



## **Bijlage 1: Thematische voortgangsrapportage**

### **Inhoudsopgave**

- 1 Ondersteuning invoeren DBCs
- 2 DBC systeem
- 3 Medisch specialisten
- 4 Marktwerking
- 5 Wetgeving
- 6 Capita selecta

### **1 Ondersteuning invoeren DBCs**

#### *Informatie voor patiënten, verzekerden en burgers*

Voor patiënten is de belangrijkste verandering na 1 januari 2005 het introduceren van de marktwerking voor tien procent van de DBCs. Zorgverzekeraars onderhandelen voor hun verzekerden over de kwaliteit, de hoeveelheid en de prijs van de zorg die de zorgaanbieders aan hun patiënten leveren. Patiënten hebben invloed op deze afspraken via hun keuze voor zorgverzekeraars, het zogenoemde 'stemmen met de voeten'. Patiënten, verzekerden en burgers zullen zich in toenemende mate bewust worden van marktwerking in de ziekenhuiszorg en hun eigen rol daarbij.

Ten behoeve van deze bewustwording bereiden zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zich voor om hun patiënten respectievelijk verzekerden te informeren over de veranderingen als gevolg van het invoeren van DBCs. In opdracht van mijn ministerie verzorgt het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) aan het eind van het jaar een landelijke campagne waarin alle veranderingen op het gebied van zorgverzekeringen aan bod komen, waaronder het invoeren van de DBCs. Ook de Consumentenbond en de NP/CF zullen in synergie met de andere informatiestromen de burgers informeren over de veranderingen.

Iedere zorgverzekeraar is zelf verantwoordelijk voor het tijdig en goed informeren van zijn verzekerden over zaken als polisvoorwaarden en de zorgaanbieders met wie hij contracten heeft gesloten. Dit is des te belangrijker op het moment dat zijn verzekerden verwezen worden voor een behandeling in het vrije marktsegment (segment B). Verzekerden moeten op zo'n moment weten met welke zorgaanbieders hun zorgverzekeraar contracten heeft gesloten voor de behandeling waarvoor zij verwezen zijn.

De vrije artsenkeuze blijft overigens in stand. Ook ziekenfondspatiënten hebben de mogelijkheid naar een zorgaanbieder te gaan waarmee de eigen zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten. In dat geval kan de verzekerde een vergoeding (restitutie) van de verzekeraar vragen. Het ziekenfonds stelt de hoogte van de vergoeding zodanig vast dat de verzekerde niet wezenlijk wordt belemmerd in zijn keuze tussen zorg die gecontracteerd is en zorg waarvoor hij vergoeding kan krijgen. Bij de behandeling van het wetsvoorstel Herziening overeenkomstenstelsel (zie verder) heeft uw kamer hiertoe een amendement aangenomen.

#### *Informatie voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars*

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten zich goed voor kunnen bereiden op het invoeren van de DBCs. Hiervoor hebben zij goede actuele informatie nodig over het invoeringsproces. Daarmee weten zij welke acties ze nog zelf moeten ondernemen om op tijd klaar te zijn voor 1 januari aanstaande. Leidraad hierbij is het Spoorboekje. In het Spoorboekje geven overzichtelijke tabellen enerzijds aan wat en wanneer zorgaanbieders en zorgverzekeraars de komende



maanden van mijn ministerie, van CTG/ZAio en van de overgangorganisatie DBCZorg kunnen verwachten. Anderzijds geeft het Spoorboekje duidelijkheid over wat ik van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars verwacht.

Naast het Spoorboekje vindt er op verschillende manieren intensieve uitwisseling van informatie plaats. De website [www.dbczorg.nl](http://www.dbczorg.nl) is een bron van zowel achtergronddocumentatie als actuele, praktische informatie over het DBC traject. Iedere maand verschijnt de digitale nieuwsbrief DBC Zorgnieuws. Hierin komen positieve ervaringen, kritische geluiden en voortgangsinformatie over het gehele traject aan de orde. Tot slot kunnen tijdens de overleggen van de begeleidingscommissie Invoering DBCs, die zeswekelijks plaatsvinden, de verschillende partijen elkaar informeren over de actuele stand van zaken.

