

Vergaderjaar 2003–2004

28 439

Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen

29 200 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2004

Nr. 4

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 12 januari 2004

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 11 december 2003 overleg gevoerd met de heer Hoogervorst, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **brieven van de minister van VWS d.d. 10 en 28 oktober 2003 inzake gefaseerde invoering van DBC's per 2004 (29 248, nr. 1, VWS-03-1474);**
- **brief van de minister van VWS d.d. 31 oktober 2003 inzake nadere informatie n.a.v. het algemeen overleg zelfstandige behandelcentra (29 200-XVI, nr. 24);**
- **brief van de minister van VWS d.d. 20 november 2003 inzake het programma Sneller Beter (28 439);**
- **brief van de minister van VWS d.d. 1 december 2003 inzake adviezen van het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) met betrekking tot DBC's (VWS-03-1815);**
- **brief van de minister van VWS d.d. 5 december 2003 houdende afschrift brief aan de raden van bestuur van de ziekenfondsen, particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars over de invoering van DBC's per 2004 (VWS-03-1841).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Buijs** (CDA) onderschrijft de wenselijkheid van een meer directe relatie tussen prijs en prestatie in de honoreringsstructuur van de zorg. De budgettering van ziekenhuizen moet plaatsmaken voor productprijzen, waardoor gereguleerde marktwerking en maatschappelijk ondernemerschap hun intrede kunnen doen. Het «budgetdenken» moet dus plaatsmaken voor patiëntgericht denken.

De ontwikkeling van de DBC's was niet eenvoudig en kon slechts totstandkomen met medewerking van de specialisten. Eerder liet de CDA-fractie zich kritisch uit over het DBC-systeem en pleitte zij ervoor om bestaande systemen, zoals het Diagnosis related group system (DRG-systeem), te converteren, waarna het systeem net als in België verder zou kunnen worden verfijnd. Dat was, gelet op de ontwikkelingskosten van de DBC's, veel goedkoper geweest, maar de minister heeft ervoor gekozen om per

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), De Grave (VVD), voorzitter, Lambrechts (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), ondervoorzitter, Arib (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GroenLinks), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD) en Omtzigt (CDA).

Plv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Luchtenveld (VVD), Bakker (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GroenLinks), Gerkens (SP), Dijsselbloem (PvdA), Weekers (VVD), Tjong-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GroenLinks), Van Loon-Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Blok (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD) en Eski (CDA).

1 juli 2004 een voorzichtig begin te maken met de DBC's. Gelet op de noodzaak van een ontwikkeling naar een gereguleerde marktwerking, geeft de CDA-fractie de minister het voordeel van de twijfel, maar de CDA-fractie zal het proces kritisch blijven volgen en zo nodig aan de rem trekken.

Er is een tekort aan specialisten en bepaalde ziekenhuizen hebben een vrij dominante regionale positie. Vraag en aanbod zijn dus nog niet in evenwicht. Is dat geen probleem voor de introductie van het principe van gereguleerde marktwerking?

De Zorgautoriteit en de NMa zullen toezicht houden en de WTG zal op termijn worden afgeschaft. Welke mogelijkheden heeft de minister om bij te dure DBC's in te grijpen, zodat de omvorming op macroniveau inderdaad budgettair neutraal verloopt? De NMa corrigeert immers veelal achteraf. Is het niet veiliger om het CTG bij de invoering van de DBC's nog een belangrijke rol te laten spelen, omdat het budgetdenken nog overheerst en de markt dus nog imperfect is? Het CTG is nodig voor het vaststellen van de DBC-prijzen; vervolgens moet de markt zijn gang gaan. Aan de prijs van de DBC's wordt als kapitaallasten een vast percentage van 12,5 toegevoegd, maar de kapitaallasten verschillen behoorlijk per ziekenhuis. Leidt dit vaste percentage niet tot oneerlijke concurrentie op het punt van de DBC-beprijzing?

Gelet op eerdere adviezen, is het overeengekomen uurtarief voor specialisten van 144,50 euro erg hoog uitgevallen. Hoe is dat uurtarief totstandgekomen en bestaat hierdoor het risico dat, met het oog op het streven naar budgettaire neutraliteit van de overgang, het zorgvolume zal afnemen en de wachtlijsten dus zullen toenemen?

De assistent-geneeskundigen in opleiding (AGIO's) leveren al een aanzienlijke productie. Hoe wordt die productie via de DBC-methodiek zichtbaar gemaakt?

