

Stand van zaken invoering DBCs

Bij brief van 17 november 2005 (TK 2005-2006,29248, nr. 20) heb ik u geïnformeerd over de voortgang van de invoering van de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) voor de ziekenhuiszorg. Hierbij informeer ik u over de stand van zaken. Tevens doe ik mijn toezeggingen gestand u te informeren over de prijsdaling als gevolg van de invoering van consult DBC's, u een verslag te sturen van het gesprek met ziekenhuizen die werken met DRGs, en u te informeren over de uitkomst van het onderzoek naar het functioneren van het onderhoud van DBC's. In de technische voortgangsrapportage, vindt u een meer gedetailleerde toelichting op diverse onderwerpen. Tot slot, presenteer ik u in de bijlage namens de sector het verbeterplan "DBC's: eenvoudig beter". Dit plan is opgesteld door de betrokkenen de NVZ, NFU, Orde, ZN, NPCF en VWS en omvat een ambitieuze agenda om het DBC systeem te vereenvoudigen.

Leeswijzer: In paragraaf 1 doe ik verslag van de voortgang van de invoering van DBC's in het afgelopen half jaar en de genomen maatregelen tegen kinderziekten. In paragraaf 2 licht ik de gemeenschappelijke plannen voor verbetering en vereenvoudiging van het DBC systeem toe en ga ik in op de gewenste aansturing van de DBC's met het oog op de verdere invoering van DBC's in de ziekenhuiszorg.

Over de stand van zaken van de invoering van DBC's in de GGZ heeft u onlangs een aparte voortgangsrapportage ontvangen (CZ/GGZ-2687923, 2 juni 2006).

1. DBC invoering ziekenhuiszorg

Sinds enige jaren wordt gewerkt aan de introductie van een nieuw bekostigingssysteem in de ziekenhuiszorg. Bij de introductie hiervan zijn drie doelstellingen geformuleerd:

- 1) transparantie van het zorgaanbod: wie doet wat en tegen welke prijs;
- 2) prestatiebekostiging: loon naar werken;
- 3) introductie van marktwerking: meer concurrentie.

Om deze introductie zorgvuldig te laten verlopen is in 2003 gekozen voor een gefaseerd invoeringsmodel:

- Fase 1: DBC-experimenten waarbij ziekenhuizen en verzekeraars op vrijwillige basis kunnen onderhandelen over prijs en volume van een beperkt aantal DBC-groepen.
- Fase 2: Het grotendeels handhaven van de oude bekostigingssystematiek, maar volledige financiering van alle ziekenhuizen op basis van DBC's. Met een A-segment en een vrij B-Segment.
- Fase 3: Prestatiebekostiging en uitbreiding B-segment met afbouw van bestaande budgetzekerheden van ziekenhuizen en vervanging van de uniforme honorariumcomponent van de medisch specialistische zorg door een landelijk uurtarief.

Met ingang van 2005 bevindt de invoering van DBC's zich in de tweede fase. Vanaf die tijd is hard gewerkt aan het opsporen en het verhelpen van kinderziekten. In een continu proces

is een aantal kleinere verbeteringen doorgevoerd. Daarnaast is in de afgelopen periode ook een aantal grotere verbeteringen doorgevoerd om de geconstateerde problemen bij de nota's op te lossen en de door de medisch specialisten en de medewerkers van ziekenhuizen ervaren administratieve lasten te verminderen. Desalniettemin vraagt de complexiteit van het systeem een te grote inzet van betrokkenen.

1.1 Stand van zaken

Sinds de invoering van het DBC systeem per 1 januari 2005 hebben de betrokken partijen intensief de ervaringen gemonitord. Recentelijk nog is een enquête gehouden onder medisch specialisten, leden van raden van bestuur en medewerkers van ziekenhuizen, (vertegenwoordigers van) patiënten en verzekeraars. De uitkomsten hiervan worden meegenomen in de evaluatie van de DBC invoering (uitvoering motie Schouw) die ik voornemens ben eind juni als onderdeel van een brief over beleidsmatige vervolgstappen aan uw Kamer aan te bieden. Vooruitlopend hierop treft u hierbij enkele voorlopige bevindingen aan, die de huidige stand van zaken illustreren.

Eén van de invoeringsproblemen die tot hoge administratieve lasten leidde, betrof het uitvalpercentage binnen de ziekenhuizen. Dit betreft het percentage van wel geregistreerde, maar niet direct declareerbare DBCs. Dit percentage verschilt sterk tussen de ziekenhuizen. Veel ziekenhuizen hebben nu een uitval tussen 5% en 10%. Maatregelen die door de ziekenhuizen worden genomen om de uitval (verder) te beperken zijn: het analyseren van fouten, het corrigeren van fouten en centrale ondersteuning van het ziekenhuis naar de afdelingen. Ongeveer 61% van de ziekenhuizen ziet een verbetering in het registratiegedrag van medisch specialisten, terwijl 34% van de ziekenhuis geen verandering merkt. Een ander probleem dat direct met de invoering te maken had, was het verwerken van declaraties door zorgverzekeraars. Het percentage declaraties dat door zorgverzekeraars wordt afgewezen ligt nu rond de 5% en lijkt stabiel. Dit percentage wijkt niet noemenswaardig af met het percentage van voor de invoering van DBCs.

Daarnaast zijn aparte afspraken gemaakt over het invullen van de rechtmatigheid in dit invoeringsjaar. Intensieve monitoring leert dat het ziekenhuizen eind vorig jaar gelukt is om voor circa 75% te voldoen aan de declaratie-eisen die bij invoering van DBCs in sterke mate verzwaard zijn. Over aanvullende controles op risicogebieden en een verbeterplan zijn adequate afspraken gemaakt. Inmiddels heeft circa 60% van de ziekenhuizen een bestuursverklaring afgegeven over het boekjaar 2005, vaak met daarbij een verbeterplan om tekortkomingen aan te pakken.