Daarnaast heb ik nog een aantal middelen ingezet om de zorgverzekeraars en zorgaanbieders direct te ondersteunen. Zo heb ik de DBC-leergang gefinancierd. Dit computerprogramma is bedoeld voor iedereen bij zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars die met DBCs gaat werken: medisch specialisten, raden van bestuur, directies, medewerkers van zorgadministraties, zorginkopers en medewerkers van declaratieafdelingen. De DBC-leergang biedt één uur e-learning over registratie, validatie en declaratie. Voor uw informatie heb ik een aantal exemplaren van de cd-rom met deze voortgangsrapportage meegestuurd.

Als extra dienstverlening aan de zorgaanbieders heb ik de DBC-speurder laten ontwikkelen. De DBC-speurder is een analyseprogramma dat zorgaanbieders kunnen gebruiken om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de DBC-registratie gekoppeld aan de bijbehorende verrichtingen-registratie. Het programma relateert bovendien de eigen prijzen en productie aan de tarieven van CTG/ZAio. Bijkomend voordeel van de DBC-speurder is dat het programma duidelijk maakt waar in het registratieproces fouten zijn gemaakt die leiden tot uitval in de zogenoemde validatiemodule. Tot en met oktober hebben 47 ziekenhuizen en UMCs zich aangemeld voor de DBC-speurder.

Zoals in de hoofdbrief aangegeven heb ik zorgaanbieders ook de mogelijkheid geboden om hun administratieve organisatie en interne controle door te lichten. Op de uitkomsten van deze zogenoemde nulmeting AO/IC is in de bijgaande brief al ingegaan.

#### *Monitoring en helpteam*

Om de voortgang goed te bewaken heb ik met alle betrokken partijen een systeem van monitoring afgesproken. Met hen bekijk ik zeswekelijks wat de stand van zaken is ten aanzien van de voortgang op zowel landelijk als instellingsniveau. Alle zorgaanbieders – algemene ziekenhuizen, UMCs, ZBCs – en alle zorgverzekeraars komen aan bod. Naar aanleiding van de uitkomsten zetten de brancheorganisaties hun eigen helpteam in, om achterblijvende instellingen te helpen toch op tijd klaar te zijn. Na iedere monitor koppel ik de uitkomsten ook individueel terug aan de instellingen, zodat ze weten hoe zij er voor staan in relatie tot de rest en zodat ze weten wat ze (extra) moeten doen om op tijd klaar te zijn. Met de monitor volg ik ook de voortgang bij bijvoorbeeld het CTG/ZAio en de verschillende wetgevingstrajecten op de voet. In de hoofdbrief heb ik kort geschetst wat de uitkomsten van de monitors begin augustus, half september en eind oktober zijn.

## **2 DBC systeem**

### *Fraudegevoeligheid*



Tijdens het Algemeen Overleg op 15 juni jl. hebt u geïnformeerd naar de fraudegevoeligheid van het DBC-systeem. Ik ben het met u eens dat fraude in de zorg niet zou moeten voorkomen. Helaas kan geen enkel systeem honderd procent fraudeproof zijn, om de eenvoudige reden dat er mensen mee werken. Wel heb ik bij het ontwikkelen van het DBC-systeem maatregelen genomen om de betrouwbaarheid van de gegevens te garanderen. Belangrijke onderdelen daarvan zijn de interne en externe controle bij de zorgaanbieder. Dit is vastgelegd in de kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle. Daarnaast houden zorgverzekeraars een belangrijke controletaak. Tot slot maken allerlei technische voorschriften over het vastleggen, het valideren en het uitwisselen van informatie via automatiseringssystemen fraude onwaarschijnlijk. Zo wordt de DBC die de specialist registreert vergeleken met informatie in andere administratieonderdelen van het ziekenhuis, voordat deze gedeclareerd kan worden bij de zorgverzekeraar.

#### *Administratieve lasten*

In mijn vorige voortgangsrapportage en tijdens het Algemeen Overleg heb ik u gemeld dat ACTAL een toets zal uitvoeren op de administratieve lasten naar aanleiding van het invoeren van DBCs. Ik verwacht zelf dat op de middellange termijn de administratieve lasten zullen verminderen. De eisen aan en inrichting van de administratieve en automatiseringsprocessen maken veel controles overbodig. In het declaratieverkeer komt de DBC in de plaats van meerdere verrichtingen. De eerstkomende periode blijven de administratieve lasten nog wel hoog, omdat een nieuw systeem wordt ingevoerd.

Op het moment dat ik u deze voortgangsrapportage schreef, was de definitieve rapportage administratieve lasten en de bijbehorende ACTAL-toets nog niet klaar. Ik kom hier in een volgende voortgangsrapportage op terug.

#### *Privacy*

Voor volgend jaar heb ik in goed overleg met het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) op het gebied van de privacy een tijdelijke oplossing gevonden, de privacytoets. Hierover heb ik u eerder dit jaar samen met het CBP geïnformeerd (Kamerstuk 2003-2004 29 248 nr. 2 TK). Onderdeel hiervan is dat voordat de lijst van DBCs, waarvoor vrije prijsvorming geldt, uitgebreid wordt (segment B) er een structurele privacy-oplossing komen. Ik werk samen met de betrokken partijen aan het ontwikkelen hiervan. Eind van dit jaar verwacht ik hierover een beslissing te nemen. In een volgende voortgangsrapportage kom ik hierop terug.

#### *Onderhoud*

Innovaties en ontwikkelingen in de zorg vergen een continu onderhoud en beheer van het DBC-systeem. Dit is een nieuwe functie in het zorgstelsel. Enerzijds gaat het hierbij om het waarborgen van een accuraat DBC-bestand door het juist en tijdig verwerken van medisch inhoudelijke zorgvernieuwingen in de DBCs en de bijbehorende tarieven. Anderzijds gaat het om onderhoud aan het gehele systeem (zoals bijvoorbeeld aanpassingen aan de productstructuur). Het DBC-onderhoud kent private (medische innovaties) en publieke (juridische verankering, tariefstelling en pakketbeheer) elementen. Ten behoeve van het private onderhoud is op 1 juli 2004 een onafhankelijke private Stichting DBC-Onderhoud opgericht. In deze stichting komt een Wetenschappelijke Raad die op basis van medisch-inhoudelijke deskundigheid adviseert over het onderhoud van de DBCs. Ten aanzien van het private onderhoud ligt de nadruk tot 1 januari 2005 op het inrichten van de stichting (Wetenschappelijke Raad, bemensing en organisatie), het uitwerken van de werkprocessen en de afstemming met het publiek onderhoud (CTG/ZAIo en CvZ, zie hierna).



Ten aanzien van het publiek onderhoud wordt een samenwerkingsverband tussen CTG/ZAio en CvZ opgericht. CTG/ZAio en CvZ zijn van zins hierover in november een intentieverklaring te tekenen. Dit publieke orgaan beoordeelt de voorstellen van de private stichting en is verantwoordelijk voor een zorgvuldige besluitvorming hierover.

#### *DBC informatiesysteem*

Voor het goed functioneren van het DBC-systeem moeten de verschillende partijen kunnen vertrouwen op volledige en tijdige informatie. Belangrijkste uitgangspunt bij het ontwikkelen van het DBC-informatiesysteem (DIS) is dat gegevens maar één keer worden vastgelegd en vervolgens door alle belanghebbenden worden gebruikt, voor zover zij daartoe bevoegd zijn.

Mijn departement heeft hiervoor in overleg met de betrokken brancheorganisaties een minimale dataset (MDS) opgesteld. De MDS krijgt een juridische basis in de WTG. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten deze gegevens verplicht registreren en beschikbaar stellen aan het DBC-informatiesysteem. Per partij stelt het DBC- informatiesysteem vervolgens gegevens beschikbaar die passen bij de verantwoordelijkheid en bevoegdheid van deze partij.

Het DBC-informatiesysteem is technisch operationeel. Op 1 september zijn het DBC-informatiesysteem samen met de zorgaanbieders begonnen met het testen van het aanleveren van gegevens. Zodra de WTG ExPres in werking is getreden, is aanleveren aan het DIS verplicht.

Ten aanzien van de juridische vormgeving van het DBC-informatiesysteem geldt dat integriteit en betrouwbaarheid alleen gewaarborgd kunnen worden door een onafhankelijke juridische vormgeving. De komende periode wordt gebruikt om dit verder uit te werken. In de volgende voortgangsrapportage kom ik hier op terug.

#### *Kostprijsmodel*

Een uniform kostprijsmodel maakt effectief markttoezicht door CTG/ZAio mogelijk. Bovendien kan de stichting DBC-Onderhoud en het CTG/ZAio de uniforme kostprijsinformatie gebruiken voor het onderhoud van de DBC-tarieven.

De afgelopen jaren hebben de veertig koploperziekenhuizen dit model al gebruikt. Hun gegevens vormen de basis voor de tarieven in segment A en de opschoningbedragen. Naar verwachting zal het CTG/ZAio vanaf 1 januari 2006 het kostprijsmodel verplicht stellen voor alle zorgaanbieders. Het kostprijsmodel is dan nog niet perfect. Volgende versies van het kostprijsmodel moeten oplossingen bieden voor het toerekenen van bijvoorbeeld kapitaallasten en opleidingskosten.

#### *Liquiditeit*

Een DBC omvat het gehele zorgtraject. Zorgaanbieders declareren DBCs na het afsluiten van de DBC. Hierdoor vindt binnen het DBC-systeem de betaling later plaats dan in de huidige situatie, waarin zorgaanbieders na iedere verrichting een declaratie sturen. Dit kan tot problemen in de liquiditeitspositie van instellingen leiden.

Via bevoorschotting door verzekeraars kunnen liquiditeitsproblemen bij aanbieders worden voorkomen. Om te bevorderen dat bevoorschotting tot stand komt, krijgen ziekenhuizen, UMCs en ZBCs de mogelijkheid om verzekeraars die niet bevoorschotten een renteheffing in rekening te brengen. Ik ga er vanuit dat deze prikkel voldoende is om feitelijke bevoorschotting te



realiseren. Wanneer dit onverhoopt niet het geval is dan worden ziekenhuizen en ZBC's in ieder geval financieel gecompenseerd via de in rekening gebrachte renteheffing.

Een andere reden waardoor een ziekenhuis met het liquiditeitsvraagstuk kan worden geconfronteerd is als het ziekenhuis vertraging heeft opgelopen bij de DBC invoering. Op grond van de laatste monitor lijkt het er nu op dat in een enkel geval een ziekenhuis niet tijdig in staat zal zijn om de DBC-productie te declareren. In dat geval is het mogelijk om als tussenoplossing met bevoorschottingsafspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar(s) ervoor zorg te dragen dat er als gevolg van de invoering van DBCs geen liquiditeitsprobleem ontstaat. Hiervoor zullen ziekenhuizen en zorgverzekeraars lokaal tot een oplossing op maat komen. Ik zal samen met de brancheorganisaties de voortgang hierin bewaken.

#### *Schadelastverschuiving zorgverzekeraars*

Het invoeren van de DBCs leidt tot een verschuiving in de kosten van zorgverzekeraars tussen leeftijdsgroepen. Onderzoek van Prismant laat zien dat de kosten van oude verzekerden afnemen, terwijl die van jongere verzekerden (navenant) stijgen. Een verklaring hiervoor is dat van de huidige ziekenhuistarieven de verpleegdagen - als sluittarief - te duur geprijsd zijn. Ouderen brengen relatief veel verpleegdagen in het ziekenhuis door.

Voor particuliere zorgverzekeraars heeft Prismant geraamd dat de totale kosten ziekenhuiszorg en specialistische hulp ten laste van de particuliere (maatschappij) polis stijgen. De kosten ziekenhuiszorg en specialistische hulp voor verzekerden met een SPP-polis dalen.

Voor de ziekenfondsen verwacht Prismant dat de totale kosten niet zullen veranderen.

Voor de publiekrechtelijke particuliere zorgverzekeraars (ambtenarenverzekeringen) heeft Prismant berekend dat de totale kosten zullen afnemen.

#### *Voorzieningen (solvabiliteit) zorgverzekeraars*

Per DBC komt er één rekening. Zorgverzekeraars moeten bij het openen van een DBC waarschijnlijk het bedrag voor die DBC reserveren (een zogenoemde voorziening). Dit bedrag komt ten laste van het resultaat van het jaar waarin de DBC is geopend, ook als de DBC pas in het volgende jaar wordt gesloten. In de huidige situatie geldt dat ook al voor langdurige trajecten, op basis van schattingen. Het verschil is dat met het invoeren van de DBCs de exacte bedragen bekend worden. Bovendien geldt het voor alle DBCs en nu in praktijk alleen voor klinische opnamen die over de jaargrens heenlopen.

