

Vergaderjaar 2003–2004

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 5

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 mei 2004

1 Inleiding

U heeft mij gevraagd u voor het algemeen overleg over de periodieke voortgangsrapportage DBC's te informeren over de stand van zaken en de door mij voorgestane datum van inwerkingtreding. Tevens heeft u tijdens het debat over de hoofdlijnen herziening stelsel curatieve zorg verzocht om een nadere toelichting op de DRG-systematiek. Beide treft u aan in deze brief.

2 Stand van zaken DBC-invoering

Op 1 januari 2005 vindt de introductie plaats van de diagnose-behandeling-combinaties (DBC's) als nieuwe bekostigings- en financieringssystematiek voor de ziekenhuissector. Over de getrapte implementatie ter voorbereiding op de invoeringsdatum van 1 januari aanstaande heb ik met alle bij de DBC-introductie betrokken partijen overeenstemming bereikt. Hierover heb ik u geïnformeerd op 26 maart jl. (29 248, nr. 4).

De afspraken over de getrapte implementatie van de DBC's houden in dat op 1 juli 2004 de DBC-systematiek gereed is en dat de ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra, medisch specialisten en zorgverzekeraars vervolgens de invoering in hun organisaties realiseren. Daarbij is een aantal mijlpalen gemarkeerd, die ook in de periodieke voortgangsrapportage DBC's van 26 maart jl. zijn opgenomen. Ik zal continu monitoren of zorgaanbieders en zorgverzekeraars op koers liggen om hun mijlpalen te halen. Een belangrijke mijlpaaldatum is 1 oktober 2004. Zorgaanbieders leveren op die datum een aantal gegevens aan, waarmee zij zich ruim voor 1 januari 2005 verantwoorden over hun vorderingen.

Om deze mijlpalen nog wat scherper voor het voetlicht te brengen, heb ik een «spoorboekje» ontwikkeld, waarin ik aangeef wanneer de zorgaan-

bieders en zorgverzekeraars oplevering van bepaalde producten, diensten, besluiten of wetgeving kunnen verwachten. Ook heb ik in dit spoorboekje opgenomen wanneer de veldpartijen geacht worden bepaalde gegevens aan te leveren aan het departement, het College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) en/of het nieuw op te richten DBC-Informatie-Systeem (DIS)¹.

Ik zal de ziekenhuizen en zorgverzekeraars ruim voor 1 juli 2004 het spoorboekje doen toekomen, vergezeld van een begeleidende brief, waarin een aantal reeds genomen deelbesluiten nog eens helder wordt toegelicht. Ik zal u een afschrift van deze brief zenden.

Uit het spoorboekje blijkt hoe zeer de «trein» van de DBC-invoering inmiddels op stoom is gekomen. Een groot aantal stations is inmiddels gepasseerd (onderdelen van de DBC-systematiek die gereed zijn) en van de komende stations is bekend hoe ze heten en in welke volgorde ze op welke tijdstippen worden aangedaan (over de onderdelen die nog niet gereed zijn heeft besluitvorming plaatsgevonden over de wijze waarop het onderdeel vormgegeven wordt). Kortom: de trein rijdt en ligt op schema.

Dat de veldpartijen, die de implementatie voor hun rekening moeten nemen, daar volop mee aan slag zijn, blijkt mij de laatste weken elke keer als ik met hen in contact treedt. De DBC-invoering leeft in het veld. De noodzaak wordt onderschreven en de voorbereidingen zijn in volle gang. De afgelopen weken hebben op mijn departement bijeenkomsten plaatsgevonden waar leden van de Raad van Bestuur van ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar ervaringen hebben uitgewisseld over hun voorbereidingen op de invoering. Deze bijeenkomsten zijn zeer goed bezocht.

Voor een geslaagde invoering is het, naast voorbereidingen in het veld, ook noodzakelijk dat de benodigde wetgeving op tijd gereed is. Het CTG/ZAio bereidt de nodige beleidsregels voor waarin de DBC-systematiek wettelijk wordt geborgd.

Een aantal van deze beleidsregels is echter alleen mogelijk wanneer de wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG Expres) tijdig gereed is. Dat geldt bijvoorbeeld voor noodzakelijke administratieve voorschriften voor ziekenhuizen, waarmee de fraudebestendigheid van het systeem geborgd wordt, maar in nog sterkere mate voor de introductie van vrije prijsvorming voor 10% van de ziekenhuismarkt. Voor de introductie van gereguleerde marktwerking in de ziekenhuissector is de nieuwe WTG een absolute voorwaarde.

Hetzelfde geldt voor het wetsvoorstel Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg (HOZ). De introductie van gereguleerde marktwerking en het bestaan van een contracteerplicht voor beide onderhandelingspartijen (aanbieders en verzekeraars) zijn onverenigbaar met elkaar.

Ik vertrouw op een goede en tijdige (voor de DBC-introductie op 1 januari 2005) afhandeling van deze twee wetsvoorstellen in de komende periode.

3 DRG-systematiek

Een regelmatig terugkerende vraag bij de introductie van de DBC-systematiek is waarom wij niet de DRG-systematiek kopiëren uit bijvoorbeeld België. Onlangs kwam deze vraag weer op tijdens het debat over de hoofdlijnen van de herziening van het stelsel van de curatieve zorg. U heeft verzocht om een nadere toelichting op de DRG-systematiek.

¹ Een landelijke databank waarin alle relevante DBC-informatie wordt verzameld, beheerd en verspreid.

In deze brief worden beide systemen nog eens kort tegen elkaar afgezet en wordt aangegeven waarom in Nederland is gekozen voor de

DBC-systematiek. Daarbij zal eveneens aandacht worden besteed aan het uurtarief dat gelijktijdig wordt geïntroduceerd met de DBC systematiek.

Ziekenhuisbudgettering in België

In België kent men een zeer complex en gedetailleerd systeem van toekenning van budgetten aan ziekenhuizen. Budgetten aan ziekenhuizen zijn bedoeld ter dekking van de zogenaamde hotelfunctie van een ziekenhuis. Voor de medisch specialistische zorg geldt een apart systeem. In het toekennen van het macro-ziekenhuisbudget staat een eerlijke *verdeling* van financiële middelen voorop.

Vooralsnog wordt ongeveer 90 procent van het budget verdeeld op basis van kapitaalinvesteringen en een groot aantal parameters als aard van het ziekenhuis, aantal bedden en type bedden. De verdeling van het budget vindt tot op zeer gedetailleerd niveau plaats. Er wordt bijvoorbeeld rekening gehouden met posten zoals de kosten van de was, het linnen en de schoonmaak in het ziekenhuis.

Slechts voor 10 procent van het macro-budget vindt een verdeling plaats op basis van gerealiseerde zorgproducten (DRGs). Voor deze 10% worden de ziekenhuizen afgerekend op de gemiddelde ligduur per DRG. De landelijke gemiddelde ligduur per DRG is daarbij de norm. Men is voornemens dit 10%-deel langzaam uit te breiden. Zoals ieder systeem, lokt ook dit systeem opportunistisch gedrag uit (bijvoorbeeld afwenteling op de thuiszorg en budgetvergroting via heropnames of overbrengen van patiënten naar andere ziekenhuizen).

De ideevorming over de DRG-systematiek is al in de jaren '70 gestart in België. In 1990 is een eerste stap in de regelgeving vastgelegd door de introductie van een zogenaamde minimale dataset op basis waarvan ziekenhuizen zijn gestart DRGs te registreren. Pas in 2000 is een deel van het budget op DRGs gebaseerd.

Op dit moment is 10% van het totale budget gebaseerd op DRGs. Dit geeft aan dat er een jarenlange ontwikkeling is voorafgegaan aan de introductie van de DRG-systematiek. Het zou dan ook niet realistisch zijn om dit in Nederland binnen enkele maanden te implementeren. In Nederland is de Tweede Kamer begin 2001 voor het eerst geïnformeerd over de DBC-systematiek en zal in 2005 deze systeemwijziging over gehele linie (voor 100% in plaats van voor 10% van de productie) worden doorgevoerd.

Financiering van medisch specialisten in België

Medisch specialisten worden in België gefinancierd op basis van activiteiten. De prijs van de activiteit is vastgelegd in een tarievenboek. Dit tarievenboek wordt jaarlijks geactualiseerd in een overleg tussen de ziekenfondsen, de werkgevers en de specialisten. De overheid kan in dit proces ingrijpen. Uit de inkomsten uit activiteiten betaalt de arts het ziekenhuis voor het gebruik van ziekenhuisaccommodaties (gebruik OK, OK-personeel, laboratoriumtesten, etc.)

Momenteel wordt in België onderzocht of het mogelijk is de DRG-systematiek ook te hanteren voor beloning van specialisten. Medisch specialisten zouden dan vergoed worden op basis van gemiddelde activiteitenprofielen per product. Men verwacht dat de ontwikkeltijd van deze uitbreiding van de DRG-systematiek voor medisch specialisten zeker enkele jaren in beslag zal nemen.

Waarom is in Nederland voor DBCs gekozen in plaats van DRGs?

1. Het DRG-systeem in België is een instrument voor de macro-verdeling van beschikbare middelen. Het systeem legt echter geen relatie met de werkelijke kosten. De DBC-systematiek wordt niet alleen gebruikt voor het verdelen van het (resterende) ziekenhuisbudget (segment A), maar ook voor de introductie van marktwerking (segment B). Daarvoor is een systeem nodig dat de onderliggende activiteiten en werkelijke kosten per zorgproduct zichtbaar maakt. DBCs bieden de mogelijkheid om de integrale kosten van een zorgtraject toe te rekenen aan de prestatie (DBC). Dit is cruciaal om een gezonde marktwerking zonder oneigenlijke concurrentie op gang te brengen.
2. Doordat het DBC-systeem, in tegenstelling tot het DRG-systeem, ook dagbehandeling en polikliniek bevat wordt automatisch een prikkel ingebouwd om een bepaalde zorgvraag zo efficiënt en effectief mogelijk te behandelen. Het DBC-systeem creëert daarmee de juiste substitutie-effecten. In België wordt dit soort zorg via andere wegen gefinancierd, waardoor «schotten» en afwentelingsproblemen ontstaan.
3. De honoraria van medisch specialisten zijn integraal onderdeel van de DBC-systematiek. Dit maakt het voor het ziekenhuismanagement mogelijk om te sturen op de integrale kosten van de zorg en de kwaliteit van de te leveren zorg. Juist de medisch specialistische zorg is cruciaal voor het bepalen van het zorgproduct. In België wordt alleen naar de hotelfunctie van het ziekenhuis gekeken. Op basis van DBCs kan het ziekenhuismanagement straks vergelijkingen van productie en onderliggende kosten per specialist maken. Dit versterkt de werking van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf.
4. In Nederland zullen de DBCs worden gebruikt voor prestatiebekostiging in het vaste segment, waar budgettering van kracht blijft. Dit is vergelijkbaar met de toepassing van DRGs in België. In België kiest men voor het afrekenen op gemiddelde ligduur. Dit geeft weliswaar een prikkel tot kortere opnames, maar is geen goede indicator voor de integrale kosten die een ziekenhuis voor een patiënt maakt. In die zin is het geen geschikt instrument om efficiency van onderaf te stimuleren. Wel kunnen we er van leren, omdat in het Belgische concept beter presterende ziekenhuizen meer geld krijgen dan slechter presterende ziekenhuizen. Dit principe willen we in Nederland ook gaan toepassen. Daarbij zal worden uitgegaan van de gemiddelde kosten per DBC (gecorrigeerd voor zorgzwaarte). Dit is een indicator voor de efficiency van het integrale zorgtraject en biedt daardoor efficiency-prikkels voor zowel het ziekenhuis als de medisch specialist. In fase 3 van de DBC-invoering zullen de huidige FB budgetten worden geheralloceerd op basis van DBC parameters (zie mijn brieven van 10 oktober 2003 en 26 maart 2004 over de DBC-invoering).
5. Tot slot kan worden geconcludeerd dat het Belgische systeem zeer gedetailleerd is. Het is een top down benadering, zonder dat uitgegaan wordt van wat er werkelijk in een ziekenhuis gebeurt. Slechts voor 10% worden efficiencyprikkels via de ligduur ingebouwd. De overige 90% is dusdanig dicht geregeld, dat het sterk doet denken aan de Nederlandse situatie uit de jaren '80. In Nederland gaan we er juist vanuit dat vraaggerichte en efficiënte zorg alleen kan worden bereikt, als we niet alles centraal bepalen, maar op lokaal niveau de juiste vrijheden en de juiste prikkels worden ingebouwd.

Bij een vergelijking van twee systemen moet niet alleen worden gekeken naar de werking van het systeem zelf, maar ook naar de randvoorwaarden waarbinnen het systeem functioneert. In tegenstelling tot in Nederland kent België een ruim aanbod van zorgaanbieders en bestaat er een overschot aan medisch specialisten. Wachtlijsten zijn dan ook niet aan de orde in België. Kosten voor het ziekenhuis worden laag gehouden door een zeer strikte budgettering. De grote concurrentie onder specialisten maakt het voor de overheid, het ziekenhuis en de patiënt mogelijk om de kosten van de activiteiten van de specialist in te tomen. Dit is direct meetbaar,

specialisten in België verdienen gemiddeld beduidend minder dan hun Nederlandse collegae.

Het uurtarief

In België legt het overschot aan specialisten en de remgelden voor patiënten respectievelijk de opbrengsten per activiteit het aantal activiteiten aan banden. Het tekort aan specialisten vraagt om een andere methode. Hiertoe is in Nederland bij de invoering van de systematiek (segment B) gekozen over te gaan op een vast uurtarief gekoppeld aan een normtijd per DBC.

Het komen tot afspraken over de weg waarlangs dit uurtarief tot stand moet komen heeft enige tijd gekost, maar uiteindelijk is hierover een akkoord bereikt met de Orde van Medisch Specialisten. De kern van de gemaakte afspraak is dat er bij de invoering van de DBCs wordt gestart met een macroneutraal uurtarief dat voor alle specialisten gelijk is. Dit macroneutrale uurtarief wordt door het CTG berekend door het kader van de vrijgevestigden te delen door het aantal patiëntgebonden uren, geleverd door deze groep. Dit macroneutrale uurtarief weerspiegelt de uuromzet die nu ook gemiddeld wordt verdiend. De tweede stap ten aanzien van het uurtarief betreft het instellen van een commissie die advies geeft over een normatief uurtarief. Dit normatieve uurtarief zal het macroneutrale uurtarief gaan vervangen, waarschijnlijk in 2005.

De invoering van het macroneutrale uurtarief kan nog steeds volgens het oorspronkelijke plan verlopen, zeker nu er meer ruimte is ontstaan door het verschuiven van de invoeringsdatum. Het CTG zal op basis van de aangeleverde data en onderbouwde aannames het macroneutrale uurtarief berekenen. Daarnaast zal medio 2004 de commissie uurtarief starten.

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