

Vergaderjaar 2008–2009

**29 248**

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

**Nr. 83**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 juni 2009

#### **1. Inleiding**

Op grond van artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) informeer ik u hierbij over de zakelijke inhoud van mijn voorstellen tot het geven van een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit, verder te noemen de zorgautoriteit, inzake maatregelen medisch specialistische zorg 2010.

Alvorens ik die voorgenoemde maatregelen beschrijf, schets ik u de relevante context.

#### **2. Context**

##### *2.1. Algemeen*

Aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal heb ik indertijd laten weten, onder andere in de brief «Ruimte voor betere zorg» van 4 september 2006<sup>1</sup>, dat ik vanaf 1 januari 2008 de lumpsumfinanciering voor vrijgevestigde medisch specialisten wilde afschaffen en deze wilde vervangen door bekostiging op basis van prestaties in de vorm van diagnose behandeling combinaties (dbc's). De vrijgevestigde medisch specialisten krijgen sindsdien geen budget meer, maar worden via de dbc's betaald voor de door hen geleverde zorg. Om dit te realiseren was de invoering van een uurtarief van belang en zijn nieuwe normtijden berekend. Om de daartoe benodigde beleidsregels op te stellen zijn de nodige aanwijzingen gegeven aan de zorgautoriteit<sup>2</sup>.

##### *2.2. Uurtarief*

Bij de invoering van het dbc-systeem heb ik met de Orde van Medisch Specialisten, verder te noemen de Orde, afgesproken een commissie te vragen om mij te adviseren over de hoogte van een onderbouwd norma-

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2005/06, 29 248, nr. 30.

<sup>2</sup> Aanwijzing inzake afschaffing lumpsum, Stcrt. 2007, nr.180; Aanwijzingen inzake uurtarief, Stcrt. 2008, nr. 181 en Stcrt. 2009, nr. 8.

tief uurtarief voor de vrijgevestigde medisch specialisten. In september 2004 heb ik daarom de Commissie «onderbouwing normatief uurtarief medisch specialisten» ingesteld.

Vooruitlopend op een onderbouwd uurtarief is in het segment met vrije prijzen voor ziekenhuizen, het B-segment, een macroneutraal uurtarief ingevoerd (€ 147,50, prijspeil 2006). Het was de bedoeling om het macroneutrale uurtarief in het B-segment zo snel mogelijk te vervangen door een onderbouwd normatief uurtarief. Oorspronkelijk zou de commissie uurtarief medio 2005 haar advies uitbrengen waardoor het onderbouwd uurtarief halverwege 2005 of per 2006 zou kunnen worden ingevoerd. De commissie kon echter niet tot een eensluidend advies komen en heeft mij daarom uiteindelijk in januari 2006 een meerderheidsadvies en een minderheidsadvies gegeven. Op 12 januari 2006 is de Tweede Kamer het (verdeelde) advies van de commissie toegestuurd<sup>1</sup>. Op basis van het (verdeelde) advies is meerdere malen overleg gevoerd met de Orde en overeenstemming bereikt over de hoogte van het per 1 januari 2008 in te voeren uurtarief. Afspraken hierover zijn vastgelegd in een «Gezamenlijke verklaring VWS en Orde van Medisch Specialisten» die op 17 januari 2007 is getekend door mijn ambtsvoorganger en de toenmalige voorzitter van de Orde.

Overeengekomen is dat vanaf 1 januari 2008 voor geneeskundige somatische zorg één onderbouwd normatief uurtarief voor de medisch specialistische zorg wordt ingevoerd. Dat uurtarief geldt ook voor psychiatrie als onderdeel van een dbc voor geneeskundige somatische zorg.

Het uurtarief dat op 17 januari 2007 met de Orde is overeengekomen, is € 132,50, prijspeil 2006. In dit uurtarief is een bedrag opgenomen van € 0,50 (prijspeil 2006) voor kwaliteitsbeleid medisch specialisten dat niet reeds op andere wijze wordt gefinancierd. De € 0,50 (prijspeil 2006) voor kwaliteitsbeleid medisch specialisten is in 2008 via de begroting ter beschikking gesteld aan de Orde, ten behoeve van het Geïntegreerd kwaliteitsbeleid medisch specialisten. Met ingang van 2009 worden deze middelen vanuit de premie, via zorgverzekeraars overgeheveld aan de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). Deze vergoeding is daarom niet in het ten behoeve van de tarieven gehanteerde uurtarief opgenomen. Het uurtarief is daarmee bepaald op € 132,- (prijspeil 2006).

Het uurtarief zoals dat met ingang van het jaar 2008 is vastgesteld is gebaseerd op een normatieve praktijkomvang van € 205 260,- (prijspeil 2006). In de berekening van het uurtarief is destijds uitgegaan van een schatting van 1555 declarabele uren op jaarbasis. Het honorarium voor medisch specialisten is herkenbaar in de integrale dbc-tarieven verwerkt. Het uurtarief is gebaseerd op de kostencomponenten inkomen (waaronder een deel van de inconveniënten), individuele kosten en praktijkgebonden kosten (zowel de individuele praktijkkosten, waaronder een beroepsaansprakelijkheidsverzekering, als de maatschapskosten, waarin mede begrepen secretariële ondersteuning). Onderstaande tabel bevat de daarbij gehanteerde waarden zoals die ook in de eerder vermelde aanwijzingen aan de zorgautoriteit inzake de invoering van het uurtarief zijn weergegeven.

Kostenpost	In euro's op jaarbasis
Inkomen	€ 129 500
Individuele kosten	€ 31 500
Praktijkgebonden kosten	€ 44 260
Totaal	€ 205 260
Aantal uren op jaarbasis	1 555
Uurtarief (totaal/aantal uren)	€ 132

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2005/06, 30 300 XVI, nr. 114.

### 2.3. Ondersteunerscompensatie

Bij de berekeningen voorafgaand aan de invoering van het dbc-systeem in 2005 is geconstateerd dat er bij de ondersteunende specialismen<sup>1</sup> sprake was van een onder- respectievelijk overdekking van verrichtingen in de zorgprofielen van de dbc's waardoor de honorariumomzet van de ondersteunende specialismen als gevolg van de invoering van het dbc-systeem zou achterblijven respectievelijk overgewaardeerd worden ten opzichte van de honorariumomzet van eerdere jaren. Om dit te voorkomen is een compensatiefactor berekend (normtijd x uurtarief x factor). Per 1 januari 2008 zijn nieuwe honorariumtarieven voor ondersteunende specialismen in werking getreden. Onderdeel van de afspraken daarbij was het herijken van de compensatiefactoren die voor de onder ondersteunende specialismen gelden.

### 2.4. Normtijden

Naast het vastgestelde uurtarief zijn er voor de activiteiten die vallen onder een dbc per relevant specialisme normtijden vastgesteld. Bijvoorbeeld, de specialist heeft voor een bepaalde dbc 30 minuten nodig voor het maken van een foto. Deze normtijden zijn in het verleden als volgt bepaald. Er is destijds uitgerekend hoeveel patiëntgebonden uren een medisch specialist kan werken. Dit aantal uren is vermenigvuldigd met de totale capaciteit van medisch specialisten om het totaal aantal patiëntgebonden uren/minuten te bepalen. De wetenschappelijke verenigingen mochten daarna deze patiëntgebonden minuten zelf verdelen over de verschillende dbc's zonder dat de totaalsom (aantal dbc's x normtijden = aantal medisch specialisten x patiëntgebonden uren) werd gewijzigd. De huidige normtijden zijn in 2007 vastgesteld op basis van de toen beschikbare gegevens. Het volume (aantal dbc's) en de capaciteit (aantal medisch specialisten) dateren uit 2005. De patiëntgebonden uren zijn gebaseerd op het tijdsbestedingsonderzoek uit 2003.

## 3. Kostenontwikkeling medisch-specialistische zorg

In de afgelopen periode zijn gegevens beschikbaar gekomen over de ontwikkeling van de kosten van medisch-specialistische zorg, in het bijzonder de honoraria van medisch specialisten in de periode 2007–2008. Er blijkt sprake te zijn van een aanzienlijke overschrijding van het budgettair kader zorg (BKZ) voor 2008. Uit schadelastcijfers afkomstig van Vektis en het CVZ, blijkt, in vergelijking met de relevante bedragen uit het BKZ in 2007 en 2008, een overschrijding van circa € 450 miljoen (exclusief € 30 miljoen voor zogenoemde zelfstandige behandelcentra). De zorgautoriteit prognosticeert voor 2008 in haar Monitor ziekenhuiszorg 2009 een stijging van de specialistenhonoraria van 8%, met een bandbreedte van 2% tot 15%. Uit een onderzoek, uitgevoerd in opdracht van de Orde blijkt een stijging van de honoraria van ca 10%.

