

Vergaderjaar 2011–2012

**29 248**

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

**Nr. 225**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 februari 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 21 december 2011 gesproken over de ziekenhuisbekostiging (Kamerstuk 29 248, nr. 244). In dat overleg heeft het lid Leijten verzocht om een reactie op een onderzoek van de TU Delft naar productiviteit en doelmatigheid in ziekenhuizen. Naar aanleiding van datzelfde overleg heeft het lid Van der Veen een motie (TK 2011–2012, 33 000 XVI, nr. 139) ingediend over het opnemen van aanvullende informatie in volgende rapportages over medisch specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze motie is aangehouden omdat bij de indiening niet onmiddellijk duidelijk was of de motie uitvoerbaar is voor de NZa. In deze brief informeer ik u over beide onderwerpen.

#### **Reactie onderzoek productiviteit en doelmatigheid in ziekenhuizen**

Ik ga er van uit dat het Kamerlid Leijten met haar vraag heeft gedoeld op het onderzoek *Ziekenhuismiddelen in verband*, een onderzoek van IPSE Studies – TU Delft uit september 2011 naar productiviteit en doelmatigheid in Nederlandse ziekenhuizen<sup>1</sup>. In dit onderzoek wordt onder meer geconstateerd dat 95% van de variatie in ziekenhuiskosten te verklaren is uit een beperkt aantal productiefactoren. De conclusie die daaraan wordt verbonden – hoewel dit onderzoek niet direct betrekking heeft op de DBC- of de huidige DOT-systematiek – is dat de ziekenhuisbekostiging toe zou kunnen met een eenvoudiger declaratiesysteem, ter vermindering van onder andere de administratieve lasten en de kans op registratiefouten. Een van de auteurs van het onderzoek heeft een vergelijkbaar pleidooi gehouden in de Economisch Statistische Berichten van 25 november 2011. De gedachte is dat aan de hand van een klein aantal karakteristieken de prijs van de zorg bepaald kan worden, bijvoorbeeld door een onderscheid te maken tussen een lange of een korte opname, polikliniekbezoek

<sup>1</sup> <http://home.tudelft.nl/uploads/media/RapportZiekenhuismiddelenInVerband.pdf>

of opname, beschouwend of snijdend specialisme, wel of geen radiotherapie. Op deze wijze zou de gehele kostenstructuur van een ziekenhuis in kaart gebracht kunnen worden.

In reactie hierop zou ik het volgende willen zeggen: een dergelijke bekostigingssystematiek grijpt heel nadrukkelijk in op de interne bedrijfsvoering van het ziekenhuis. Daar is op zich niets mis mee, maar de bekostiging van ziekenhuizen heeft nu juist als uitdaging niet alleen kostendrijvers te beschouwen maar ook voorwaarden te scheppen voor de andere belangen die een even grote rol spelen in de zorg, zoals kwaliteit en toegankelijkheid. Natuurlijk is het zo dat een ziekenhuis met relatief veel korte opnamen minder kosten maakt dan een ziekenhuis met relatief lange opnamen. Maar wat zegt dat? Het zegt in elk geval niets over de geleverde kwaliteit van de zorg en aangezien het ook niet mogelijk is om andere betekenisvolle elementen van de geleverde zorg te vergelijken (welke diagnose is gesteld? Welke activiteiten zijn in totaal geleverd? Is er wellicht sprake van multimorbiditeit?) gaat er veel voor de patiënt relevante informatie verloren.

Dit is dan ook één van de redenen dat met ingang van 2012 de bestaande budgetsystematiek (FB) is afgeschaft, een systematiek waarbij ziekenhuizen in feite al op de in het onderzoek geschetste wijze bekostigd werden, namelijk op basis van onder andere het aantal verpleegdagen, eerste polikliniekbezoeken, et cetera. Die parameters beschreven misschien wel redelijk goed de kostenstructuur van de ziekenhuizen maar echte bekostigingsprikkels om beter en doelmatiger te presteren en betere kwaliteit voor de patiënt te leveren ontbraken.

De DBC-systematiek was inderdaad te ingewikkeld, maar met de invoering van DOT is een grote slag gemaakt naar vereenvoudiging en betere medische herkenbaarheid. Verdere vereenvoudiging in termen van het aantal producten is op zichzelf mogelijk, maar moet wel telkens afgewogen worden tegen de representativiteit van die producten. Voorkomen moet worden dat we ongemerkt terugglijden naar de oude situatie. Wat meer voor de hand ligt, en verschillende partijen hebben al gewezen op de noodzaak daarvan, is om de huidige wijze van bekostiging door te ontwikkelen naar financiering op basis van uitkomsten. Totdat uitkomstbekostiging een feit is geeft de vergroting van het vrije segment naar 70% aanbieders en verzekeraars maximale vrijheid om te onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit van te leveren zorg. De NZa heeft in het recente rapport *Innovatieve inkoop medisch specialistische zorg* geconstateerd dat er nauwelijks belemmeringen zijn om specifieke contractafspraken te maken, zoals bijvoorbeeld de lumpsum afspraken die het Haga ziekenhuis en Menzis overeengekomen zijn voor 2012. Met andere woorden: als partijen elkaar willen vinden in eenvoud dan biedt de huidige bekostigingssystematiek ze daarvoor alle ruimte.

### **Motie Van der Veen**

De aangehouden motie van het lid Van der Veen verzoekt de regering in de volgende rapportages van de NZa de afzonderlijke volumeontwikkelingen van het a- en b-segment te vermelden en het totaal aan honoraria voor de vrijgevestigde medisch specialisten te verwerken in de ontwikkeling van het a- en b-segment.

De NZa heeft inmiddels aangegeven dat deze motie kan worden uitgevoerd, volumeontwikkeling is een belangrijk onderwerp in de rapportages. Op basis van beschikbare bronnen zal worden getracht een zo goed mogelijk beeld te schetsen van de volumeontwikkeling over de afgelopen jaren. Het gaat daarbij om zo goed mogelijke schattingen door informatie

uit verschillende bronnen met elkaar te vergelijken en te combineren. Wel is het goed om te realiseren dat de uitsplitsing van de volumeontwikkeling naar gereguleerd en vrij segment (op basis van het DIS) vooralsnog moeilijk blijft, onder andere vanwege jaarlijkse aanpassingen in de DBC-systematiek en de opeenvolgende uitbreidingen van het vrije segment. Met de introductie van de DOT-systematiek is de verwachting dat de registratie van zorgprofielen verbetert, waardoor volumeontwikkelingen vanaf 2012 beter in kaart gebracht kunnen worden. Bovendien zal beschikbare informatie over het onderhanden werk bij zorgaanbieders en verzekeraars, waarover in het kader van het hoofdlijnenakkoord ziekenhuizen afspraken zijn gemaakt, zoveel mogelijk worden betrokken bij de volgende rapportages als aanvullende input voor het meten van de volumeontwikkeling.

In de volgende NZa-rapportages zullen de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten in de totale omzetontwikkeling betrokken worden. Voor de jaren 2007 tot en met 2009 beschikt de NZa over gedetailleerde uitsplitsingen van de totale honoraria in loondienst en vrijgevestigd; die informatie is verzameld in verband met de differentiatie van de kortingen over de jaren 2010 en 2011. Voor de jaren 2010 en 2011 is die informatie niet beschikbaar, want niet door de NZa uitgevraagd. De NZa zal daarom voor die jaren een zo goed mogelijke schatting maken van de honoraria voor vrijgevestigd medisch specialisten.

Voor de toekomst geldt dat de NZa de data over de honoraria vrijgevestigd medisch specialisten regulier in de rapportages zal opnemen. Dat kan voor het eerst in de marktscan 2013 als er over het jaar 2012 gerapporteerd wordt. De betreffende data wordt namelijk medio 2012 verkregen bij de afrekening van de instellingsplafonds voor de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten over het jaar 2012.

Ik vertrouw erop u voldoende te hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers