

## **1 Uitkomsten overleg met College Bescherming Persoonsgegevens (CBP)**

U vroeg mij u te berichten over de uitkomsten van het overleg dat ik met het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) heb gevoerd. Voor privacy binnen het DBC-systeem worden drie onderwerpen onderscheiden: de tijdelijke privacy-oplossing, de structurele privacy-oplossing en privacy van persoonsgegevens bij levering aan het DBC-Informatiesysteem (DIS). Hieronder treft u een toelichting aan op deze drie onderwerpen.

### *a) De tijdelijke privacy-oplossing*

Met betrokken partijen is in 2003 een privacy-instrument ontwikkeld voor het uitwisselen van informatie tussen *zorgaanbieders en zorgverzekeraars*. Dit privacy-instrument moet ervoor zorgen dat de informatie-uitwisseling alleen plaatsvindt voor zover dit noodzakelijk is; derhalve met inachtneming van de maatvoering. De norm hierbij is dat zorgverzekeraars moeten kunnen voldoen aan de wettelijke controle- en toezichteisen op grond van de Ziekenfondswet (Zfw) en Wet toegang zorgverzekeringen (WTZ). Dit instrument leidt ertoe dat slechts een gereduceerde hoeveelheid van volledig gespecificeerde persoonsgebonden DBC-informatie uitgewisseld hoeft te worden. Het beperkt ook in de overige declaraties de persoonsgebonden informatie over de diagnose tot het strikt noodzakelijke. Over de inhoud van de tijdelijke privacy-instrument heb ik u eerder dit jaar samen met het CBP geïnformeerd (Kamerstuk 2003-2004 29 248 nr. 2 TK).

Toepassing van het privacy-instrument op de DBCs waar vrije prijsvorming voor geldt (segment B), leidt echter tot een ongewenste scheiding binnen de diagnosegroepen. Dit leidt voor de segment B-DBC's tot onvoldoende controle op de declaraties, met mogelijk onbetrouwbare vastlegging van DBC's en substitutie-effecten als gevolg. Om goede controle mogelijk te maken moeten daarom alle DBC's in segment B volledig gespecificeerd gedeclareerd worden.

Het privacy-instrument is in 2004 gebruikt om een privacytoets uit te voeren. Deze privacytoets was eind september 2004 gereed. Resultaat hiervan is dat vastgesteld is welke DBC's individueel en welke DBC's op groepsniveau op de nota vermeld mogen worden. Gemiddeld ongeveer 25% van de DBC's worden op individueel niveau gedeclareerd en gemiddeld ongeveer 75% van de DBC's op groepsniveau. De resultaten van de privacytoets zijn vastgelegd in een beleidsregel van het CTG en door de ZIS-leveranciers verwerkt in de declaratiesoftware van de ziekenhuizen. Met het tijdelijke privacy-instrument is de privacy voor de declaratie binnen het DBC-systeem voldoende geborgd en kunnen de DBC's per 1 januari 2005 zonder privacyproblemen gedeclareerd worden aan de zorgverzekeraars.

### *b) De structurele privacy-oplossing*

Het CBP heeft aangegeven dat de tijdelijke oplossing niet afdoende is om het DBC-systeem privacy-proof te maken, indien segment B uitgebreid wordt. Dit zou namelijk betekenen dat geleidelijk aan steeds meer DBC's volledig gespecificeerd op de nota verschijnen. Deze DBC's bevatten informatie over de diagnose en behandeling van patiënten. Het CBP heeft aangegeven dat voordat segment B uitgebreid wordt, er een andere oplossing voor de privacy geïmplementeerd moet zijn. Daarom heb ik opdracht gegeven om een structurele privacy-oplossing te ontwikkelen. Vanaf juni 2004 worden, in overleg met betrokken brancheorganisaties, mogelijke structurele oplossingen voor het privacyvraagstuk uitgewerkt. Ik verwacht in januari 2005 hierover een besluit te kunnen nemen. In de eerstvolgende voortgangsrapportage DBC's zal ik u hierover informeren.

### *c) Privacy bij de levering van persoonsgegevens aan het DBC Informatiesysteem (DIS)*

Het derde onderwerp ten aanzien van privacy betreft niet de gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar het aanleveren van persoonsgegevens door de veldpartijen aan het DIS. Hierover is onduidelijkheid ontstaan. U heeft op 11 november jl. een afschrift ontvangen van een brief die het CBP daarover aan mij heeft gestuurd. Ik heb hierover onlangs een gesprek gehad met het CBP. In dit gesprek zijn afspraken gemaakt over een aantal maatregelen, waaronder een wijziging van de Ziekenfondswet, om de privacy (juridisch) beter te waarborgen.

