 2003 heeft de Stuurgroep DBC2003, waarin alle relevante veldpartijen zitting hebben, het Gezamenlijk Plan van Aanpak voor de invoering van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) aan toenmalig minister De Geus aangeboden. De stuurgroep was van mening dat de integrale invoering van DBC's per 1 januari 2004, met vrije prijsvorming, een cruciale bijdrage zou leveren aan de alom gewenste vraagsturing in de curatieve zorg.

Naar aanleiding van het Gezamenlijk Plan van Aanpak en het daarover gehouden bestuurlijk overleg van 16 april jl., is de Tweede Kamer bij brief d.d. 19 mei 2003 (kenmerk CZ/B-2379223) medegedeeld dat een zo integraal mogelijke invoering van de DBC-systematiek per 1 januari 2004 zou worden voorbereid. Tevens werd in deze brief aangekondigd dat in september 2003 opnieuw bestuurlijk overleg zou plaatsvinden ter voorbereiding op definitieve besluitvorming door het kabinet en de Tweede Kamer.

Op 23 september jl. heeft dit overleg plaatsgevonden. Tijdens dit overleg heb ik met betrokken veldpartijen overeenstemming bereikt over de fases die de komende jaren moeten worden doorlopen om te komen van een systeem van budgetbekostiging tot een systeem van gereguleerde marktwerking op basis van DBC's. In deze brief zet ik uiteen hoe dit gefaseerde invoeringsmodel eruit zal zien.

De opbouw van de brief is als volgt: na de samenvatting, ga ik eerst in op de motivatie om de huidige bekostiging van de ziekenhuizen te vervangen door DBC's. Vervolgens beschrijf ik de aanloop van de DBC-introductie, inclusief de ervaringen met het huidige experiment «Ruimte voor Resul-

taat» en de wijze waarop ik de DBC-systematiek volgend jaar wil invoeren. Vervolgens besteed ik aandacht aan achtereenvolgens: het onderhoud van DBCs, toezicht, overige kostencategorieën, het juridische kader en de relatie met de GGZ.

2. Samenvatting

- Deze brief gaat in op de invoering van een nieuwe bekostigings-systematiek in de ziekenhuiszorg (DBC's ofwel Diagnose Behandeling Combinaties). De DBC-systematiek legt een relatie tussen door het ziekenhuis en de medisch specialist geleverde prestaties en de hiermee samenhangende kosten. DBC's zijn van belang om meer transparantie en doelmatigheid in de ziekenhuis- en medisch specialistische zorg te realiseren. Hiermee wordt het mogelijk om over te stappen van een systeem van budgetbekostiging¹ naar een systeem van gereguleerde marktwerking op basis van DBC's.
- Op 23 september jl. heb ik in een bestuurlijk overleg met de betrokken veldpartijen overeenstemming bereikt over de fases die de komende jaren worden doorlopen om over te stappen op de DBC-systematiek. Het invoeringsmodel zal er als volgt uit zien:
- **Fase 1**
Tot 1 juli 2004 blijven de huidige DBC-experimenten gehandhaafd. Ziekenhuizen en verzekeraars kunnen op vrijwillige basis onderhandelen over prijs en volume van een beperkt aantal DBC-groepen. Uit de evaluatie van het experiment «Ruimte voor Resultaat» is gebleken dat de doorlooptijd voor een adequate implementatie van DBC-registratie ca. 6 maanden bedraagt en dat vrije prijsvorming niet in één stap haalbaar is.
- **Fase 2**
Vanaf 1 juli 2004 worden alle ziekenhuizen geheel gefinancierd op basis van DBC's. Er komt een vast segment A en een vrij segment B.

In het *vaste segment* (tenminste 90% van de ziekenhuisproductie) vindt de financiering plaats op basis van voor alle ziekenhuizen gelijke vaste tarieven per DBC-groep. De bekostiging van de ziekenhuizen blijft voor dit segment gebaseerd op de huidige FB-budgetteringssystematiek. Voor medisch specialisten komt er, ter dekking van de lumpsum, een landelijk uniforme honorariumcomponent.

In het *vrije segment* (maximaal 10% van de ziekenhuisproductie) gaan ziekenhuizen met verzekeraars onderhandelen over prijs, kwaliteit en volume van de te leveren DBC(-groepen). Voor medisch specialistische zorg zal een landelijk uurtarief worden vastgesteld. De (omgekeerde) contracteerplicht voor ziekenfondsen wordt voor het vrije segment opgeheven. De ervaringen in het vrije segment zullen worden gemonitord.

- **Fase 3**
Vanaf 2005 worden verdere stappen gezet naar prestatiebekostiging, door in het vaste segment stapsgewijs te heralloceren. De bestaande budgetzekerheden van ziekenhuizen worden langs die weg afgebouwd. Voor de medisch specialistische zorg zal de uniforme honorariumcomponent geleidelijk worden vervangen door een (onderbouwd) landelijk uurtarief. Daarvoor zullen ook in segment A gevalideerde normtijden beschikbaar moeten komen. Uitgangspunt daarbij is om de lumpsum-systematiek voor specialisten per 1 januari 2008 te beëindigen. Verder zal in fase 3 de marktwerking toenemen door een

¹ Zie bijlage 1 voor een beknopte beschrijving.

vergroting van het vrije segment, ten koste van de omvang van het ziekenhuisbudget.

3. DBC-systematiek; wat is het en waarom invoeren?

Wat is een DBC?

De DBC-systematiek betreft een nieuw bekostigingssysteem, waarvoor medisch specialisten en ziekenhuizen in eerste instantie zelf het initiatief hebben genomen.

DBC's (Diagnose Behandeling Combinaties) zijn gebaseerd op geleverde prestaties en de hiermee samenhangende kosten. Deze prestaties worden vastgelegd in «zorgproducten».

Een DBC typeert de medisch specialistische zorg volgens een methodiek waarbij de zorgvraag (diagnose) wordt gekoppeld aan de daartoe geleverde zorgprestaties (begeleiding, diagnostiek en behandeling). De bijbehorende kosten van het ziekenhuis en de werklust van de medisch specialist worden aan deze producten toegerekend.

DBC's vormen de basis van de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars over de prijs, kwaliteit en hoeveelheid van de te leveren zorg.

De Nederlandse DBC-systematiek heeft als doelstelling: prestatie-bekostiging als basis voor transparantie van de bedrijfsvoering van ziekenhuizen, hetgeen nodig is als opmaat voor de introductie van marktwerking. Ook in andere landen zijn vergelijkbare systemen in ziekenhuizen geïntroduceerd of in ontwikkeling. Een groot aantal van deze systemen komt voort uit de zogenoemde Diagnoses Related Groups (DRGs). Ten onrechte wordt nog wel eens gedacht dat de DRG-systematiek als «hapklaar concept» gekocht had kunnen worden om in te voeren in Nederland. Er zijn diverse versies van het DRG-systeem in andere landen van toepassing. In de landen die dat hebben gedaan (bijvoorbeeld Duitsland, Australië, VS, Canada) blijkt echter veel en langdurig geïnvesteerd te zijn in het aanpassen en verfijnen van de DRGs. De lokale aanpassing van het concept blijkt een uitermate belangrijk element te zijn voor acceptatie en werkzaamheid in de desbetreffende landen.

Ik geef de voorkeur aan DBC's boven DRGs, omdat DBC's, in tegenstelling tot DRGs, ook de gehele polikliniek en de dagbehandeling omvatten. Dit is een belangrijk innovatief element in de DBC systematiek; het merendeel van de medisch specialistische zorg vindt tegenwoordig immers poliklinisch en in dagbehandeling plaats. Daarnaast bevatten DBC's niet alleen de kosten van het ziekenhuis, maar ook het honorarium van de medisch specialist. De in ons land gekozen benadering heeft tot een grote betrokkenheid geleid van alle betrokken partijen bij de ontwikkeling van het DBC-systeem. Ook de medisch specialisten kunnen zich goed herkennen in dit systeem, omdat zij aan de basis van deze ontwikkeling hebben gestaan, door de DBC's per wetenschappelijke vereniging in kaart te brengen.

In Japan wordt momenteel ook geëxperimenteerd met de DBC-systematiek in een tachtigtal academische ziekenhuizen. Ongeveer twee jaar geleden begon de interesse van Japan in de door Nederland ontwikkelde DBC's, nadat men ook reeds voorzichtig met DRGs experimenteerde. Men vond in het diagnose-georiënteerde DRG-concept te weinig aanknopingspunten voor transparantie, en daarmee sturingsmogelijkheden, van de therapiekeuze.

Waarom DBCs invoeren?

1. DBCs leiden tot **transparantie van het zorgaanbod**. Transparantie maakt het voor het ziekenhuismanagement beter mogelijk om een goede bedrijfsvoering te voeren en verbetert de positie van de zorgverzekeraar als doelmatige zorginkoper. Ook maakt transparantie prestatievergelijkingen van zorgaanbieders op macroniveau mogelijk. Het huidige bekostigingssysteem voldoet wat dat betreft niet meer aan de gestelde eisen.

