

Vergaderjaar 2001–2002

28 008

Zorgnota 2002

Nr. 16

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 december 2001

Met alle betrokken partijen¹ werk ik voortvarend aan de modernisering van de bekostigings-systematiek van de intramurale curatieve zorg. De benaming van dit project is DBC2003, waarin DBC staat voor diagnose-behandeling-combinatie en waarin 2003 het beoogde jaar van invoering is. Ook op 25 januari en 6 juli van dit jaar heb ik u geïnformeerd over de inhoudelijke voortgang en tijdsplanning van dit project.

Op 1 januari 2003 dient de zorginkoop door zorgverzekeraars bij alle ziekenhuizen (algemene, categorale en academische) in termen van DBCs te geschieden. Ter indicatie: de verwachte uitgaven in de betreffende sectoren zijn in 2002 ca EUR 11,4 mld (ca f 25,2 mld). Het handelt daarom om – naast een inhoudelijk zeer complexe – in financiële zin omvangrijke operatie.

In deze brief stel ik u over de voortgang op de hoogte. Bijgevoegd heb ik het concept «*Gezamenlijk Plan van Aanpak Invoering DBC-systematiek*»². Dit is een gezamenlijke product van de Stuurgroep DBC2003. Het ministerie van VWS maakt onderdeel uit van deze stuurgroep. Het Kabinet, dat ik onlangs op de hoogte heb gebracht van mijn vorderingen op de modernisering van de bekostiging van ziekenhuizen en medisch specialisten, onderschrijft op hoofdlijnen het *Plan van Aanpak*. De verschillende achterbannen van de branche-organisaties zullen het stuk nog voorgelegd krijgen, alvorens het wordt bekrachtigd in een bestuurlijk overleg. Op de hoofdlijnen van het *Plan van Aanpak* – het eindmodel en de tussenstappen – kom ik verderop in deze brief terug.

1. Diagnose Behandeling Combinaties

Ik ben al geruime tijd bezig om in onderdelen van de curatieve sector tot productprijzen te komen. Dit beleid is in feite reeds ingezet met de reactie van het Kabinet op het advies van de Commissie Biesheuvel (1995). Deze commissie adviseerde, en het Kabinet nam dit advies over, dat de specialistenhonorering dient te geschieden op basis van geleverde

¹ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ), de Orde van medisch specialisten (Orde), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

producten. Vanaf dat moment zijn de betrokken partijen (aanbieders en verzekeraars) begonnen de complexe combinaties van zorgvraag, diagnosestelling en behandelprofielen in productdefinities te vatten. Het handelde in eerste instantie om de 22 poortspecialismen, inmiddels uitgebreid met alle ondersteunende specialismen. Op termijn komen alle functies van de medisch-specialistische en ziekenhuiszorg in DBCs. Vanaf de beginjaren is dit traject financieel ondersteund door mijn departement.

Vorig jaar heb ik het initiatief genomen om deze producttypering op een professionele en integrale wijze aan te pakken en de partijen te binden aan een vaste invoeringsdatum (2003). In een brief aan het College Tarieven Gezondheidszorg (16 maart 2000), die ik ook aan uw Kamer heb gezonden, heb ik dit gemeld. Met grote voortvarendheid hebben de betrokken partijen in de gehele ziekenhuissector de ontwikkeling ter hand genomen, waarmee zij reeds voorzichtig in 1994 waren aangevangen. In totaal heeft het Ministerie dit proces in 2000 en 2001 gefaciliteerd met ca EUR 90 mln (ca f 200 mln). Volgend jaar is nog circa EUR 14 mln (ca f 30 mln) benodigd.

Deze transitie heeft voor de gehele organisatie van de zorg consequenties; het is voor de betrokkenen dan ook een zeer ingrijpend en belastend ontwikkelingstraject. Temidden van de normale processen in het ziekenhuis werkt de ziekenhuisorganisatie aan een omvangrijke verslaglegging van het dagelijks handelen (de producten) en wordt de administratie van het ziekenhuis verbouwd om tot een goede kostprijsberekening te komen. Het gaat in feite om het ontwikkelen van een nieuwe (onderhandel-) taal, die de zorgaanbieders en zorgverzekeraars de komende periode moeten leren spreken. Het overgrote deel van de middelen gaat dan ook naar de zorgaanbieders om een bijdrage te leveren aan hun (project-)kosten. Het proces ligt nog steeds op schema om in 2003 de productprijzen (DBCs) te introduceren bij de financiering van ziekenhuizen.

