



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX DEN HAAG  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.minvws.nl

**Ons kenmerk**  
CZ-K-U-2897244

**Bijlagen**  
1

**Uw brief**  
CZ-K-2897243

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum 7 januari 2009  
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Van Gerven (SP)  
over Problemen met Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink

Antwoorden op kamervragen van het Kamerlid Van Gerven over Problemen met Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) (2080906130).

1

Wat is uw reactie op het bericht dat Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in de acute zorg averechts werken? 1)

1

Ik ben het niet eens met de beweringen in dit bericht.

2

Is het waar dat spoedeisende SEH (spoedeisende hulp)-artsen patiënten onnodig voor controle laten terugkomen, omdat ze anders de behandeling niet kunnen declareren? Zo ja, deelt u de mening dat dit een ongewenste ontwikkeling is? Zo neen, waarom niet? 1)

2

Indien een patiënt acute zorg ontvangt kan een DBC worden geopend. Om een DBC te openen is het dus niet nodig om een patiënt terug te laten komen ter controle. Indien een patiënt één keer op de SEH komt en er geen aanvullende diagnostiek of operatieve ingreep wordt gedaan, kan het ziekenhuis een DBC, die afleidt tot een consult-DBC, openen en declareren. Indien er wel sprake is van een operatieve ingreep of vervolgbehandeling kan er een duurdere DBC worden geopend, waarbij de patiënt in sommige gevallen terug moet komen op de polikliniek voor controle.

3

Erkent u dat dit zowel de kwaliteit van de zorg niet ten goede komt als dat de kosten van de zorg hierdoor onnodig stijgen? Zo neen, waarom niet? Zo ja, welke maatregelen gaat u nemen?

3

Zie mijn antwoord op vraag 2.

4

Staat u nog steeds achter uw uitspraak dat door de beschikbaarheidsvergoeding de financiering van de acute zorg gewaarborgd is en blijft? 2)

4

Ja. Ik teken daar het volgende bij aan. De beschikbaarheidstoelage voor de spoedeisende hulp (SEH) waarborgt niet de financiering van de acute zorg maar de beschikbaarheid van een 7x24uurs-SEH binnen 45 minuten in dunbevolkte gebieden. De financiering van de behandeling die de patiënt ontvangt in het kader van die acute zorg vindt plaats middels DBCs.

5

Deelt u de mening dat DBC's niet passen in de acute zorg? Zo neen, waarom niet? Zo ja, welke maatregelen gaat u nemen?

5

Ik deel deze mening niet. Veel zorg in ziekenhuizen wordt zowel 'acuut' als 'regulier' geleverd. Voor praktisch alle zorg bestaan DBC's. De kosten van behandelingen, waaronder ook de behandelingen in het kader van acute zorg, komen tot uitdrukking in de prijzen van DBC's. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen 'acute' of 'reguliere' DBC's.

6

Is het waar dat in de honorariumcomponent van de DBC "bevalling" de beschikbaarheid van de gynaecoloog niet is meegenomen? 3)

6

In iedere DBC is opgenomen hoeveel tijd een specialist gemiddeld besteedt aan een behandeling (normtijd). Hierin zijn al beloningsafspraken verwerkt over onregelmatig werken, dus het beschikbaar zijn van specialisten in avond-, nacht- en weekenduren. Zowel voor vrijgevestigde specialisten als specialisten in loondienst. Indien specialisten zorg leveren die een grotere mate van beschikbaarheid vereist kan voor deze buitengewone inconveniënten, de bandbreedte van het uurtarief worden gebruikt. Over het gebruik van de bandbreedte kan de maatschap of de medisch staf afspraken maken met de Raad van Bestuur.

7

Erkent u dat dit voor ziekenhuizen in dunbevolkte gebieden zoals Friesland financiële problemen kan opleveren? Erkent u voorts dat verdere concentratie van de tweedelijns verloskunde, inclusief de spoedopvang tijdens de partus, in gebieden als Friesland ongewenst is en de kwaliteit van de zorg niet ten goede komt? Zo neen, waarom niet? Zo ja, welke maatregelen gaat u nemen? 3)

7

Zoals ik u in de mijn antwoorden op de vragen 4 en 6 aangeef is de beschikbaarheid van de specialist meegenomen in het honorariumcomponent van de DBC en kan een ziekenhuis daarbij via de bandbreedte de specialist meer belonen voor onregelmatig werken. Daarnaast is de beschikbaarheidstoelage voor handen voor kleine ziekenhuizen, in veelal dunbevolkte gebieden. Deze toeslag kan ingezet worden om problemen op te lossen die voortkomen uit een te lage productie op de SEH ten gevolge van het feit dat te weinig mensen in de buurt van het ziekenhuis wonen. Dit betekent dat de toeslag ook ingezet mag worden om bijvoorbeeld de formatie kinderartsen of verloskundigen uit te breiden zodat een 7x24-uursrooster gedraaid kan worden.

