

Vergaderjaar 2004–2005

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**Nr. 10**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 november 2004

#### **1. Inleiding**

Op 1 januari 2005 gaat de ziekenhuiszorg over op een nieuw financieringsstelsel: de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Dit geldt voor de algemene en categorale ziekenhuizen, voor de universitaire medische centra (UMCs), voor de zelfstandige behandelcentra en voor de vrijgevestigde medisch specialisten. De afgelopen anderhalf jaar hebben alle betrokken partijen hard gewerkt om dit mogelijk te maken.

DBC's zijn zorgproducten waaraan kosten kunnen worden toegerekend. Met de DBC's wordt een stelsel geïntroduceerd dat de prestaties van ziekenhuizen op transparante wijze zichtbaar maakt. Het invoeren van het DBC-stelsel is een ingrijpende en omvangrijke operatie. De algemene, academische en categorale ziekenhuizen, de zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en zorgverzekeraars moeten hun automatisering en administratieve organisatie aanpassen aan de eisen van dit nieuwe stelsel.

#### **2. Leeswijzer**

In deze brief geef ik een kort overzicht van de stand van zaken aan de hand van de mijlpalen uit het Spoorboekje «getrapte implementatie DBC's» dat ik u deze zomer heb gestuurd (Kamerstuk 2003–2004, 29 248, nr. 6, TK). Ik ga vervolgens kort in op de nabije toekomst: wat gebeurt er in 2005 en hoe gaat de verdere ontwikkeling van het DBC-stelsel. In de thematische bijlage<sup>1</sup> ga ik dieper in op een aantal technische aspecten van het DBC-stelsel en het invoeren daarvan. Ik sta in de bijlage ook stil bij een aantal onderwerpen dat tijdens het Algemeen Overleg op 15 juni jl. (29 248, nr. 7) aan de orde is geweest, zoals het uurtarief voor de medische specialisten, de administratieve lasten en de fraudegevoeligheid van het stelsel. Tot slot kom ik in de bijlage terug op een aantal onderwerpen uit de vorige voortgangsrapportage (kamerstuk 2003–2004 29 248, nr. 3, TK).

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Medio oktober heb ik u in een separate brief reeds geïnformeerd over de DBCs in de GGZ.

### 3. Stand van zaken

Met het Spoorboekje heb ik aan alle partijen duidelijk gemaakt wie, wat, wanneer klaar moet hebben. Tot en met oktober 2004 zijn, met een kleine marge, de meeste mijlpalen gehaald. Het CTG/ZAiO heeft alle noodzakelijk beleidsregels en circulaire vastgesteld. De brancheorganisaties hebben hun helpteams en helpdesks ingericht en waar nodig ingezet. Het wetgevingstraject voor de WTG ExPres heeft daarentegen een achterstand opgelopen. De Eerste Kamer behandelt dit voorstel voor wetwijziging in combinatie met het wetsvoorstel Herziening overeenkomstenstelsel zorg (HOZ) en de WTZi. De WTG ExPres is daarom niet per 1 oktober 2004 in werking getreden.

Vanaf de zomer is de voortgang van de DBC implementatie gemonitord. De eerste monitor, begin augustus, was gebaseerd op enquêtes, waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars hun registratiegraad en planning voor aanpassingen van de automatisering hebben aangegeven. Deze gegevens lieten zien dat de meeste instellingen (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) een goede planning hadden en daarmee op koers lagen voor de administratieve en automatiseringsaanpassingen. De tweede monitor, half september, bevatte naast de informatie van de enquêtes ook objectieve gegevens van de DBC-speurder<sup>1</sup>. Deze monitor bevestigde het beeld van de eerste monitor. De helpteams van de verschillende brancheorganisaties hebben inmiddels gericht ondersteuning geboden aan de achterblijvers. De DBC-speurder gaf instellingen goede aanknopingspunten om de eigen registratie te verbeteren.

In oktober jl. zijn de resultaten bekend geworden van de derde monitor. Hierin zijn, naast de enquête-uitkomsten, eveneens de uitkomsten van de DBC-speurder en de nulmeting administratieve organisatie en interne controle (AO/IC)<sup>2</sup> bij ziekenhuizen en UMCs verwerkt. Hoewel nog niet alle metingen zijn afgerond is er al wel een representatief beeld op basis van de verrichte metingen in september. Volgens de accountants zal het overgrote deel van de instellingen op 1 januari 2005 waarschijnlijk klaar zijn met de inrichting van de nieuwe AO/IC. Dit is een positieve uitkomst. Verder heeft de meerderheid van de instellingen in de jongste monitor aangegeven dat zij zelf verwachten per 1 januari a.s. gereed te zijn voor de DBC-invoering. Bovendien wordt uit de monitoring duidelijk dat de registratie van DBCs iedere maand vooruit gaat. Bij de meerderheid van de instellingen is de registratiegraad inmiddels voldoende tot goed.

<sup>1</sup> De DBC-speurder is een analyse-instrument dat de ziekenhuizen kunnen gebruiken om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de DBC-registratie gekoppeld aan de bijbehorende verrichtingen-registatie. Daarnaast geeft de kostenspeurder belangrijke referentie-informatie over kosten en kostprijzen van het betreffende ziekenhuis. Tenslotte maakt de DBC-speurder inzichtelijk hoe de DBC-productie en de opbrengsten zich verhouden tot de CTG-tarieven- en opbrengsten.

<sup>2</sup> De nulmeting AO/IC is een onafhankelijke meting door accountants ten aanzien van de opzet van de administratieve organisatie en interne controlestructuur binnen ziekenhuizen. De herinrichting van de AO/IC is een omvangrijke en complexe operatie. De AO/IC hoeft pas op 1 januari aangepast te zijn. Tot 1 januari 2005 moet de AO/IC van de instellingen nog voldoen aan de huidige normen.

Uit de verschillende monitors blijkt echter ook dat een groep achterblijvende zorgaanbieders extra aandacht behoeft. Bij deze groep bestaat het risico dat zij niet tijdig de geleverde zorg kunnen declareren. Dit risico hangt samen met het niet tijdig gereed zijn van de software die daarvoor nodig is. Dit kan in sommige gevallen consequenties hebben voor de liquiditeitspositie van een individuele instelling. Hierop kom ik later in deze brief terug.

Belangrijk is dat invoering van de DBCs vooral een verandering van de bekostiging en de financiering van de ziekenhuiszorg betekent; en dus niet direct ingrijpt op de patiëntenzorg.

#### 4. Invoering DBCs per 1 januari 2005

In het Algemeen Overleg van 15 juni jongstleden heb ik u toegezegd op grond van de stand van zaken een zorgvuldige beoordeling te maken over de invoering van DBCs per 1 januari 2005. Op 3 november jl. heb ik met alle betrokken brancheorganisaties, CTG/ZAio en het CVZ in een apart bestuurlijk overleg hierover gesproken. In dat overleg hebben wij gesproken over de uitkomsten zoals deze blijken uit de monitor en hebben wij de risico's ingeschat.

In het bestuurlijk overleg van 3 november jl. hebben alle partijen uitgesproken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende ver gevorderd zijn om tot DBC-invoering over te gaan. Bovendien hebben partijen aangegeven dat nu behoefte is aan duidelijkheid. Het invoeren van de DBCs is een aantal keren uitgesteld. De afgelopen jaren hebben alle instellingen tijd en ondersteuning gekregen (ook financieel) om zich voor te bereiden op het nieuwe systeem. Een hernieuwd uitstel is demotiverend voor de instellingen die hard hebben gewerkt om zo ver te komen en vermindert het draagvlak voor het invoeren van het DBC-systeem. Tegelijkertijd is vastgesteld dat de invoering van het DBC-systeem een omvangrijke operatie is waarvan – ongeacht het invoeringsmoment – niet verwacht mag worden dat de overgang probleemloos zal verlopen. De invoering brengt risico's met zich mee. Verwacht mag worden dat het voorkomt dat een bepaald ziekenhuis later factureert. Ook is mogelijk dat een ziekenhuis of een UMC een bestuursverklaring niet ondertekent, omdat niet het gehele jaar 2005 volledig is voldaan aan de AO/IC-regels.

De te verwachten problemen zijn naar het oordeel van partijen echter administratief van aard, zijn niet structureel, maar eenmalig gerelateerd aan de overgang naar DBCs en brengen de zorg aan de patiënt niet in gevaar. Bovendien geldt voor de ziekenhuizen een budgettair vangnet voor 90% van de ziekenhuiszorg.

Wij waren allen van mening dat het een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van alle partijen om zich vanaf 1 januari 2005 in te spannen om de overgangsproblemen zo adequaat mogelijk te pareren. Daarbij geldt dat de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars primair zelf verantwoordelijk zijn om de problemen die daarmee samenhangen onderling op te lossen. Wij hebben enkele afspraken gemaakt om de signaleerde risico's tegen te gaan.

Ten eerste is in het bestuurlijk overleg vastgesteld dat het een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van alle partijen om vanaf 1 januari 2005 de mogelijke overgangsproblemen zo adequaat mogelijk aan te pakken. Wij hebben afgesproken dat er een intensieve monitor en een actieve aanpak komt gericht op de instellingen waar overgangsproblemen zijn te verwachten. De aanpak is erop gericht om via intensievere monitoring en een actieve inzet van helpteams te voorkomen dat declaratieachterstand zal ontstaan.

Ten tweede zijn afspraken gemaakt over de liquiditeitspositie van ziekenhuizen. In het huidige systeem wordt de zorg per verrichting door het ziekenhuis bij de zorgverzekeraar in rekening gebracht. Een DBC omvat een zorgtraject dat bestaat uit meerdere verrichtingen. Aangezien een DBC wordt gedeclareerd nadat de laatste verrichting is uitgevoerd, duurt het langer voordat de rekening kan worden verstuurd. Om te voorkomen

dat het ziekenhuis hierdoor een liquiditeitsprobleem krijgt, zal het CTG/ZAIo een regeling treffen op basis waarvan ziekenhuizen bevoorschottingsafspraken kunnen maken met verzekeraars.

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 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.

De derde afspraak betreft het verduidelijken van de eisen die spelen op het gebied van de rechtmatigheid. Door de nieuwe manier van factureren van ziekenhuizen is behoefte aan een verduidelijking van de wijze waarop zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen voldoen aan de rechtmatigheidseisen. Hierin zal VWS de regie nemen.

## **5. Marktprikkels in 2005**

Met het invoeren van DBCs op 1 januari 2005 wordt ook marktwerking in een deel van de ziekenhuiszorg geïntroduceerd. Dit is voor het eerst in de geschiedenis van de Nederlandse ziekenhuiszorg. Voor zowel de patiënt als de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar is dit een nieuwe situatie. Om een geleidelijke overgang mogelijk te maken, is gekozen voor een beperkte eerste stap met relatief eenvoudige en electieve zorgproducten. Het is van groot belang om de patiënt bij deze eerste stap goed te informeren over de gevolgen van marktwerking. De verzekeraar heeft hierin een belangrijke verantwoordelijkheid. Daarnaast zal de patiënt door middel van landelijke voorlichting en door de zorgaanbieders worden geïnformeerd.

De zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen moeten wennen aan de uitgebreidere mogelijkheden om te onderhandelen, niet alleen over kwaliteit en hoeveelheid, maar ook over prijs. Dit vereist niet alleen aangepaste wetten en regels, maar vooral ook andere gedrag van de spelers; dat kost tijd. Ik verwacht daarom dat in het eerste jaar de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars nog niet veel van elkaar zullen verschillen. Toch zal ik juist in dit eerste jaar de ontwikkelingen nauwlettend volgen. Enerzijds om in te kunnen grijpen als excessen ontstaan. Anderzijds om lessen te trekken voor het geleidelijke uitbreiden van marktwerking, zoals ik reeds heb aangegeven in mijn brief over de liberalisering van de zorg (29 800 XVI, nr. 25).

## **6. Conclusie en vooruitblik**

Met partijen heb ik, na een zorgvuldige afweging van de risico's, geconstateerd dat de invoering van de DBCs met ingang van 1 januari 2005 verantwoord is. Uit de monitoring van de invoering is gebleken welke risico's resteren en dat deze risico's beheersbaar zijn. Hiertoe heb ik met partijen afspraken gemaakt.

Na 1 januari 2005 staat de ontwikkeling van het DBC-systeem niet stil. Zoals gezegd zijn sommige onvolkomenheden nu al bekend, andere zullen door het gebruik in de praktijk aan het licht komen. Hiervoor moeten goede oplossingen bedacht worden. Ik ben met betrokken organisaties in overleg op welke wijze na 1 januari hier snel op kan worden ingespeeld.

Daarnaast streef ik naar geleidelijke uitbreiding van de marktwerking. Hier zal ik zorgvuldig mee omgaan, en de lessen die dit eerste jaar ons leren ter harte nemen. Tot slot zal CTG/ZAio nader beleid ontwikkelen om de nieuwe experimenteermogelijkheden in de WTG optimaal te benutten. Over al deze zaken informeer ik u in volgende voortgangsrapportages.

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