Voor het jaar waarin de DBCs worden ingevoerd - 2005 - betekent dit een eenmalige kostenstijging voor verzekeraars. De omvang hiervan is niet exact bekend. Om te voorkomen dat als gevolg hiervan de premies van de ziekenfondsen zullen stijgen, heb ik binnen het kabinet het volgende afgesproken. De ziekenfondsen krijgen een vergoeding uit de Algemene Kas om hun voorziening op te bouwen. Dat betekent een verhoging van het Macro Verstrekkingen Budget 2005. De feitelijke uitkering vindt pas plaats in 2006, omdat dan de DBC wordt afgesloten en dus bij de zorgverzekeraars gedeclareerd worden en omdat dan pas bekend is hoe groot dit probleem echt is.

Voor de private en publiekrechtelijke particuliere ziektekostenverzekeringen kan ik dergelijke afspraken niet maken. Ook voor deze ziektekostenverzekeringen vind ik het onwenselijk dat de premies als gevolg van - in feite - boekhoudkundige eisen stijgen. Van belang is dat de nieuwe Zorgverzekeringswet op een aantal gebieden juist minder voorzieningen vereist van privaatrechtelijke particuliere zorgverzekeraars. Dit geldt bijvoorbeeld voor zogenoemde



vergrijzingreserves. De nieuwe Zorgverzekeringswet zal op 1 januari 2006 in werking treden. Privaatrechtelijke particuliere zorgverzekeraars kunnen op het vrijkomen van andere voorzieningen anticiperen, om de DBC-voorziening op te vangen. In dat geval hoeft de premie voor dit type ziektekostenverzekering hooguit beperkt te stijgen. De Pensioen en Verzekeringkamer (PVK) heeft aangegeven soepel om te gaan met de normen voor wat betreft de voorzieningen. De PVK heeft dit op 19 oktober jl. onderstreept door aan Zorgverzekeraars Nederland een brief te schrijven, waarin onder andere staat dat de PVK "betreft zouden zorgverzekeraars (...) niet al per 1 januari 2005 behoeven te anticiperen op een verhoging van de voorzieningen ten gevolge van de DBC's".

Bij publiekrechtelijke particuliere zorgverzekeraars is deze uitruil van voorzieningen niet mogelijk. Voor dit type ziektekostenverzekeringen geldt echter een kostenverlaging als gevolg van de schadelastverschuiving. Deze kostenverlaging vermindert de effecten van de kostenverhoging als gevolg van de te vormen DBC voorziening.

### **3 Medisch specialisten**

#### *Uurtarief*

Afgelopen september heeft CTG/ZAio het macroneutrale uurtarief voorlopig vastgesteld op €140. CTG/ZAio heeft op mijn verzoek de hoogte van dit uurtarief berekend door het totaal van de honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten in 2003 te delen door het totaal aantal patiëntgebonden uren van diezelfde vrijgevestigde medisch specialisten. CTG/ZAio zal het uurtarief nog narecalculeren.

Dit macroneutrale uurtarief is slechts tijdelijk van kracht. Ik streef er naar om op 1 januari 2006 een normatief uurtarief in te voeren. Hiermee kan ik de uitgaven in de zorg beter verantwoorden. Het normatieve uurtarief zal gebaseerd zijn op uitgangspunten over inkomenshoogte, kosten en aantallen te werken uren. Ik heb hiervoor de 'Commissie onderbouwing normatief uurtarief' ingesteld, die op 1 oktober van start is gegaan. Deze commissie, onder voorzitterschap van dhr. mr. F. Korthals Altes adviseert mij over de hoogte van het normatief uurtarief. De taakopdracht en samenstelling van deze commissie is in goed overleg met de Orde van Medisch Specialisten tot stand gekomen. Ik verwacht het advies medio 2005. Het advies zal de basis vormen voor overleg met de Orde van Medisch Specialisten. Daarna zal ik mijn standpunt bepalen en stelt CTG/ZAio de onderbouwing van het normatieve uurtarief vast.