Bij invoering van een gereguleerde marktwerking past een directere aansprakelijkheid van de raden van bestuur van ziekenhuizen voor winst of verlies.

Het zou zowel het kostenbewustzijn van de patiënt als de informatieverschaffing aan de patiënt ten goede komen als de patiënt, bijvoorbeeld via een kopie van of een toelichting op de declaratie, wordt geïnformeerd over de gestelde diagnose en de toegepaste behandeling. Bovendien zou dit de fraudegevoeligheid verminderen.

Tot slot pleit de heer Buijs voor een benchmark met het Belgische DRG-systeem, zodat duidelijk wordt of bij de DBC's reële prijzen totstandkomen.

De heer **Heemskerk** (PvdA) vindt het verstandig dat voorzichtig van start wordt gegaan met de invoering van DBC's. Invoering van de kostprijsbenadering is nuttig voor het verbeteren van de doelmatigheid, maar in verband met de vele onduidelijkheden en de grote complexiteit volgt de PvdA-fractie het proces kritisch. Is het bijvoorbeeld wel mogelijk om op een zo gedetailleerd niveau de rentabiliteit te bepalen aan de hand van de kostprijzen en in hoeverre dwingen de DBC's tot een ontwikkeling in de richting van een risicovol privaatrechtelijk stelsel? Met het oog op de onduidelijkheden en risico's vraagt de PvdA-fractie rapportages over de effecten van de DBC-systematiek, niet alleen op de prijzen, maar vooral op de kwaliteit en op de keuzevrijheid van de patiënt.

Er moeten heldere afspraken over de volgende fases worden gemaakt. Op basis van welke randvoorwaarden zal worden besloten wanneer met de DBC's zal worden doorgedaan? Wat de PvdA-fractie betreft zouden er pas meer DBC's moeten komen als de wachtlijsten zijn afgenomen en als de kwaliteit van de zorg en de keuzevrijheid voor patiënten zijn toegenomen en dus niet zozeer als de prijzen zijn gedaald. Het is immers niet erg als zorg duurder wordt als de kwaliteit daarvan toeneemt; de vraag naar zorg van goede kwaliteit zal immers toenemen. Het is daarom essentieel dat

men blijft investeren in innovatie, onderzoek en onderwijs, mede om een kostenexplosie te voorkomen.

Ondanks toezeggingen is het privacyaspect nog niet geregeld. Kan de minister de Kamer informeren over de code of conduct inzake de privacy, die met de zorgverzekeraars én de Nederlandse patiëntenfederatie ontwikkeld moet worden en die voorgelegd moet worden aan het College bescherming persoonsgegevens (CBP)?

De DBC's kunnen ook heel goed gebruikt worden om de informatieverschaffing aan de patiënt te verbeteren. De DBC zou daartoe vertaald moeten worden in een patiëntvriendelijk behandelplan, zodat een werkelijke dialoog kan ontstaan tussen specialist en patiënt over de diagnose en de kwaliteit van de behandeling.

Er is scepsis over de bijdrage die verzekeraars op het punt van het kwaliteitsmanagement kunnen leveren. Gaat de minister die bijdrage meten en de Kamer daarover informeren? Hoe wordt de patiënt geïnformeerd over de prestaties van de verzekeraars op dit punt?

Omdat de ziekenhuizen pas worden betaald wanneer de DBC's zijn afgerond, moeten zij het geld voorschieten en komen zij wellicht in liquiditeitsproblemen, terwijl de verzekeraars de rente-inkomsten opstrijken.

Waarom betalen de verzekeraars niet zodra de DBC van start gaat? Zo nodig betalen de ziekenhuizen dan later geld terug.

Op het punt van het zorgaanbod bestaat het risico van verschraling. Ziekenhuizen kunnen immers goed concurreren met de DBC's waarin zij goedkoop zijn en niet in de DBC's waarin zij goed zijn. Omdat aan de prijs van de DBC's een vast percentage van 12,5 wordt toegevoegd, bestaat bovendien het risico dat zij zich gaan richten op DBC's die weinig kapitaal-lasten met zich meebrengen.

In hoeverre is het met de DBC's gemoeide tijdsbeslag reëel? Wordt die tijd echt besteed door de specialist of onder toezicht van de specialist door iemand anders? Zal het uniforme uurtarief leiden tot uniforme jaarsalarissen voor specialisten en zo ja, gaan de grootverdieners dan minder verdienen of gaat de rest juist meer verdienen? Is budgettaire neutraliteit van deze ontwikkeling op macroniveau wel mogelijk?