2. Transparantie van het zorgaanbod is een voorwaarde voor de introductie van **gereguleerde marktwerking**. De centrale aanbodsturing is vastgelopen en zal, conform de afspraak uit het regeerakkoord, zo snel als verantwoord is, vervangen worden door gereguleerde marktwerking.

3. DBCs leiden, nadat de administratieve omslag is gemaakt en de nieuwe systematiek is ingebed in de organisaties, op termijn tot een afname van de **administratieve lasten**. Er komt één – uitgebreidere – basisregistratie in de ziekenhuizen, waaruit alle benodigde gegevens worden afgetapt. Hierdoor kan men gegevens gaan gebruiken voor verbetering van planning en logistiek.

Met transparantie van het zorgaanbod en gereguleerde marktwerking beoog ik een betere aansluiting op de vraag naar zorg van patiënten. Zij verlangen tijdige levering, keuzevrijheid, variatie in het aanbod en een klantgerichte instelling.

De relatie tussen ziekenhuis en verzekeraar moet dus prikkels gaan bevatten die het denken in het belang van de patiënt bevordert. Een verschuiving in de bestaande verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders is daartoe noodzakelijk en wenselijk. In paragraaf 4 ga ik hierop nader in.

4. Van een centraal sturingsmodel naar een decentraal sturingsmodel

De komende jaren wil ik, zoals hiervoor aangegeven, het beleid voortzetten om het huidige centrale sturingsmodel in de zorg geleidelijk om te vormen tot een decentraal sturingsmodel met, waar mogelijk en wenselijk, gereguleerde marktwerking. In een dergelijk decentraal sturingsmodel is een sleutelrol weggelegd voor risicodragende en concurrerende zorgverzekeraars, waaraan uiteindelijk een belangrijk deel van de zorgregie wordt toevertrouwd.

Ik wil de huidige functiegerichte bekostiging geleidelijk vervangen door een stelsel van (inkoop)contracten tussen verzekeraars en instellingen. De zorgverzekeraars zullen onderhandelen met het ziekenhuis. Het ziekenhuis biedt verzekerden zorg aan op basis van contracten met zorgverzekeraars. Deze contractering vindt plaats op basis van DBCs. De definitie (typering) van de DBCs is landelijk uniform, de inhoud¹ en prijs per DBC kan per ziekenhuis variëren (althans voor de DBCs waarvoor prijsvrijheid geldt: zie paragraaf 7).

De zorgverzekeraar zorgt via het sluiten van contracten in het kader van de zorginkoop dat de verzekerde zijn/haar aanspraken gerealiseerd krijgt. De onderhandelingen hebben betrekking op onder andere volume, prijs en kwaliteit van de medisch specialistische zorg, maar ook op aspecten van informatie-uitwisseling en de keuze voor volume-afspraken vooraf of afrekening op basis van geleverde prestaties achteraf, en ook bijvoorbeeld op wachttijden. Voor een zorgverzekeraar dient er keuzevrijheid te zijn, onder andere door het kunnen vergelijken van prijzen en de kwaliteit van de producten van de verschillende zorgaanbieders.

¹ Dit betreft de samenstelling van activiteiten/verrichtingen behorend bij een DBC (het zogenaamde zorgprofiel).

5. De voorbereiding

Het beleid om tot productprijzen te komen is ingezet met de reactie van het toenmalige Kabinet op het advies van de Commissie Biesheuvel (1995). Deze commissie adviseerde dat de specialistenhonorering dient te geschieden op basis van geleverde producten. Aldus moest een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (GMSB) ontstaan. Vanaf dat moment zijn ziekenhuizen en verzekeraars begonnen met het vaststellen van productdefinities.

In maart 2000 heeft toenmalig minister Borst het initiatief genomen om producttypering in de curatieve zorg op een professionele en integrale wijze aan te pakken en de partijen te binden aan een vaste invoeringsdatum (2003). Na het instellen van de Stuurgroep DBC2003, onder onafhankelijk voorzitterschap van prof.dr. L.Koopmans, hebben de betrokken partijen in oktober 2000 de ontwikkeling van de DBCs voortvarend ter hand genomen. In deze stuurgroep participeren Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) en het ministerie van VWS. Als waarnemers nemen ook het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) deel. In 2002 is tevens de DBC-ontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg gestart.¹ Sindsdien neemt daarom ook een vertegenwoordiger van de GGZ deel aan deze stuurgroep.

In december 2001 besloot het Kabinet Kok II een eerste bescheiden stap te zetten naar invoering van DBCs. De functiegerichte budgettering (FB) bleef gehandhaafd, maar naast de bestaande tarieven werd per 1 januari 2003 een «DBC-teltarief» geïntroduceerd. Hiermee werd beoogd een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de ziekenhuisproductie en de schadelast voor verzekeraars in DBC-termen. Hierover is de Tweede Kamer geïnformeerd bij brief d.d. 21 december 2001 (kenmerk CZ/B-2243081). Vanwege privacyaspecten is recent besloten dit teltarief te laten vervallen, hier wordt in paragraaf 11 verder op ingegaan.

In november 2002 besloot het kabinet Balkenende I, in aanvulling op de eerste stap, per 1 januari 2003 een experiment te starten met vrije prijsvorming op basis van DBCs. Dit experiment, «Ruimte voor Resultaat», moest een bijdrage leveren aan de beantwoording van de vraag of, en zo ja hoe, de DBC-systematiek per 1 januari 2004 kon worden ingevoerd. De Tweede Kamer is hierover geïnformeerd met de brief van 15 november 2002 (kenmerk CZ/B-2333090). In de brief van 19 mei (kenmerk CZ/B-2379223) heeft de Tweede Kamer informatie ontvangen over de voortgang van het experiment, alsmede over het voorziene invoeringstraject. In paragraaf 6 wordt ingegaan op de conclusies die zijn getrokken uit de evaluatie van het experiment.

6. Toetsing van het concept via het experiment «Ruimte voor Resultaat»

Het experiment «Ruimte voor Resultaat» biedt zorgverzekeraars en ziekenhuizen de gelegenheid te onderhandelen over volume, prijs en kwaliteit van de geleverde zorg.

In beginsel gold het experiment voor het jaar 2003 en kan het gezien worden als opstap naar de integrale invoering van de nieuwe systematiek. Het onderhandelingproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars betreft zowel de ziekenhuiscomponent als de honorering van de medisch specialist.

¹ De DBC-ontwikkeling in de GGZ sluit zoveel mogelijk aan bij de ontwikkeling in de ziekenhuiszorg.

De omvang van «Ruimte voor Resultaat» werd bepaald door twee aspecten: het aantal producten (DBC's) binnen het experiment en het aantal ziekenhuizen/specialisten dat eraan meedoet. Voor het experiment zijn 105 DBC's geselecteerd.

Berekend is dat met deze ingrepen in het huidige systeem maximaal ca. € 750 mln euro zou zijn gemoeid (€ 630 mln ziekenhuiscomponent en € 120 mln honorering van de medisch specialisten). Dit komt overeen met circa 6% van de uitgaven voor ziekenhuizen en medisch specialisten.

De thans bekende resultaten van het experiment bieden belangrijke aangrijpingspunten voor de wijze waarop en in welk tempo de nieuwe systematiek ingevoerd kan worden¹. Veel zorgverzekeraars en 40 ziekenhuizen hebben de mogelijkheid verkend om DBC-contracten te sluiten.

Hoewel in de eerste helft van 2003 slechts 14 contracten zijn gesloten, moet het effect van het experiment niet worden onderschat. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn over de DBC's in gesprek geraakt en hebben gemerkt wat er samenhangt met vrije prijsonderhandeling, in plaats van budgetonderhandelingen. De beperkte deelname had onder meer de volgende oorzaken:

- Deelname was vrijwillig. Ziekenhuizen konden dus besluiten gebruik te blijven maken van het huidige budgetsysteem als de onderhandelingen over experiment-DBC's geen hoger budget opleverden. Ook zorgverzekeraars namen daardoor veelal een afwachtende houding aan.
- De hoogte van het uurtarief voor medisch specialisten bleek een soms niet te nemen hindernis in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen.
- De implementatie van DBC's bleek een aanzienlijke inspanning voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Het impliceert herziene werkprocessen, een andere administratieve organisatie, een betere registratie en aangepaste ICT-toepassingen.
- Veel ziekenhuizen hebben gewacht met de noodzakelijke voorbereidingen, in verband met het uitblijven van duidelijkheid over het invoeringsmodel.

De conclusies van het experiment «Ruimte voor Resultaat», die u hieronder aantreft, heb ik betrokken bij de vormgeving van het invoeringsmodel, dat ik in paragraaf 7 uiteen zal zetten.

De belangrijkste conclusies van het experiment «Ruimte voor Resultaat»:

- 1. Vrije prijsonderhandeling op basis van vrijwilligheid (lees: vrijblijvendheid) blijkt niet werkbaar. Voor een goede introductie van gereguleerde marktwerking moet de vrijblijvendheid van deelname komen te vervallen.*
- 2. Er zijn meerkosten opgetreden, zowel bij het ziekenhuisdeel als bij het medisch-specialistische deel (verhoudingsgewijs meer bij het medisch-specialistische deel). Beheersing van de kosten blijft dus noodzakelijk. Voorkomen moet worden dat kostenstijgingen optreden, zonder dat daar extra productie tegenover staat.*
- 3. Tijdige duidelijkheid voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars over het tijdstip en de wijze van invoering van DBC's is cruciaal. De doorlooptijd van de voorbereidingen voor het ziekenhuis blijkt ca. 6 maanden te zijn.*

¹ Een uitgebreide evaluatie is opgenomen in bijlage 2; ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

7. Zorgvuldige en gefaseerde invoering van de DBC-systematiek

Bij de voorbereidingen voor een zo integraal mogelijke invoering van de DBC-systematiek per 1 januari 2004 bleek mij dat het tempo en de vormgeving van het invoeringsmodel uit het Gemeenschappelijk Plan van Aanpak van februari 2003 inmiddels door geen van de partijen meer haalbaar werd geacht. Daar sluit ik mij bij aan. Zo zijn de budgettaire consequenties van integrale vrije prijsvorming onvoldoende beheersbaar, hebben de ziekenhuizen en verzekeraars meer tijd nodig om het registratie- en declaratieverkeer van DBCs te regelen en moet de noodzakelijke wetgeving nog van kracht worden. Gelet hierop heb ik, in overleg met de veldpartijen, een invoeringsmodel met drie fasen opgesteld voorzien van een realistischer planning. Hierbij heb ik de conclusies uit het experiment «Ruimte voor Resultaat» als volgt betrokken:

- Voor een beperkt deel van de ziekenhuisproductie wordt gereguleerde marktwerking verplicht geïntroduceerd (zie conclusie 1, box paragraaf 6).
- Voor een groot deel van de ziekenhuis- en medisch specialistische blijven productie budgettering, de lumpsumsystematiek en vaste tarieven in stand (zie conclusie 2, box paragraaf 6).
- Uitsluitend declareren van DBCs wordt per 1 juli 2004 verplicht, waardoor een voorbereidingstijd van ruim 8 maanden ontstaat (zie de conclusies 3 en 4, box paragraaf 6).

In de afgelopen jaren is veel energie gestoken in het ontwikkelen van de DBC-productstructuur en het opzetten van DBC-registratiesystemen. Dit neemt niet weg dat bij aanvang van de DBC-introductie er waarschijnlijk nog kinderziektes zullen blijken, zoals de ervaringen in andere landen uitwijzen. Eind van dit jaar zal de landelijke projectorganisatie DBC2003 een hanteerbare productstructuur opleveren, waarbij de doelstelling is om alle mogelijke voorkomende DBCs te clusteren in ongeveer 500 productgroepen.

De komende jaren zal worden gewerkt aan een voortdurende verbetering van de productstructuur, de gegevensregistratie en de kostentoedeling. Dit is een meerjarig proces, waarin naast de ziekenhuizen en de verzekeraars eveneens het onderhoudsorgaan (i.o) voor de DBC-systematiek een belangrijke rol zal spelen.

Overigens ben ik mij bewust dat de introductie van de DBC-systematiek een grote opgave is, waaraan risico's verbonden zijn. Daarom is binnen het ministerie van VWS een projectteam vrijgesteld om de introductie te begeleiden. Daarbij wordt onder meer gewerkt aan thema's als fraudebestendigheid, zogenoemde «upcoding» en vermindering van administratieve lasten.

Maatregelen om de fraudebestendigheid te borgen zijn:

1. Een werkbare DBC-productstructuur
2. Een juiste DBC-registratie in het ziekenhuis
3. Interne en externe controles op ziekenhuisregistratie
4. Een juiste facturering naar de verzekeraar
5. Controle door zorgverzekeraar en patiënt

Het invoeringstraject voor de DBC-systematiek in ziekenhuizen¹ en zorgverzekeraars bestaat uit drie fasen, die ik hieronder uiteen zet.

Fase 1: Voorzetting van het experiment, prikkel tot DBC-registratie (tot 1 juli 2004)

In de eerste helft van 2004 zet ik de huidige wijze van bekostiging en financiering voort, inclusief het experiment »Ruimte voor Resultaat«. Het experiment is in de eerste helft van 2004 de opmaat voor de daadwerkelijke DBC-introductie. De verplichte DBC-financiering per 1 juli 2004 is de prikkel voor ziekenhuizen en medisch specialisten om in de maanden die daar aan vooraf gaan tot een zo volledig mogelijke DBC-registratie te komen. Uit de evaluatie van het experiment «Ruimte voor Resultaat» is gebleken dat de doorlooptijd voor het adequaat implementeren van de DBC-registratie ca. 6 maanden bedraagt.

Fase 2: Van budgettering naar prestatiefinanciering (vanaf 1 juli 2004)

Ook in fase 2 blijft de huidige bekostigingssystematiek grotendeels gehandhaafd; ziekenhuizen en zorgverzekeraars moeten wel omschakelen op DBC-financiering. Het vrijwillige experiment zet ik op die datum stop. De ziekenhuismarkt wordt verdeeld in twee segmenten, te weten een segment waarin het ziekenhuisbudget gefinancierd wordt met DBC-productgroepen met vaste tarieven² (segment A) en een segment waarin de prijs via vrije onderhandelingen tussen ziekenhuis en verzekeraars tot stand komt. Hieronder geef ik een beknopte beschrijving van de belangrijkste kenmerken per segment.

Segment A: Ten minste 90% van de ziekenhuisproductie (€ 9,0 – € 9,5 mld.), waaronder in ieder geval de acute zorg en de beschikbaarheidsfunctie van het ziekenhuis, blijft de bekostigd op basis van het huidige ziekenhuisbudget. De financiering vindt plaats via declaratie van door het CTG vastgestelde landelijk uniforme tarieven per DBC-productgroep. Voor medisch specialisten wordt, ter dekking van de lumpsum, een uniforme honorariumcomponent³ vastgesteld. Om de DBC-tarieven zo transparant mogelijk te houden, blijft in deze fase een zogenoemd «sluittarief» in stand. Daarmee wordt ook de budgettaire neutraliteit van de DBC-introductie in segment A verzekerd.

Hierdoor is voor ziekenhuizen en voor medisch specialisten in een lokaal initiatief, feitelijk sprake van een administratieve invoering van DBCs in dit segment⁴. Dit maakt een voorzichtige overstap van oud naar nieuw mogelijk: de invoering van een nieuwe systematiek binnen de voorlopige zekerheid van de oude systematiek. De uniforme honorariumcomponent uit deel A zal ook bruikbaar moeten zijn als DBC-tarief voor specialisten die niet deelnemen aan een «lokaal initiatief».

¹ Het DBC-systeem is gericht op algemene en academische ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en intramuraal werkzame medisch specialisten. Voor categorale instellingen en extramuraal werkzame medisch specialisten zal een vergelijkbaar, op deze categorieën toegesneden invoeringsmodel worden ontwikkeld.

² Het tarief van een DBC-productgroep is gebaseerd op de tarieven van de medisch- en kostenhomogene DBCs waaruit de productgroep is samengesteld.

³ Een uniforme honorariumcomponent wordt omschreven als een honorariumcomponent die landelijk wordt vastgesteld, per specialisme, per productgroep, gebaseerd op het declaratievolume en gebaseerd op alle werkzame specialisten, inclusief de specialisten in academische ziekenhuizen.

⁴ Gedurende 2004 en 2005 moeten de ziekenhuizen de gegevens die noodzakelijk zijn voor productieafspraken en de nacalculatie van het FB-budget enerzijds en de huidige verrichtingen anderzijds nog wel blijven registreren. De registratie van de huidige verrichtingen is van belang voor de verbetering van de productstructuur en de kostentoeiding naar DBCs.

Aandachtspunt is dat de overstap op DBC-financiering wel gevolgen heeft voor de bedragen die voor de behandelingen van individuele patiënten worden gedeclareerd, en hiermee ook voor de schadelast per zorgverzekeraar, zelfs als per ziekenhuis een zelfde budget beschikbaar is. Specifiek voor ziekenfondsen geldt dat de schadelast minder goed aansluit bij de budgetten die zij ontvangen op grond van de ZFW-verstrekingenbudgettering. Om dit op te vangen zijn voor 2004 compensatiemechanismen aangebracht in de ZFW-verstrekingenbudgettering. Voorkomen wordt zo dat ziekenfondsen het risico van DBC-invoering afwentelen op de nominale premies.

Segment B: Voor maximaal 10% (€ 500 mln. – € 1 mld.) van de ziekenhuisproductie, bij voorkeur bestaand uit planbare zorg, gaat prijsvrijheid gelden. Deze is reeds experimenteel geïntroduceerd met het experiment «Ruimte voor Resultaat». Ik zal daartoe, na overleg met de veldpartijen, voor zoveel mogelijk specialismen een beperkt aantal DBC-groepen selecteren. Voor werkzaamheden van de medisch specialisten in segment B wordt een landelijk uniform uurtarief (d.w.z. niet gedifferentieerd per specialisme) vastgesteld. Ter bepaling van de tijdsbesteding van medisch specialisten zijn gevalideerde normtijden nodig. De vaststelling van het landelijk uniform uurtarief geschiedt budgettair neutraal. Om een dubbele bekostiging te voorkomen, wordt het ziekenhuisbudget en de lumpsum geschoond voor segment B.