Concentratie van de tweedelijns verloskunde en de klinische geneeskunde op één locatie in dunbevolkte gebieden is soms onafwendbaar. Als gevolg van het tekort aan gynaecologen in specifieke regio's wordt het voor sommige kleine ziekenhuizen in de dunbevolkte gebieden onmogelijk te voldoen aan de geldende kwaliteitseisen. Dit heeft uiteraard gevolgen voor de kwaliteit van zorg. Ik heb in de afgelopen periode op een aantal momenten mijn visie op het bovenstaande dilemma kenbaar gemaakt. In mijn notitie 'Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg' van 27 juni 2008 en ook in mijn antwoord van 3 oktober 2008 op de kamervragen over de concentratie van bevallingszorg op één locatie van de ziekenhuizen in Vlissingen en Goes heb ik aangegeven dat de kwaliteit en

veiligheid van zorg voor moeder en kind leidend is. Concentratie van de tweedelijns verloskunde is soms noodzakelijk om de kwaliteit voor de toekomst zeker te stellen. Ook al heeft de concentratie gevolgen voor de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van bijvoorbeeld thuisbevallingen.

8

Bent u bereid te onderzoeken of deze problemen zich ook in andere regio's voordoen? Zo neen, waarom niet? Zo ja, bent u zo nodig bereid er op aan te dringen dat de DBC "bevalling" wordt aangepast om problemen voor de tweedelijns verloskundige zorg in dunbevolkte gebieden op te lossen?

8

Zoals aangegeven in vraag 7 speelt deze problematiek ook in Zeeland en is de kwaliteit van de geleverde zorg leidend. Nader onderzoek zal niet tot een ander standpunt leiden.

9

Deelt u de mening dat van de honorariumcomponent in een DBC een perverse prikkel uit kan gaan doordat specialisten het belang van hun honorarium mee laten wegen bij het afsluiten van een DBC? Zo neen, waarop baseert u dat? Zo ja, bent u bereid de DBC's op dit punt aan te passen?

9

Sinds 1 januari 2008 krijgen medisch specialisten betaald op basis van DBC's. Het honorariumdeel van de DBC wordt bepaald door het uurtarief te vermenigvuldigen met de normtijd. Het uurtarief is een vast tarief met een bandbreedte. Het uurtarief is normatief en onderbouwd. Daarnaast is het uurtarief voor alle somatische DBC's gelijk. Het is dus niet zo dat een duurdere DBC ook een hoger uurtarief heeft. De normtijden kunnen wel verschillen per DBC. Als aan een DBC meer "minuten" zijn toegekend dan heeft dit dus een hoger honorarium tot gevolg. Aan een DBC met een hogere normtijd besteedt een medisch specialist in beginsel ook meer tijd. Het bedrag dat een specialist ontvangt is dus afhankelijk van de hoeveelheid tijd die een specialist gemiddeld nodig heeft voor een behandeling. De toedeling van de normtijden aan de verschillende DBC's is grotendeels gebaseerd op analyses van de wetenschappelijke verenigingen. Alle normtijden zijn door een extern bureau gevalideerd. Het is bovendien zo dat een specialist niet met willekeur een DBC kan kiezen.

10

Klopt het dat het DBC-systeem er niet in geslaagd is om inkomensharmonisatie te bewerkstelligen? Bent u bereid dit te onderzoeken? 4)

10

Naast het introduceren van een duidelijke koppeling tussen werk en inkomen was het doel van de invoering van prestatiebekostiging bij medisch specialisten het bewerkstelligen van een nivellering van inkomens tussen medisch specialisten. De invoering van het uurtarief en de normtijden moest een oplossing bieden voor de historisch gegroeide, maar onverklaarbare (verschillen tussen) specialistenhonoraria. Bij de evaluatie van het afschaffen van de lumpsum en de introductie van het uurtarief zal ik dit zeker meenemen.

11

Wat is uw reactie op het bericht dat de opbrengst van revalidatie een rendement heeft van meer dan 400%? 5)

11

Het doet mij goed om te horen dat de revalidatiesector in Nederland een zeer positieve bijdrage levert aan de maatschappij.

12

Hoe rijmt u dit met het gegeven dat de bekostiging van innovatie in de revalidatiesector op problemen stuit? (5) Klopt het dat de invoering van DBC's in de revalidatiezorg die per januari 2009 worden ingevoerd geen oplossing lijken te bieden? Zo neen, waarop baseert u dat? Zo ja, welke maatregelen gaat u nemen?