De minister wil alleen verdergaan met de invoering van DBC's voor de resterende 90% van de productie als de prijzen dalen, maar de kostprijs van die 90% is juist niet bekend. Het gaat niet om de prijzen; de totale kosten moeten afnemen en de kwaliteit van de zorg moet toenemen.

Mevrouw **Lambrechts** (D66) onderschrijft op zich het streven naar transparantie, prikkels voor doelmatigheid, klantgerichte zorg en verbetering van de informatievoorziening, maar vindt het daarvoor gekozen traject te complex. Dat blijkt uit het te grote aantal tegelijkertijd nagestreefde doelen, de complexe uitvoering en de te hoge verwachtingen bij de diverse ziekenhuizen, die zeker niet allemaal waargemaakt kunnen worden. De vele doelstellingen en vernieuwingen verkleinen de slaagkans van het proces en de mogelijkheden van bijsturen, omdat niet duidelijk is welk onderdeel voor problemen zorgt. Bovendien is lang niet aan alle voorwaarden voor het slagen van het proces voldaan. Er bestaat bijvoorbeeld nog geen elektronisch uitwisselbaar medisch dossier, dat ook absoluut noodzakelijk is voor het informeren van de patiënten en het tegengaan van fraude. Is het niet mogelijk om het traject stap voor stap af te leggen en om de marktwerking pas in te voeren nadat inzichtelijk is gemaakt hoe de DBC-opbouw voor alle producten eruit zou gaan zien? De eerste experimenten met de DBC's zijn niet overtuigend verlopen: zowel bij de ziekenhuizen als bij de medische specialisten is sprake van meerkosten. Hoe wordt voorkomen dat de toenemende investeringen net als bij eerdere vergelijkbare projecten alleen leiden tot meer administratieve lasten en niet tot extra productie? Voor de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen zou invoering op 1 januari 2004 overigens beter zijn

geweest, want nu moeten zij de komende tijd een dubbele administratie bijhouden.

Een aantal van 500 DBC's in plaats van het eerder genoemde aantal van circa 23 000 wekt de indruk dat net als in België en Duitsland eigenlijk wordt toegewerkt naar een DRG-systeem. Een vergelijking met de in België en Duitsland gehanteerde systematiek zou nuttige informatie kunnen opleveren.

Op basis van redelijke en objectieve criteria kunnen er vele redenen zijn voor beloningsdifferentiatie. Waarom wordt dan toch gekozen voor een «stalinistische» uniforme landelijke honoreringsregeling?

De marktwerking lijkt in dit geval vooral gericht op het versterken van de positie van de verzekeraars en niet op het vergroten van de keuzemogelijkheden voor de patiënt. Kunnen de DBC's ertoe leiden dat de patiënt voor verschillende behandelingen steeds naar andere ziekenhuizen en dus niet altijd naar het meest nabij gelegen ziekenhuis moet? Vooral voor oudere mensen zou dit een verslechtering zijn. Kan de minister bij de volgende monitor de specifieke gevolgen van het DBC-systeem voor de positie van de patiënt aangeven? Gaat het trouwens om een opneemfinanciering of om een budgetfinanciering, waarbij in de loop van het jaar het plafond bereikt kan zijn?

Het moet mogelijk blijven dat huisartsen enkelvoudige diensten van het ziekenhuis afnemen, want anders komen patiënten heel snel onnodig in de duurdere tweedelijnszorg terecht.

Mevrouw **Schippers** (VVD) spreekt haar steun uit voor de overgang naar bekostiging via DBC's, die zal leiden tot meer inzicht in wat er wordt geleverd tegen welke prijs en met welke kwaliteit en tot een verschuiving van eenheidsworst naar maatwerk. Door deze toenemende transparantie wordt veel inzichtelijker waar het geld het beste kan worden besteed, wordt innovatie gestimuleerd en wordt de positie van de patiënt versterkt. De operatie is echter wel risicovol vanwege haar (overigens onnodig grote) technische complexiteit, de vereiste fundamentele verandering van de werk- en denkwijze en de administratie en de belangrijke gevolgen voor de geldstromen in de ziekenhuiszorg. Daarom is terecht besloten om voorzichtig van start te gaan en de overgang door temporisering te controleren. Wel moet met het oog op het draagvlak en de slagingskans vaart blijven zitten in de omslag en moet duidelijk zijn dat de omslag uiteindelijk zal plaatsvinden in de volle omvang. De periode met een dubbele administratieve belasting moet immers zo kort mogelijk duren. Het CTG heeft dan ook terecht aangegeven dat een overgangstermijn van vijf jaar veel te lang is. Nog in deze kabinetsperiode zou het DBC-systeem volledig operationeel moeten zijn.

Er is nog zeer weinig informatie over het belangrijke onderhoudsorgaan voor de DBC-systematiek. Is het een privaat orgaan, waar wordt het gevestigd en onder wiens verantwoordelijkheid komt het te staan? Zorgverzekeraars krijgen een centrale rol en moeten dus in staat worden gesteld om hun verantwoordelijkheid uit te oefenen. Het declaratieverkeer moet daartoe controleerbaar zijn voor de zorgverzekeraars, mede om fraude tegen te gaan. In verband met de privacy melden de ziekenhuizen echter niet steeds aan welke verzekerden welke DBC is geleverd. De verzekeraar kan dus niet controleren wat hij inkoopt en geleverd krijgt. Hoe kan dit probleem worden opgelost? Uitgaande van verevening tussen verzekeraars en een verbod op risicoselectie, is het juist heel nuttig als de verzekeraars over deze gegevens beschikken, want daardoor zijn zij beter in staat om kwalitatief goede zorg tegen een goede prijs in te kopen.

Er is draagvlak bij de veldpartijen voor de invoering van de DBC-systematiek. In deze economisch slechte tijden moet echter iedereen in financieel opzicht een pas op de plaats maken. Het is dan ook opmerkelijk dat de vaststelling van het uurtarief van de medische specialisten niet budgettair neutraal heeft plaatsgevonden.

De kwaliteitscontrole op privé-klinieken middels een actueel registratiebestand vergt een meldingsplicht ten aanzien van wijzigingen en opheffingen.

Er moeten heel strikte voorwaarden worden gesteld aan de invoering van het overeenkomstenstelsel. Het mag bijvoorbeeld niet zo zijn dat een verzekerde niet kan kiezen voor een ziekenhuis waarmee de verzekeraar geen contract heeft gesloten.

De wettelijke verplichting voor de instellingen om een DBC-lijst te publiceren zal het inzicht van de patiënten in de kwaliteit en de prijs van de zorg vergroten, maar wat doet de minister om het inzicht van de patiënten in hun eigen zorggebruik te vergroten?

Mevrouw **Kant** (SP) maakt een vergelijking met de Betuwelijn: invoering van de DBC's is onnodig en duur; verbetering van het huidige CTG-systeem verdient de voorkeur. Veel specialisten menen dat de DBC's nieuwe bureaucratie zullen veroorzaken: de registratie vergt, ook wanneer men eraan gewend is, meer tijd dan het oude registratiesysteem, want het is onmogelijk om mensen, diagnoses en behandelingen in te delen in hokjes. Bovendien moeten de ziekenhuizen weer nieuwe dure managers aantrekken voor de tijdrovende onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Ook de inschakeling van een «trusted third party» leidt tot nieuwe bureaucratie.

Mensen uit het veld menen dat de DBC-systematiek alleen schijntransparantie oplevert. De nagestreefde transparantie is onmogelijk. Niet voor niets worden veel codes geclusterd tot een hanteerbaar aantal, omdat het systeem niet inzichtelijk is.

De onderhandelingen met de specialistenvereniging over een uurtarief zijn een smeermiddel om het systeem ingevoerd te krijgen. Individuele specialisten oordelen immers heel negatief over het nieuwe systeem. Het geld in de zorg dient beter te worden gebruikt dan voor het verhogen van de inkomsten van specialisten.

De onderliggende gedachte is de introductie van marktwerking in de zorg. Het systeem richt zich daarom heel sterk op productie, maar daardoor ontstaat een ongewenste prikkel: het ziekenhuis en de specialisten kunnen hun inkomsten vergroten door de patiënten veel producten aan te bieden. Het is ook de vraag hoe de zorgverzekeraars in de onderhandelingen met de ziekenhuizen de kwaliteit van de zorg laten meewegen, want de goedkoopste zorg is natuurlijk lang niet altijd de beste zorg.

Het is de bedoeling om de DBC-systematiek uiteindelijk in te voeren voor de gehele ziekenhuiszorg, maar niet iedere ziekenhuiszorg is vast te stellen op basis van producten. Zorg is gelukkig meer dan producten, bijvoorbeeld bij de intensive care en de paraatheidsfuncties. De nieuwe systematiek leidt bovendien tot verlies van gegevens die nodig zijn voor epidemiologisch onderzoek.

De marktwerking zal niet leiden tot een grotere keuzevrijheid voor patiënten en een betere informatievoorziening aan patiënten. Een goede informatievoorziening dient plaats te vinden in een goed gesprek tussen specialist en patiënt en niet door de DBC als een soort behandelplan te gebruiken. Wat gebeurt er als de verzekeraar geen contract heeft met het ziekenhuis waarvoor de patiënt het liefst zou kiezen of met het dichtstbijzijnde ziekenhuis in geval van een ongeval?

Tot slot wijst mevrouw Kant erop dat uit het boek «The great white lie» blijkt dat het in de VS gehanteerde DRG-systeem alleen tot grote bureaucratie heeft geleid.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks) wijst erop dat er juist op het punt van de kostenbeheersing grote risico's kleven aan de invoering van de DBC-systematiek. Invoering van vrije prijzen in een situatie van schaarste leidt tot kostenstijging. Wat heeft de minister geleerd van het feit dat specialisten alleen voelen voor veranderingen als zij er meer door kunnen

gaan verdienen? Dit probleem zou overigens niet bestaan als specialisten in loondienst werkzaam zijn. Wat heeft de operatie tot nu toe eigenlijk gekost en wat gaat zij nog kosten? Trekt de minister op het punt van de kosten een grens waarboven hij van de hele operatie zal afzien of kiest hij liever voor marktwerking dan voor kostenbeperking, zoals mogelijk blijkt uit het toestaan van winst voor ziekenhuizen? En zal de minister eventuele kostenstijgingen weer opvangen door verhoging van de eigen bijdragen en verkleining van het verzekeringspakket?

Omdat duizenden behandelingen worden ondergebracht in honderden DBC's, zal er voor veel behandelingen geen passende DBC zijn. Dan kiest men uiteraard voor de duurste DBC. De minister erkent de fraudegevoeligheid van het systeem, maar doet niets om fraude en de daarmee gemoeide kosten tegen te gaan.

Het risico van verdere bureaucrativering is groot, niet alleen bij de invoering van het nieuwe systeem, maar door het complexe systeem van declareren ook daarna. Dit leidt tot hogere kosten en gaat ten koste van echte zorg, maar ook op dit punt ontbreken duidelijke maatregelen. Het nieuwe systeem leidt ook niet tot een grotere transparantie, maar slechts tot schijntransparantie.

Dit alles leidt tot de vraag wat de minister doet als het nieuwe systeem een fiasco blijkt te zijn. Op basis van welke heldere criteria zal hij bepalen of invoering van het nieuwe systeem verstandig is? Stijgende kosten of administratieve lasten, omvangrijke fraude en het uitblijven van een verbetering van de positie van de patiënt zouden stuk voor stuk moeten leiden tot het besluit om de overgang te annuleren.

Het is onverstandig als de verzekeraars alleen aan de patiënten verantwoording moeten afleggen voor het inkopen van goede zorg, want patiënten, zeker de ouderen en de kinderen onder hen, zijn geen gelijkwaardige gesprekspartners.

Tussen enerzijds ziekenhuizen en anderzijds zelfstandige behandelcentra en privé-klinieken bestaat geen eerlijke concurrentie: ziekenhuizen hebben veel meer kosten omdat zij altijd beschikbaar moeten zijn voor acute zorg. De vaste toevoeging van 12,5% als kapitaallasten maakt de situatie voor ziekenhuizen nog moeilijker.

Het antwoord van de minister

De **minister** benadrukt dat niet valt te ontkomen aan invoering van een prestatiebekostigingssysteem, omdat in het huidige systeem van functionele bekostiging nauwelijks een relatie bestaat tussen de financiering van ziekenhuizen en de door die ziekenhuizen geleverde producten, wat mede heeft bijgedragen aan de wachtlijstproblematiek. Ook alle partijen in het veld zijn van de noodzaak van invoering van het nieuwe systeem doordrongen. Het huidige systeem, waarin niet wordt afgerekend op prestatie, is op den duur ook niet goed voor de patiënt, mede omdat zonder prestatiebekostiging de productiviteit sterk zou afnemen.