Voor ziekenhuizen komt er een verplichte normopslag voor kapitaallasten van 12,5% op de vrij onderhandelde prijs per DBC(-groep) om een min of meer gelijke uitgangspositie tot stand te brengen met zelfstandige behandelcentra (zie paragraaf 10 voor een nadere toelichting). Voor een goede marktwerking binnen segment B acht ik het noodzakelijk dat de ziekenfondsen de mogelijkheid krijgen om eventueel geen contract af te sluiten met een bepaalde zorgaanbieder. Dit versterkt hun onderhandelingspositie. Voorts moeten ziekenfondsen, net als de particuliere zorgverzekeraars, onderling gaan concurreren. Dit maakt individuele onderhandelingen, in plaats van collectieve onderhandelingen, met een aanbieder mogelijk.

Beide aspecten zijn in de huidige situatie niet goed mogelijk door het bestaan van de zogenoemde «contracteerplicht» en de «omgekeerde contracteerplicht».

Artikel 47 van de Ziekenfondswet (ZFW) verplicht de ziekenfondsen (in de praktijk zijn dit de marktleders) met een ziekenhuis te contracteren. Artikel 48 van de Ziekenfondswet verplicht een instelling die met een ziekenfonds een overeenkomst heeft gesloten, op daartoe door een ander ziekenfonds gedaan verzoek met dat ziekenfonds een gelijke overeenkomst te sluiten. Deze omgekeerde contracteerplicht stimuleert tot collectief onderhandelen van ziekenfondsen.

Gelet op het voorgaande zal ik voor segment B de contracteerplicht voor ziekenfondsen alsmede de omgekeerde contracteerplicht (voor instellingen) opheffen. Een daartoe strekkend wetsvoorstel heb ik in juli 2003 bij de Tweede Kamer ingediend (Kamerstukken II 2002/03, 28 994). Daarmee wordt het mogelijk met Algemene Maatregel van Bestuur voor (delen van) de ziekenhuiszorg de (omgekeerde) contracteerplicht op te heffen.

Zodra de collectieve onderhandelingen voor segment B komen te vervallen, is het wenselijk dat ziektekostenverzekeraars zich meer gaan opstellen als zorginkopers (de regie nemen)¹. Doen zij dit niet, dan is het risico aanwezig dat er geen overeenkomsten met zorginstellingen tot stand komen en dat zorginstellingen relatief hoge tarieven aan de patiënten in rekening brengen, die hetzij slechts gedeeltelijk door de

¹ Voor particuliere ziektekostenverzekeraars geldt in de huidige situatie geen contracteerplicht. Wel gaat de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) ervan uit dat ook particuliere ziektekostenverzekeraars met instellingen overeenkomsten sluiten over tarieven en deze ter goedkeuring voorleggen aan het CTG.

verzekeraar worden vergoed, door een beperking in de premievoorwaarden op te nemen, hetzij leiden tot aanzienlijke premiestijgingen.

Om dit risico te ondervangen worden instellingen wettelijk verplicht een DBC-prijslijst openbaar te maken. Deze prijslijst geldt voor alle verzekerden die zijn verzekerd bij een ziektekostenverzekeraar, die geen overeenkomst heeft (d.w.z. geen zorg ingekocht heeft) met de desbetreffende instelling. Deze transparantie sluit verrassingen voor verzekerden uit en maakt een prijsvergelijking tussen zorginstellingen mogelijk.

Fase 3: Van prestatiefinanciering naar prestatiebekostiging en gereguleerde marktwerking (vanaf 2005)

Vervolgstappen zullen in relatie worden gezien met de standaardverzekering curatieve zorg, het vergroten van de risicodragendheid van zorgverzekeraars, de omvang van het zorgaanbod en de aanwezigheid van adequaat toezicht en zullen steeds na expliciete kabinetsbesluitvorming worden genomen. De te nemen stappen hangen tevens af van de ervaringen in fase 2. In de komende periode zal een concreet plan voor de stappen voor fase 3 worden uitgewerkt. De stappen binnen fase 3 kunnen zowel volgtijdelijk als parallel worden gezet.

Stap 1: Van prestatiefinanciering naar prestatiebekostiging

Als eerste stap wil ik de transparantie en de doelmatigheid van segment A verder vergroten en het (toezicht op) de marktcondities in segment B verbeteren, zodat in de toekomst «gemakkelijker» DBC-groepen van segment A kunnen worden overgeheveld naar segment B. Tegelijk met het creëren van de juiste marktcondities in segment B kan in segment A gewerkt worden aan een overgang van prestatiefinanciering naar prestatiebekostiging. Hiermee wordt de transparantie van het ziekenhuisbudget vergroot. Ook kan gedacht worden aan het afbouwen van enkele van de huidige budgetzekerheden.

Herallocaties

Bekostiging van het ziekenhuis op basis van DBCs gaat gepaard met een verschuiving van middelen binnen het ziekenhuisbudget en een verschuiving tussen ziekenhuizen. Deze verschuivingen of herallocaties, die overigens macroneutraal plaats zullen moeten vinden, worden veroorzaakt doordat de nieuwe DBC-parameters af zullen wijken van de huidige FB-budgetparameters.

Na een dergelijk herallocatietraject lopen de wijze waarop ziekenhuizen worden bekostigd en worden gefinancierd synchroon (namelijk beiden gebaseerd op DBCs) en is er sprake van een transparant ziekenhuisbudget. Transparantie maakt het voor het ziekenhuismanagement beter mogelijk om een goede bedrijfsvoering te voeren. De mogelijkheden tot heralloceren tussen ziekenhuizen hangen mede samen met de kwaliteit van de beschikbare data.

Afbouw van budgetzekerheden

Op dit moment is het «boter-bij-de-vis-principe» van toepassing op de variabele kosten van het ziekenhuisbudget. Dat betekent kort gezegd: meer inkomsten bij meer productie, minder inkomsten bij minder productie. De vaste en semi-vaste kosten van het ziekenhuisbudget zijn op dit moment gegarandeerd, ongeacht de productie van het ziekenhuis. Wanneer zekerheden op deze componenten worden afgebouwd, wordt

daarmee de trend, die in 2003 is ingezet met het variabiliseren van de FB-systematiek, doorgezet.

Een voorbeeld van kosten die op dit moment gegarandeerd zijn, zijn de kapitaallasten. Deze worden in fase 2 per ziekenhuis toegekend en worden nog niet aan individuele producten (DBC's) toegerekend. Voor bedrijfsmatige beslissingen zijn echter integrale DBC-prijzen, inclusief toe te rekenen kapitaallasten, die een instelling in een situatie van vrije prijsvorming vergoed moet krijgen, een vereiste.

Voor medisch specialisten zullen ook in segment A gevalideerde normtijden beschikbaar moeten komen, om naar een (onderbouwd) landelijk uniform uurtarief toe te groeien. Uitgangspunt daarbij is om de lumpsumsystematiek voor specialisten per 1 januari 2008 te beëindigen.

Stap 2: Van prestatiebekostiging naar meer marktwerking

Uitgangspunt voor stap 2 is een vergroting van segment B op basis van gereguleerde marktwerking. Overheveling van DBC's naar segment B kan plaatsvinden als aan bepaalde marktcondities is voldaan. De mogelijkheid blijft bestaan dat de minister van VWS het noodzakelijk vindt in te grijpen indien de uitkomsten van de marktwerking maatschappelijk onaanvaardbaar blijken. De prijsontwikkeling van de DBC's binnen segment B zal daartoe gemonitord en geëvalueerd worden (zie ook paragraaf 9).

8. Onderhoud en informatievoorziening DBC-systematiek

De vormgeving van het onderhoud en de informatievoorziening is een majeure klus waarmee alle betrokken partijen thans, onder leiding van een door mij aangestelde kwartiermaker, hard aan de slag zijn. Onderhoud en informatievoorziening kennen private en publieke kanten. Er zijn drie onderhoudsfuncties, die de komende maanden worden gerealiseerd.