Op basis van de nu beschikbare gegevens ga ik voorlopig uit van een maximale overschrijding van € 461 miljoen in 2008. Ik houd de mogelijkheid open dat dit getal als gevolg van aanvullende gegevens wijziging ondergaat. Over de hoogte van de overschrijding en de mate waarin deze overschrijding structureel of incidenteel is en derhalve kan worden doorgetrokken naar volgende jaren vindt de komende periode nog overleg plaats tussen betrokkenen als Vektis, de zorgautoriteit, het College voor zorgverzekeringen, DBC-Onderhoud, de Orde en de ministeries van Financiën en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

---

<sup>1</sup> Het gaat om de specialismen Klinische Chemie, Anesthesiologie, Medische Microbiologie, Radiologie, Pathologische Anatomie en Nucleaire Geneeskunde.

De overschrijding moet worden geredresseerd. Dit heeft de volgende achtergronden:

- de algemeen financieel-economische situatie en de hoogte van de collectieve uitgaven nopen tot een beheerste kostenontwikkeling in de gezondheidszorg en een meer doelmatig gebruik van de beschikbare middelen;
- de regels voor de budgetdiscipline leiden tot een budgettair kader zorg (BKZ). Het BKZ impliceert dat niet alleen de volume-ontwikkelingen onder de budgetdiscipline vallen maar ook nominale ontwikkelingen;
- volgens de regels van de budgetdiscipline dienen overschrijdingen zo veel mogelijk te worden geredresseerd waar de overschrijdingen zich voordoen. In onderhavig geval bij medisch specialisten.

Aan bovengenoemde overschrijding liggen verschillende oorzaken ten grondslag. Voor zover die oorzaken specifiek zijn te benoemen, heb ik het voornemen daarvoor maatregelen te nemen die differentiëren per specialisme. Voor zover de oorzaken niet specifiek zijn te benoemen, heb ik het voornemen een maatregel te treffen die zonder onderscheid op de verschillende specialismen zal worden toegepast.

Ten einde zorgvuldig gepaste maatregelen te kunnen treffen dient tijdig een aanwijzing aan de zorgautoriteit te worden gegeven. Daartoe dient eind juni zicht te zijn op de definitieve hoogte van de overschrijding.

#### **4. Voorgenomen maatregelen**

##### *4.1 Aanpassing ondersteunerscompensatie*

Het uitgangspunt bij het bepalen van de tariefsonderbouwing is dat alle componenten van de tariefbepaling aannemelijk dienen te zijn; voor ondersteunende specialismen betreffen dit de normtijd per verrichting en het profiel van de dbc's. Er zijn signalen dat er enkele onvolkomenheden zitten in de honorariumssystematiek. Daarom zijn er verbeteringen nodig. Hierop wil ik actie laten ondernemen.

Een van de factoren die verbeterd moet worden is de ondersteunerscompensatie. Ook de Orde voor Medisch Specialisten heeft aan mij aangegeven van oordeel te zijn dat de huidige compensatiefactoren moeten worden aangepast.

De compensatiefactor is gebaseerd op de destijds best beschikbare data, data 2005. Het is echter aannemelijk dat de zorgprofielen door aanpassing op grond van een verbeterde registratie over de afgelopen jaren verbeterd zijn en dat er derhalve thans geen of minder ondersteunerscompensatie nodig is. De in 2005 ingeschatte compensatiefactor lijkt mogelijk niet meer representatief voor latere jaren en kan in die jaren derhalve hebben geleid tot een onbedoeld hogere beloning dan door alle bij de berekening betrokken partijen was voorzien. Door een herijking van de compensatie voor ondersteunende specialismen wordt een daarmee gepaard gaande overschrijding opgelost. De zorgautoriteit past dan die compensatie als onderdeel van de dbc-tarieven aan op grond van terzake beschikbare nadere en actuele informatie, te weten de herijkte compensatiefactoren gebaseerd op de zorgprofielen 2007 die door DBC-Onderhoud in afstemming met de wetenschappelijke verenigingen zijn berekend.

Ik beschouw deze herijking overigens als een normaal moment in het periodieke onderhoud van het DBC systeem

##### *4.2 Herijking normtijden*

Onder de huidige dbc-financiering krijgt de vrijgevestigde medisch specialist zijn omzet<sup>1</sup> op basis van het aantal dbc's dat is geproduceerd. Daarbij geldt dat de omzet per dbc voor een medisch specialist gelijk is aan de

<sup>1</sup> Er wordt in dit kader gesproken van «omzet» en niet van «inkomen», omdat in het bedrag dat de vrijgevestigde medisch specialist krijgt ook andere posten zoals secretariële ondersteuning en aansprakelijkheidsverzekering zijn meegenomen. De vraag is echter hoe groot deze posten zijn. In principe kunnen medisch specialisten immers ook meeliften met de faciliteiten die het ziekenhuis aanbiedt.

normtijd voor de activiteiten onder de dbc vermenigvuldigd met het vastgestelde uurtarief.

De normtijden zijn opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen en in 2007 gevalideerd op basis van de zogenoemde rondrekening waarbij gold dat het totaal aan declarabele uren gelijk moest zijn aan de totaal beschikbare werktijd (aantal dbc's x normtijden = aantal medisch specialisten x patiëntgebonden uren).

Het blijkt voor bepaalde specialisten in bepaalde gevallen echter mogelijk om meer (norm)tijd in rekening te brengen dan de tijd die op basis van de in de rondrekening gedane veronderstellingen beschikbaar is. De rondrekening is gebaseerd op de destijds best beschikbare gegevens. Op basis van data 2007 lijkt het waarschijnlijk dat ook de normtijden onbedoeld te hoog zijn vastgesteld. In dat licht en de aan de berekening van het uurtarief ten grondslag liggende veronderstellingen is het noodzakelijk dat de zorgautoriteit overgaat tot een specialisme specifieke herijking van die normtijden. De Orde heeft aan mij dan ook aangegeven deze maatregel bespreekbaar te vinden. Deze maatregel is goed te onderbouwen per specialisme.

Ik beschouw deze herijking overigens als een normaal moment in het periodieke onderhoud van het DBC systeem

#### *4.3 Algemene maatregel*

Zoals al eerder is vermeld vindt over de omvang van de eventuele overschrijding in de komende tijd overleg plaats tussen betrokkenen.

Eerst wordt gezien of de overschrijding door de aanpassing van de ondersteunerscompensatie en de herijking van de normtijden, zijnde effecten van normaal systeem onderhoud, kan worden geredresseerd. Voor zover dat niet voldoende blijkt te zijn is op grond van de bovenvermelde overwegingen een verlaging van de macro beschikbare middelen voor medisch specialistische zorg onontkoombaar.

De zorgautoriteit bepaalt de wijze waarop de verlaging wordt vormgegeven.

### **5. Gezamenlijke verklaring**

Mogelijk zal ten aanzien van één of meer van bovenstaande maatregelen het standpunt kunnen worden ingenomen dat deze niet in overeenstemming zijn met de Gezamenlijke verklaring van de Orde van Medisch Specialisten en mijn ambtsvoorganger van 17 januari 2007. Voor mij is essentieel dat het kabinet, in overleg met het parlement, de ruimte en beleidsvrijheid heeft die nodig is voor een zorgvuldige afweging van, en keuze voor, de maatregelen die onder de huidige omstandigheden noodzakelijk zijn. Ik ben daarom voornemens de afspraken zoals neergelegd in de Gezamenlijke verklaring op te zeggen. Ik licht hierover heden de Orde van Medisch Specialisten in.<sup>1</sup>

### **6. Tenslotte**

De aanwijzing wordt gebaseerd op artikel 7 van de WMG. Overeenkomstig artikel 8 van die wet zal tot het geven van de aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

Ik verwacht u hierbij voldoende te hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink

---

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