Prestatiebekostiging en marktwerking moeten niet met elkaar worden verward: aan afdelingen zoals intensive care-afdelingen kan ten behoeve van de prestatiebekostiging wel een soort prijskaartje gehangen worden, maar dat wil niet zeggen dat zij direct onderworpen worden aan marktwerking. Invoering van een prestatiebekostigingssysteem is een noodzakelijke voorwaarde voor marktwerking, maar ook als men geen marktwerking wil, is zo'n systeem van belang voor het vergroten van de transparantie, zodat de grote verschillen tussen ziekenhuizen bloot worden gelegd. Dat is dan ook de belangrijkste doelstelling van het nieuwe systeem.

Op basis van de ervaringen tot nu toe en mede omdat er op het punt van de administratie nog veel moest gebeuren, wordt een veel behoedzamer pad gevolgd dan oorspronkelijk de bedoeling was. Er is besloten om niet per 1 januari 2004 in de gehele ziekenhuiszorg marktwerking te introdu-

ceren, maar om het nieuwe systeem per 1 juli 2004 in 10% van de ziekenhuiszorg te introduceren, waarbij de nadruk niet meer ligt op marktwerking, maar op vergroting van de transparantie als voorwaarde vooraf voor bredere marktwerking. De functionele bekostiging wordt voorlopig gehandhaafd en wordt in de komende jaren geleidelijk omgebouwd naar een meer DBC-achtig stelsel. De marktwerking wordt dus zeer voorzichtig geïntroduceerd en zal pas worden uitgebreid als blijkt dat zij goed werkt. Als zij geen goede resultaten oplevert, kan aan de noodrem worden getrokken, want de oude instrumenten, zoals de WTG, worden achter de hand gehouden. Op basis van de verkregen transparantie kan dan nog altijd worden overgegaan op maatstafconcurrentie, omdat de prestaties van ziekenhuizen en specialisten veel beter met elkaar kunnen worden vergeleken.

Omdat specialisten schaars zijn, is de marktwerking op het punt van het uurloon van specialisten in de ijskast gezet en wordt per 1 juli 2004 overgegaan op een vast uurloon in segment B, het segment waar de vrije markt zich gaat ontwikkelen. Zelfs daar is de marktwerking dus beperkt. Dat uurtarief is nog niet vastgesteld. Met de specialisten is afgesproken dat de overgang niet zal worden gebruikt om hun tarieven te verlagen, maar los hiervan is wel een korting van 2,5% op het totale budget per 1 juli 2004 afgesproken. De uurtarieven zullen macro budgettair neutraal worden ingevoerd op het niveau van de vrij gevestigde medische specialisten. Het CTG zal begin 2004 het uurtarief berekenen door het totaal aan honoraria voor de vrij gevestigde medische specialisten in 2003 te delen door het totale aantal patiëntgebonden uren van de vrij gevestigde medische specialisten. Medio 2004 zal een commissie worden ingesteld die een zwaarwegend advies zal uitbrengen over de onderbouwing van het uurtarief.

Ook segment A zal toegroeien naar een uurtarief. Vanwege de huidige zeer uiteenlopende jaarinkomens zal dat proces tot ongeveer 2008 duren. Ook deze operatie zal budgettair neutraal moeten plaatsvinden; de harmonisatie zal zich daarom richten op het gemiddelde niveau.

Een groot deel van de ontwikkelingskosten, die 140 mln euro bedragen, heeft betrekking op het inlopen van de automatiseringsachterstand die de ziekenhuizen hadden en had dus sowieso uitgegeven moeten worden. De verwachting is dat het invoeringstraject de komende jaren ongeveer 10 mln euro per jaar zal kosten. Andere landen hebben dit soort systemen al veel eerder geïntroduceerd, maar daardoor kon in Nederland beter worden ingespeeld op nieuwe ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg. Daardoor zijn bijvoorbeeld de dagbehandeling, de polikliniek en de specialistenzorg opgenomen in de DBC-systematiek. De minister zegt een benchmarking met het in België gehanteerde systeem toe, omdat dat systeem heeft geleid tot goede en goedkope ziekenhuiszorg. De invoering van de DRG-systematiek in Duitsland heeft meer gekost dan de invoering van DBC's in Nederland.

Het wennen aan het nieuwe systeem zal in eerste instantie inderdaad een extra (administratieve) last betekenen en in de overgangperiode, waarin met twee verschillende systemen moet worden gewerkt, zullen ongetwijfeld problemen ontstaan, maar die worden nauwlettend in de gaten gehouden. Hiertegenover staat op de langere termijn een grote potentiële beperking van de administratieve lasten, zoals wordt aangegeven door specialisten die al enige tijd met het nieuwe systeem werken. Alle informatie die de specialisten via de computer in de DBC moeten vastleggen, moeten zij nu al schriftelijk vastleggen en het werken met de computer zal op termijn besparingen opleveren. Nog belangrijker is dat DBC's de automatisering van de administratie van het ziekenhuis sterk stimuleren en dat de koppeling tussen de DBC-administratie en de huidige verrichtingen-administratie het management van het ziekenhuis veel waardevolle informatie zal opleveren. De zorgverzekeraars zullen veel meer inzicht krijgen in de gang van zaken in de ziekenhuizen en de DBC's zullen leiden tot een

afname met een factor 10 van het declaratieverkeer en tot een sterke vereenvoudiging van de gegevensuitwisseling. Mede om het onderhandelingsproces tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen te vergemakkelijken, worden de DBC's samengevoegd in ongeveer 500 DBC-groepen. Juist de hele automatiseringsslag maakt een elektronisch patiëntendossier (EPD) mogelijk; er is dus wel een samenhang tussen EPD en DBC's, maar het is niet nodig om de komst van zo'n dossier eerst af te wachten.

Omdat er inderdaad grote verschillen zijn tussen de kapitaallasten van ziekenhuizen, zullen in ziekenhuizen met zeer hoge kapitaallasten naast de vaste opslag van 12,5% in segment B een aparte extra opslag kunnen krijgen in segment A.

Geen enkel systeem is ongevoelig voor oneigenlijk gebruik of ongewenste gedragseffecten, maar er zijn instrumenten waarmee met name «upcoding» (het aangeven van een hogere DBC dan voor de behandeling noodzakelijk is) kan worden voorkomen: de koppeling van de verrichtingen-administratie van de ziekenhuizen aan de DBC-administratie, de verplichting voor de raden van bestuur om een bestuursverklaring af te geven over de kwaliteit van de in het ziekenhuis gevoerde administraties en het toegenomen inzicht van de zorgverzekeraars in de toegepaste behandelingen. Juist de automatisering zorgt ook op dit punt dus voor verbetering.

Het belang van privacybescherming wordt zorgvuldig afgewogen tegen de informatiebehoefte van de zorgverzekeraars. Het CBP vindt dat de huidige wetgeving eigenlijk onvoldoende bescherming biedt en ziet de invoering van de DBC's juist als een goede gelegenheid om dit punt goed te regelen. Het CBP en de zorgverzekeraars nemen deel aan een werkgroep die momenteel alle DBC's onder de loep neemt. De verwachting is dat ongeveer 20% van de DBC's op persoonsniveau zal moeten worden verstrekt en dat dit volgens het CBP de privacy niet in gevaar brengt. Waarschijnlijk is nog wel een wetswijziging nodig, die op 1 januari 2005 zal kunnen ingaan.

Het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf bepaalt welke AGIO waar participeert aan de ziekenhuisproductie.

Er moet inderdaad niet alleen naar de prijs, maar ook naar de kwaliteit van de zorg worden gekeken. De zorgverzekeraars concurreren ook niet alleen op basis van de prijs, maar ook op basis van kwaliteit en dienstverlening; deze ontwikkeling zal zich daardoor ook voordoen in de ziekenhuizen.

Bovendien wordt bij de benchmarking niet alleen gekeken naar de kwantiteit en de prijs, maar ook naar de kwaliteit en de veiligheid voor de patiënt, wat naar verwachting zal leiden tot een grote doorbraak in het kwaliteitsdenken van de ziekenhuizen. Ook de zogenaamde doorbraakprojecten in het kader van het programma «Sneller beter» zijn voornamelijk op kwaliteit gericht. Het kwaliteitsaspect is niet makkelijk in een DBC vast te leggen, maar het is voorstelbaar dat beter preoperatief onderzoek deel gaat uitmaken van de DBC's; die ontwikkeling is trouwens al gaande. De minister zegt toe dat in de informatieverschaffing aan de Kamer specifiek aandacht zal worden besteed aan het kwaliteitsaspect.

De nieuwe systematiek past zowel in een publiekrechtelijk systeem als in een publiekrechtelijk systeem.

De verzekeraars en de ziekenhuizen denken samen al na over een oplossing voor de bevoorschottingsproblematiek.

Voor de zorgverzekeraars blijft de wettelijke zorgplicht gewoon gelden.