Met deze maatregelen in het verschiet heeft het CBP aangegeven de verwerking van persoonsgegevens in het DIS per 1 februari 2005 – bij inwerkingtreding van de WTG Expres - te aanvaarden. Alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden hierover in een aparte brief geïnformeerd.

## **2 Tarieven in de DBC-inkoopgids van Zorgverzekeraars Nederland**

U vroeg mij u naar de oorzaak van de verschillen in tarieven die in de opeenvolgende DBC-inkoopgidsen zijn vermeld. De DBC-inkoopgids is op initiatief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) uitgebracht. Van ZN heb ik vernomen dat het primaire doel van de inkoopgids is om de zorgverzekeraars meer helderheid te verschaffen in de kostenopbouw van de DBCs in segment B. Het is een ondersteunend instrument ten behoeve van de onderhandelingen met de ziekenhuizen. In dezelfde categorie ligt het initiatief van ZN om een uniform sjabloon te construeren ten behoeve van de contractering van de ziekenhuizen in segment B (= de uitkomsten van de onderhandelingen). Het gaat, met andere woorden, om service-verlening van de brancheorganisatie aan haar leden.

De tarieven die in de DBC-inkoopgids van ZN worden weergegeven, zijn gebaseerd op de gegevens die de zogenaamde 'koploperziekenhuizen' hebben aangeleverd en dienen slechts als een referentie voor de onderhandelingen in segment B. De verschillen tussen de eerdere versie van de DBC-inkoopgids van ZN – over de 'Bomhoff-DBC's' – en de laatste versie – over de segment B DBCs – zijn te verklaren door het feit dat in het eerste geval kostprijzen uit de 7<sup>e</sup> verzamelronde van de koploperziekenhuizen zijn gebruikt en in het tweede geval gegevens uit de 9<sup>e</sup> verzamelronde.

## **3 Wie betaalt de rekening bij overstappen van patiënten die nog onder behandeling zijn?**

U vroeg mij naar welke zorgverzekeraar de DBC-rekening wordt gestuurd als de patiënt tijdens een behandeling overstapt naar een andere zorgverzekeraar met andere (leverings)voorwaarden. De rekening wordt in dit geval betaald door de verzekeraar waar de patiënt verzekerd was bij aanvang van de behandeling. De reden waarom hiervoor gekozen is tweeledig.

Ten eerste heeft het ziekenhuis recht op betalingszekerheid voor DBCs die worden geopend. Daar kunnen immers hoge kosten aan verbonden zijn. Wanneer de patiënt zou overstappen naar een zorgverzekeraar die geen contract met het desbetreffende ziekenhuis heeft afgesloten, zou de patiënt de rekening voor de desbetreffende DBC zelf moeten betalen (en vervolgens een deel kunnen restitueren bij de verzekeraar volgens het amendement Schippers/Lambrechts). Het incasso-risico zou in dat geval volledig bij het ziekenhuis liggen, zonder dat het ziekenhuis op die situatie invloed uit kan oefenen.

Ten tweede heeft ook de patiënt recht op betalingszekerheid voor de behandeling die wordt gestart. Het is niet de bedoeling dat verzekerden, die nog onder behandeling zijn, worden

gehinderd van verzekeraar te wisselen, omdat de voorwaarden bij de andere zorgverzekeraar voor deze behandeling minder gunstig zijn. Daarom is in het amendement Van der Vlies vastgelegd dat de zorgverzekeraar waarbij de patiënt bij de start van de behandeling verzekerd is, verantwoordelijk is voor het betalen van de rekening van de lopende behandeling, ook wanneer tussentijds het contract met de betreffende aanbieder voor de desbetreffende DBC wordt opgezegd.

Bovenstaande situatie gaat uit van een overstap naar een situatie waarin geen sprake is van een contract. Echter, ook in een situatie waarin wordt overgestapt naar een andere verzekeraar, die wel een contractrelatie met het ziekenhuis onderhoudt, is het noodzakelijk te weten dat de voorwaarden die golden bij de start van de behandeling, bij het beëindigen van de behandeling nog steeds gelden.