Proeven aan de complexiteit van DBCs in de praktijk

De DBCs zijn in wezen een eenvoudig concept; een DBC is een medische procesbeschrijving, die resulteert in een te leveren product. Achter deze eenvoudige definitie gaat een uiterst complexe wereld schuil. De totstandkoming van DBCs, de bruikbaarheid voor medisch specialisten (o.a. registratie en medische herkenbaarheid), de verwerking in administratieve processen, de koppeling van behandelprofielen en kosten, de interactie met de zorgverzekeraar, et cetera maken de omvorming van de bekostiging van medisch specialistische zorg tot een uitdagende en ambitieuze onderneming. Voorts bieden DBCs vele kansvolle aangrijpingspunten om de bedrijfsvoering te verbeteren, aan transparantie te winnen door een betere informatievoorziening en om kwaliteitsverbeterprogramma's uit te voeren. Om een kijkje te krijgen in de keuken van de inhoud en toepassing van DBCs nodig ik de vaste commissie graag uit om met mij na het reces een koploperziekenhuis te bezoeken, zodat zowel projectorganisatie als de medici kunnen aangeven hoe DBCs in de praktijk hun diensten gaan bewijzen. Ik kom daar op korte termijn op terug.

2. Producttypering in de curatieve zorg

Producten als basis voor bekostiging zorgt voor een andere wijze van contractering; de aangrijpingspunten voor sturing van het zorgproces komen niet meer te liggen bij «vage» FB-parameters als ligdagen of eerste polikliniekbezoeken, maar bij concrete medische producten die ervoor zorgdragen dat de te maken kosten kunnen worden vertaald in een realistische prijs. Met de totstandkoming van de DBC-bekostigingssystematiek kunnen voor zowel zorgverzekeraars als -aanbieders de kosten en opbrengsten op de zorgmarkt worden gewaardeerd en vergeleken. Voor

de zorgaanbieder betreffen de opbrengsten de inkomsten uit de overeengekomen tarieven van de door het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (GMSB) geleverde DBCs. De kosten van de zorgaanbieder zijn de ingezette tijd van het personeel (specialisten, verplegend personeel, maar ook bijvoorbeeld van het lab en de administratief personeel) en de ingezette goederen van ziekenhuizen (afschrijving, producten, etc.). Voor de zorgverzekeraar zijn de opbrengsten en kosten respectievelijk geleverde zorg voor hun verzekerde en de betaalde prijs voor een geleverde DBC. Het biedt de basis om in absolute termen een maatstaf te geven of «men waar voor het geld krijgt» (vanuit de zorgverzekeraar gezien) en of «men voor de geboden vergoeding in alle redelijkheid goede zorg kan leveren» (vanuit de zorgaanbieder gezien). Maar minstens even belangrijk is de wetenschap dat de DBC-systematiek ook in relatieve termen aangeeft of een goed contract wordt gesloten. Voor een zorgverzekeraar dient er keuzevrijheid te zijn, ondermeer door het kunnen vergelijken van de prijzen die hij voor hetzelfde product bij verschillende aanbieders dient te betalen. Deze verkregen transparantie maakt een goede afweging mogelijk, maar kan ook ruimte bieden bij «duurdere» aanbieders door te vragen naar de oorzaak van de hogere prijs. Wanneer men duurder is omdat een betere kwaliteit wordt geboden, hoeft dit geen probleem te zijn. Integendeel, wellicht is de prijs-kwaliteit-verhouding van betreffende instelling aantrekkelijker. Maar wanneer de hogere prijs voortvloeit uit een minder doelmatige organisatie van de zorg, kan dit reden voor de verzekeraar zijn bij deze aanbieder minder/niets te contracteren, danwel de zorgaanbieder uit te nodigen – wellicht samen met de verzekeraar – doelmatigheidsverbeteringen door te voeren. DBC-kostprijs-informatie geeft ook de leiding van het ziekenhuis inzicht in hun doelmatigheidsperformance. Regionaal of landelijk geregisseerde benchmarking of identificatie van best-practice-instellingen vormen goede aanknopingspunten ter verbetering van de efficiëntie en effectiviteit van de instelling.