Onderhoud van DBC's

*1. De eerste functie is de oprichting en instandhouding van een **Trusted Third Party (TTP)** inclusief een databank door private partijen. Het laten functioneren van de DBC-systematiek vergt betrouwbare, volledige en tijdige informatiestromen tussen partijen, breder dan uitsluitend informatievoorziening ten behoeve van onderhoud. Het uitgangspunt is dat gegevens maar éénmaal worden vastgelegd, maar door alle belanghebbenden worden gebruikt. Dit vermindert de administratieve lasten. Uiteraard zal elke partij slechts beperkt toegang krijgen tot deze dataset. De derde partij ontvangt de gegevens, beheert de gegevens en verspreidt de geanonimiseerde gegevens aan informatiegebruikers. De informatiegebruikers krijgen die gegevens, die nodig zijn om hun verantwoordelijkheid en bevoegdheid waar te kunnen maken.*

*2. De tweede functie is het **DBC-onderhoud en -beheer** (DBC-council). Ook deze functie is een private functie. Private partijen dienen het onderhoud zelf op een dynamische en innovatieve wijze vorm te geven, zodat de DBC-productstructuur up-to-date blijft. Daartoe dienen voortschrijdende en nieuwe medische en technologische ontwikkelingen in de landelijke DBC-productstructuur te worden opgenomen. Ook kunnen verouderde DBC's worden afgevoerd.*

*3. De derde onderhoudsfunctie is de **wettelijke verankering van DBC's en de pakketbeoordeling van DBC's**. Deze derde functie is publiek van aard en wordt belegd bij een samenwerkingsverband van CTG en CVZ, omdat deze functie qua inhoud en uitwerking in het verlengde ligt van hun bestaande wettelijke taken.*

De wijziging van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) vormt de juridische basis voor onderhandelingen over DBC-prijzen/-tarieven. Voor zorg-

aanbieders, ziektekostenverzekeraars en verzekerden moet duidelijk zijn welke landelijk bindende productbeschrijvingen er zijn. Deze omschrijvingen worden (als DBCs), verankerd in beleidsregels op basis van de WTG. Verzekeraars kunnen daardoor de prijzen vergelijken van DBCs met dezelfde inhoud.

Voor opname in het verzekeringspakket moet er een beoordeling en toetsing van de DBCs plaats (kunnen) vinden. Opname in het verzekerde pakket is onder meer gestoeld op aspecten als indicatiegebied, evidence, therapeutisch karakter en prijs. Om de beschrijving van de inhoud van het verzekeringspakket actueel en volledig te houden, zal de periode tussen de introductie van een nieuwe behandeling en het vastleggen van een nieuwe DBC minimaal moeten zijn. De minister van VWS moet kunnen beslissen om bepaalde aanspraken op nieuwe behandelingen (die worden bekostigd op basis van DBCs) niet toe te laten tot het verzekeringspakket, danwel aanspraken op bestaande behandelingen (die worden bekostigd op basis van DBCs) uit het verzekeringspakket te verwijderen.

In het kader van de Ziekenfondswet (en voor wat betreft de GGZ ook de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) zal hiertoe een toetsing/marginale beoordeling op basis van medisch inhoudelijk en financiële criteria dienen plaats te vinden. Het gaat hierbij om de afweging tussen de medische opbrengsten voor de volksgezondheid en de maatschappelijke kosten van toelating tot het pakket.

Bij de medische opbrengsten voor de volksgezondheid gaat het om informatie over de gezondheidswinst (bijvoorbeeld uitgedrukt in kwaliteit van leven of toegenomen levensverwachting), de zorgvraag naar deze DBC en de waarschijnlijke ontwikkeling daaromtrent. Voor wat betreft de maatschappelijke kosten gaat het om de geraamde kosten van deze nieuwe of aangepaste DBC. Voor een snelle en degelijke beoordeling en toetsing van DBCs alsmede voor de totstandkoming van beleidsregels stellen CTG en CVZ een integrale procedure op. Voor de gezamenlijke uitvoering van deze functie vormen zij een samenwerkingsverband.

9. Toezicht op (markt)werking van de zorgmarkten

Zoals gezegd hecht het kabinet aan een gecontroleerde invoering van marktwerking in de ziekenhuiszorg. Daarom is ook gekozen voor een gefaseerde transitie van het systeem van budgetbekostiging tot een systeem van gereguleerde marktwerking op basis van DBC's. Een zeer belangrijke stap is de introductie per 1 juli 2004 van het vrije segment B. In dit segment gaan ziekenhuizen met verzekeraars onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit van te leveren diensten. De marktwerking op basis van DBC's is daarmee vooralsnog geconcentreerd in segment B.

Om de overgang naar meer marktwerking beheerst te laten verlopen is segment B qua omvang wel betekenend, maar ook beperkt tot ongeveer 10% van de ziekenhuisproductie. De belangrijkste voorwaarden om de marktwerking goed te laten verlopen zijn een vrij marktvolume, vrije prijsvorming, vrije toetreding, voldoende aanbod en transparantie.

Om de transitie beheerst te laten verlopen, is voorzien in adequaat toezicht. Uiteraard ziet de Inspectie voor de Gezondheidszorg toe op kwaliteitsaspecten. Daarnaast vindt toezicht plaats op gedragingen van partijen die het marktproces kunnen verstoren. Dit toezicht vindt plaats door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) op grond van de Mededingingswet. Onderlinge prijsafspraken door aanbieders of verzekeraars, afspraken over de verdeling van markten, misbruik van een economische machtspositie (weigering tot contractering op niet objectieve

gronden, discriminatie in leveringsvoorwaarden, etcetera) kunnen door de NMa worden getoetst op basis van de Mededingingswet.

Dat de NMa in toenemende mate ook het vizier op de zorgsector heeft gericht, blijkt onder andere uit de eind 2002 gepubliceerde «Richtsnoeren voor de Zorgsector», het recente «Consultatie-document concurrentie in de ziekenhuissector» en het «Consultatiedocument NMa-agenda 2004».

Daarnaast is relevant het voornemen van het kabinet een zogenoemde Zorgautoriteit op te richten. De opbouw van deze instelling start in januari 2004. Het CTG gaat op in de nieuwe Zorgautoriteit en uiteindelijk zal de Zorgautoriteit rond 2008 integreren in de NMa. Kerntaak van de Zorgautoriteit is het stimuleren en begeleiden van marktconform gedrag in de zorg.

De Zorgautoriteit zal al per 1 juli 2004 een belangrijke taak hebben in het monitoren en analyseren van de marktontwikkelingen in het genoemde B-segment. Onderwerp van aandacht is de ontwikkeling van de prijs, zowel in de tijd als de verschillen tussen aanbieders. In de analyse van de prijsontwikkeling wordt de aard van de prijsverandering (generiek of gedifferentieerd, tijdelijk of permanent) betrokken, maar ook de volumeontwikkeling, de vraag- en aanbodverhoudingen, etcetera.

Er wordt ook gekeken naar de prijsverschillen tussen aanbieders en de daar aan ten grondslag liggende factoren. Daarbij kan bijvoorbeeld blijken dat er verschillen zijn in kostenposten bij de verschillende ziekenhuizen of in de methode waarop kosten worden toegerekend. De analyse zal, waar mogelijk, ook de oorzaken van de prijsveranderingen duiden. De oorzaken kunnen liggen bij acceptabele kosten- of kwaliteitsveranderingen, maar kunnen ook andere redenen hebben.

Vervolgens kan een oordeel over de prijsverandering worden gegeven en over de oorzaken die daar aan ten grondslag liggen. Voorzover een en ander ongewenst is, dat wil zeggen voorzover de ontwikkelingen conflicteren met de publieke belangen die het kabinet wil waarborgen, kan tot nadere actie worden besloten. De Zorgautoriteit kan het kabinet tot deze nadere actie adviseren of, voorzover zij zelf (al) de beschikking heeft over wettelijk instrumentarium, deze acties zelf uitvoeren.

Deze acties kunnen verschillende gedaanten hebben. Indien aan ongewenste ontwikkelingen een overtreden van de Mededingingswet ten grondslag ligt (zoals het misbruik van een economische machtspositie), zal de NMa uiteraard optreden. De Zorgautoriteit kan hiertoe informatie aanleveren bij de NMa. Met de komst van de Zorgautoriteit kunnen ook andere oorzaken worden aangepakt. De Zorgautoriteit zou de transparantie op de markt kunnen vergroten door bijvoorbeeld over te gaan tot publicatie van de monitoringsresultaten. Een andere strategie is de toetreding tot markten te bevorderen. In dit verband kan de Zorgautoriteit ook adviezen geven aan de minister van VWS om onnodige wettelijke toetredingsbelemmeringen op te heffen.

Als de oorzaak voor ongewenste ontwikkelingen bij DBCs in het B-segment bij verzekeraars blijkt te liggen omdat deze zich bijvoorbeeld in hun onderhandelingen met de zorgaanbieders onvoldoende inspannen, kan de interventie bij hen aangrijpen. Denk daarbij aan begeleiding van verzekeraars ter bevordering van het onderhandelingsgedrag en het opstellen van richtlijnen voor prijsvormingsgedrag (bijvoorbeeld kostprijsoriëntatie voorschrijven). Als *ultimum remedium* kan het kabinet uiteraard besluiten op onderdelen, al dan niet tijdelijk, weer een tarief vast te doen stellen.