De zorgverzekeraar bij de start van de behandeling blijft overigens gedurende de hele behandelingsperiode, op basis van de afspraken die daarover gemaakt zijn met het ziekenhuis, verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg. Het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) ziet toe op de rechtmatige, kwalitatieve en doelmatige uitvoering van de Ziekenfondswet.

#### **4 Financiering van dialysecentra**

U heeft mij gevraagd naar de financiering van de dialysecentra.

##### *Certificering van dialyse*

Dialyse viel tot 2000 onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) artikel 2 (vergunningstelsel). In 2000 is dialyse onder artikel 8 WBMV gebracht voor de duur van twee jaar, waarna ze volledig onder de WBMV is uitgehaald. Dialyse was intussen een geheel uitontwikkelde zorgvorm, waarvan de beschikbaarheid van voldoende niveau was. Deregulering was daarom mogelijk. Om uittreding uit de WBMV mogelijk te maken heb ik destijds het veld aangespoord tot de ontwikkeling van een adequaat kwaliteitssysteem. Voor de ontwikkeling van het benodigde registratiesysteem heb ik een subsidie verleend. Op deze wijze heb ik de mogelijkheid voor dialysecentra om zich te kunnen laten certificeren ondersteund. Met het onder de WBMV uit halen van zorg vindt deregulering vanuit de overheid plaats voor deze vorm van zorg. Vanaf dat moment geldt voor deze zorg, evenals voor elke andere vorm van reguliere zorg, dat veldpartijen zelf verantwoordelijk zijn voor de randvoorwaarden, zoals registratie, die nodig zijn voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Ik verwijs hiervoor ook naar de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het verlenen van subsidie in de periode van deregulatie en de eerste jaren daarna heb ik daarom in 2003 beëindigd. Hierbij houd ik een afbouwperiode van twee jaar (in 2004 90% van de subsidie en in 2005 60% van de subsidie) aan.

##### *Financiering dialysecentra*

In Nederland leveren ongeveer 45 ziekenhuizen de behandeling dialyse. Daarnaast zijn er drie categorale dialysecentra die deze behandeling leveren. Er is één vergunning afgegeven aan een Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC) om dialyse te leveren. De dialyse die wordt geleverd door ziekenhuizen en categorale dialysecentra wordt gefinancierd via de FB-systematiek. De kapitaallasten worden gefinancierd op basis van nacalculatie waarmee deze instellingen hiervoor een garantie wordt verleend. Voor alle ZBCs geldt dat ze gefinancierd worden via integrale tarieven. Zij lopen daarmee risico over de totale kosten inclusief kapitaallasten. Onderzocht wordt of dit, in het kader van de gereguleerde marktwerking inclusief de

invoering van de DBCs, ook mogelijk is voor de (categorale) ziekenhuizen. Ik verwijs u hiervoor naar de brief die u in februari 2005 zal ontvangen zoals toegezegd in het WTZI debat.

## 5 Actal toets administratieve lasten

Op dit moment is de definitieve rapportage administratieve lasten nog niet klaar. Ik verwacht deze rapportage in de maand februari ter advies aan ACTAL aan te kunnen bieden. In de eerstvolgende periodieke voortgangsrapportage DBCs zal ik u over de uitkomsten van de Actal toets informeren.

## 6 Particuliere premiestijgingen

U vroeg mij om een overzicht van de premiestijgingen in de particuliere ziektekostenverzekeringen. Op dit moment zijn dit de bekende premiestijgingen in de particuliere markt.

1	CZ GROEP	5,8%
2	OHRA	8,8%
3	UNIVÉ	6,0%
4	AMICON	7,5%
5	AXA ZORG	8,8%
6	AGIS	8,8%
7	ONVZ	9,5%
8	Nationale Nederlanden	9,5%
9	Zwolsche Algemene	9,5%
10	DE GOUDSE	11,8%
11	DE FRIESLAND	4,4%
12	RIJNMOND	9,3%
13	OZ	8,8%
14	Zorg en Zekerheid	5,9%
15	Achmea Zilveren Kruis	10,5%
16	Achmea FBTO	5,5%
17	Geové	9,3%
18	Anderszorg	9,3%
19	NVS	9,8%
20	Stad Rotterdam	8,8%
21	Amersfoortse	8,8%
22	Woudsend	8,8%
23	VVAA	7,9%
	Gewogen gemiddeld	8,4%

Bron: Uiteenlopende openbare bronnen, 14 december 2004