Deze ontwikkeling blijft niet beperkt tot de intramurale curatieve zorg. Ook voor andere sectoren in de zorg is de omslag naar bekostiging op basis van producten gewenst. Immers, hier gelden dezelfde motieven als bij de medisch specialistische zorg: de omslag van aanbod- naar vraagsturing; de noodzaak van transparantie; een onderhandelingsinstrument voor verzekeraars en aanbieders; en de wens van loon naar werken.

Zo is intussen besloten de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in te passen in het DBC2003-project. Ook voor de eerstelijnszorg wordt producttypering ontwikkeld om de contractering en financiering te faciliteren. Met de recente brief over de modernisering van de huisartsenzorg (CZ/EZ-2238162, d.d. 30 november 2001) heb ik dit reeds aangegeven voor deze beroepsgroep. Vanzelfsprekend zal in deze trajecten veel geleerd kunnen worden van het huidige DBC-traject. Daarnaast vind ik financiële aansluiting tussen extra- en intramurale zorg (ook wel transmurale DBCs genoemd) een gewenste ontwikkeling. Volgend jaar zal onderzoek worden gedaan naar aangrijpingspunten voor deze vorm van gelijkgerichte bekostiging voor de volledige zorgketen. Aandoeningen die zowel een intra- als extramurale zorg kennen – CVA of diabetes bijvoorbeeld – zijn hiervoor interessante en belangrijke ontwikkelgebieden.

3. De kern en de context van het Plan van Aanpak

Met de betrokken partijen heb ik de afgelopen maanden een inventarisatie gemaakt van vraagstukken die nu om een beslissing vragen om de continuïteit in het project te verzekeren. De bijgevoegde notitie is de weergave van deze keuzen en de overeenstemming die ik daarover met partijen heb bereikt. Ik zal hierna kort stilstaan bij de kern van deze notitie: *het Gezamenlijk Plan van Aanpak Invoering DBC-systematiek*. Ik focus hierbij op het eindmodel. De hieraan voorafgaande stappen zijn ook terug te vinden

in het *Plan van Aanpak*. Het meest concreet is de situatie in 2003, waarbij de huidige budgettering blijft bestaan en de DBCs worden gehanteerd om het budget van de instelling gedeeltelijk te vullen, naast de nu geldige (neven-)tarieven.

Samenvatting Plan van Aanpak

Door partijen is geformuleerd dat in het eindmodel de DBCs het fundament vormen voor een contractenstelsel tussen zorgverzekeraars en het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen op basis van de DBC-systematiek over het volume, de prijs en kwaliteit van de zorgverlening. In de DBC-prijs is zowel het ziekenhuisdeel als het honorariumdeel van de medisch specialisten begrepen. Daarmee wordt een gelijkgerichte bekostiging van ziekenhuizen en medisch specialisten gerealiseerd. De DBC-systematiek is landelijk uniform oftewel bestaat uit eenduidig gedefinieerde zorgproducten in de vorm van DBCs, die wettelijk worden verankerd.

In dit sturingsmodel is een sleutelrol weggelegd voor risicodragende en concurrerende zorgverzekeraars, waarbij op termijn een belangrijk deel van de zorgregie aan hen wordt toevertrouwd. Omdat het functionele budgetteringsstelsel op termijn wordt vervangen door een stelsel van (inkoop)contracten tussen verzekeraars en instellingen, verloopt de beheersing van de kosten dan niet meer via capaciteitsplanning en centrale prijsvorming voor ziekenhuizen en medisch specialisten. De huidige verstrekkingenbudgettering zal aangepast dienen te worden aan de DBC-systematiek. Voor de uitwerking van de samenhang en de gevolgen die dit heeft voor de vormgeving van de DBC-systematiek, wordt door het Ministerie van VWS in samenspraak met Zorgverzekeraars Nederland een commissie ingesteld die hierover voor komend voorjaar advies zal uitbrengen.

