

Vergaderjaar 2005–2006

29 689

Herziening Zorgstelsel

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 110

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 9 augustus 2006

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 27 juni 2006 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van VWS d.d. 20 februari 2006 inzake fusies en overnames van ziekenhuizen (30 186, nr. 28);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 27 februari 2006 inzake Haagse ziekenhuizen (VWS-06-402);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 3 mei 2006 inzake reactie op NRC-artikel «Ziekenhuizen gonzen van commercie» (29 689, nr. 90);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 18 mei 2006 over de motie-Schippers inzake pakketmaatregelen; motie Vendrik c.s. inzake toestemmingsprocedure onderzoek plastische chirurgie (30 300, XVI, nr. 140);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 6 juni 2006 over de stand van zaken ziekenhuiszorg t.b.v. van fusies en overnames van ziekenhuizen (30 186, nr. 55);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 24 februari 2006 inzake de notitie «De introductie van dbc's en administratieve lasten» alsmede het advies Actal (29 248, nr. 24);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 17 maart 2006 over stand van zaken m.b.t. wachtlijsten HIPEC (29 248, nr. 25);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 2 juni 2006 inzake de Beleidsvisie ggz, voortgangsrapportage dbc in de ggz en gemaakte afspraken (29 689, nr. 96);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 2 juni 2006 inzake invoering dbc-declaratie en uitvoering ggz onder de Zorgverzekeringwet (29 248, nr. 26);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 12 juni 2006 over stand van zaken m.b.t. de invoering dbc's in de ziekenhuiszorg (29 248, nr. 27);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 21 juni 2006 inzake te veel betaalde dbc-declaraties (29 248, nr. 28).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), onder-voorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Joldersma (CDA), Varela (LPF), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Kraneveldt (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Azough (GroenLinks), Koşer Kaya (D66) en Van der Sande (VVD).
Plv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GroenLinks), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van As (LPF), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Hermans (LPF), Van Egenschot (VVD), Eski (CDA), Van Gent (GroenLinks), Bakker (D66) en Nijs (VVD).

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Arib** (PvdA) schetst een beeld van de situatie. De standstill voor fusies van ziekenhuizen is met de invoering van de WTZi (Wet toelating zorginstellingen) per 1 januari 2006 komen te vervallen. De minister is niet bevoegd om fusies te blokkeren, maar kan op grond van de WTZi wel de bereikbaarheid van acute zorg afdwingen. Voor de spoedeisende hulp is daarbij een bereikbaarheidsnorm van 45 minuten vastgesteld. Bestaat bij een fusie of overname het voornemen om een afdeling spoedeisende hulp te sluiten, dan dient dit voornemen besproken te worden in het regionale acute zorg ketenoverleg. Dreigt een ziekenhuis actie te ondernemen in strijd met de beleidsvisie of de beleidsregel, dan kan een voorschrift worden verbonden aan de toelating van de betreffende instelling. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) kan uit hoofde van de Mededingingswet vergunningseisen stellen. De Zorgautoriteit in oprichting (Zaio) kan preventief eisen stellen aan het gedrag van een onderneming. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) krijgt geen bevoegdheden bij fusies, maar heeft, zoals vermeld in de brief van 6 juni (30 186, nr. 55), bij aanvaarding van de WMG (Wet marktordening gezondheidszorg) een adviesrol. Een preventieve eis lijkt mevrouw Arib toch zwaarder dan een adviesrol. Kan de minister daarop ingaan? Zij vraagt zich af of de minister behalve de 45-minutennorm inzake fusies en overnames geen enkele zeggenschap heeft. Hoe wordt voorkomen dat instellingen zich alleen op gunstige locaties vestigen zodat het zorgaanbod geen goede spreiding meer heeft? Acht de minister het mogelijk dat verzekeraars met vele miljoenen verzekerden ziekenhuizen kunnen dwingen zich op bepaalde plaatsen te vestigen?

Over de commercialisering van de zorg maakt mevrouw Arib zich zorgen. Het is haar bekend dat zich dit pas in 2012 zal voordoen, maar allerlei bedrijven en investeerders anticiperen nu al op deze ontwikkeling. Een aantal zbc's (zelfstandige behandelcentra) is gericht op winst. Niet duidelijk is waar deze winst naartoe gaat. De PvdA-fractie is overigens niet tegen een gereguleerde marktwerking in de zorg, maar vindt wel dat de winst moet terugvloeien naar de zorg. Het is belangrijk dat ziekenhuizen de mogelijkheid hebben om initiatieven te nemen. Daarbij moet in gedachten worden gehouden dat het om premiegelden gaat. Gaat de winst naar derden, dan vreest mevrouw Arib dat de krenten uit de pap worden gehaald door specialisaties zoals orthopedie en staaroperaties en dat de premies uiteindelijk zullen stijgen.

Het Slotervaartziekenhuis heeft ervoor gekozen om via een openbare aanbesteding gegadigden uit te nodigen voor overname. Vindt de minister de manier waarop deze aanbesteding heeft plaatsgevonden transparant en welke investeerders zijn hierbij indirect betrokken? De openbare aanbesteding lijkt vooral een zaak tussen raden van toezicht en directies, maar ook de medische staf en de verpleegkundigen dienen bij de onderhandelingen betrokken te worden. Mevrouw Arib vindt het een goede ontwikkeling dat ziekenhuizen meer gaan samenwerken zodat zij een zekere inkoopmacht tegenover zorgverzekeraars krijgen, want de huidige situatie, waarin één zorgverzekeraar namens vele zorgverzekeraars mag onderhandelen met een ziekenhuis, vindt zij onevenwichtig.