Bovenstaande beschrijving van het toezicht is toegespitst op segment B (het segment met vrije prijzen). Uiteraard zal dit zich, in aangepaste vorm, ook uitstrekken tot segment A (met budgettering en vaste tarieven). Ook hier is toezicht op kwaliteit en naleving van de Mededingingswet relevant. Daarnaast is in het A-segment van belang dat de regulering van de DBC-prijzen daar op een modernere manier gaat plaatsvinden die aanbieders prikkelt tot vraaggericht en efficiënt gedrag. De wijze waarop dat zal gaan plaatsvinden, wordt ontwikkeld door het ministerie van VWS in samenspraak met de Zorgautoriteit. De Zorgautoriteit kan ook adviezen uitbrengen over de mogelijkheid om DBCs van segment A over te hevelen naar segment B.

10. Overige met de DBCs samenhangende kostencategorieën

Kapitaallasten

Het uiteindelijke doel is een integrale prijs van DBCs inclusief kapitaallasten. Op deze wijze kan de benodigde infrastructuur het meest flexibel worden aangepast aan de te leveren zorgvolumes. Belangrijke redenen voor een integrale prijs inclusief de kapitaallasten zijn het creëren van een gelijke uitgangspositie tussen zorgaanbieders («level playing field»), de mogelijkheid om het zorgproduct integraal te kunnen beoordelen en te kunnen vergelijken met andere alternatieven, het verlagen van de financiële drempels voor nieuwe toetreders, het verhogen van de dynamiek in het zorgaanbod en de bijdrage die het levert aan de extramuralisering van de zorg.

Indien in segment A de vaste DBC-tarieven voor het ziekenhuis-gedeelte worden vastgesteld op basis van de gegevens die nu bij de projectorganisatie DBC2003 bekend zijn, dan is in dat tarief alleen rekening gehouden met de kosten voor inventarissen. Het DBC-tarief zal worden aangevuld met een component voor de gebouwgebonden kapitaallasten van het ziekenhuis.

In het segment met vrije prijzen wordt een verplichte normopslag voor kapitaallasten opgelegd aan de vrij onderhandelbare DBC-groepen. Hiermee komt de prijsstelling van ziekenhuizen op basis van een min of meer gelijke uitgangspositie tot stand als in de zelfstandige behandelcentra, die niet anders kunnen doen dan de marktconforme kapitaallasten in hun prijs opnemen. Er wordt een uniforme opslag van 12,5% opgelegd, omdat het gemiddelde aandeel van de kapitaallasten in de neventarieven die behandelcentra nu declareren 10–15% bedraagt, en ook het aandeel kapitaallasten in het ziekenhuisbudget gemiddeld in die orde van grootte ligt. Van de uiteindelijk behaalde vrije DBC-omzet dient de normopslag voor kapitaallasten ter dekking van het gegarandeerde kapitaallastenbudget. Het kapitaallastenbudget van het ziekenhuis wordt zo gedekt door:

- een opslag op de vaste DBC-tarieven in segment A en
- door een normatieve opslag op de vrije DBC-prijzen in segment B, die via het sluittarief in segment A wordt verrekend.

In fase 3 van het invoeringsmodel kan de normatieve opslag in segment B geleidelijk vervangen worden door marktconforme kapitaallasten, waarover ziekenhuizen zelf met zorgverzekeraars moeten onderhandelen, als onderdeel van een vrije DBC-prijs. Hiervoor zal in 2004 een plan van aanpak worden opgesteld waarin wordt aangegeven hoe en wanneer de normatieve opslag wordt vervangen door marktconforme kapitaallasten als onderdeel van vrije DBC-onderhandelingen. Daardoor vervalt voor dit deel van de kapitaallasten uiteindelijk de huidige budgetgarantie. Nadruk-

kelijk zal worden gezien welke consequenties hieraan verbonden zijn voor de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), de Ziekenfondswet (Zfw) en de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG).

Opleidingen

Er is sprake van verschillende typen opleidingen in de ziekenhuiszorg, variërend van kortdurende reguliere na- en bijscholing tot de langdurige en kostbare opleiding tot medisch specialist. Na- en bijscholingskosten – die onderdeel uitmaken van de CAO-afspraken – maken normaal onderdeel uit van de DBC-kosten. De initiële opleidingen blijft het ministerie van OCW bekostigen.

De kosten voor opleidingen die bij- en nascholing betreffen, niet marktverstoring zijn en niet ziekenhuisspecifiek zijn, zullen in de DBC-prijzen meegenomen worden (ofwel de vaste prijzen in segment A ofwel in de onderhandelbare prijzen van segment B). De overige opleidingen zullen door een centrale instantie bekostigd gaan worden. Welke opleidingen deze instantie financiert wordt later dit jaar in samenwerking met veldpartijen geconcretiseerd. In eerste instantie wordt hierbij bijvoorbeeld gedacht aan medisch specialisten, branchespecifieke verpleegkundigen, «physician assistants» en ziekenhuisapothekers. Ik streef ernaar de Tweede Kamer vóór eind 2003 van deze concretisering op de hoogte te stellen.

Academische component en topreferente zorg

Academische ziekenhuizen hebben een aantal specifieke taken, waaronder het leveren van topreferente zorg (last resort), het realiseren van de werkplaatsfunctie voor de universitaire opleiding tot basisarts, en een onderzoeks- en ontwikkelingsfunctie. De meerkosten van deze taken worden grotendeels gedekt door de zogenoemde «academische component» (AC), die bestaat uit drie hierop aansluitende onderdelen.

De academische component maakt geen deel uit van de DBC-systematiek. Qua bereik heeft de DBC-systematiek alleen betrekking op de reguliere zorg en de topklinische zorg (art. 2 WBMV). Dit is reeds in de brief van de minister van 16 maart 2000, alsmede in het convenant DBC 2003 opgenomen. Wel worden alle patiënten in de academische centra getypeerd via de DBC-systematiek.

Binnen de academische component kan nieuwe topreferente zorg worden ontwikkeld. Tevens kan specifieke bestaande topreferente zorg in de loop der tijd (mede door ontwikkelingen in de technologie en de kennisfunctie van academische ziekenhuizen) tot reguliere zorg worden die door het onderhoudsorgaan in DBCs zal worden vormgegeven.

Groei van de academische component vindt plaats door het maken van afspraken tussen de academische ziekenhuizen en de minister van VWS over specifiek te leveren zorg, voor zover deze niet al op reguliere wijze via de DBCs wordt gefinancierd en past binnen de beleidsruimte die hiervoor in enig jaar beschikbaar is. Over de vraag of nog een vierde onderdeel aan de academische component moet worden toegevoegd, namelijk de beschikbaarheidsfunctie, zal ik op korte termijn een besluit nemen.

Poliklinische geneesmiddelen

Uitgangspunt is dat de poliklinische medicatie in de toekomst onderdeel moeten zijn van de DBCs. Motief hiervoor is de integraliteit van DBCs. De totstandbrenging van een koppeling van de poliklinisch voorgeschreven medicatie en de DBC kent echter een grote complexiteit.

Het invoeren van de DBC systematiek wordt niet gehinderd indien de poliklinische geneesmiddelen nog niet in de prijs verwerkt zijn. Desalniettemin werk ik momenteel aan een pilot-project waarin de randvoorwaarden en mogelijkheden van de poliklinische geneesmiddelen als deel van de DBC prijs worden verkend. Hiervoor dient het betrokken ziekenhuis een duidelijke visie op het interne geneesmiddelenbeleid te hebben en moet de ICT infrastructuur aanwezig te zijn. Het bestuurlijk uitgangspunt bij het opnemen van poliklinische geneesmiddelen in de DBC-prijs moet zijn dat sturing aan de bron essentieel is voor het goed functioneren van het geïntegreerd medisch bedrijf.

11. Juridisch kader

Er is geen afzonderlijk wet ontworpen voor de invoering van de DBC-systematiek, omdat de ziekenhuiszorg inclusief de medisch specialistische zorg onderdeel zijn van de gehele gezondheidszorg. Afstemming met de overige sectoren in de gezondheidszorg is nuttig en nodig. Voor een begrijpelijke en eenvoudige invoering ga ik uit van de bestaande instrumenten en methoden die hun werking reeds hebben bewezen. Waar dat noodzakelijk is worden die instrumenten aangepast, waardoor voor de onderscheiden fases van de invoering een solide juridische basis ontstaat. Een wettelijke grondslag is noodzakelijk omdat de invoering van de DBC-systematiek anders niet kan worden afgedwongen en mededingingsrechtelijk aanvechtbaar is.

Het invoeringsmodel stelt eisen aan het bestaande wettelijk instrumentarium. De instrumenten in de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), en de Ziekenfondswet zijn als solide wettelijke basis voor de voorziene DBC-systematiek nog niet toereikend. Die wetten worden aangepast, mede ten behoeve van een beheerste en soepele invoering van die systematiek.