Door betrokken branche-organisaties wordt in het *Gezamenlijk Plan van Aanpak* een verbinding gelegd met twee belangrijke onderwerpen in het kader van de vraagsturing, te weten de aanpassing van het zorgstelsel en het Budgettair Kader Zorg. De door partijen gewenste omslag sluit geheel aan op het Kabinetsstandpunt «Vraag aan Bod» en de hierin voorgestelde aanpassing van het verzekeringssysteem. Wat betreft het Budgettair Kader zorg wordt gewezen op de spanning die dit allengs de laatste jaren heeft opgeroepen en noodzakelijke aanpassing hiervan. De branche-organisaties zijn zich bewust van het primaat van politieke partijen in het kader van het nieuwe Regeerakkoord in deze.

Voorts is vastgesteld dat voor het welslagen van de DBC-systematiek er in het eindmodel sprake dient te zijn van een weliswaar op onderdelen gereuleerde, maar toch reële marktwerking. De mate van regulering op de markt en het tempo kan per specialisme verschillen; dit geschiedt in het perspectief van de verschillende marktcondities.

Het toezicht dient zich op deze aspecten te richten. Het toezicht zal plaatsvinden door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) op grond van de Mededingingswet en door de Inspectie voor de Gezondheidszorg wat de kwaliteitsaspecten betreft. Afgesproken is dat – in lijn met de door het Kabinet toegezegde notitie aan de Tweede Kamer – nog nader bezien zal worden of een aanvullend instrumentarium moeten worden gerealiseerd, zoals bijvoorbeeld sectorspecifieke mededingingsregeling, ter stimulering van de mededinging.

Voorts zijn er afspraken gemaakt over welke kosten al dan niet in de DBC-prijs worden opgenomen. De kosten van topreferente zorg en oplei-

dingen van medisch specialisten blijven vooralsnog buiten de met de zorgverzekeraars overeen te komen prijs. Hiervoor vindt afzonderlijke financiering via de WVG of daartoe op te richten fondsen plaats. Wat betreft de kapitaallasten achten met name zorgverzekeraars het uit oogpunt van daadwerkelijk vraagsturing noodzakelijk dat deze zo spoedig mogelijk worden geïntegreerd in de prijs van de DBC. Gezien de financiële gevolgen hiervan en de relatie met de wijze waarop de kapitaallasten in omliggende landen worden vergoed is in het kader van het *Plan van Aanpak* afgesproken dat hiertoe zo spoedig mogelijk onder regie van mijn departement nader onderzoek wordt verricht, in de bovensectorale studie naar de vergoeding van de kapitaallastenproblematiek.

Tevens zijn er afspraken gemaakt over de wijze waarop een en ander uitgewerkt wordt in een juridisch kader. Het wettelijk kader voor de DBC dient onder andere een bindende vaststelling mogelijk te maken van producten (DBC's en tijdseenheden medisch specialistische hulp) als eenheden voor de tariefstelling. Dit houdt in dat er geen tarieven voor andersoortige producten dan die welke in de DBC-systematiek zijn voorzien in rekening kunnen worden gebracht. Hiertoe dient de Wet Tarieven Gezondheidszorg aangepast te worden. Dit wordt momenteel nader in beeld gebracht.

Uiteraard is de realisatie van dit eindmodel mede afhankelijk van de realisatie van een aantal in het *Plan van Aanpak* genoemde randvoorwaarden, zoals een goed onderbouwd DBC-systematiek met vergelijkbare kostenprofielen, het aanpassen van de verzekeraars-budgettering en beschikbare referentieprijzen, het opheffen van toetredingsbelemmeringen, et cetera.