13

In hoeverre stagneert de opname van innovatieve behandelmethoden in de DBC-systematiek? Bent u bereid dit te onderzoeken en met voorstellen te komen om de implementatie van innovatieve behandelingen te versnellen? Zo neen, waarom niet?

12 en 13

Bij innovatie is het van belang in hoeverre dit leidt tot betere zorg, hogere arbeidsproductiviteit of lagere kosten. De invoering van DBC's in de revalidatiesector maakt het zowel mogelijk innovatieve behandelingen binnen de DBC uit te voeren als nieuwe behandelingen te bekostigen door middel van het aanvragen van een innovatieve DBC.

De opname van innovatieve behandelingen in de DBC-systematiek verloopt inmiddels goed. Indien (medisch technologische) innovaties in de zorg leiden tot een nieuwe prestatie kan er een prestatiebeschrijving worden aangevraagd bij DBC-Onderhoud. Recentelijk is de aanmeldprocedure voor nieuwe DBC's herzien en hierdoor is de doorlooptijd aanzienlijk verkort. DBC-Onderhoud heeft recent een innovatieloket geopend. Op basis van een quick scan krijgt de aanvrager binnen een aantal weken te horen of zijn aanvraag voor behandeling in aanmerking komt. Als dit zo is, dan wordt een gedegen en efficiënte procedure gevolgd waarin de aangevraagde behandeling gewogen wordt op criteria als effectiviteit (doelmatigheid), kosten van de behandeling in relatie tot vergelijkbare behandelingen, voorkeur van de patiënt, en ethische aspecten. Het traject vanaf aanvraag tot en met beoordeling neemt dan 6 maanden in beslag. In de nieuwe aanmeldprocedure wordt gewerkt met een heldere taakverdeling voor DBC-Onderhoud en de NZa. De aanmeldingen voor innovatieve zorgproducten die bij DBC-onderhoud binnen zijn gekomen hebben in een groot deel van de gevallen geleid tot een nieuwe DBC. De aanmeldingen die niet in aanmerking kwamen voor een nieuwe DBC zijn ofwel bij een bestaande DBC onder gebracht, hadden betrekking op andere geneeswijze zoals homeopathie of zijn om inhoudelijke redenen afgewezen.

14

Herinnert u zich uw antwoorden op eerdere vragen over DBC's bij bariatrische chirurgie? 6)

14

Ja.

15

Hoe rijmt u uw antwoorden met artikel "Het moet zeer doen hier"? 7)

15

Zoals ik reeds in mijn antwoorden op de hierboven genoemde kamervragen (Kenmerk CZ-K-U-2879609 op 13 oktober 2008) heb geschreven, zijn ziekenhuizen op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg. Voor bariatrische ingrepen (zowel de restrictieve als de kortsluit-techniek) geldt dat deze slechts effectief en doelmatig zijn als er sprake is van een individuele multidisciplinaire indicatiestelling en een zorgvuldige pre- en postoperatieve begeleiding. Deze indicatiestellingen voor zorg die ten laste komt van de Zorgverzekeringswet, zijn neergelegd in protocollen. De inspectie ziet toe op de naleving hiervan en van de richtlijnen die door de beroepsgroep zijn opgesteld. De suggestie die in het artikel wordt gewekt, dat patiënten uit financiële overwegingen niet de meest adequate behandeling krijgen, vind ik tendentius.

Daarnaast is het, in tegenstelling tot wat er in het artikel beweerd wordt, wel mogelijk om het reguliere behandelingstraject van obesitas, dus zonder operatie, binnen bestaande DBC's te declareren.

16

Erkent u dat, doordat er geen DBC is voor het pre-operatieve traject van patiënten die wel worden gescreend maar uiteindelijk niet worden geopereerd, ziekenhuizen in financiële problemen kunnen komen?

16

Het pre-operatieve traject kan momenteel worden gedeclareerd door middel van een DBC die vergelijkbare zorg bevat. In de nieuwe productstructuur is wel voorzien van een exact passende DBC.

17

Is het waar dat binnen het DBC-systeem voor bariatrische chirurgie, het niet mogelijk is om patiënten langer dan een jaar te monitoren, terwijl internationale richtlijnen aangeven dat dit levenslang zou moeten gebeuren? Zo ja, erkent u dat deze DBC de kwaliteit van de zorg aan de patiënt niet ten goede komt? Bent u bereid dit aan te passen?