Mevrouw **Schippers** (VVD) herinnert aan de aangenomen motie-Schippers van oktober 2005 over de interpretatie van de pakketmaatregel op het terrein van de plastische chirurgie (30 300-XVI, nr. 11). In deze motie werd onder andere gevraagd medisch geïndiceerde buikwandcorrecties onder strikt protocol onder het collectief gefinancierde pakket te brengen. De minister heeft eerder aangegeven dat buikwandcorrectie

alleen onder de aanspraak viel als er sprake was van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen, maar dat deze medische verrichting onder de nieuwe zorgverzekeringswet niet meer in het pakket voorkomt. Dat neemt niet weg dat de Kamer van mening is dat er in extreme gevallen een medische noodzaak tot buikwandcorrectie kan zijn die onder strikte protocollering vergoed moet worden. Zij vraagt de minister daarom in overleg te treden met het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), de zorgverzekeraars en de specialisten voor het opstellen van een uitvoerbare regeling met protocollen, zoals ook in de motie wordt gevraagd. Met de brief van 18 mei (30 300-XVI, nr. 140) geeft de minister een aardig inzicht in de sector plastische chirurgie. Hieruit blijkt dat 63% van de plastisch chirurgen in een ziekenhuis én in een particuliere kliniek werkt. Het staat iedereen vrij om te werken waar hij of zij wil, maar de wachttijden voor de niet acute plastische chirurgie in de ziekenhuizen overschrijden de Treeknormen aanzienlijk, terwijl deze normen in de zbc's en privéklinieken wel worden gehaald. Op verzekerde zorg moet dus langer worden gewacht dan op onverzekerde zorg. De uitstroom van plastisch chirurgen naar het derde compartiment is groot en ondanks de forse toename van de opleiding zijn er aanzienlijke wachttijden in het tweede compartiment. De zorgverzekeraars kopen desalniettemin geen extra productie in. Het huidige lumpsumsysteem wordt naar verwachting per 2008 afgeschaft. Meent de minister dat de dbc-bekostiging (diagnose behandeling combinatie) een einde maakt aan de uitstroom naar het derde compartiment of tot een hogere productie binnen het ziekenhuis leidt? De specialist verdient buiten het ziekenhuis veel meer dan in het ziekenhuis. Hoe voorkomt de minister dat na de invoering van de dbc-systematiek de salarissen navenant worden opgetrokken en wat gaat de minister op dit vlak doen?

De heer **Buijs** (CDA) ziet dit deel van het algemeen overleg als een overleg over de toekomst van de ziekenhuiszorg in Nederland. Er ontstaat steeds meer samenwerking tussen ziekenhuizen, met name op het gebied van inkoop. Fusies en functieconcentraties vinden plaats; verzekeraars investeren in ziekenhuizen en kopen afdelingen op. Andere ziekenhuizen worden via een openbare aanbesteding op de vrije markt verkocht, zoals het Slotervaartziekenhuis. Heeft de minister een uniforme beleidsvisie op deze zaken en kan hij het instrumentarium zichtbaar maken, zodat duidelijk wordt hoe de politiek daar in de komende tijd mee zal omgaan? De rol van de NMa vindt de heer Buijs redelijk duidelijk. Dat geldt in minder mate voor de rol van de ZAio of de NZa. Zij vervult een adviesrol bij fusies en dat is prima. Er is ook een samenwerkingsprotocol afgesproken, waarin is afgesproken dat het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) aan de NMa een zienswijze kan afgeven over gemelde concentraties in de zorgsector. De fractie van het CDA wil graag weten op welke uitgangspunten de ZAio deze visie baseert. De minister kan op grond van de WTZi de bereikbaarheid van acute zorg afdwingen. Voor spoedeisende hulp is een bereikbaarheidsnorm van 45 minuten vastgesteld. Spoedeisende hulp is automatisch gekoppeld aan een aantal basisfuncties zoals interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie, verloskunde en kindergeneeskunde, waarmee de criteria voor spoedeisende hulp in de richting gaan van een basisziekenhuis. In hoeverre speelt hierbij het plaatje van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) over de spreiding van basisziekenhuizen en klinische ziekenhuizen nog een rol? De heer Buijs vindt het een groot goed dat de sector door de nieuwe zorgverzekeringswet meer vrijheid krijgt, maar op basis van welke onderliggende matrix gaat de minister de fusies of functieconcentraties in de toekomst beoordelen? De verzekeraars hebben de verwachting uitgesproken dat er per 1 juni 2006 een ziekenhuisplan voor de regio Den Haag beschikbaar zal zijn, maar het plan is er nog niet. De bezuiniging die moet plaatsvinden wordt

geschat tussen de 16 mln. en de 35 mln. Wanneer wordt dit plan wel verwacht en wat zijn hiervan de financiële consequenties?

In de brief over de commercialisering van de ziekenhuiszorg (29 689, nr. 90) herhaalt de minister dat winsten van zorginstellingen niet aan derden mogen worden uitgekeerd, maar in dezelfde brief staat dat met de Zorgverzekeringswet (Zvw) wettelijk is gewaarborgd dat alle verzekerden voor het basispakket in principe bij alle zorginstellingen terecht kunnen. De heer Buijs vat dit zo op dat alle basisziekenhuizen voldoende specialismen in huis moeten hebben om aan de aanspraken van verzekerden te kunnen voldoen. Het lijkt hem dat de minister dit niet helemaal kan waarmaken. Is deze zin wel helemaal correct? Kunnen in de toekomst behalve inkoop ook andere functieconcentraties plaatsvinden, zodat alsnog de mogelijkheid bestaat om de krenten uit de pap te halen of moet nu al een toezegging gedaan worden aan investeerders voor een winstuitkering in 2010–2012? De heer Buijs heeft begrepen dat het Slotervaartziekenhuis een commercieel ziekenhuis moet worden en dat een kandidaat-investeerder de kans krijgt om een vertegenwoordiger te benoemen in de raad van toezicht en in de raad van bestuur, nota bene onder de voorwaarde dat deze investeerder 10 mln. aan het ziekenhuis overmaakt. Op welke manier is de minister bij dit proces betrokken en worden hiervoor nog algemene spelregels afgesproken?

Bij de opmerkingen van mevrouw Schippers over de pakketmaatregelen sluit de heer Buijs zich in grote lijnen aan. Op de desbetreffende richtlijnen wordt nu al acht maanden gewacht. Wanneer kan de Kamer die tegemoet zien? Uit de overzichten in de brief over de plastische chirurgie (30 300–XVI, nr. 140) blijkt overigens wel dat de productieafspraken in alle ziekenhuizen zijn gehaald. Misschien is het daarom beter om de vraag te stellen of de zorgverzekeraars wel voldoende plastische chirurgie hebben ingekocht. Kan de minister op dit vlak nog ingrijpen? Hij vraagt de minister nog in te gaan op het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB). Is het geen tijd om dit af te schaffen en de specialisten een andere positie in het ziekenhuis te geven? Wanneer kan de Kamer de verdere ontwikkeling van het begrip «maatschappelijke onderneming» in het Burgerlijk Wetboek tegemoet zien?

Antwoord van de minister

De **minister** legt uit dat een aantal instrumenten ervoor zorgt dat de ziekenhuiszorg in Nederland fatsoenlijk en bereikbaar blijft. Het toezicht op fusies is geregeld in de Mededingingswet, waarvan de NZa de zelfstandige uitvoerder is. Brengen een concentratie van of afspraken over zorg verkrijging van zeggenschap met zich, dan moet dit bij de NMa worden aangemeld, die hiervoor alleen de vereiste vergunning verleent als die niet leidt tot een economische machtspositie of een te geringe concurrentie. Via de Mededingingswet kan de NZa dus voorkomen dat er als gevolg van een concentratie een te grote economische machtspositie ontstaat. In dat geval kan de NMa namelijk een vergunning weigeren. Dit gaat dus verder dan de WTZi, die de minister de mogelijkheid biedt om bereikbaarheid van acute zorg af te dwingen. De NZa heeft bij fusies geen bevoegdheden, maar wel een adviserende rol. De adviezen van de NZa worden opgenomen in het besluit van de NMa over de fusie, waardoor dit advies, de zienswijze, openbaar wordt. De Zorgautoriteit ontwikkelt geen aparte beleidsvisies, maar baseert haar advies op de beleidsvisies die door de politiek worden vastgesteld en die dus ten grondslag liggen aan de WTZi. De minister expliciteert dat de NMa zich puur over de fusie buigt en dat de NZa preventief eisen kan stellen aan het gedrag van een onderneming met aanmerkelijke marktmacht.

De berekeningen van het RIVM worden nog steeds gebruikt en elk jaar geüpdatet. Binnenkort zal het beeld van de spreiding van zorg door het RIVM worden herzien door een nieuwe nulmeting. Het aantal spoedeisen-

dehulplocaties op basis waarvan het RIVM zijn berekening actualiseert wordt op het ogenblik geïnventariseerd. Daarbij gaat het om 24-uurs spoedeisende hulp zeven dagen per week. De ziekenhuizen moeten hierover jaarlijks verantwoording afleggen in het Jaardocument maatschappelijke verantwoording, zodat hierin geen lacunes kunnen ontstaan. Overigens impliceert spoedeisende hulp een basisziekenhuis met daarin de door de heer Buijs genoemde specialismen. De brede toegankelijkheid van de zorg wordt zodoende gewaarborgd. Dat is niet het doel van de WTZi, maar het is wel een uitvloeisel van een wettelijk vereiste. De minister hoopt de patiënt in de toekomst zo veel inzicht in de kwaliteit van zorg te kunnen geven dat het voor hem de moeite waard kan zijn om voor niet acute zorg bijvoorbeeld 30 km te reizen. De minister meent dat met de combinatie van de NMa, de NZa en de WTZi een vrij sluitend netwerk is gevonden om de bereikbaarheid van zorg in Nederland op een fatsoenlijke manier te waarborgen.

De verkoop van het Slotervaartziekenhuis brengt de bereikbaarheid van de zorg in Amsterdam op geen enkele manier in gevaar. De minister maakt zich daarover geen zorgen, maar hij vindt wel dat de overname van een ziekenhuis op een ordentelijke en transparante manier moet gebeuren. Het is de minister bekend dat een financieringsgroep bereid is om een bedrag in het Slotervaartziekenhuis te steken in ruil voor een lid in de raad van bestuur en twee leden in de raad van toezicht. De minister zegt niet dat dit onder geen beding kan, maar hij is er niet van overtuigd dat het transparantie en gelijke kansen bevordert. Het College sanering ziekenhuisvoorzieningen is daarom verzocht de objectiviteit en de transparantie van het verkoopproces te waarborgen zodat andere bidders gelijke kansen hebben. Hij verwacht in alle gevallen dat een overname gepaard zal gaan met een toespitsing van de activiteiten en een forse afslanking. De bevoegdheden van de minister strekken zich niet uit tot de specialisaties binnen het Slotervaartziekenhuis zoals de geriatrie of de verloskunde. Het lijkt hem dat deze zaken binnen de regio Amsterdam opgelost kunnen worden. De minister wil erop toezien dat er voldoende transparantie is, maar hij zal niet actief meeonderhandelen over de toekomst van bepaalde specialismen. Hij wijst erop dat de zorgplicht van de zorgverzekeraar overeind blijft. De verzekeraar moet dus voldoende zorg van voldoende kwaliteit inkopen. De minister vermoedt dat de Zorgautoriteit erop zal toezien dat de verzekeraars aan hun zorgplicht voldoen. De verzekeraars hebben een analyse gemaakt van de Haagse ziekenhuis-situatie en willen vormgeven aan een toekomstig inkoopbeleid. Met twee ziekenhuizen is hierover overeenstemming bereikt. Met twee andere ziekenhuizen vinden nog gesprekken plaats. Of ook met hen tot overeenstemming wordt gekomen, is nog niet duidelijk. De minister hoopt de Kamer hierover na het zomerreces te berichten.

Met de zin in de brief van 3 mei (29 689, nr. 90) – met de Zvw heb ik wettelijk gewaarborgd dat alle verzekerden voor het basispakket in principe in alle zorginstellingen terecht kunnen – is het volgende bedoeld. Met ziekenhuizen zijn contracten op naturabasis gesloten. Als een verzekerde met een naturapolis zorg nodig heeft die in zijn polis staat, maar waarvoor zijn verzekeraar geen contract heeft afgesloten met het ziekenhuis waartoe deze verzekerde zich wendt, dan mag hij deze zorg tegen een redelijke vergoeding elders betrekken.

Het CVZ heeft onlangs een advies uitgebracht over buikwandcorrecties. Dit advies geeft voldoende aanknopingspunten voor het opstellen van een stringente richtlijn waardoor de buikwandcorrectie onder zeer beperkte omstandigheden weer in het pakket kan worden gebracht. Onder de voorwaarde dat hiervoor een stringente richtlijn wordt opgesteld die door verzekeraars gecontroleerd kan worden is de minister bereid tot opname in het pakket per 1 januari 2007. Omdat hierop alleen in strikte gevallen een beroep kan worden gedaan, verwacht de minister hiervan geen grote

financiële gevolgen. De Kamer zal hierover op korte termijn worden bericht.