Technische wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG)

Het is wenselijk de flexibiliteit van het bestaande WTGINstrumentarium te vergroten, mede met het oog op een soepele en beheerste invoering van een meer prestatiegerelateerde bekostiging. Door een aantal technische wijzigingen wordt het instrumentarium van de WTG ten opzichte van de bestaande situatie uitgebreid dan wel van een expliciete wettelijke basis voorzien. De belangrijkste wijzigingen zijn:

- Er kunnen landelijk bindende prestatie- of productbeschrijvingen (DBC's) worden vastgesteld, zonder dat er door het CTG voor die prestatie een tarief wordt bepaald;
- Een DBC kan voor de bepaling van het in rekening te brengen tarief worden opgedeeld in delen, waarbij voor ieder deel van die DBC andere CTG-beleidsregels en een ander toe te passen tarief(soort) kan gelden;
- Er komt een expliciete wettelijke basis voor de mogelijkheid om door middel van beleidsregels te bepalen dat er een vaste product- of prestatiebeschrijving moet worden gehanteerd, maar dat de prijs-onderhandelingen verder vrij zijn;
- Er wordt een expliciete wettelijke basis gecreëerd voor experimenten met bekostiging van zorgaanbieders en prestaties.

De Raad van State heeft inmiddels geadviseerd over het wetsvoorstel. Naar verwachting wordt begin november 2003 het wetsvoorstel aan de Tweede Kamer aangeboden.

Art 47 Zfw bevat de contracteerplicht en art 48 Zfw bevat de zogenoemde omgekeerde contracteerplicht (zie ook paragraaf 7). Deze zijn niet verenigbaar met vrij onderhandelen en contracteren in segment B. Daarom heb ik in juli 2003 een (aangepast) wetsvoorstel tot herziening van het overeenkomstenstelsel¹ bij de Tweede Kamer ingediend.

De contracteerplicht van ziekenfondsen met instellingen zal bij een nog in te dienen Algemene maatregel van bestuur vervallen, voorzover deze DBC-groepen betreft waarvoor het CTG geen tarief vaststelt of goedkeurt (segment B). Het schrappen van de (omgekeerde) contracteerplicht in de Ziekenfondswet faciliteert daarmee de fasegewijze invoering van het vrij onderhandelen en contracteren over de DBCs. De inwerkingtreding van het wetsvoorstel is voorzien op 1 januari 2004.

Wijzigingen in de Ziekenfondswet in verband met privacy

Het ziekenhuis zal voor iedere geleverde DBC de overeengekomen prijs bij het ziekenfonds declareren. Wil het ziekenfonds de Ziekenfondswet rechtmatig uitvoeren, dan zal het alvorens te betalen ten minste na moeten gaan of de gedeclareerde DBC aan een bij hem ingeschreven verzekerde is geleverd, of de rekening is ingediend door een door hem gecontracteerd ziekenhuis, en of de zorg die geleverd is wel binnen de termen van het contract valt. Dat betekent dat op de declaraties moet worden gemeld aan wie van zijn verzekerden welke zorg is verleend. Ook om andere redenen – bijvoorbeeld fraudebestrijding, zorginkoop en ter bepaling van de hoogte van zijn budget – kan het van belang zijn dat een ziekenfonds beschikt over de onderliggende informatie over welke zorg aan zijn verzekerden is geleverd.

Hiermee is echter niet gegeven, dat het ziekenhuis het ziekenfonds steeds meldt welke DBC aan welke van de verzekerden van het ziekenfonds is geleverd. Een DBC-code bevat medische informatie over degene aan wie die DBC is geleverd. Voorkomen moet worden, dat persoonsgebonden informatie die niet noodzakelijk is voor de uitvoering van de Zfw, bij het ziekenfonds terecht komt. Op dit moment wordt onderzocht of het mogelijk is de persoonsgebonden informatie te beperken tot de mededeling uit welke productgroep (cluster van DBCs met dezelfde prijs) een DBC is geleverd.

Ik ben voornemens in de Zfw een delegatiebepaling op te nemen op grond waarvan bij lagere regelgeving expliciet kan worden bepaald welke persoonsgegevens ziekenhuizen in het kader van het DBC-beleid aan ziekenfondsen dienen te verstrekken. Het wetsvoorstel zal binnenkort voor advies aan het College Bescherming Persoonsgegevens worden voorgelegd en zal in december 2003 in het kabinet worden besproken. Daarna volgt advisering door de Raad van State. Naar verwachting zal het wetsvoorstel in het voorjaar van 2004 aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

¹ Het wetsvoorstel Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg omvat de volgende maatregelen: mogelijkheid om voor bij AmvB aan te wijzen vormen van zorg de (omgekeerde) contracteerplicht te schrappen, schrappen van de omgekeerde contracteerplicht, schrappen van de verplichting tot collectief onderhandelen op landelijk niveau door branche-organisaties, het wegnemen van formele belemmeringen voor zorginkoop in het buitenland, en een restitutiemogelijkheid voor nader bij AmvB aan te wijzen vormen van zorg.

12. DBCs ook in de GGZ

Ook het huidige bekostigingssysteem in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voldoet niet aan de eisen voor transparantie en doelmatigheid die noodzakelijk zijn om een omslag te kunnen maken naar vraagsturing. De DBCs geven zicht op het zorgproces door de beschikbaarheid van meer informatie over de inhoud van de zorgvraag en de prijs daarvan. Bovendien zijn de DBCs niet alleen de basis voor het bekostigingssysteem in het tweede compartiment.

In het kader van de modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt ook gekeken naar de relatie tussen DBCs en de functiegerichte bekostiging in de AWBZ. Het gebruik van DBCs in de GGZ zal nodig zijn als de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg overgeheveld wordt naar de standaardverzekering curatieve zorg.

Bij de ontwikkeling van DBCs in de geestelijke gezondheidszorg worden de ervaringen bij de DBCs in de ziekenhuizen benut. In het voorjaar van 2003 is de Landelijke Werkgroep DBC Ontwikkeling GGZ gevraagd een beperkt aantal hoofdgroepen van DBCs te ontwikkelen. Deze Werkgroep heeft in juni 2003 63 hoofdgroepen van DBCs opgeleverd. Vanaf 1 september 2003 zijn veertien koplopers in het GGZ-veld aan de slag gegaan om deze DBCs te registreren en te testen. Uit de evaluatie van deze testfase in januari 2004 komt een plan van aanpak om de DBCs uit te rollen naar alle aanbieders van de geestelijke gezondheidszorg.

Invoering van de DBCs kan per januari 2005 plaatsvinden. In 2004 zal op basis van de resultaten van de uitrol van de DBCs in de GGZ bezien worden of invoering van DBCs in de geestelijke gezondheidszorg in fasen of in 1 keer kan plaatsvinden. Eind 2003 wordt u het Gemeenschappelijk Plan van Aanpak GGZ aangeboden waarin partijen aangeven hoe zij de DBCs in de GGZ ingevoerd willen zien.

13. Ten slotte

Om invoering van de tweede fase per 1 juli 2004 mogelijk te maken, zal in de tussenliggende periode een aantal randvoorwaarden worden ingevuld en de risico's worden geminimaliseerd. Hiervoor wordt de komende maanden een actieprogramma uitgevoerd, waarin staat aangegeven welke partij, wanneer aan zet is en welk kritisch tijdpad aan de orde is. De komende tijd zal het ministerie van VWS samen met de betrokken veldpartijen dit actieprogramma uitwerken. Het Expertise Centrum (HEC), een adviesbureau op het gebied van informatisering, strategie en beleid, is ingeschakeld om voortgang en kwaliteit van de maatregelen in het actieprogramma kritisch te begeleiden.

Ik hoop u hiermee een volledig beeld gegeven te hebben over alle aspecten die met de invoering van DBCs als nieuwe onderhandelingsstaal in de zorg een rol spelen.

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

Bijlage 1: Bekostiging en financiering van ziekenhuizen en medisch specialisten

A Ziekenhuizen

Het budget van een ziekenhuis bestaat globaal weergegeven uit de volgende vier componenten of kostensoorten: locatiegebonden kosten, vaste kosten, semi-vaste kosten en variabele kosten.

Locatiegebonden kosten

Dit zijn kosten die verband houden met de infrastructuur van een instelling (gebouwen en installaties), waaronder de kapitaallasten (afschrijvingskosten en rente), onderhoudskosten en kosten voor het gebruik van de infrastructuur. Op grond van hun vergunning ex WZV (Wet ziekenhuisvoorzieningen) krijgen instellingen kapitaallasten nagecalculeerd en capaciteitsgebonden kosten vergoed in budgetten of tarieven. Voor ZBCs geldt dat overigens niet.

Vaste kosten

Dit zijn kosten die niet variëren met de bedrijfsdrukke. Het gaat hierbij om de beschikbaarheidskosten van het ziekenhuis. Deze worden bepaald aan de hand van de budgetparameter adherente inwoners. Deze parameter reflecteert het verzorgingsbereik van het ziekenhuis en de mate waarin men van het ziekenhuis gebruik maakt. De vaste kosten van het ziekenhuis worden jaarlijks herijkt; bij de berekening wordt uitgegaan van het gemiddelde over drie jaar.