#### *Normtijden*

In augustus heeft CTG/ZAio de gevalideerde normtijden vastgesteld. In combinatie met het uurtarief bepalen de normtijden de hoogte van het specialistenhonorarium voor DBCs in het vrije marktsegment (segment B). Voor de DBCs in het vaste segment (A) bepalen de normtijden de verhouding tussen de tarieven.

### **4 Marktwerking**

#### *DBC's waarvoor vrije prijsvorming geldt*

Op 30 september heeft CTG/ZAio definitief vastgesteld voor welke DBCs vanaf 1 januari 2005 vrije prijsvorming geldt (segment B). Ten opzichte van de originele lijst heeft een aantal technische correcties plaatsgevonden. Met deze definitieve lijst omvat segment B ongeveer 900 miljoen euro, te weten 86 miljoen euro minder dan voorheen. In bijlage 2 heb ik de definitieve lijst van segment B DBC-categorieën opgenomen.



### *Toezicht*

Marktwerking vraagt om een sterk toezicht, dat duidelijke regels en grenzen aan het marktgedrag stelt. De overheid moet de partijen voldoende ruimte geven om te kunnen (onder)handelen en moet die ruimte tegelijkertijd begrenzen. Dat gebeurt door het stellen van beperkende regels vooraf en door ingrijpen indien die regels worden overtreden.

CTG/ZAio houdt toezicht op de marktwerking via monitoring. Door de oorzaken van prijsontwikkelingen te analyseren, onderzoekt CTG/ZAio of er sprake is van bijvoorbeeld (extreme) tariefsstijgingen of kruissubsidiëring via segment A. Zo nodig kunnen CTG/ZAio, NMa of ikzelf ingrijpen. Over de precieze taakverdeling tussen deze toezichthouders moeten nog afspraken komen. Hierover heeft het CTG/ZAio een consultatiedocument opgesteld, waarover het CTG/ZAio op dit moment met betrokken partijen gesprekken voert. Om CTG/ZAio de bevoegdheden te geven om onder bepaalde omstandigheden in te grijpen, zijn aparte beleidsregels nodig. In de volgende voortgangsrapportage kom ik hierop terug.

### *Uitbreiden*

Ik wil de marktprikkels in de zorg geleidelijk uitbreiden. In de brief liberalisering electieve zorg die ik voor het einde van dit jaar aan u stuur, schets ik het beoordelingskader voor uitbreiding. Daarnaast zullen de ervaringen volgend jaar met marktwerking voor de eerste tien procent waardevolle lessen opleveren. Medio 2005 besluit ik wanneer segment B verder uitgebreid kan worden en welke DBCs daarvoor in aanmerking komen. In volgende voortgangsrapportages kom ik daarop terug.

## **5 Wetgeving**

### *HOZ*

Op 8 juni heeft uw Kamer het wetsvoorstel Herziening overeenkomstenstelsel aangenomen. De Eerste Kamer streeft ernaar dit wetsvoorstel in samenhang met de wetsvoorstellen WTG ExPres (zie hierna) en WTZi voor 1 december 2004 af te handelen.

Om vrije prijsvorming van DBCs in segment B mogelijk te maken, moet voor die DBCs de contracteerplicht worden opgeheven. Hiervoor is een algemene maatregel van bestuur nodig. De Raad van State heeft hierover begin september een advies uitgebracht.

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel hebt u een amendement aangenomen om restitutie ook voor ziekenfondsverzekerden mogelijk te maken voor DBCs in het marktwerkingsegment (B). Voor de wijze van vergoeding van die restitutie is een algemene maatregel van bestuur in voorbereiding. Hierdoor kunnen ziekenfondsverzekerden vanaf 1 januari 2005 kiezen tussen zorg in natura bij zorgaanbieders met wie hun ziekenfonds een contract heeft gesloten en zorg op restitutiebasis bij zorgaanbieders met wie hun ziekenfonds geen contract heeft gesloten. Ziekenfondsen zullen in het geval van restitutie naar verwachting het grootste deel van de kosten vergoeden. Zie voor verdere toelichting onder 1.

### *WTG ExPres*

In juni heeft uw Kamer ook het wetsvoorstel WTG ExPres behandeld en aangenomen. De Eerste Kamer streeft ernaar dit wetsvoorstel in samenhang met de wetsvoorstellen HOZ (zie hiervoor) en WTZi voor 1 december 2004 af te handelen. Dit betekent dat de WTG ExPres niet op 1 oktober jl. in werking is getreden. Hierdoor is er per 1 oktober nog geen wettelijke grondslag voor het aanleveren van DBC-gegevens door instellingen aan het DBC Informatiesysteem. Echter ook



zonder de formele basis van WTG ExPres blijft het geleidelijke invoeringsmodel gehandhaafd. De zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen daarom tot inwerkingtreding van de WTG ExPres op vrijwillige basis geanonimiseerde gegevens aan het DBC Informatiesysteem aanleveren.

Als gevolg van de WTG zoals die zal luiden nadat de WTG ExPres in werking is getreden hoeven geen algemene maatregelen van bestuur te worden getroffen om DBCs in te voeren. De vernieuwde WTG is nodig voor vrije prijzen in segment B, omdat CTG/ZAio met een beleidsregel voor deze DBCs de tarieven buiten werking stelt. Daarnaast vormt deze vernieuwde wet de basis voor de gegevensuitwisseling via het DBC Informatiesysteem in het kader van het onderhoud van de DBC prestatieomschrijvingen. Hiervoor maakt CTG/ZAio een regeling. Deze heeft geen betrekking op de gegevensstroom tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze wordt geregeld via een wijziging in de Ziekenfondswet (zie hierna).

#### *Wijziging Ziekenfondswet en AWBZ*

De wettelijke basis voor de uitwisseling van (medische) informatie tussen alle partijen ten behoeve van verzekeringsdoeleinden, als materiële controle en vereveningssysteem, ligt formeel in de voorgenomen wijzigingen van de Ziekenfondswet (en AWBZ). Deze wetwijzigingen zal ik naar verwachting begin volgend jaar aan u voorleggen. Totdat deze wetwijzigingen van kracht zijn, heeft het College Bescherming Persoonsgegevens geen bezwaar tegen de gecontroleerde gegevensuitwisseling, indien de privacytoets wordt toegepast (zie onder 2, privacy). Vanaf 2006 zal de nieuwe zorgverzekeringswet de basis vormen voor de informatie-uitwisseling.

## **6 Capita selecta**

### *DBC versus DRG*

Uitgangspunt bij het ontwikkelen van het DBC-systeem is dat het hele zorgtraject van de patiënt in één kostprijs wordt ondergebracht, van het eerste contact met de specialist tot het einde van de behandeling. Het gaat dus om een integraal systeem voor zowel de bekostiging als de financiering van poliklinische behandelingen, dagbehandelingen en klinische opnames. Ook de bekostiging en financiering van specialisten moest in het systeem passen.

Het initiatief voor het ontwikkelen van het DBC-systeem kwam van de medisch specialisten, die ervoor kozen een eigen systematiek en een eigen registratie te ontwikkelen. Begin 2000 heeft toenmalig minister Borst dit initiatief 'omarmd' en heeft zij de Stuurgroep DBC2003 ingesteld, met deelname van alle betrokken partijen.

Mijn voorganger heeft destijds bewust gekozen voor de ontwikkeling van een nieuwe systematiek en niet voor aanpassing van de internationaal gehanteerde DRG-systematiek aan de Nederlandse situatie. Zij heeft destijds overigens de DRG-systematiek wel degelijk beproefd. In de jaren 1997 en 1998 is ervaring opgedaan met een DRG-grouper die ontwikkeld was door het academisch ziekenhuis te Maastricht. De resultaten daarvan waren aanleiding niet te kiezen voor de DRGs.

Ook ik sta nog steeds achter de keuze voor het DBC-systeem. De belangrijkste reden hiervoor is dat DRGs alleen klinische opnames beschrijven. Dan is nog steeds een (ander) bekostigingssysteem nodig voor de poliklinische zorg en dagbehandelingen. Daarnaast wordt in DBC systematiek ook de werklust van de medisch specialist meegenomen.





De DRG-systematiek is bovendien geen hapklaar concept, dat gekocht kan worden en vervolgens moeiteloos geïmplementeerd. Ervaringen in het buitenland onderstrepen dat, zowel van landen die het DRG-systeem trachten te implementeren - bijvoorbeeld Duitsland –als van landen die al met het DRG-systeem werken – bijvoorbeeld België. Zij investeren veel en langdurig in het aanpassen en verfijnen van het concept. In toenemende mate willen zij daarbij ook poliklinische contacten, dagbehandelingen en de werklast van de medisch specialist opnemen in het systeem. Allemaal integrale onderdelen van het DBC-systeem. Meer recent heeft Japan in 2003 een eigen DBC-systeem ingevoerd, de zogenoemde Diagnosis Procedure Combination (DPC). Dit gebeurde na vijf jaar intensief vergelijkend onderzoek van alle bekende systemen.

In het Algemeen Overleg van 15 juni heeft u mij gevraagd een reactie te geven op het onderzoek van het academisch ziekenhuis in Maastricht. Dit onderzoek richt zich op de verschillen in de registratie tussen DRG en DBC, niet zozeer op de verschillen tussen de systemen zelf. Met de onderzoekers deel ik de mening dat een goede registratie de basis is voor het succesvol invoeren van een systeem. Om de kwaliteit van de registratie te optimaliseren en gelijktijdig frauderen tegen te gaan heb ik een aantal maatregelen genomen (zie eerder in deze bijlage).

#### *Categorale instellingen*

Het DBC-systeem is gericht op alle zorgaanbieders: algemene en categorale ziekenhuizen, categorale instellingen, UMCs, ZBCs, zelfstandige behandelcentra en medisch specialisten. Daar waar verschillende zorgaanbieders dezelfde zorg aanbieden, moet die ook hetzelfde heten. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars het zorgaanbod goed vergelijken en weloverwogen keuzes maken bij hun zorginkoop.

De categorale instellingen verschillen dusdanig van de algemene ziekenhuizen en UMCs, dat een integrale toepassing van het algemene invoeringsmodel niet mogelijk is. Dit hangt onder andere samen met de vaak chronische aard van de zorgvraag en de behandeling van patiënten, die niet altijd eenvoudig in heldere productomschrijvingen zijn te vatten.



We onderscheiden zes typen categorale instellingen<sup>1</sup>:

- audiologische centra (21)
- algemene revalidatie-instellingen (23)
- dialysecentra (3)
- epilepsiecentra (3)
- longrevalidatie-instellingen/astmacentra (7)
- radiotherapeutische instellingen (6)

De afgelopen maanden hebben VWS en NVZ samen geïnventariseerd hoe de verschillende categorale instellingen er voor staan. Naar aanleiding van deze inventarisatie is besloten dat de categorale instellingen per 1 januari 2006 DBCs invoeren. Uitgangspunt daarbij is dat de categorale instellingen zo veel mogelijk het algemene invoeringsmodel volgen.

---

<sup>1</sup> Een aantal categorale instellingen herbergt meerdere specialismen. Vooral een combinatie van algemene en longrevalidatie komt veel voor, maar ook de combinatie van algemene revalidatie en reumatologie, orthopedie en neurologie.



**Bijlage 2: DBC-categorieën met vrije prijsvorming**

Specialisme	DBC categorie
Chirurgie	Liesbreuk (hernia inguinalis)
Chirurgie	Spataderen (varices)
Interne geneeskunde	Diabetes mellitus
KNO	Keel- en neus amandelen (adenoïd en tonsillen)
Plastische chirurgie	Borstverkleining
Dermatologie	Spataderen (varices)
Gynaecologie	Baarmoederhals-afwijkingen (cervixafwijkingen)
Gynaecologie	Incontinentie bij vrouw
Kindergeneeskunde	Diabetes bij kinderen
Oogheelkunde	Staaroperatie (cataract)
Neurochirurgie	Hernia nek en hernia long/tot de lende behorend (HNP)
Reumatologie	Jicht
Orthopaedie	Verstijving van de wervelkolom als gevolg van reuma (spondylitis ankylopoetica)
Orthopaedie	Totale heup/overige operaties
Orthopaedie	Totale knie/overige operaties
Orthopaedie	Hernia (H.N.P)
Gastro-enterologie	Gastro-oesofageale refluxziekte/oesofagitis
Gastro-enterologie	Chronische bovenbuikklachten (dyspepsie functioneel)
Urologie	Blaasoperaties
Urologie	Niersteen-behandeling
Urologie	Uretersteen-behandeling
Neurologie	Hernia (radiculair syndroom / HNP lumbaal)
Longgeneeskunde	Interstitiële aandoeningen