Vervolgstappen; fasering met concrete beslismomenten

In de gesprekken met partijen over de DBC's is, mede naar aanleiding van de visie die is neergelegd in «Vraag aan Bod», veelvuldig vooruitgekeken naar vervolgstappen in de toepassing van de DBC's. Alle partijen zijn zich er van bewust dat dit een ingewikkeld traject is. Vandaar dat er grote behoefte bestaat aan het zo concreet mogelijk definiëren van het einddoel. De weg naar dit einddoel verloopt niet via een big bang, maar via een aantal te definiëren fasen. Elke overgang naar een nieuwe fase wordt expliciet gekozen op basis van de geldende marktcondities. De huidige fase kan worden getypeerd als een ontwikkelingsfase. Naast het typeren van de medische producten (en de hieronder begrepen handelingen) die nu door het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf worden opgeleverd, zal aan deze producten een kostprijs worden gekoppeld.

De Stuurgroep DBC2003 heeft vanaf de introductie vier fasen onderkend. Het Kabinet heeft zich volledig gecommitteerd aan de eerste fase. Voor de volgende fasen onderkent het Kabinet dat dit met de huidige kennis de best mogelijke stappen zijn om tot het eindmodel (fase IV) te komen. Bij de precieze invulling van deze fasen dient gewaakt te worden dat in het proces geen ongewenste budgettaire risico's worden gelopen en ook de bepalingen uit de Mededingingswet niet worden overtreden. Mijn departement werkt in het gehele DBC-traject dan ook nauw samen met de ministeries van Financiën en Economische Zaken, alsmede de Nederlandse Mededingingsautoriteit.

Daarnaast zal ik zeer binnenkort een commissie instellen, die de uitvoeringsaspecten van de DBC-implementatie zal uitwerken. Hierbij moet vooral worden gedacht aan de relatie met de verzekeraars-budgettering, vormgeving van het declaratieverkeer, inrichting van de herallocatietrajecten, etc. De commissie zal volgend jaar rapporteren. Ik houd u regelmatig op de hoogte van de voortgang van het DBC2003-project; ik zal u volgend jaar de resultaten van de commissie toezenden.

Onderstaande tabel toont de vier fasen, waarbij voor elke fase zal worden aangegeven hoe de DBCs worden gehanteerd, wat de voorwaarden zijn om naar de volgende fase te gaan, alsmede de vormgeving van de kostenbeheersing.

Fase	Kenmerken	Fase start	Wijze van kostenbeheersing
I	Handhaving FB-budgetten , de financiering (vulling van de budgetten) vindt plaats aan de hand een prijs per DBC (landelijke referentie-prijzen), alsmede de huidige (neven-)tarieven.	2003	WTG-instrumenten (maximumtarieven en FB-budgetten) beheersen de zorguitgaven, alsmede de verzekeraarsbudgettering.
II	Door verzekeraars collectief gegarandeerd DBC-budget , de financiering vindt plaats aan de hand van DBC-prijzen (lokaal overeengekomen prijzen).	<i>Wanneer wordt voldaan aan de volgende eisen:</i> Eventuele sectorspecifieke mededingingsregelgeving (bijvoorbeeld marktmeester); en goede aansluiting op de ziekenfonds-budgettering.	WTG-instrumenten (FB-budget blijft bestaan als vangnet ¹ beheersen de zorguitgaven, alsmede de verzekeraarsbudgettering. Er zijn landelijk referentie-prijzen beschikbaar.
III	Afspraken m.b.t. lokaal te hanteren DBC-prijzen . De financiering vindt plaats aan de hand van deze DBC-prijzen.	<i>Wanneer wordt voldaan aan de volgende eisen (aanvullend op de eisen uit fase II):</i> volledig risicodragende verzekeraars; en voldoende concurrerend aanbod (deelmarktanalyses).	WTG-instrumenten (FB-budget blijft bestaan als vangnet ¹ beheersen de zorguitgaven, alsmede de verzekeraarsbudgettering.
IV	Individuele afspraken m.b.t. lokaal te hanteren DBC-waarden. De financiering vindt plaats aan de hand van deze DBC-prijzen (bekostiging = financiering)	<i>Wanneer wordt voldaan aan de volgende eisen (aanvullend op de eisen uit de fasen II en III):</i> nieuw stelsel; en goed werkende markten (level playing field).	Prijsprikkels zorgen voor het beheersen van de zorguitgaven, alsmede de verzekeraarsbudgettering.

¹ Het vangnet zal de functie hebben dat de aanpassingen voor individuele ziekenhuizen met een zekere geleidelijkheid kunnen verlopen, wanneer er verschillen zijn tussen de opbrengsten uit DBCs en het FB-budget. Dit vangnet geldt naar beneden (en betreft dan een bepaalde gegarandeerde opbrengst voor het ziekenhuis) en naar boven (en betreft dan een maximering van hun opbrengst).

Dat betekent overigens wel dat individuele ziekenhuizen ook in de transitiefase al met toenemende of afnemende opbrengsten geconfronteerd kunnen worden. Het is dan ook zeer wel denkbaar dat het vangnet in de overgangsfasen 2 en 3 steeds losser zal worden gehangen, zodat eventuele fluctuaties in de inkomsten van ziekenhuizen in steeds mindere mate zullen worden gecorrigeerd. Het betreft geen vanzelfsprekend geen langdurige garantie; in fase 4 zal deze vervallen.

Partijen streven naar een zo kort mogelijk overgangstraject. Vanzelfsprekend zijn de geformuleerde randvoorwaarden – om naar een volgende fase te gaan – leidend. Nogmaals, de hierboven gepresenteerde fasen II, III en IV kunnen nog aan wijziging onderhevig zijn als gevolg van interdepartementaal overleg en de resultaten van de eerder genoemde commissie.

In de transitiefasen is het uitgangspunt dat de systeemomschakeling als zodanig niet mag leiden tot stijging van de macrokosten. Hiervoor is door de Stuurgroep gekozen om in de eerste drie fasen de FB-budgettering als slot op de deur te houden. Voor medisch specialisten geldt dat – geabstraheerd van inkomensherijking – in herallocatietraject de «meerverdieners» de «minderverdieners» betalen. Dat kan bijvoorbeeld geschieden door reguliere inkomensverbetering van specialisten (loon- en prijsbijstelling) in te zetten voor die specialisten die minder dan gemiddeld verdienen.

Ook verdient nu reeds veel aandacht het opzetten van een orgaan dat de DBC-bekostigings-systeem zal onderhouden. Hierbij moet onder

andere worden gedacht aan het (medisch) up to date houden van de producttypering, bijvoorbeeld door medische innovatie, en de werklasmeting. Er is nog geen definitieve keuze gemaakt waar deze onderhoudsfunctie wordt ondergebracht. Plaatsing bij de uitvoerder van de WTG (het CTG) is een voor de hand liggende optie.

4. Mijlpalen

Vanaf volgend jaar zijn onderstaande mijlpalen in het project DBC2003 te onderkennen. Deze mijlpalen zijn belangrijke ijkmomenten in de ontwikkeling en implementatie van DBCs.

Datum	Onderwerp
01-03-2002	Start werklasmeting
01-04-2002	Verbreding: registratie DBC's alle specialismen in alle ziekenhuizen
01-09-2002	Kostenhomogene DBC-clusters samenstellen
01-11-2002	Tijdsbestedingonderzoek medisch specialisten en rondrekening gereed
Eind 2002	Productieafspraken voor 2003 voor alle specialismen in alle ziekenhuizen
01-01-2003	Start DBC-systematiek

5. Tot slot

Alles wijst er nog op dat het uiterst complexe (zowel in technische als bestuurlijke zin) project DBC2003 erin zal resulteren dat per 1 januari 2003 de stap gezet gaat worden naar een modernisering van de bekostigings-systematiek van de intramurale curatieve zorg. Ik ben verheugd dat reeds meer dan een jaar alle betrokken partijen met veel energie en inbreng deze cruciale en omvangrijke omslag willen bewerkstelligen. Dit brede draagvlak is noodzakelijk om het project succesvol af te ronden. Van de verdere voortgang houd ik u vanzelfsprekend op de hoogte.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers