

Vergaderjaar 2006–2007

**29 248**

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

**Nr. 33**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 december 2006

Hierbij doe ik u, zoals verzocht bij brief van de Voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 7 december 2006 (206–166), de tussentijdse evaluatie van het CTG/ZAio betreffende het experiment Sint Maartenskliniek (SMK) toekomen. Wellicht ten overvloede zend ik u tevens de reactie van de SMK op het onderhavige evaluatierapport zoals zij die aan de Raad van Bestuur van de NZA heeft gegeven. Ik ben van mening dat met deze reactie een meer volledig beeld wordt geschetst van de voorlopige ervaringen met en uitkomsten van het experiment in de SMK. Ik hecht eraan om van de gelegenheid gebruik te maken een korte reactie te geven. Op voorhand meld ik u dat ik uw Kamer eerder heb geschreven dat ik op dit moment geen onomkeerbare beslissingen zal nemen ten aanzien van de ziekenhuisbekostiging. Wel zal ik de voorbereidingen in gang zetten opdat het nieuwe kabinet eventueel kan besluiten de ziekenhuisbekostiging verder te dereguleren. Ik verzoek u het onderstaande in dat licht te zien.

Per 1 februari 2005 zijn op verzoek van het ministerie van VWS door CTG/ZAio bij wijze van experiment onder de Wet tarieven gezondheidszorg de prijzen voor de integrale productie van de SMK vrijgegeven.

Het experiment beoogt een groot aantal zaken:

- het opdoen van ervaring met experimenten;
- het ontwikkelen van een bruikbare DBC systematiek voor revalidatie;
- het verwerven van inzicht in gevolgen van het volledig vervallen van de contracteerplicht op de marktmacht van partijen;
- het verwerven van inzicht in productie- en capaciteitseffecten voor de SMK;
- het verwerven van inzicht in prijsstrategieën;
- het verwerven van inzicht in transactiekosten voor zorgverzekeraars;
- het verwerven van inzicht in de interne cultuurverandering bij de SMK.

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

Op 13 september 2006 heeft CTG/ZAio het onderhavige evaluatierapport aan mij doen toekomen<sup>1</sup>. In dit rapport worden de eerste resultaten van

het experiment geïnventariseerd. Een samenvatting van dit rapport is op 5 oktober 2006 op de internetsite van de Nederlandse Zorg autoriteit (NZa) gezet<sup>1</sup>. Ook de SMK heeft een persbericht uitgegeven<sup>2</sup>.

Naar het mij voorkomt heeft het Financieele Dagblad zich voor haar artikel van 7 december 2006 gebaseerd op de managementsamenvatting zoals de NZa die openbaar heeft gemaakt.

De NZa heeft zoals gezegd in bijgaand rapport van 13 september 2006 een eerste evaluatie van het experiment uitgebracht. Met deze tussentijdse rapportage wordt beoogd inzicht te geven in de mate waarin de vooraf gedefinieerde leerdoelen reeds zijn gerealiseerd. Daarnaast wordt gekeken naar de effecten van het experiment op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. CTG/ZAio heeft geadviseerd het experiment te verlengen voor de duur van een jaar, omdat de SMK anders, wellicht uitsluitend in 2007, terug zou moeten keren naar de FB-bekostiging. In mijn brief aan het parlement «Ruimte voor betere zorg» (Kamerstukken II, 2006/07, 29 248, nr. 30) heb ik immers het perspectief geschetst op een mogelijke uitbreiding van vrije prijsvorming in de ziekenhuiszorg in combinatie met een tijdelijk instrument voor prijsbeheersing vanaf 1 januari 2008. Bij haar advies geeft CTG/ZAio ondermeer de volgende overwegingen. CTG/ZAio stelt dat er slechts beperkt leereffecten zijn voor landelijk beleid op het terrein van (gereguleerde) marktwerking, omdat SMK een uitzonderingspositie heeft. CTG/ZAio geeft aan dat, om een verlenging te rechtvaardigen, er een groter leereffect in het experiment zou moeten zitten. Daarnaast geeft CTG/ZAio aan dat het experiment in de huidige vorm niet past in zijn beleid voor de bekostiging van de ziekenhuiszorg. Als laatste stelt CTG/ZAio dat de resultaten van het experiment moeilijk te analyseren zijn, doordat het experiment tegelijk is gestart met de invoering van de DBC-systematiek in de ziekenhuiszorg. Op basis van de bovengenoemde overwegingen stelt de NZa aan de verlening van het experiment ondermeer de eis dat het gemiddeld gewogen prijsniveau van de SMK niet verder stijgt ten opzichte van 2006.

Op 4 december heb ik een voortgangsrapportage DBCs (Kamerstukken II, 2006–2007, 29 248, nr. 32) aan u gestuurd. In deze voortgangsrapportage ben ik ook ingegaan op het experiment bij de SMK. Ik heb aangegeven dat binnen de DBC-invoering een bijzondere rol is weggelegd voor de SMK, aangezien de SMK als enige een 100% invoering van DBC-bekostiging met vrije prijzen kent. Ook heb ik aangegeven dat de ervaring van de SMK positief is zowel op het gebied van de zorgverlening als bij de bedrijfsvoering en de financiën. De gehele omzet van de SMK over 2005 en 2006 is gecontracteerd. Het leeuwendeel van de omzet is bij de 5 voornaamste zorgverzekeraars gecontracteerd door middel van onderhandelingen. Het overige gedeelte van de omzet is via contracten vastgelegd die vooral via post, telefoon en email tot stand zijn gekomen. Desgevraagd hebben zowel de SMK als de voornaamste verzekeraars aangegeven dat de contractering voor het jaar 2005 vooral is gebruikt om leerervaring op te doen. Getracht is de onderhandelingen voor 2006 aanzienlijk meer inhoudelijk van aard te laten zijn.

In mijn rapportage heb ik tevens gemeld dat de medisch specialisten van de SMK aangeven dat zij het werken met de DBCs als een bevrijding zien ten opzichte van de tijd van de FB-systematiek. Voordat de 100% vrije prijzen werden ingevoerd, was het noodzakelijk om de zorg zo in te richten dat zorg in zogenoemde FB-parameters werd geleverd, de grondslag voor de bekostiging. Dat betekent dat niet de zorgbehoefte van de patiënt centraal kon worden gesteld, maar dat het leveren van FB-parameters centraal stond. Deze beperking is weggevallen door de invoering van de DBC's. De zorg wordt nu, binnen de vastgestelde prijs, zo ingericht dat de patiënt de zorg krijgt die hij daadwerkelijk nodig heeft. Er

<sup>1</sup> Met de inwerkingtreding van de Wet Marktordening gezondheidszorg per 1 oktober 2006 is CTG/Zaio opgegaan in de Nederlandse Zorgautoriteit.

<sup>2</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

is nu ruimte voor nieuwe en betere behandelmethoden. In de oude bekostiging was intensivering van de behandeling financieel nadelig omdat de instelling dan de inkomsten van een aantal ligdagen misliep. In de DBC-bekostiging krijgt het revalidatiecentrum betaald voor een totaal behandeltraject waardoor het, uiteraard rekening houdend met wensen en mogelijkheden van patiënten, mogelijk is de behandeling te intensiveren en de ligduur te beperken. Dit sluit aan bij de wens van de patiënt.

Door de SMK is aanzienlijk geïnvesteerd in de administratieve procedures en het vormgeven van de ICT. Bovendien zijn door het experiment enkele administratieve verplichtingen weggevallen. Vrijwel alle DBCs die door de SMK zijn geleverd zijn ook daadwerkelijk te factureren. Er is hierbij nauwelijks sprake van uitval. De SMK heeft in 2003 en 2004 een forse personele inzet moeten plegen. Dit had voor een belangrijk deel te maken met de voorbereidingen van het experiment. Inmiddels daalt de inzet van menskracht. De taxatie van de SMK is dat met ingang van 2006 de inzet van menskracht op de DBCs kleiner zal zijn dan de inzet die met de FB-systematiek was gemeoid.

Aanvullend wil ik nog op het volgende wijzen: de kern van een experiment is dat mogelijke verbeteringen duidelijk worden. Hiervoor is echter wel noodzakelijk dat een experiment voldoende tijd wordt gegund. Zo zijn de prijzen van de SMK tussen 2005 en 2006 weliswaar gemiddeld meer toegenomen dan de prijzen in het B-segment, maar de SMK is voornemens de gemiddelde DBC prijzen in 2007 te verlagen. Daarnaast geeft de SMK aan dat zorgverzekeraars in 2006 opbrengsten terug ontvangen als gevolg van bedongen omzetskorting. Dat de SMK bij de prijsonderhandelingen rekening houdt met haar solvabiliteitspositie is vanuit het oogpunt van de continuïteit van zorgverlening door SMK billijk. Continuïteit van de zorgverlening is op langere termijn in het belang van de consument.

Om een zo groot mogelijk leereffect te bewerkstelligen bij het experiment in de SMK en de verbeterpunten die nu al zichtbaar zijn direct mee te nemen, heb ik besloten het advies van de NZa over te nemen. Ik heb dus ingestemd met de verlenging van het experiment onder de voorwaarden zoals de NZa die in haar advies heeft verwoord. Concreet betekent dit dat de NZa de beleidsregels gaat aanscherpen. Zo is de nadere eis gesteld dat het gemiddeld gewogen prijsniveau 2007 niet stijgt ten opzichte van 2006. Ook op andere terreinen worden criteria aangescherpt en beter gedefinieerd.

Afsluitend verwacht ik dat het experiment SMK veel leerervaringen kan opleveren. Tegelijkertijd maakt het experiment SMK ook duidelijk dat resultaten uit een experiment niet zomaar doorvertaald kunnen worden naar een gehele sector. De experimenteerstatus beïnvloedt namelijk de resultaten. Zo moet bij de prijsstijging in het experiment SMK ook bedacht worden dat de SMK als enige een situatie van volledig vrije prijzen kent, waardoor de concurrentie op een groot deel van haar productie wellicht niet heel sterk is.

In een situatie van vrije prijzen voor alle ziekenhuizen mag daarentegen verwacht worden dat er ook sprake is van meer onderlinge concurrentie, waardoor een individueel ziekenhuis veel moeilijker een prijsverhoging zal kunnen realiseren.

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