Onderdeel van de monitoring van de invoering van de DBC systematiek, is in opdracht van het ministerie ook opdracht gegeven om bij ziekenhuizen gegevens te verzamelen over het jaar 2005 om ten behoeve van de schadelastontwikkeling zicht te houden op het verloop van de declaratie van DBCs en het onderhanden werk. Uit analyse van deze gegevens komt naar voren dat er sprake is van een substantiële overdekking van de budgetten van ziekenhuizen in 2005 die boekhoudkundig wordt gecompenseerd in 2006 en eveneens leidt tot correcties voor de overdekking 2005 ten behoeve van de verzekeraars. Inmiddels heb ik met alle partijen afspraken gemaakt om dit probleem op te lossen. Het betreft een boekhoudkundig vraagstuk dat geen relatie heeft met de zorgverlening of premiestelling. In de bijlage wordt een nadere toelichting gegeven op de problematiek en oplossingen.

1.2 Verbeteringen DBC systeem in 2006

Bij het invoeren van verbeteringen in het DBC systeem staat zorgvuldigheid voorop. Het gaat dan met name om nauwkeurige uitwerking van de maatregelen, alsmede om voldoende bouwtijd voor ICT leveranciers en voldoende implementatietijd bij ziekenhuizen en verzekeraars. Tevens moeten de verwachte (financiële) effecten van dergelijke maatregelen van te voren bekend zijn, om ongewenste gevolgen te voorkomen.

Om die redenen is uiteindelijk besloten om het verbeterpakket, waartoe in een bestuurlijk overleg van 6 september 2005 is besloten, in twee keer in te voeren. Daarbij zijn de verbeteringen voor de patiënt als eerste doorgevoerd. Het ging daarbij om:

- verduidelijking DBC factuur,
- invoering DBC consult,
- het minimaliseren van tariefsverschillen voor zorg zonder aanspraak.

Deze verbeteringen zijn doorgevoerd per 1 februari 2006. Voor een nadere toelichting op deze maatregelen verwijst ik naar de voortgangsrapportage DBCs van november 2005.

Het tweede deel van het verbeterpakket is gericht op het reduceren van de ervaren administratieve last van medisch specialisten en de medewerkers van ziekenhuizen. Dit bevat maatregelen, zoals het verminderen van uitval bij parallelle DBCs en spoedeisende hulp, het opleveren van eenduidiger instructies, de wijze van registreren van medebehandeling en het automatisch verwerken van DBCs voor zorg waarop geen aanspraak bestaat. In combinatie met nieuwe data leiden deze maatregelen tot een substantiële aanpassing van de huidige tarieven. Vanwege het gebrek aan goede informatie over de effecten hiervan heeft de stichting DBC Onderhoud medio mei besloten om dit pakket maatregelen nog niet voor te leggen aan het CTG/ZAio. Ik ga er van uit dat in het najaar van 2006 alsnog voldoende duidelijkheid bestaat om de invoering van de maatregelen verantwoord te kunnen laten plaatsvinden per 1 januari 2007.

Met de doorgevoerde wijzigingen en de op handen zijnde verbeteringen per 1 januari 2007 worden voor de korte termijn de meest noodzakelijke aanpassingen in het systeem doorgevoerd. Daarmee is er nog allerm minst reden om daarna achterover te leunen. Op de korte termijn, is het noodzakelijk om evidente verbeteringen door te voeren. Uit de sector komen regelmatig voorstellen ter verbetering over bijvoorbeeld DBCs die wel of niet declarabel zijn, uitval die wordt veroorzaakt door omissies in het systeem en dergelijke. Daarnaast brengt de complexiteit met zich mee dat vele registratie-instructies multi-interpretabel zijn. Hier dienen ook op korte termijn verbeteringen te worden doorgevoerd. Om deze redenen blijft het DBC systeem op de werkvloer te veel tijd vergen en onder kritiek liggen. Opvallend blijft wel dat deze kritiek per specialisme en ziekenhuis sterk verschillend is. Daarnaast blijkt uit veldonderzoek dat er binnen het huidige systeem nog voldoende mogelijkheden zijn om de lasten te verkleinen (bijvoorbeeld door goede ondersteuning aan medisch specialisten en slimmere ICT-ondersteuning).

Tot slot, blijkt uit de monitor ook dat het gebrek aan zicht op een vereenvoudigd DBC systeem en het doel, de beleidsmatige vervolgstappen, de kritiek op het huidige systeem versterkt. Dit frustreert het willen verbeteren van het huidige systeem. De aandacht voor huidige problemen, de structurele vereenvoudiging van het DBC systeem en de invoering van prestatiebekostiging, waarin loon naar werken centraal staat zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Ik ben daarom verheugd dat recentelijk de brancheorganisaties samen met

VWS eensgezind afspraken hebben gemaakt over een sterke vereenvoudiging van het DBC systeem. Daar wordt in paragraaf 2 op ingegaan. Daarnaast ben ik met de sector in overleg over de invoering van prestatiebekostiging met daarin als belangrijk element de uitbreiding van vrije prijsvorming. Zoals hiervoor gesteld, is mijn verwachting dat ik u hierover voor het zomerreces in een separate brief, inclusief de uitkomsten van de DBC evaluatie, kan informeren.

2. Afspraken over aanpak vereenvoudiging DBC systeem: "DBC's: eenvoudig beter"

De invoering van het DBC systeem toont aan dat om verschillende redenen het systeem te complex is geworden. Vereenvoudiging is een noodzaak. Vereenvoudiging moet wel in de juiste context geplaatst worden. Het moet immers de huidige problemen oplossen en de introductie van prestatiebekostiging en uitbreiding van het aantal DBC's met vrije prijzen ondersteunen.

In samenwerking met de betrokken brancheorganisaties – NVZ, NFU, Orde van Medisch Specialisten, ZN en de NPCF – is een ambitieus verbeterplan "DBC's: eenvoudig beter" opgesteld. Dit plan bevat cruciale stappen, die de weeffouten in de basis van het DBC systeem aanpakken. Het plan zal op alle niveaus van het DBC systeem tot een aanzienlijke vereenvoudiging leiden, en is onder andere gebaseerd op de voorstellen van de Orde van Medisch Specialisten "DBC moet, maar dan goed!" en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen "verbeteren door vereenvoudigen". Tevens zijn er gezamenlijk afspraken gemaakt om dit plan te voorzien van verdere uitwerking en concrete resultaten en tijdspaden. Het verbeterplan betreft met name structurele systeemtechnische wijzigingen en sluit aan bij mijn voornemens tot verbetering van het DBC systeem die ik u in de voortgangsrapportage van november 2005 heb gemeld.

Een fundamentele vereenvoudiging in dit plan betreft het uniformeren van de 24 specialisme specifieke typeringssystemen naar één systeem. Daarnaast wordt het systeem voor de medisch specialist eenvoudiger. In plaats van een arbeidsintensief proces van vooraf typeren en goed keuren, gaat dit plan ervan uit dat de specialist de diagnose typeert en de uiteindelijke DBC wordt afgeleid uit de verschillende registratiesystemen. In de bijlage worden de tien punten verder uitgewerkt. Overigens leert recent onderzoek dat in de huidige ICT-systemen veel meer mogelijkheden zitten om de DBC-registratie te ondersteunen dan bekend is bij of gebruikt wordt door ziekenhuizen en medisch specialisten.

Sterk afhankelijk voor het tempo van de vereenvoudiging is enerzijds de beschikbaarheid van de juiste informatie om verbeteringen verder uit te werken. In de bijlage wordt ingegaan op de voortgang van het DBC Informatiesysteem (DIS). Anderzijds betreft het een adequate aansturing en de werking van het onderhoud van DBC's. Gelet op de ervaringen in 2005 heeft VWS mede op verzoek van de Tweede Kamer door Het Expertise Centrum (HEC) een onderzoek laten doen naar de ervaringen en mogelijke verbeteringen binnen de onderhoudsketen en de aansturing van het DBC traject. Over de aansturing en betrokkenheid van de verschillende partijen heb ik onlangs afspraken gemaakt. Naar aanleiding van de uitkomsten van het HEC-onderzoek zijn inzake de organisatie van de onderhoudsketen de stichting DBC Onderhoud, CTG/ZAio en CVZ bezig met het uitwerken van een voorstel. Dit voorstel was bij het schrijven van deze voortgangsrapportage nog niet afgerond. Zie voor een beschrijving van de uitkomsten van het HEC-onderzoek de bijlage.



3. Tot slot

Sinds 1 januari 2005 is terecht de meeste aandacht uitgegaan naar het verhelpen van kinderziektes in het DBC systeem. De meest acute kinderziektes zijn of worden op korte termijn verholpen, maar zoals ik hiervoor heb aangegeven zijn verdere verbeteringen in het huidige systeem nog hoogst noodzakelijk. Het systeem is te bewerkelijk voor medisch specialisten, ziekenhuizen en verzekeraars. Deze verbeteringen moeten wel gezien worden vanuit de relatie met de voorgestelde structurele vereenvoudiging van het DBC systeem en de gewenste invoering van prestatiebekostiging met uitbreiding van vrije prijsvorming. Het één kan niet zonder het ander. De huidige kritiek op het DBC systeem is hier ook voor een gedeelte aan toe te wijzen. Het gezamenlijke verbeterplan "DBC's eenvoudig beter" legt mijns inziens hiervoor een goede basis: ter verbetering van het systeem en als ondersteuning bij de voorbereiding naar een systeem met loon naar werken.

Bijlage 1 Thematische voortgangsrapportage

In deze technische voortgangsrapportage wordt de laatste stand van zaken weergegeven per thema. De thema's zijn:

1. Consult DBC
2. DBC Informatiesysteem
3. Onderzoek naar het functioneren van het onderhoud van het DBC systeem
4. Uitkomsten onderzoek schadelast/overdekking 2005
5. Lessen leren van het DRG systeem
6. Stand van zaken invoering DBCs in categorale instellingen
7. Administratieve lasten en DBCs

1. Consult DBC

Mevrouw Arib stelde mij op 27 februari jongstledenl. vragen over hoge en onbegrijpelijke ziekenhuisnota's (2050608740). Conform mijn toezegging in de beantwoording daarvan zal ik hierbij informatie verstrekken waaruit uit cijfers van stichting DBC Onderhoud blijkt met hoeveel procent de tarieven van kortdurende consulten zijn gedaald.

In de tabel vindt u in de tweede kolom het gewogen gemiddelde tarief dat een patiënt verschuldigd was voor een poliklinische DBC met slechts één consult, vóór de invoering van het consult DBC. In kolom drie vindt u het tarief dat een patiënt verschuldigd is voor een poliklinische DBC met één consult met eventuele verrichtingen minder dan €100 na de invoering van de consult DBC per 1 februari 2006. In de laatste kolom ziet u de procentuele prijsdaling voor enkelvoudige poliklinische consulten. Het kostendeel van het ziekenhuis en het honorariumtarief zijn in deze berekening bij elkaar opgeteld. Het verrekentarieef dat per ziekenhuis verschilt, is in deze berekening niet meegenomen.

VFFS

Specialisme	Tarief van een poliklinische DBC vóór 1 feb 2006	Tarief van een consult DBC	procentuele prijsdaling
Oogheelkunde	€ 121,27	€ 95,70	21,1%
KNO	€ 221,25	€ 106,20	52,0%
Heelkunde	€ 310,24	€ 118,55	61,8%
Plastisch Chirurgie	€ 378,41	€ 98,45	74,0%
Orthopedie	€ 223,84	€ 103,70	53,7%
Urologie	€ 418,48	€ 145,85	65,1%
Gynaecologie	€ 272,09	€ 119,35	56,1%
Neurochirurgie	€ 285,07	€ 112,20	60,6%
Dermatologie	€ 177,10	€ 82,40	53,5%
Interne Geneeskunde	€ 601,35	€ 235,40	60,9%
Kindergeneeskunde	€ 254,01	€ 113,70	55,2%
Gastro-Enterologie	€ 497,32	€ 129,45	74,0%
Cardiologie	€ 270,22	€ 173,30	35,9%
Longgeneeskunde	€ 482,18	€ 180,30	62,6%
Reumatologie	€ 395,70	€ 182,35	53,9%
Allergologie	€ 378,95	€ 235,50	37,9%
Cardio-pulmonale Chirurgie	€ 339,76	€ 114,00	66,4%
Neurologie	€ 358,47	€ 120,50	66,4%
Radiotherapie	€ 243,14	€ 107,30	55,9%
Anesthesiologie	€ 203,45	€ 98,80	51,4%

2. DBC Informatiesysteem

De levering van gegevens aan het DBC informatie systeem (DIS) is sinds december 2005 op gang gekomen. Eén van de oorzaken van deze vertraging was de wens om gegevens op individueel persoonsniveau in het DIS te kunnen verwerken en daartegenover de onwenselijkheid hiervan uit hoofde van de privacy.

Om de levering van gegevens aan het DIS niet langer op te houden, is besloten om gegevens van patiënten ontdaan van persoonskenmerken aan het DIS te leveren. Tegelijkertijd is gewerkt aan een technische oplossing die erin voorziet dat persoonsgegevens worden versleuteld tot een pseudo-identiteit. Aan de versleuteling wordt de eis gesteld dat deze niet omkeerbaar is. De verwachting is dat deze oplossing vanaf augustus 2006 ingevoerd kan worden bij de ziekenhuizen. Het College Bescherming Persoonsgegevens is betrokken bij de uitwerking van deze oplossing.

Nadat december 2005 de DIS leveringen op gang zijn gekomen, zijn ziekenhuizen in hoog tempo aangesloten op het DIS. In eerste instantie betrof dit de levering van DBC gegevens, later zijn ook wachttijdgegevens aangeleverd. Eind mei 2006 zijn 78 van de 100

ziekenhuizen aangesloten op het DIS. De vulling van het DIS van de gegevens over het jaar 2005 bedraagt (eind mei) 67% voor DBCs en 42% voor wachttijden. De uitlevering van DBC gegevens aan de afnemers, stichting DBC Onderhoud, CTG/ZAio, CVZ en VWS, is inmiddels van start gegaan. De gegevens over wachttijden komen na de zomer beschikbaar op www.kiesbeter.nl. De vastlegging van wachttijden binnen ziekenhuizen en het DIS geschiedt op dit moment op dezelfde wijze als in het verleden door Prismant is gedaan. De wachttijden worden in een aparte registratie bijgehouden op het niveau van het specialisme.

Op termijn is het mogelijk met behulp van de (datum van) afspraken en verrichtingen binnen een DBC, om wachttijden voor een individuele DBC af te leiden uit het DIS. Een aparte registratie van wachttijden is dan niet meer noodzakelijk. Binnenkort worden gesprekken gestart met ICT leveranciers en ziekenhuizen om de mogelijkheden hiervoor te onderzoeken.

3. Onderzoek naar het functioneren van het onderhoud van het DBC systeem

In december 2005 heb ik u toegezegd het functioneren van het onderhoud van DBCs en de samenwerking tussen de onderhoudspartijen te onderzoeken. Ik heb hiertoe Het Expertisecentrum (HEC) opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren. De onderhoudspartijen betreffen de Stichting DBC Onderhoud, het CTG/ZAio. In het onderzoek zijn ook de brancheorganisaties betrokken. Uit het onderzoek komt de aanbeveling om aan drie sporen te werken ter verbetering van de samenwerking:

- Spoor 1: gezamenlijk werken aan *urgente doelen* voor onderhoud van DBC-systematiek via herdefinitie van werkprocessen en verwachtingenmanagement. Dit is inmiddels in gang gezet.
- Spoor 2: gezamenlijk werken aan *structurele doelen* voor onderhoud van DBC systematiek, mede op basis van ervaringen bij het werken aan de urgente doelen. Zoals gemeld in de bijgevoegde brief, zijn de betrokken partijen hiervoor een voorstel aan het ontwikkelen.
- Spoor 3: gezamenlijk *expliciteren van vooronderstellingen en focus* in doelstellingen van de DBC systematiek. Dit spoor beoogt de vooronderstellingen van partijen over de DBC systematiek te expliciteren en te komen tot een focus in doelstellingen van de DBC systematiek en de beleidsmatige vervolgstappen. Zoals ik heb aangegeven, zal ik u hierover op korte termijn informeren.

4. Uitkomsten onderzoek overdekking

Aanvullend op de reguliere monitoring van de invoering van de DBC systematiek, heb ik ook opdracht gegeven om bij ziekenhuizen gegevens te verzamelen over het jaar 2005 om ten behoeve van de schadelastontwikkeling zicht te houden op het verloop van de declaratie van DBCs en het onderhanden werk. Uit analyse van deze gegevens komt naar voren dat er sprake is van overdekking van de budgetten van ziekenhuizen in 2005. De declaraties van DBCs (inclusief verrekenpercentage) en aangevuld met het onderhanden werk, zijn landelijk naar schatting fors hoger dan de budgetten. Op grond van landelijke beschikbare gegevens is het juiste bedrag moeilijk te ramen. Met behulp van verschillende aannames is de verwachting dat de overdekking tussen de één en twee miljard euro bedraagt. Bij medisch specialisten is een lichte overdekking geconstateerd. Hoewel het hier gaat om rechtsgeldige tarieven en declaraties leidt de overdekking bij verzekeraars tot een te hoge schadelast 2005, die slechts ten dele in 2006 wordt gecompenseerd. De belangrijkste verklaring van de

overdekking is een te lage inschatting (in 2004) van het verwachte volume aan geregistreerde en gedeclareerde DBCs. De verrekenarieven zijn daardoor hoger dan noodzakelijk vastgesteld. Het grotere volume geregistreerde DBCs met het (te) hoge verrekenpercentage, leiden voor 2005 tot een te hoge opbrengst in vergelijking met het FB-budget.

Het huidige FB-systeem kent al jaren gevallen van over- en onderdekking. Normaliter wordt op instellingsniveau overdekking van het budget in 2005 via het verrekenpercentage in 2006 gecorrigeerd. Echter, dit automatisme kan bij de overgang van 2005 naar 2006 niet gehanteerd worden door enerzijds de invoering van de Zorgverzekeringswet met verschillen in risico-vereveningsregimes en anderzijds door het grote aantal verzekerden dat van verzekeraar is veranderd. Immers, de voordelen van het lagere verrekenpercentage in 2006 komen dan deels bij de verkeerde verzekeraar terecht (door de verschuiving van verzekerden) en worden daarnaast afgeroomd door de risico-verevening.

Het gaat om een boekhoudkundig probleem waarbij schatting versus feitelijke registratie en declaratie van zorg samenlopen met de invoering van de Zorgverzekeringswet. De oplossing ligt derhalve in het sluitend maken van de boeken. Door ervoor zorg te dragen dat de verzekeraars gecompenseerd worden voor de overdekking in 2005 is er geen invloed op de premies van verzekerden en het BKZ. De overdekking is tevens niet van invloed op het resultaat (verlies en winst) van de ziekenhuizen. Dat wordt namelijk bepaald door de vergelijking tussen het FB-budget en de ziekenhuiskosten. De oplossing voor dit probleem ligt in het administratief naar rato terug sluisen van de extra financiering van ziekenhuizen in 2005 naar de betrokken zorgverzekeraars. In samenwerking met CTG/ZAio en ZN wordt hiervoor een oplossing uitgewerkt, waarbij tevens wordt voorkomen dat dit zich volgend jaar wederom voordoet.

Recentelijk heb ik hierover met de betrokken brancheorganisaties afspraken gemaakt.

5. Lessen leren van het DRG systeem

In de voortgangsrapportage DBCs van 17 november 2005 en in de onderhavige voortgangsrapportage heb ik u gemeld dat ik het DBC systeem verder wil vereenvoudigen. Bij de uitwerking van deze vereenvoudiging is het van groot belang om te leren van de ervaringen in het buitenland met het DRG-systeem. Tevens kan geleerd worden van ervaringen van de Nederlandse ziekenhuizen die naast de DBC systematiek ook gebruik maken van de DRGs. Dit was voor mij de aanleiding om met enkele vertegenwoordigers van die ziekenhuizen te spreken. Tevens heb ik gesproken met 3M en Prismant die beiden veel ervaring hebben met het DRG-systeem. In het algemeen overleg DBCs van 13 december 2005 heeft u mij gevraagd om een verslag van de gesprekken met vertegenwoordigers van ziekenhuizen die reeds werken met het DRG systeem. Dit verslag is bijgevoegd als bijlage. Voordat ingegaan wordt op de aanbevelingen, worden kort de overeenkomsten en verschillen tussen DRGs en DBCs geschetst.

De DRGs (Diagnosis Related Groups) vinden hun oorsprong in de Verenigde Staten in 1983. Daar werd het gebruikt als "prospective payment system" voor Medicare (curatieve ziekenhuiszorg voor senioren). DRGs worden door een grouper gevormd op basis van ICD diagnose, behandeling, leeftijd, sexe en de aanwezigheid van comorbiditeit. Het DRG systeem is daarna verder ontwikkeld en in veel andere landen ingevoerd.

In 2000 is besloten om ook in Nederland een zogenoemd patiëntclassificatiesysteem te gebruiken voor de bekostiging van de ziekenhuiszorg. Nederland had echter als doel om het nieuwe bekostigingssysteem ook te gebruiken voor marktwerking en als prestatiebekostiging met loon naar werken. Op dat moment was er geen DRG systeem voor handen die voor de gestelde doelen gebruikt kon worden. Het honorarium van medisch specialisten was immers niet inbegrepen in de DRGprijs en daarnaast waren er toen nog geen DRGs voor poliklinische zorg. Onder andere op basis van een internationale DRGanalyse is toen besloten om Diagnose Behandeling Combinaties te ontwikkelen. Een DBC staat voor de complete behandeling van een patiënt. Er is dus sprake van één declarabel product (de DBC) die het geheel aan ziekenhuisactiviteiten van een patiënt in het kader van een bepaalde zorgvraag omvat, dus inclusief het honorarium van de medisch specialist en zowel klinische zorg als dagbehandeling. De DBC wordt gevormd doordat de medisch specialist vooraf de zorg typeert op basis van de diagnose, het zorgtype, de zorgvraag, en de behandeling.

Intussen staat de ontwikkeling van beide systemen niet stil en kan geconstateerd worden dat ze naar elkaar toegroeien. Zo zijn er nu ook versies van het DRG systeem die ook toegepast kunnen worden op de poliklinische zorg. In het verbeterplan DBCs is het voornemen opgenomen om de ICD diagnose in te voeren in de DBC systematiek en worden DBCs in technische zin afgeleid, een werkwijze die bij de DRG systemen de basis vormt.

6. Stand van zaken invoering DBCs bij categorale instellingen

Bij de categorale instellingen wordt hard gewerkt aan introductie van de DBCsystematiek. Een belangrijke reden hiervoor is het aansluiten bij DBCsystematiek van de (academische) ziekenhuizen. Daarnaast moet ook voor categorale instellingen inzicht ontstaan in eigen functioneren en moeten producten op basis van een eenduidige taal vergeleken kunnen worden met producten van andere zorgaanbieders.

De radiotherapeutische instellingen en dialyse centra zijn per 1 februari 2006 gaan registreren en declareren op basis van DBCs. Voor de overige categorale instellingen geldt een gefaseerde invoering: vanaf 1 januari 2006 registreren epilepsie-, longrevalidatie- en astma-instellingen. Vanaf 1 april 2006 registreren audiologische centra. Per 1 januari 2007 zullen deze instellingen ook op basis van DBCs gaan declareren.

Voordat declaratie mogelijk is, moet gekomen worden tot kosten- en medisch homogene producten. Bij bovengenoemde drie sectoren heeft DBCOnderhoud analyses uitgevoerd op de aangeleverde registraties (kwaliteitsbeoordeling en homogeniteitanalyse). In de aanlevering van gegevens door de longrevalidatie- en astma-instellingen is vertraging opgetreden, waardoor declaratie per 1 januari 2007 ter discussie staat. De definitieve analyseresultaten zijn eind juli 2006 beschikbaar. Op dit moment kan met zekerheid worden bepaald of declaratie op basis van DBCs per 2007 haalbaar en wenselijk is.

Het traject voor de revalidatie-instellingen loopt vertraging op. Reden hiervoor is dat de revalidatie-instellingen meer tijd nodig hebben gehad om een eensluidende typeringslijst van DBCs op te stellen, afgestemd met de ziekenhuizen en UMCs. Op 14 april jongstleden heeft bestuurlijk overleg plaatsgevonden tussen VWS en RN. Naar aanleiding hiervan is besloten het moment van declaratie met een jaar op te schuiven naar 1 januari 2008. Inmiddels is dit

aan de betrokken instellingen gecommuniceerd door Revalidatie Nederland en hebben de 24 revalidatie-instellingen ingestemd met het ontwikkelde model. Dit model zal met aanvullende argumentatie en enkele aanpassingen ter beoordeling aan DBC Onderhoud en CTG/ZAio worden aangeboden. Na deze beoordeling kan voor het verdere traject een spoorboekje worden opgesteld.

7. Administratieve lasten en DBCs

Op 6 juni jl. heb ik u tijdens een algemeen overleg over de verantwoording toegezegd in de reguliere voortgangsrapportage DBCs in te zullen gaan op de kosten van invoering van DBCs. In de vorige voortgangsrapportage van november 2005 heb ik u over de uitkomsten van de toets van Actal op de administratieve lasten geïnformeerd. Op verzoek van de Tweede Kamer is de notitie "De introductie van DBCs en administratieve lasten" alsmede het advies van Actal hierop op 2 maart 2006 nagezonden. In deze notitie wordt onderscheid gemaakt tussen incidentele en structurele lasten. Op dit moment is er geen andere informatie voorhanden aangaande de administratieve lasten door invoering van DBCs.

Bijlage 2: Verslag overleg met vertegenwoordigers van ziekenhuizen DBCs en DRGs

Aanwezig:

Vertegenwoordigers van Reinier de Graaf Gasthuis, Catharina Ziekenhuis, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk, VU Medisch Centrum

Aanleiding gesprek

De DBC systematiek en de DRG systematiek worden te vaak als alternatief voor elkaar benoemd. De beide systemen ontwikkelen echter naar elkaar toe. Bij de vereenvoudiging van de DBC systematiek zijn lessen die geleerd kunnen worden van de ervaringen met de DRG systematiek van belang. Daarom heeft VWS aan een aantal ziekenhuizen die op grond van de DRGs een zorgzwaarte onderzoek hebben laten uitvoeren, gevraagd de ervaringen uit te wisselen. De Tweede Kamer heeft verzocht om een verslag van de bevindingen.

Aanleiding voor ziekenhuizen om te participeren aan zorgzwaartemonitor

De vertegenwoordigers gaven aan dat zij benaderd zijn door Prismant om te participeren aan de DRG zorgzwaartemonitor. Reden voor deelname van deze ziekenhuizen en universitair medisch centrum, betrof het feit dat ze een specifieke, specialistische of topklinische functie hebben. De zorgzwaartemonitor op grond van DRGs geeft inzicht in de specifieke casemix van een ziekenhuis. De ziekenhuizen gaven aan dat dit inzicht in voorbereiding op invoering van DBC bekostiging en uitbreiding van onderhandelbare prijzen een strategisch doel dient. Deelname aan de zorgzwaartemonitor lag voor de hand, omdat ze reeds de beschikking hadden over de noodzakelijke gegevens voor de monitor (de LMR, de LAZR en persoonsgegevens).

Door de monitor kregen deze ziekenhuizen inzicht in de zorgzwaarte en de casemix van hun aanbod en in de financiële effecten daarvan. De uitkomsten benutten ze strategisch. In enkele ziekenhuizen zijn de uitkomsten gepresenteerd aan de medisch staven. Daarnaast heeft een aantal deelnemende ziekenhuizen de verschillen in zorgzwaarte onderling vergeleken. Alle deelnemende ziekenhuizen gaven aan dat de uitkomsten aanvullend inzicht verschaffen. De meerwaarde ten opzichte van het DBC systeem hierbij is dat er een uniforme diagnosesetaal gehanteerd wordt in combinatie met via een andere registratie toegevoegde patiëntkenmerken, zoals leeftijd.

Verschillen tussen DBC en DRG

Met het oog op de invoering van DBCbekostiging en de discussie over de verdere liberalisering van de tarieven (naar aanleiding van de uitvoeringstoets van het CTG/ZAio) is met de aanwezigen besproken of de DRG systematiek bruikbaar zou zijn voor bekostiging en onderhandelingen over volume en prijs. Hierbij is een aantal aspecten aan de orde gekomen:

- bruikbaar in de communicatie richting de patiënt
- de noodzaak van een uniforme producttaal
- bruikbaar voor onderhandeling tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis
- bruikbaar voor declaratie
- of zorgzwaarte een onderdeel van het product moet zijn, of juist een item voor de onderhandeling.

De opvattingen over de bruikbaarheid van DRGs in een geliberaliseerd bekostigingsmodel liepen uiteen. Een deel van de aanwezigen was van mening dat voor marktwerking een heldere producttaal nodig is richting de patiënt. DRGs zijn hiervoor niet goed bruikbaar, omdat de DRG groepen te globaal zijn en de patiënt zo geen inzicht krijgt in de geleverde zorg. Een lager abstractie niveau, is gewenst.

De opvattingen waren verdeeld over hoe de onderhandelingen over de prijs bij de zorginkoop zouden moeten plaatsvinden. Eén van de ingebrachte standpunten luidde dat de onderhandelingen voor zorg in natura gebaseerd kunnen worden op de capaciteit, bijvoorbeeld het aantal bedden en de doorstroom. In dat geval is een factuur aan de patiënt niet nodig en zouden ook geen DRGs of DBCs noodzakelijk zijn.

Een andere opvatting was dat de inkoop losgekoppeld kan worden van de declaratie omdat het twee markten betreft. Declaratie zou kunnen plaatsvinden per product per patiënt. Een DRG biedt namelijk geen soelaas voor de klant die inzicht wil in het product en het tarief. Het is dan aan de verzekeraar om hier een gemiddelde van te maken en dit te matchen met datgene dat in DRG (of DBC) groepen is afgesproken bij de inkoop. Voor deze inkoop zouden circa 200 onderhandelsgroepen voldoende zijn.

Een ander discussiepunt betrof de producttaal voor de onderhandelingen bij de zorginkoop en of die landelijk vastgelegd moet worden. Vanwege de vergelijkbaarheid zou een uniforme producttaal zoals de DRG systematiek wel wenselijk zijn.

Ook waren de opvattingen verdeeld over of de zorgzwaarte een onderdeel moet zijn van de producttaal (zoals bij de DRGs het geval is), of dat er een product moet zijn waarbij de zorgzwaarte een van de instrumenten is dat gebruikt kan worden bij onderhandelingen over de inkoopprijs. In beide gevallen zou vanwege de vergelijkbaarheid een uniforme vastlegging van de zorgzwaarte wenselijk zijn.

Geconcludeerd werd dat DRGs door de vertegenwoordigers van ziekenhuizen gebruikt zijn voor retrospectieve classificatie van zorg. DRGs zijn niet zonder meer geschikt voor marktwerking waarbij de klant vooraf inzicht wil in het tarief en het product.

Aanbevelingen voor DBC systematiek in relatie tot de DRG systematiek

- DBC diagnoses moeten over de specialismen heen worden geüniformeerd.
- DBC diagnose bij voorkeur gekoppeld aan ICD vanwege de internationale vergelijkbaarheid en de medisch inhoudelijke analyses. Maak daarbij gebruik van de kwaliteit van de bestaande registraties.
- DBC groepen moeten medisch herkenbaar worden.
- DRGs bieden hiervoor een referentiekader en kan als uitgangspunt genomen worden.
- DBC registratie en uitkomsten koppelbaar maken met patiëntkenmerken die de zorgzwaarte bepalen.
- De basisregistratie en de producttaal moeten landelijk uniform worden vastgelegd. Hóe dit moet worden geregistreerd is zaak van de ziekenhuizen.
- Het huidige DBC systeem probeert teveel doelen te dienen.
- Leer van de ervaringen bij de ontwikkeling van DRGs, bijvoorbeeld rondom specifieke functies als de acute zorg. Communiceer ook wat is geleerd.
- Accepteer dat de DBC (en ook de DRG) prijs is gebaseerd op bepaalde bandbreedte (gemiddelde). Het systeem wordt anders te ingewikkeld en te moeilijk om te onderhouden. Bezwaar vanuit consumenten komt vooral door onbekendheid met de hoogte van ziekenhuiskosten. Bewustwording heeft tijd nodig. Taak voor communicatie hierover door ziekenhuis én overheid.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

14

Kenmerk

DBO-CB-U-2682919



Tot slot, werd er door aanwezigen en ondersteund door VWS een oproep gedaan om in ieder geval de huidige LMR te blijven hanteren totdat er een functionerend alternatief voor handen is.

Bijlage 3: Verbeterplan "DBC's: eenvoudig beter"

Met alle betrokken brancheorganisaties is afgesproken dat de partijen een gezamenlijk voorstel opstellen als antwoord op de vele punten van kritiek op het DBC systeem. Die kritiek werd dikwijls uitgedrukt als een noodzaak tot vermindering, bijvoorbeeld vermindering van het aantal DBC's. Dat kan weliswaar leiden tot een meer hanteerbaar systeem, maar er moet voor gewaakt worden dat het niet leidt tot vergroving van tarieven of verminderde transparantie. Alle partijen hebben voorstellen ter verbetering van de DBC's geformuleerd, die vervolgens in gezamenlijkheid getoetst zijn aan de DBC doelstellingen en op hun onderlinge samenhang. Het resultaat is het onderhavige voorstel 'DBC's eenvoudig beter' van de NVZ, NFU, Orde van Medisch Specialisten, de NPCF en VWS, bestaande uit tien punten:

1. Enkelvoudige vastlegging ten behoeve van meervoudig gebruik.

Als uitgangspunt moet een uniforme bronregistratie nagestreefd worden die het mogelijk maakt om éénmalig vastgelegde gegevens meervoudig te gebruiken, en bepaalde nieuwe informatie op een landelijk uniforme manier af te leiden uit de brongegevens. De uniforme bron leidt tot eenheid in taal en minimale administratieve lasten.

2. Verbeteren basisregistratie

Om enkelvoudige vastlegging te bereiken is een belangrijke verbetering in de basisregistratie noodzakelijk. Dit bestaat uit:

2a. Uniformeren nomenclatuur (eenduidige definitie en betekenis van gegevens)

- De huidige verschillen tussen typeringslijsten per specialisme moeten weggenomen worden. Daartoe moeten keuzes gemaakt worden met betrekking tot schrijfwijze en betekenis van de uniforme coderingen.
- Vergroten van het aantal geregistreerde verrichtingen/activiteiten die van invloed zijn op het zorgprofiel, om nauwkeurige afleiding van producten uit de bronregistratie mogelijk te maken. Deze uitbreiding van de activiteitenregistratie is een voorwaarde voor (gedeeltelijke) afleiding van de DBC.

2b. Uniformering toepassingsregels (instructies)

Naast uniformering in de vorm en betekenis van de vast te leggen gegevens (nomenclatuur) is ook uniformiteit in de toepassing ervan nodig (toepassingsregels), in het bijzonder omtrent de momenten van openen en sluiten van DBC's, de keuze voor het zorgtype en omgang met paralleliteit. Deze toepassingsregels zijn opgenomen in de instructies van de wetenschappelijke verenigingen, maar zijn nog niet uniform en onvoldoende expliciet. Stichting DBC Onderhoud heeft een aanzet gegeven in de vorm van een instructie-template. Op basis van dit template kunnen de instructies uniform gemaakt worden, waardoor controle op naleving en een adequate validatie eenvoudiger wordt.

3. ICD codering gekoppeld aan DBC registratie

Diagnoseregistratie in ICD vorm vindt in de overgrote meerderheid van de ziekenhuizen plaats ten behoeve van landelijke en internationale medische registratie. Diagnoseregistratie in DBC vorm vindt in alle ziekenhuizen plaats ten behoeve van producttypering en bekostiging/financiering. In de DBC systematiek is geen relatie tussen beide diagnose registratievormen voorzien. Het streven naar een enkelvoudige vastlegging van gegevens ten

behoefte van meervoudig gebruik kan hier wellicht uitmonden in één diagnoseregistratie die zowel voor de (inter)nationale medische registratie in ICD vorm als voor producttypering in DBC vorm gebruikt kan worden.

Over de wenselijkheid van uitlevering van ICD coderingen door ziekenhuizen is overeenstemming. Nader onderzoek in pilot studies moet uitsluitsel geven over de optimale vormgeving van diagnoseregistratie. Stichting DBC Onderhoud voert deze studies uit.

Tevens is de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) voornemens nader onderzoek uit te voeren naar de mogelijkheden.

4. Specialist typeert alleen diagnose en waar nodig behandeling.

De typering van DBCs door, of onder verantwoordelijkheid van, medisch specialisten is arbeidsintensief. Dit kan vereenvoudigd worden als de medisch specialist alleen de diagnose typeert en de behandeling afgeleid wordt uit de bronregistratie. Als typering vóóraf niet mogelijk is, bijvoorbeeld omdat eerst meer diagnostiek moet plaatsvinden ten behoeve van het stellen van een diagnose, dient typering tijdens het traject plaats te vinden op momenten dat er nadere informatie beschikbaar is. Indien de patiënt dit nodig acht moet de DBC óók vooraf getypeerd kunnen worden om de patiënt in staat te stellen op voorhand een keuze te maken voor de beste aanbieder van het te leveren product of de consequenties m.b.t. de aanspraak op zijn ziektekostenverzekering te kunnen inschatten. Over de fiattering van de uiteindelijke DBC kunnen afspraken gemaakt worden tussen specialist en ziekenhuisbesturen.

5. Van valideren naar afleiden

Om punt 4 mogelijk te maken is een kwalitatief goede basisregistratie onontbeerlijk. Hierdoor kan er afleiding plaats vinden in plaats van de arbeidsintensieve typering. Het proces van valideren en afkeuren wordt daardoor vervangen door een proces van afleiden en goedkeuren. De kwaliteit van de basisregistratie is nu nog niet voldoende; validatie van de getypeerde DBC blijft dus vooralsnog nodig. Het is van belang dat deze validatie, en later de afleiding, op een uniforme manier gebeurt. Een keurmerk, dat wisselende validatie resultaten voor inhoudelijk de zelfde zorg voorkomt, kan hierbij helpen.

6. Gebruik maken van bestaande ICT mogelijkheden

Uit veldonderzoek dat in opdracht van VWS uitgevoerd wordt, komt naar voren dat ook zonder aanpassingen in het huidige DBC systeem een betere ICT ondersteuning mogelijk is. Door slimmer gebruik van ICT kunnen bepaalde zaken makkelijker gemaakt worden.

7. ICT infrastructuur moet beter en slimmer

Naast de hiervoor genoemde te behalen korte termijn winst ondersteunt de huidige ICT infrastructuur de basisregistratie en de DBC registratie onvoldoende. Het betreft hier bijvoorbeeld het koppelen van activiteiten aan één patiënt (ordernummer) en slimme vormen van controle op registratie gedurende het registratieproces in plaats van achteraf controles. Deze gewenste DBC systeemaanpassingen dienen voor de langere termijn in een routekaart uitgezet te worden zodat ICT leveranciers beter kunnen anticiperen op wijzigingen en optimale ICT ondersteuning voor langere tijd kunnen realiseren.

8. Reële tarieven voor herkenbare producten

Prijsstelling op basis van een gemiddeld zorgprofiel is noodzakelijk om prikkels ter verbetering van de efficiency in het systeem in te bouwen. Wel moet daarbij de spreiding

van de gemiddelde tarieven in acht genomen worden, deze moet niet te groot zijn zodat er sprake blijft kostengerelateerde tarieven. Hierop dient het huidige systeem getoetst en indien nodig aangepast te worden.

De huidige vermelding van de diagnose op de DBC nota draagt in belangrijke mate bij aan de herkenbaarheid van het geleverde zorgproduct.

Afgesproken is dat deze vereenvoudigings-voorstellen afgestemd worden met het College Bescherming Persoonsgegevens, waarbij in ieder geval vergroving van diagnoses dient plaats te vinden.

9. Declaratie op DBC niveau, onderhandelen op clusterniveau

Declaratietaal en het tarief of -tarifiering worden vastgesteld op DBC niveau met redelijk verfijnde prijzen. Onderhandeltaal staat hier los van en laat zich door clustering afleiden uit de DBC registratie waarbij aansluiting aan de internationale DRG codering denkbaar is. Deze tweedeling maakt een einde aan de impasse die bestaat tussen enerzijds verfijnen en anderzijds aggregeren van DBCs.

10. Clustering op basis van diagnose als onderhandeltool

In het onderhandelproces is er behoefte aan medisch herkenbare clusters. Deze clusters worden idealiter gevormd rondom de diagnose. Voor een aantal kleine restcategorieën is dit niet mogelijk en blijven er kostenhomogene groepen. De combinatie van deze aggregatievormen leidt tot de gewenste instrumenten voor onderhandeling. Partijen hebben graag vrijheid in het al of niet gebruiken van deze instrumenten in het onderhandelingsproces.

Een extra hulpmiddel kan het gebruik van zorgzwaartecorrectie zijn. Het biedt de mogelijkheid andersoortig kostenbeslag (ten opzichte van de concurrentie) voor de zelfde producten inzichtelijk te maken en in de onderhandelingen in te brengen. Op de lange termijn zou deze zorgzwaarte huidige zwaarte-indicatoren als de setting kunnen vervangen en zo op een eenvoudiger manier, met een relatief beperkt aantal behandelcodes, meer verfijning in producten kunnen bieden. Daarbij moet voor de patiënt helder blijven hoe de tariefstelling van het product tot stand komt.

Bovenstaande tien punten impliceren soms forse systeemwijzigingen. Substantiële vereenvoudiging vraagt echter om substantiële ingrepen, iets waar de betrokken partijen met dit plan niet voor terugdeinzen.