Semi-vaste kosten

Dit zijn de kosten die op korte termijn niet door de omvang van de productie worden beïnvloed, ook wel de capaciteitsgebonden kosten genoemd. De parameters voor deze categorie zijn het erkende bed (het aantal bedden is bevroren op het erkende aantal ultimo 1995) en de specialisteneenheid. Via deze parameterwaarde krijgt het ziekenhuis een vergoeding voor het feit dat medisch specialisten als poortwachters grote invloed uitoefenen op wat de kosten voor het ziekenhuis zullen zijn. De vergoeding die het ziekenhuis krijgt is afhankelijk van het relatieve belang van het betreffende poortspecialisme voor de kosten van het ziekenhuis. De omvang van deze budgetcomponent is verder afhankelijk van het aantal specialisten dat feitelijk in het ziekenhuis werkt. De capaciteit van een instelling kan veranderen door vaststelling van die veranderingen door de overheid (bijvoorbeeld via de WZV).

Variabele kosten

Dit zijn de kosten die variëren met de bedrijfsdrukke, ook wel de productiegebonden kosten genoemd. Relevante parameters voor de reguliere ziekenhuisproductie zijn: aantallen opnamen, dagbehandelingen, eerste poliklinische bezoeken en verpleegdagen. De parameterbedragen zijn in beginsel dus niet gekoppeld aan bepaalde verrichtingen. De bedragen zijn normatief vastgesteld en kunnen afwijken van de daadwerkelijk door een ziekenhuis gemaakte kosten. Daarnaast zijn er productiegebonden kosten die verband houden met de bijzondere functies van de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV). De parameters kunnen in dit verband zijn gekoppeld aan bepaalde bijzondere verrichtingen. In het kader van de WBMV wordt met name voorzien in parameters voor zover de betreffende kosten buiten het reguliere budget vallen.

Het ziekenhuis maakt jaarlijks vooraf productieafspraken met verzekeraars over deze parameters. Tussentijdse aanpassingen zijn mogelijk. De variabele kosten zijn in beginsel niet begrensd. Het macrokader van de overheid stelt wel overigens wel grenzen: bij overschrijding van dit kader kunnen maatregelen worden genomen. De daadwerkelijk gerealiseerde productie is echter in eerste instantie bepalend sinds de introductie van het boter-bij-de-vis principe (door nacalculatie van de daadwerkelijke zorgproductie). Extra kosten in verband met wachtlijstproductie worden op grond daarvan ook vergoed.

Functiegericht budget

De variabele, de vaste en de semi-vaste kosten worden gezamenlijk het functiegericht budget (FB) genoemd. Het FB-budget (circa 70%) vormt samen met de locatiegebonden kosten (circa 30%) de aanvaardbare kosten van het ziekenhuis. De verhoudingen binnen het FB-budget waren in 2002 als volgt: 14% aan vaste kosten, 32% aan semi-vaste kosten en 54% aan variabele kosten. Per 1 januari 2003 is het variabele deel toegenomen met 10 procentpunten tot 64% ten koste van het semi-vaste en vaste deel van het FB-budget. Het CTG heeft daartoe de vergoeding voor de variabele parameters voor verpleegdagen en opnames met bijna 20% verhoogd.

Lokale component

Vanaf 2001 hebben ziekenhuizen de mogelijkheid om in lokaal overleg met verzekeraars 2% van het variabele budget als toeslag af te spreken voor zogeheten zorgvernieuwingprojecten. Dit zijn prestaties die niet direct in de reguliere parameters te vangen zijn, maar die wel leiden tot meer productie en meer kosten. Voor zeer bijzondere omstandigheden kan in aanvulling daarop een extra toeslag worden afgesproken van 3% van het variabele budget (sinds 1 januari 2003). Deze lokale productiegebonden toeslagen worden bij het FB-budget opgeteld en toegevoegd aan de aanvaardbare kosten van het ziekenhuis.

Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK)

Het budgetresultaat (het verschil tussen het budget en de daadwerkelijk gemaakte kosten) is voor rekening en risico van het ziekenhuis en komt ten laste van of ten goede aan de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK). Zoals eerder vermeld, geldt dit niet voor extra of minder kosten in verband met extra of minder productie. Het budget is in dit opzicht voorlopig; de daadwerkelijk gerealiseerde productie is uiteindelijk bepalend. De omvang van de RAK is niet gemaximeerd.

WTG-tarieven

Ziekenhuizen kunnen ter financiering van het budget op grond van de WTG twee soorten tarieven in rekening brengen: verrichtingentarieven en verpleegtarieven. De opbrengsten van het ziekenhuis bestaan voor ongeveer 70% uit de in rekening gebrachte verpleegtarieven en voor ongeveer 30% uit de gedeclareerde verrichtingen.

- *Verrichtingentarieven*
De verrichtingentarieven zijn vaste tarieven die landelijk gelden. De verrichtingentarieven vormen zoveel mogelijk een benadering van de gemiddelde kostprijs van de betreffende verrichting. Deze tarieven dekken echter niet zonder meer de werkelijke kosten van een ziekenhuis. De kosten voor verrichtingen kunnen namelijk per locatie verschillen.

- *Verpleegdagtarief (sluittarief)*
Het verpleegtarief wordt niet landelijk vastgesteld, maar verschilt per ziekenhuis. Het verpleegtarief vormt een tarief om het budget van een ziekenhuis sluitend te maken («sluittarief»). De berekening is als volgt:

Begrote kosten (budget) – opbrengsten
Geraamde verpleegdagen

De opbrengsten uit gedeclareerde verpleegdagen en verrichtingen kunnen verschillen van de aanvaardbare kosten van het ziekenhuisbudget. Dergelijke overschotten of tekorten worden verrekend met het verpleegtarief voor het volgende jaar (via een aftrek respectievelijk een toeslag). Dit betekent dat het verpleegtarief tevens kosten uit het verleden draagt. Als sluittarief houdt het verpleegtarief bovendien geen verband met de daadwerkelijke kosten voor het verplegen van een patiënt.

Collectieve onderhandelingen

De hiervoor beschreven budgetsystematiek heeft er in de praktijk toe geleid dat verzekeraars collectief onderhandelen met de instelling over het budget. Een ziekenhuis kent immers één budget. Uit dit budget vloeit het verpleegtarief voort, dat net als de verrichtingentarieven aan alle verzekeraars en patiënten in rekening wordt gebracht.

Deze collectieve onderhandelingen bestaan erin dat het ziekenhuis met de grootste zorgverzekeraar in de regio en met de particuliere ziektekostenverzekeraar, die de rol van regiovertegenwoordiger heeft, onderhandelt over het budget. Een belangrijke randvoorwaarde daarbij zijn de door het CTG vastgestelde en door de minister van VWS goedgekeurde beleidsregels. Wanneer ziekenhuis en verzekeraars overeenstemming hebben over de hoogte van het budget, wordt het resultaat ter goedkeuring voorgelegd aan het CTG. Het CTG toetst het onderhandelingsresultaat aan de hand van zijn beleidsregels. Bij akkoord bevinding wordt het budget goedgekeurd. Vervolgens wordt het verpleegtarief vastgesteld conform de hierboven weergegeven formule. Het goedgekeurde budget en het daaruit resulterende verpleegtarief is bindend voor alle verzekeraars (ziekenfondsen en particulieren) en voor alle niet-verzekerden. Verpleegtarieven en neventarieven zijn voor het ziekenhuis en voor de betalers dus bindende (punt)tarieven.

B ZBCs, privé-klinieken en medisch specialisten

Voor ZBCs, privé-klinieken en medisch specialisten die ziekenhuiszorg aanbieden, geldt niet de budgetsystematiek maar tarifiering volgens de verrichtingsystematiek.

Maximumtarieven voor ZBCs en privé-klinieken

Zij kunnen maximaal de tarieven in rekening brengen zoals omschreven in de vigerende tarieflijsten voor medisch-specialistische hulp van het CTG. Dit zijn honorariumtarieven. Daarnaast kunnen ZBCs op grond van een beleidsregel van het CTG bepaalde kostentarieven in rekening brengen. Deze beleidsregel geldt tevens voor de privé-klinieken die alleen medisch specialistische zorg aanbieden uit het derde compartiment en alleen daarom geen ZBC zijn (de zogeheten gelijkgestelde privé-klinieken). De kostentarieven voor ZBCs en de gelijkgestelde privé-klinieken zijn geen vaste, maar maximumtarieven.

Ruim 95% van de vrijgevestigde specialisten neemt deel aan een lokaal initiatief. Dit is een overeenkomst tussen verzekeraars, ziekenhuis en medische staf, die moet worden goedgekeurd door de minister van VWS. Daarbij gelden bepaalde voorwaarden, onder meer dat alle (poort) specialisten moeten deelnemen. In ruil voor deelname aan een lokaal initiatief ontvangt de staf een lumpsum. Deze lumpsum is gebaseerd op de omzet in een basisjaar 92, 93 of 94, vermeerderd met de vrijwaring voor bepaalde tariefskortingen. De lumpsum wordt gefinancierd door middel van het declareren van verrichtingen, aangevuld door een opslag die binnenkomt via het verpleegdagentarief van het ziekenhuis. In 2003 hadden 3 ziekenhuizen geen lokaal initiatief. Ook ZBCs en extramuraal werkende specialisten hebben geen lokaal initiatief.