17

Na een jaar wordt iedere DBC gesloten, maar dit betekent niet dat hierna niet meer gemonitord kan worden. Na een jaar moet de DBC voor bariatrische chirurgie worden gesloten. Onder de diagnose 'obesitas' (voor de internisten) en onder de diagnose 'overige algemene diagnoses' (voor de chirurgen) kan de

poliklinische nazorg wel gefinancierd worden. In de nieuwe productstructuur is voorzien in een poliklinisch (na)traject met de juiste diagnose morbide obesitas.

18

Wat is uw reactie op de mening van professor Schrijvers dat DBC's alleen werkbaar zijn voor 'eenvoudige, goed te omschrijven ingrepen zoals staar- of heupoperaties'?

18

Ik deel die mening niet. Ook voor de meer complexe zorg kan gebruik worden gemaakt van DBC's, omdat ook bij complexe zorg er zorgproducten kunnen worden gedefinieerd die aansluiten op de zorgvraag van de patiënt.

19

Hoeveel kosten zijn gemoeid met registratiefouten en gerelateerde kosten en mogelijke 'upcoding'? Bent u bereid dit te onderzoeken? Zo nee, waarom niet?

19

In het huidige DBC-systeem vloeit de DBC voort uit de diagnose en de behandeling die hiervoor nodig is. Met behulp van de validatiemodule wordt gecontroleerd of de DBC correct is. Met de komst van de vereenvoudigde DBC-systematiek zullen de zorgproducten worden afgeleid uit de basisregistratie van de zorgaanbieder.

20

Wat is de stand van zaken van de vereenvoudiging van de DBC-systematiek, het project "DBC's op weg naar Transparantie" (DOT)? Bent u van mening dat DOT problemen zoals bovenstaande zal kunnen oplossen? Zo ja, waarom?

20

Zoals mijn antwoord op de vorige vraag al schetst brengt DOT een aantal grote voordelen met zich mee. Doordat de DBC-zorgproducten af worden geleid uit de ziekenhuisadministratie zal er in de komende jaren sprake zijn van een vermindering van de administratieve lastendruk. Daarnaast zijn er door automatische afleiding van de zorgproducten ook nog minder mogelijkheden tot upcoding en verkeerde interpretaties. De afgelopen maanden heeft DBC Onderhoud samen met deskundigen uit het veld, in het bijzonder de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, hard gewerkt aan de verdere uitwerking van "DBC's op weg naar Transparantie" (DOT). De stand van zaken is dat de nieuwe productstructuur bijna klaar is. De nieuwe productstructuur vormt een essentiële stap op weg naar een verbeterde DBC systematiek. Het aantal zorgproducten is sterk verminderd (de huidige 30.000 DBC's worden vervangen door 3000 DBC-Zorgproducten) waardoor er beter over kan worden onderhandeld. De nieuwe productstructuur zal ingevoerd worden per 2010. In 2009 worden hiervoor voorbereidende stappen gezet. Onder deze voorbereidende stappen valt onder andere het proefdraaien door een aantal ziekenhuizen.

21

Bent u, mede gelet op bovengenoemde problemen, van oordeel dat de invoering van de DBC's de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg ten goede komt? Zo ja, waarop baseert u dat? Zo neen, welke maatregelen gaat u nemen?

21

Ik ben van oordeel dat de invoering van DBC's de kwaliteit en betaalbaarheid ten goede komt. DBC's maken transparantie mogelijk voor verzekeraar en cliënt. Prestatiebepaling en waar mogelijk vrije prijsvorming vormen de context voor transparantie en betere prijs/kwaliteitverhouding. Uit diverse onderzoeken en rapporten blijkt dat door vrije prijsvorming de toegankelijkheid van de gezondheidszorg verbeterd is. Er is sprake van een toename van het aantal aanbieders en een daling van de wachtlijsten. Uit de NZa monitor ziekenhuiszorg 2008 blijkt dat de prijsontwikkeling beperkt en stabiel is. Daarnaast is er bij de zorginkoop meer aandacht voor kwaliteit en innovatie.

22

Wat vindt u van de mening van dr. Jaap van den Heuvel dat het een goed moment is om te stoppen met de DBC's? 8)

Ik deel de mening van dr. Van den Heuvel niet. De DBC-systematiek zorgt voor transparantie en een duidelijke relatie tussen de geleverde prestaties en de opbrengsten. DBC's vormen de basis voor onderhandelingen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar over de prijs, volume en kwaliteit van de zorgverlening. Daarnaast geeft het ziekenhuizen meer ruimte om zorg naar eigen inzicht te organiseren. Overigens wordt er in alle omliggende Europese landen al sinds een aantal jaren naar tevredenheid met een vergelijkbare systematiek als de (verbeterde) DBC-systematiek gewerkt (bijvoorbeeld Duitsland, Groot-Brittannië, Ierland, Denemarken, Noorwegen, Zweden, Spanje, Portugal etc).