Het is voor de marktwerking essentieel dat de verzekeraar de mogelijkheid heeft om met bepaalde ziekenhuizen geen contract te sluiten, maar wel moet er in de regio sprake zijn van een fatsoenlijk aanbod, temeer omdat de verzekerden anders voor een andere verzekeraar kiezen. Bovendien kan de verzekeraar op grond van zwaarwegende motieven van de verzekerde om naar een bepaald ziekenhuis te gaan, besluiten om alsnog tot vergoeding over te gaan.

Particulier verzekerde patiënten krijgen sowieso een op de DBC gebaseerde declaratie thuisgestuurd. De minister zal zich beraden op de suggestie dat ook ZFW-verzekerden informatie moeten ontvangen over de toegepaste behandeling. Daarbij moet een afweging worden gemaakt tussen verhoging van het kostenbewustzijn van patiënten en het zoveel mogelijk beperken van de administratieve lasten.

Huisartsen kunnen enkelvoudige diensten gewoon van het ziekenhuis blijven afnemen. Patiënten komen dus niet onnodig snel in de tweedelijnszorg terecht.

Over de Zorgautoriteit zal een apart algemeen overleg worden gehouden. Met het onderhoud van de DBC's hangen drie functies samen:

1. het vergaren van informatie voor het onderhoud; dit zal een private functie zijn.
2. de technische beoordeling van DBC's; ook deze functie zal door private partijen worden vervuld.
3. de beslissing of nieuwe DBC's in het verzekerde pakket worden opgenomen; dit blijft uiteraard een publieke taak.

Een waterdicht systeem voor de registratie van privé-klinieken is waarschijnlijk onmogelijk. Zelfregulering via een kwaliteitssysteem verdient daarom de voorkeur. De NRPK, de koepel van de behandelcentra en privé-klinieken, is daar al mee begonnen.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Buijs** (CDA) vraagt, met het oog op de vereiste medewerking van specialisten, wanneer het nieuwe uurtarief voor specialisten bekend zal worden.

De heer **Heemskerk** (PvdA) merkt op dat het ook gaat om de tijd die specialisten aan de zorg besteden. Toenemende transparantie is overigens niet genoeg: uit de toegenomen transparantie moet blijken dat de kwaliteit verbeterd is. Ook de transparantie voor patiënten moet toenemen. Kan de minister aangeven op basis van welke criteria hij zal besluiten tot uitbreiding van het nieuwe systeem?

Mevrouw **Lambrechts** (D66) vindt een elektronisch overdraagbaar medisch dossier een voorwaarde voor vergroting van de transparantie en dus voor het goed functioneren van het nieuwe systeem. Daarnaast vraagt zij de minister om de Kamer regelmatig op de hoogte te houden van de gevolgen van het nieuwe systeem voor de punten die in dit overleg aan de orde zijn geweest, met name de positie van de patiënt.

Mevrouw **Schippers** (VVD) merkt op dat het slagen van het DBC-systeem afhankelijk is van de randvoorwaarden waarbinnen het gaat werken. Omdat het privacyaspect essentieel is, vraagt zij de minister om de Kamer daarover schriftelijk te informeren.

Mevrouw **Kant** (SP) vraagt de minister om de gevolgen van het nieuwe systeem voor de administratieve lastendruk te kwantificeren.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks) vraagt op grond van welke criteria en wanneer de minister zal beoordelen of het nieuwe systeem goed functioneert. Daartoe moet na het eerste experiment een evaluatie plaatsvinden en pas op basis van die evaluatie moet over het vervolg worden besloten.

De **minister** zegt toe dat hij de criteria op basis waarvan zal worden besloten of er sprake kan zijn van verdere liberalisering, concreet zal vastleggen en dat de Kamer regelmatig, voor het eerst eind april 2004, een voortgangsrapportage zal ontvangen over de effecten van het DBC-systeem, bijvoorbeeld op de positie van de patiënt, de privacy en de

administratieve lastendruk. Concrete vragen die nog niet beantwoord zijn, bijvoorbeeld de vraag over het dreigende verlies van gegevens voor epidemiologisch onderzoek, zullen, ook schriftelijk, worden beantwoord in de voortgangsrapportage van eind april 2004.

Het uurtarief voor specialisten zal in het voorjaar worden bepaald. Het aantal minuten dat een specialist aan een bepaalde handeling besteedt, wordt genormeerd.

De fungerend voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Van der Vlies

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