De plastische chirurgie heeft een bloeiende praktijk in het derde compartiment. Daarin verschilt de plastische chirurgie met andere specialismen omdat er voor de andere specialismen in het derde compartiment minder mogelijkheden zijn om commercieel aantrekkelijke handelingen te verrichten. Specialismen die volledig zijn aangewezen op het tweede compartiment kunnen in feite alleen maar extra produceren onder het principe van boter bij de vis. Het feit dat er in het tweede compartiment wat minder gecontracteerd is, kan daarmee verband houden, maar dat neemt niet weg dat de productie van de plastische chirurgie niet veel langzamer is gegroeid dan de ziekenhuisproductie. Patiënten die acute of subacute plastische chirurgie behoeven worden over het algemeen direct geholpen. Een nuancering van de wachtlijsten is daarom op haar plaats. Een nieuwe financieringssysteem in het tweede compartiment kan bijdragen aan een vermindering van de wachtlijsten voor de niet acute zorg. De minister refereert hierbij aan het verdwijnen van de lumpsumsystematiek in 2008. Op termijn zullen financierings- en productieprikkels het systeem beter moeten maken. De minister benadrukt wel dat de basis daarvan zodanig moet zijn dat de specialisten niet veel meer worden betaald. Dat maatschappelijk gemiddeld € 200 000 wordt betaald voor een lumpsum terwijl daarnaast nog veel tijd over is om ander werk te verrichten, vindt de minister te gortig. In de tussentijd moeten de zorgverzekeraars uiteraard wel aan hun zorgplicht voldoen. Hij kan zich voorstellen dat de Zorgautoriteit ook dit aspect onder de loep neemt en zal hierover met de ZA contact opnemen. Over het uurtarief van specialisten heeft de minister nog maar pas belangrijke gegevens ontvangen die nieuwe inzichten verschaffen. Kort na het zomerreces zal de Kamer een uitgebreide stand van zaken vernemen.

De positie van het GMSB is in de ziekenhuizen en onder de specialisten onderwerp van gesprek. Uit een artikel in Medisch Contact lijkt naar voren te komen dat de zaken nog niet bevredigend geregeld zijn, maar wel al veel zijn verbeterd. Partijen komen hierop nog terug.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Buijs** (CDA) is de positie van de NMa bij de fusie van ziekenhuizen volstrekt helder, maar stel dat een afdeling van een ziekenhuis, bijvoorbeeld de orthopedie, wordt opgekocht, moet dan nog aan bepaalde randvoorwaarden worden voldaan en wie beoordeeld of daaraan is voldaan? Verder is nog niet duidelijk hoe wordt omgegaan met de ontwikkelingen in de ketenzorg. De heer Buijs heeft niets tegen een gezamenlijk inkoopbeleid, maar hij wil wel dat de publieke functies gewaarborgd blijven.

Over de situatie met het Slotervaartziekenhuis maakt hij zich toch zorgen. Misschien moeten de minister of zijn ambtenaren eens bekijken of bepaalde van belang zijnde wetenschappelijke zaken behouden dienen te worden. Wellicht moet de politiek zich daarvoor extra inspannen.

Mevrouw **Schippers** (VVD) bedankt de minister voor zijn toezegging over de buikwandcorrecties.

Over verticale integratie is al uitgebreid gesproken bij de behandeling van de WMG. Zij heeft dit onderwerp daarom nu niet aangesneden, maar vraagt de minister toch om alle gegevens in één document bij elkaar te zetten.

Zij vindt het jammer dat de PvdA nog niet zover is om na te denken over het toestaan van het maken winst in de zorg.

Mevrouw **Arib** (PvdA) vindt het belangrijk om ruimte te creëren voor initiatieven, maar de patiënt en kwalitatief goede zorg staan voorop.

Het is haar nog niet duidelijk hoe de rol van de NMa zich verhoudt tot de taken van de NZa. Het preventief stellen van eisen lijkt haar een zwaarder instrument dan het geven van advies. Kan de minister daar nog op ingaan?

Zij is benieuwd naar de uitspraak van het College sanering ziekenhuisvoorzieningen over het Slotervaartziekenhuis en de consequenties die daaraan worden verbonden voor het systeem van openbare aanbesteding.

De minister schrijft telkens dat hij zich richt op de toegankelijkheid, maar wat stelt deze toegankelijkheid in de visie van de minister precies voor? Misschien kan daarover in een ander verband apart worden gedebatteerd.

De **minister** benadrukt dat de instrumenten nu beter worden vastgelegd dan ooit. De taakafbakening tussen de NMa en de NZa is bij de behandeling van de WVG heel goed omschreven. Hij meent in een document van de PvdA gelezen te hebben dat commercie, weliswaar onder strikte omstandigheden, toelaatbaar is. De gedachte dat mensen zich netjes gaan gedragen als zij geen winst mogen maken, is een illusie. In ondernemingen die alleen maar maatschappelijk ondernemen wordt het geld inefficiënt ingezet. Als een bedrijf erin slaagt om de kosten 25% omlaag te brengen, daarvan 15% aan de burger teruggeeft via lagere prijzen en 10% in de eigen zak steekt, wordt iedereen daar beter van.

Bij de vraag van de heer Buijs over het overnemen van ziekenhuisafdelingen wijst de minister erop dat de Zorgautoriteit daar een stokje voor steekt als daarbij sprake is van een aanmerkelijke marktmacht. Gaat het gepaard met een ongewenste machtsconcentratie, dan steekt de NMa er een stokje voor. Wordt daarmee een acute zorgafdeling gesloten terwijl aan die zorg een gebrek is, dan steekt de minister er een stokje voor.

dbc's

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Buijs** (CDA) is en blijft een voorstander van een goede relatie tussen prijs en prestatie; de patiënten die zorg gebruiken moeten meer inzicht hebben in de kosten van de zorg, maar de reeds geuite bezwaren tegen de gekozen dbc-systematiek blijven. Het is positief dat de minister al een vereenvoudiging in deze systematiek heeft aangebracht door het aantal dbc terug te brengen en het consulttarief in te voeren. De nieuwe aanpak «dbc's: eenvoudig beter», is veelbelovend.

De overdekking van de budgetten van ziekenhuizen in 2005 van 1 mld. à 2 mld., 10% van de totale kosten van de ziekenhuiszorg, is niet gering. Het verrekentariaf, de grote boosdoener van deze overdekking, wordt bijgesteld om overdekking in 2006 te voorkomen en de verzekeraars worden gecompenseerd. De minister meldt in zijn brief van 12 juni (29 248, nr. 27) dat dit boekhoudkundig vraagstuk geen relatie zal hebben met de zorgverlening en de premiestelling, maar dat zou een nadrukkelijke voorwaarden moeten zijn. Dat de verrekening geen invloed heeft op de no-claimsystematiek wordt door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) redelijk absoluut gesteld. De heer Buijs kan zich voorstellen dat het desbetreffende probleem niet erg groot is, maar vindt een onderzoek daarnaar toch gewenst. Hij vraagt de minister bij zijn reactie op het lopende onderzoek van de taskforce aan te geven of dit probleem inderdaad te verwaarlozen is. Hoe wordt overigens op dit vlak omgegaan met de 10% vrijgevestigde specialisten?

Het rapport van de commissie-Korthals Altes over het nieuwe landelijke uurtarief voor specialisten en de tijdsbesteding is al enige tijd gereed. Kan de minister al zeggen wat de invloed hiervan zal zijn in 2006? De CDA-fractie gaat akkoord met de richting van de oplossing die de minister voor ogen heeft, maar wil hierover graag meer details vernemen voor de

behandeling van de begroting in oktober 2006. Overigens geldt dat ook voor de administratieve lasten die de dbc-systematiek met zich brengt. Uit een voorlopige berekening van de administratieve lasten van dbc's door Actal blijkt dat deze fors zijn. Daarover maakt de heer Buijs zich zorgen. Hij wil graag voor de begrotingsbehandeling weten wat een dbc-declaratiesysteem kost.

De heer Buijs is blij met de constatering van de minister dat geleerd kan worden van de ervaringen die in het buitenland met het DRG-systeem (diagnoses related groups) zijn opgedaan en met het feit dat gesprekken plaatsvinden met de ziekenhuizen die dit systeem al hanteren. Is het niet beter om het dbc- en het DRG-systeem te versmelten tot één systeem waarin de goede elementen van beide systemen zijn verwerkt? Wellicht is het een optie om te kiezen voor een modulaire opbouw vanuit een DRG en deze in twee of drie maanden te converteren naar een geperfectioneerd dbc-systeem.

Onder andere door middel van het consulttarief in de dbc wordt geprobeerd de burger meer inzicht te geven in de prijs en kwaliteit van de zorg. Toch blijkt in de praktijk dat de nota's voor de patiënt moeilijk te interpreteren zijn, waardoor het kostenbewustzijn wordt gehinderd. Het is aan te bevelen dat verzekeraars en vertegenwoordigers van patiënten hierover met elkaar in gesprek gaan zodat voordeel kan worden gehaald uit het kostenbewustzijn van de patiënt.

De problemen bij de totstandkoming van een nieuw dbc voor HIPEC (hypertherme intraperitoneale chemotherapie) tonen aan dat de innovatie mede afhankelijk is van de adviessnelheid van de relevante beroepsgroep, voor wie het snel of niet snel adviseren overigens van belang kan zijn. De heer Buijs vindt het daarom wenselijk een derde, onafhankelijke partij te betrekken bij de beoordeling van een nieuwe dbc en denkt hierbij aan het CVZ. Hij vraagt de minister hierop in te gaan.

De beleidsvisie over de invoering van dbc's in de ggz (geestelijke gezondheidszorg) kan de heer Buijs steunen.

Mevrouw **Arib** (PvdA) herinnert eraan dat zij twee weken geleden bij het overleg over het jaarverslag van VWS expliciet op de dbc-declaraties heeft gewezen omdat uit de verschillende bedragen bleek dat een en ander niet klopte. Toen nog zei de minister dat het allemaal wel meeviel, maar nog geen anderhalve week later melden de zorgverzekeraars dat een half miljoen te veel aan dbc's is gedeclareerd. De minister spreekt in zijn brief over een substantiële overdekking van 1 mld. à 2 mld. door te hoog vastgestelde verrekeningspercentages en een te lage raming van het aantal te declareren dbc's. Van fraude is volgens hem geen sprake omdat de ziekenhuizen gebudgetteerd zijn, maar hij stelt wel een taskforce in. Om welke bedragen gaat het nou precies? Overigens vindt mevrouw Arib dat dit niet door een taskforce onderzocht moet worden, maar door een onafhankelijke instantie. Waarom kiest de minister hierbij voor de Zorgautoriteit? Aangezien FIOD-ECD iets dergelijks al eerder op een goede manier hebben gedaan, vindt zij hen daarvoor ook nu de aangewezen instanties. Zij gaat er in elk geval niet zomaar van uit dat alles wel klopt zolang de ziekenhuizen maar binnen hun budget blijven. Het is niet de bedoeling dat zaken binnenskamers worden gehouden terwijl later blijkt dat zij al lang aan de gang zijn. Sommige specialismen ontvangen bij de herverdeling binnen een ziekenhuis meer dan andere. Het lijkt haar dat dit ten koste moet gaan van de specialismen die minder royaal zijn omgesprongen met het declareren van dbc's. 1% à 2% van de ziekenhuisproductie wordt geleverd door zelfstandige behandelcentra (zbc's). Zij hebben baat bij te veel declareren. Volgens de minister gaat het daarbij om een miniem bedrag, maar hoe groot is dat bedrag precies en wanneer krijgt de Kamer de gegevens over de financiële gevolgen voor vrijgevestigde specialisten en zbc's? In de brief van 12 juni (29 248, nr. 27) zegt de minister dat de analyse van gegevens van ziekenhuizen over 2005 leidt tot correcties ten

behoefte van de verzekeraars. Als dit inhoudt dat extra geld wordt uitgekeerd, waar komt dat dan vandaan? Een en ander wordt afgedaan als een boekhoudkundig of technisch probleem, maar het lijkt mevrouw Arib dat dit niet gratis op te lossen is. Kan de minister aangeven in hoeveel gevallen er een effect op de no claim kan zijn geweest en als hij dat niet kan, hoe kan hij dan met zo veel zekerheid beweren dat er geen nadelig effect is geweest?

Onduidelijk blijft waarom de ziekenhuizen maar voor 75% kunnen voldoen aan de declaratie-eisen die bij de invoering van dbc's zijn verzwaaard. De minister maakt zich ervan af door te melden dat afspraken zijn gemaakt over aanvullende controles en een verbeterplan, maar wat zijn nou de knelpunten? Specialisten zijn al niet in staat om snel een verantwoorde dbc-keuze te maken, laat staan dat zij ook nog tijd hebben om hun keuze achteraf nog eens te bekijken en te corrigeren. Uit een artikel in Medisch Contact blijkt niet voor niets dat 60% van de specialisten van het dbc-systeem af wil. Overigens hebben de zorgverzekeraars zelf onvoldoende gecontroleerd en niet om specificaties gevraagd. Wat gaat de minister daaraan doen?

De patiënten blijken door onbegrijpelijke rekeningen geen enkele controle uit te kunnen oefenen. Op vragen wordt standaard geantwoord dat de onduidelijkheid aan de dbc te wijten is. Dit bevordert het inzicht van de patiënt in de kosten natuurlijk niet. Is de minister bereid om voor patiënten die vragen over een rekening hebben een meldpunt in te stellen? Mevrouw Arib wijst erop dat de overheid verantwoordelijk is voor de controle op het uitgeven van gemeenschapsgeld, dat zinnig en zuinig moet worden besteed. Zolang dit soort knelpunten niet is opgelost, vindt zij spreken over uitbreiding van dbc's schandalig. Zij verzoekt de minister dan ook om geen uitbreiding toe te staan voordat alle knelpunten zijn opgelost en het dbc-systeem volledig transparant is.

Bij de vraag van de heer Buijs over het landelijk uurtarief voor specialisten sluit zij zich aan. Wat is het verband tussen het geheimzinnige gedoe over dit uurtarief en de problemen rondom de dbc's?

Mevrouw **Schippers** (VVD) wijst op het onderzoek van Zorgverzekeraars Nederland, waaruit blijkt dat het vaak nog niet goed gaat met de dbc-declaraties. Omdat 90% van de dbc's nog in het A-segment valt, maakt het nog weinig uit voor de bekostiging, maar het heeft waarschijnlijk wel een verschuiving binnen het A-segment tot gevolg. Hoeveel van de onderzochte dbc's vallen in het B-segment en wat betekent dat voor de vrijgevestigde specialisten? Zij vraagt verder wanneer het onderzoek door de onafhankelijke Zorgautoriteit is afgerond. Vooralsnog toont dit onderzoek aan dat er meer aan de hand is dan kinderziekten en dat daadwerkelijke veranderingen noodzakelijk zijn. Bij de begrotingsbehandeling in 2005 is de minister al gevraagd in te grijpen in plaats van door te polderen. De minister heeft daarop maatregelen aangekondigd. Wat is er in de daaropvolgende acht maanden gebeurd? Hoeveel staat het met het opschonen van het aantal dbc's? Het lijkt mevrouw Schippers dat voor het bereiken van transparantie en inzicht in de prestaties helemaal niet zo veel dbc's nodig zijn. Het gaat tenslotte om kostencategorieën. Goede nota's zijn niet alleen belangrijk voor het kostenbewustzijn, maar ook voor een extra controle, namelijk door de patiënt zelf. Mevrouw Schippers sluit zich daarom aan bij de vragen van de heer Buijs over de nota's.

In een voortgangsrapportage heeft de minister aangegeven dat in het plan «dbc's: eenvoudig beter» 10 punten ter verbetering zijn aangedragen. Als dit het resultaat is van acht maanden overleg, vindt mevrouw Schippers dat echt te weinig. Zij neemt aan dat het plan met verve zal worden uitgevoerd. Het bevat geen deadlines of een tijdspad en dat baart haar zorgen. Kan niet alsnog een tijdspad worden vastgelegd?

Uit een artikel in Medisch Contact blijkt dat de grootste klacht van de specialisten over dbc's betrekking heeft op de administratieve lasten en de tijdsinvestering die dbc's met zich brengen. Als het ziekenhuis de rest afhandelt, hoeft de specialist alleen de diagnose in te voeren, zoals omschreven in punt 4 van het verbeterplan. Dat scheelt de specialist tijd en het ziekenhuis kan expertise opbouwen zodat eenduidig wordt ingevuld en gedeclareerd. De VVD-fractie steunt dit punt graag. Wanneer wordt het in praktijk gebracht?

Het bestaan van twee financieringssystemen naast elkaar, de lumpsum en de dbc's, is administratief belastend. Deze tijdelijke situatie moet zo kort mogelijk duren, maar de zaken zijn ingewikkeld en gaan traag. Wat is volgens de minister in deze context tijdelijk? De St. Maartenskliniek is nu volledig gefinancierd door middel van dbc's en naar verluidt gaat dat goed. Deze kliniek wil in samenwerking met een ziekenhuis een nieuwe vestiging openen en gaat daarom weer over op de dubbele financierings-systeem van het ziekenhuis. Waarom moet zij een stap terug doen? Een aantal specialismen draait heel goed met dbc's. Bij sommige van hen valt zelfs al meer dan de helft onder het B-segment. Is het niet mogelijk om eerst met de goed draaiende specialismen verder te gaan en hun B-segment uit te breiden, zodat zij niet worden tegengehouden door achterblijvers? Is het voorts mogelijk dat dbc's in de toekomst naast klinische dbc's uit het B-segment ook klinische dbc's uit het A-segment verlenen? Wellicht is een variant mogelijk waarin dit gefaseerd wordt uitgebreid. Tot slot vraagt mevrouw Schippers welk effect het 10-puntenplan heeft op de motivatie van artsen en ziekenhuizen die naar tevredenheid met dbc's werken en wat de gevolgen van het plan zijn voor de administratieve lastendruk.

Antwoord van de minister

De **minister** legt uit dat overdekking en onderdekking bij de oude budgetteringssystematiek jaarlijks voorkwamen. Beide werden gecorrigeerd in het budget van het daarop volgende jaar. Bij de invoering van het dbc-stelsel was van meet af aan duidelijk dat het risico dat dit weer zou gebeuren, nog groter was dan bij het oude systeem omdat zou worden gewerkt met nieuwe productomschrijvingen en nieuwe prijzen gebaseerd op een vrij beperkte steekproef onder ziekenhuizen die al met dbc's werkten. Het vaststellen van het juiste bedrag was daarom voor de medewerkers van het CTG een moeilijke opgave. Juist daarom is besloten om niet meteen over te stappen op het systeem van dbc's, maar te kiezen voor een voorlopige handhaving van de budgetteringssystematiek zodat correcties in een volgend jaar hersteld konden worden. De overdekking bedraagt op dit moment 1 mld. à 2 mld. Dit geld, dat ziekenhuizen te veel hebben ontvangen, wordt aan de verzekeraars terugbetaald in die zin dat de verzekeraars daar in 2006 hun rekeningen mee kunnen voldoen. Voor de premiebetaler hoeft dit dus geen gevolgen te hebben.

Het College Tarieven Gezondheidszorg zal nieuwe prijzen moeten berekenen. Ook Vektis heeft een onderzoek gedaan omdat het vreemd leek dat er zo veel combinaties van dbc's waren, terwijl het juist de bedoeling was om door middel van dbc's een aantal handelingen in één prijs te vertalen. De uitkomst van deze berekening, 566 mln., heeft de minister toch wel doen schrikken. Vektis baseert de berekeningen op de vijf sheets die al eerder aan de Kamer zijn toegestuurd. Hoewel het precieze bedrag op een accurate berekening lijkt te duiden, heeft de minister het vermoeden dat dit niet zo is. Hij heeft van de veegploeg en van dbc Onderhoud wel al begrepen dat de combinaties die niet mogelijk leken, toch mogelijk zijn, zodat misschien veel minder fouten zijn gemaakt dan bij de eerste indicaties is aangegeven. Ook het bedrag zou erg ruim zijn berekend. Desalniettemin is het belangrijk dat Vektis deze signalen heeft afgegeven. Wellicht zijn toch de registratievoorschriften niet goed of niet voldoende

eenduidig. Onderzocht moet worden wat er precies aan de hand is. Een prestatiebekostiging kan immers pas ingaan als er een betrouwbaar dbc-systeem is. Nog deze week wordt de laatste hand gelegd aan een brief waarin de minister zijn visie zal geven op de toekomstige prestatiebekostiging in de ziekenhuizen. Hij vindt het tot nu toe nog steeds realistisch ervan uit te gaan dat deze in 2008 kan worden ingevoerd, maar de problemen met de dbc-declaraties moeten dan wel helemaal zijn opgelost.

Voor het desbetreffende onderzoek ziet de minister niet de FIOD-ECD, maar de Zorgautoriteit als de meest geëigende instantie omdat zij onafhankelijk is en de meeste deskundigheid in huis heeft. De FIOD-ECD hebben wel laten weten dat er op dit moment geen aanwijzingen van fraude zijn. Alhoewel dat nooit is uit te sluiten, lijkt fraude de minister niet waarschijnlijk, vooral ook omdat bijna het hele ziekenhuis- en specialistenbudget via de lumpsum en de budgetteringsystematiek verloopt. 10% van de specialisten valt niet onder de lumpsum. De taskforce zal een onderzoek verrichten naar deze groepen de zbc's. Als regels niet waterdicht zijn, is het natuurlijk mogelijk dat daarvan creatief gebruik wordt gemaakt, maar de minister vertrouwt erop dat de overheid zich hieraan vanwege fraude geen grote financiële buil zal vallen.

De Zorgautoriteit bekijkt of de registratievoorschriften en declaratiebepalingen aangescherpt moeten worden. De taskforce zal, ondersteund door de veegploeg, op grond van de gegevens van Vektis en het dbc-informatiesysteem (DIS) onderzoeken of er naast de vier categorieën uit de analyse van Vektis nog andere dbc-declaraties zijn waarin tussen ziekenhuizen en specialisten te veel variatie voorkomt. Alhoewel de minister het onwaarschijnlijk acht dat een en ander effect heeft gehad op de no claim, wil hij hieraan toch specifiek aandacht besteden. De rekeningen van 2006 worden in ieder geval opnieuw bekeken. Als deze aangepast moeten worden, zullen de ziekenhuizen en de verzekeraars dat doen. De bestuurders van ziekenhuizen hebben een verklaring ondertekend waarin staat dat de gegevens van het ziekenhuis in goed vertrouwen zijn geleverd. De verzekeraars hebben het de laatste tijd erg druk gehad en hebben de overdekking wellicht daarom niet opgemerkt, maar de minister hoopt wel dat zij voortaan heel goed naar de declaraties kijken. Het onderzoek van de Zorgautoriteit is in september afgerond. Daarna kan de stand van zaken met de Kamer worden besproken. Hoeveel van de onderzochte dbc's in het B-segment vallen, wordt ook nader bekeken.

In de afgelopen acht maanden is de dbc-factuur duidelijker geworden voor de patiënt. De consult-dbc is ingevoerd, wat tot een aanmerkelijke reductie van de prijzen heeft geleid. Verder is een aantal maatregelen in voorbereiding dat per 1 januari 2007 zal worden geëffectueerd. Deze hebben betrekking op het aanpassen van de registratievoorschriften en de parallelle dbc's.

De minister constateert dat alle betrokken partijen willen doorgaan met het dbc-systeem, maar dat dit wel verder moet worden verbeterd. Met het 10-puntenplan in «dbc's: eenvoudig beter» wordt de kern van de problematiek aangepakt. Doordat 24 afzonderlijke wetenschappelijke verenigingen ieder een eigen registratiemethode hebben ontwikkeld, is in feite één systeem ontstaan met 24 subsystemen. Partijen zijn het erover eens dat deze geüniformeerd moeten worden tot één systeem dat de zorgvraag van de patiënt vertaalt in een dbc. Daardoor zal de registratielast van de specialisten enorm verminderen. Verder wordt op twee manieren aansluiting gezocht bij het DRG-systeem. 1. Belangrijk is dat men bij het stellen van de diagnose uitgaat van een uniforme diagnosetaak zoals de standaard ICD (international classification of diseases), en dus niet van een specialismespecifiek diagnosesysteem. De verleiding tot upcoding en het declareren van parallelle dbc's zal daardoor afnemen. 2. Bij de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars zal productgroepering plaatsvinden op het niveau van de DRG's. Door de eenvoudige elementen

van het DRG-systeem op te nemen in het dbc-systeem wordt een belangrijke verbetering bewerkstelligd. Betrokken partijen brengen in september een stappenplan uit ter uitwerking van «dbc's: eenvoudig beter». Daarin wordt ook een tijdpad opgenomen.

Het is juist dat ziekenhuizen en specialisten een verschillende ervaring hebben met de administratieve lasten die voortvloeien uit het dbc-systeem. Dit hangt samen met de ondersteuning in de ziekenhuizen. Een derde van de klachten van medisch specialisten kan worden opgelost binnen het huidige ICT-systeem van het ziekenhuis. Nog eens een derde kan worden opgelost door de verbeteringen die per 1 januari 2007 worden doorgevoerd en het laatste een derde zal moeten voortvloeien uit de meer fundamentele veranderingen.

Het aantal dbc's in de ggz zal niet kleiner worden. Toch is tot een extra jaar besloten om de slechte ervaringen die met de cure zijn opgedaan, te vermijden.

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) heeft een meldpunt voor klachten over rekeningen, maar het beste meldpunt is het ziekenhuis zelf.

Het standpunt over het normatieve uurtarief van de specialisten, dat na het zomerreces aan de Kamer wordt voorgelegd, zal geen betrekking hebben op 2006. Het uurtarief waar nu mee wordt gewerkt, is het tarief dat al is vastgesteld voor het B-segment. Over de suggestie om het CVZ te betrekken bij het vaststellen van nieuwe dbc's wil de minister nog nadenken.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Buijs** (CDA) vraagt de minister wanneer er uitsluitel zal zijn over de nieuwe dbc voor HIPEC.

Op dit moment zijn er twintig ziekenhuizen die al langere tijd ervaring hebben opgedaan met DRG's. Is het niet mogelijk om voor het dbc-systeem op een eenvoudige manier uit te gaan van het oorspronkelijke DRG-systeem, door via een modulaire opbouw te werken aan een geïntegreerd model DRG-dbc?

Hij is het met de minister eens dat de onderbouwing van Vektis niet juist lijkt. Er zijn immers geen vier, maar meerdere categorieën waarbij uitgezocht moet worden wat er mis is met het systeem. Wel valt op dat de acute zorg een enorm vervuilende factor is. Misschien moet met de acute zorg in de declaratiesystematiek op een andere wijze worden omgegaan. Hij zegt verder benieuwd te zijn naar het effect van het nieuwe uurtarief en daagt de minister uit hierover iets meer te zeggen.

Mevrouw **Arib** (PvdA) heeft juist het idee dat van de oude budgetterings-systematiek op de dbc-systematiek is overgestapt om terugbetalingen te voorkomen. Als dat ook met de dbc's niet goed gaat, is er een groot probleem. Hoe moet een ziekenhuis het oplossen als een specialisme te veel heeft gedeclareerd en dit ten koste is gegaan van andere specialismen?

Zij is er blij mee dat de minister met de prestatiebekostiging een pas op de plaats maakt totdat de dbc-systematiek betrouwbaar is. Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de dbc's en de vrijgevestigde specialisten? Hopen dat de zorgverzekeraars in de toekomst de declaraties beter zullen controleren is niet voldoende. Het feit dat nu pas over dit probleem wordt gesproken, duidt erop dat de verzekeraars de ziekenhuisdeclaraties onvoldoende hebben gecontroleerd. Hoe en wanneer gaat de minister ervoor zorgen dat de verzekeraars hun huiswerk beter doen? Het is treurig dat de veegploeg deze signalen heeft moeten afgeven. Dat moet bij de minister toch een gevoel van urgentie oproepen. Tot slot sluit zij zich aan bij de vraag van de heer Buijs over het uurtarief voor specialisten.

Mevrouw **Schippers** (VVD) begrijpt dat het gecompliceerd is om het dbc-systeem in te voeren, maar zij vindt de voortgang wel uitermate traag en dringt aan op het maken van veel meer tempo. De betrokken partijen overleggen voortdurend over de dbc-problematiek, maar het rapport van ZN is dan toch nog een verrassing. Hoe open zijn de lijnen bij dit voortdurende gepolder eigenlijk?

Voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is het vooral van belang dat iedereen ervan overtuigd is dat met dbc's moet worden gewerkt. Dat betwijfelt mevrouw Schippers; misschien is de vrijblijvendheid nog veel te groot. Zij vraagt de minister nog voor de begrotingsbehandeling antwoord te geven op de nog niet beantwoorde vragen, wellicht al in de brief over dbc's, waaraan deze week de laatste hand zal worden gelegd.

De **minister** zal voor de begrotingsbehandeling een voortgangsrapportage bij de Kamer indienen waarin zal worden ingegaan op de nog niet beantwoorde vragen die in dit overleg zijn gesteld. Hij is het met mevrouw Schippers eens dat tempo moet worden gemaakt. Er moeten echt nog veel knopen worden doorgemaakt. De minister heeft het idee dat het gevoel van urgentie door het veld wordt gedeeld.

In een vorig algemeen overleg is brede steun gebleken voor de beleidsvisie over het formuleren van dbc's voor de ggz. Daarmee wil de minister de problemen niet wegpoetsen, maar hij vindt het belangrijk te constateren dat men het erover eens is dat ggz-producten transparanter moeten worden en dat de privacyregeling bij somatische ziektes in principe ook moet voldoen voor geestelijke aandoeningen.

Op de rol van het CVZ en de modulaire opbouw van DRG's als basis voor dbc-modellen, waar de minister wel wat in ziet, zal hij ingaan in de voortgangsrapportage. Daarin zal ook worden ingegaan op het verschillende declaratiegedrag door specialismen binnen ziekenhuizen. De spoedeisende zorg zal worden behandeld in de brief van komende week.

De verzekeraar is na het ziekenhuis de meest aangewezen partij om problemen met dbc's te ontdekken en aan te pakken. In het onderling contact zal de minister de verzekeraars hierop aanspreken.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Blok

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen