

Vergaderjaar 2011–2012

**29 248**

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

**Nr. 223**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 december 2011

Met deze brief wil ik ingaan op de punten die ik u in de brief van 22 juni 2011 (29 248, nr. 213) heb toegezegd naar aanleiding van de motie Dijkstra (TK 29 248, nr. 194). Dit betreft de volgende punten:

- De marktscan medisch specialistische zorg;
- Doorontwikkeling DOT;
- Experiment DOT Sint Maartenskliniek.

#### **Marktscan Medisch Specialistische Zorg**

Hierbij stuur ik u de Marktscan Medisch Specialistische Zorg en begeleidende brief die ik onlangs van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heb ontvangen.<sup>1</sup> In deze rapportage geeft de NZa de meest actuele ontwikkelingen weer ten aanzien van de betaalbaarheid, de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg. Een aantal hoofdpunten wil ik graag nader belichten. Voor meer gedetailleerdere informatie verwijs ik naar de marktscan die als bijlage bij deze brief is toegevoegd.

#### *Contracten*

Eind november hebben ziekenhuizen voor circa 90% contracten gesloten voor het jaar 2010. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren; wel zijn de afspraken gedurende het jaar later tot stand gekomen. Hetzelfde beeld komt naar voren bij de zelfstandige behandelcentra, waar afspraken later in het jaar tot stand komen. Het aantal contracten is wel nagenoeg gelijk aan voorgaande jaren. Mede naar aanleiding van de trend dat contracten steeds later in het jaar tot stand komen heb ik in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord afspraken gemaakt over het versnellen van de contractering (voor 1 april). Zorgverzekeraars Nederland heeft in een overleg op basis van een inventarisatie bevestigd dat verzekeraars verwachten voor 1 april 2012 de contractering afgerond te zullen hebben. De eerste tekenen

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

bevestigen dit beeld; Menzis heeft voor 2012 bijvoorbeeld het Haga ziekenhuis op basis van lumpsum financiering gecontracteerd.

### *Uitgavenontwikkeling*

#### Omzet

De NZa constateert dat de omzet voor het A- en B-segment samen met ongeveer 9% is gestegen in de periode 2009–2010. Hierin is meegenomen een eenmalig effect van de vergoeding van de immateriële vaste activa (IVA). Als voor dit effect wordt gecorrigeerd komt – volgens schatting van de NZa – de totale groei van het A- en B-segment uit op ongeveer 5%. Deze groei is een daling ten opzichte van de jaren 2006–2009 waarin de gemiddelde omzetontwikkeling op 7% lag.

De NZa constateert dat de omzetontwikkeling in 2009–2010 ongeveer aansluit op het ambitieniveau in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord, waarin partijen een groei van 5,25% inclusief indicatieve loon- en prijsbijstelling hebben afgesproken (exclusief loon- en prijsbijstelling is dit 2,5%).

Binnen de totale omzetontwikkeling wordt de groei in het B-segment voor een deel verklaard door het feit dat er in 2010 voor het eerst het gehele jaar is gewerkt met de uitbreiding van de B-segment tranche 2009 naar 34%. Gecorrigeerd voor de uitbreiding van het B-segment tranche 2009, schat de NZa de omzetontwikkeling van het B-segment in 2010 op 8,6%.

#### Prijs

In 2010 is de reële prijsdaling (i.e. gecorrigeerd voor inflatie) in het A-segment volgens de NZa ongeveer 1%. In de vorige marktscan zijn de prijsontwikkelingen van het B-segment over 2010 reeds gepubliceerd; hier is sprake van een reële prijsdaling van ongeveer 3%. Ik ben verheugd met de prijsontwikkeling: in beide segmenten dalen de reële prijzen.

#### Volume

De gewogen gemiddelde volumeontwikkeling van het A- en B-segment samen is ongeveer 3% in 2010. Voor het A-segment ligt de gewogen gemiddelde volumeontwikkeling in 2010 op ongeveer 1%; voor het B-segment schat de NZa de volumeontwikkeling in 2010, wederom gecorrigeerd voor het overloopeffect van de uitbreiding van het B-segment tranche 2009, op circa 10%.

Dit onderstreept nogmaals het belang van de afspraken in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord over het beperken van de totale uitgavengroei: partijen hebben zich in het akkoord gecommitteerd om zowel op volume, prijs als kwaliteit te gaan sturen en hebben daarover inhoudelijke afspraken gemaakt. De eerste contracten tussen ziekenhuizen en verzekeraars met afspraken die de geest van het akkoord ademen zijn in de maak.

### *Wachttijden*

De wachttijden in algemene zin laten in de periode 2006–2011 een dalende trend zien. Dit is zeer positief. Er zijn specialismen zoals allergologie die een spectaculaire ontwikkeling laat zien (een daling van 5 weken over de periode 2006–2011). Bij de wachttijd voor behandeling valt op dat waar in 2010 nog sprake was van het algemene beeld dat wachttijden toegenomen waren, dit voor 2011 niet langer het geval is. Voor een aantal specialismen zoals borstverkleining, borstreductie en buikwandcorrectie is ondanks de daling de wachttijd nog boven de Treeknorm. Grote dalingen (tot 10%) zijn te zien bij zes behandelingen. De wachttijden voor de diagnostiek zijn over de gehele linie afgenomen en vallen ruim binnen de Treeknormen. Deze verbetering over de gehele linie is positief. Ik heb in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord bekrachtigd dat zorgaanbieders zich tot

het uiterste inspannen om de zorg binnen de Treeknormen te blijven leveren. Gelet op de conclusies van de NZa over de wachttijden vraag ik de NZa mij hierover periodiek te blijven informeren.

#### *Doelgroepen*

De NZa monitort een aantal ziektebeelden om een beeld te krijgen van de zorg en hoe zij functioneert. Daarbij geeft de NZa aan dat er in een aantal gevallen sprake zou zijn van onverklaarbare praktijkvariatie. Om dit fenomeen te bestrijden zijn in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord afspraken gemaakt over gepast gebruik en het terugdringen van onverklaarbare praktijkvariatie. Het verbeteren van de transparantie in de kwaliteit van de geleverde zorg moet daaraan een bijdrage leveren. Ook hebben verschillende partijen, onder andere de NPCF, ZN en de artsenfederatie KNMG, in juni het Convenant Gepast Gebruik gesloten. Het doel is om in veertien gevallen tot een beter afwegingsproces te komen met behulp van acties op het gebied van verzekering, financiering, toezicht, richtlijnen, onderzoek, informatievoorziening en voorlichting.

De bovenstaande initiatieven tonen onder meer aan dat er steeds meer kennis beschikbaar komt over gepast gebruik van zorg en het bestaan van praktijkvariatie. Ik ga ervan uit dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich gezamenlijk blijven inspannen om ongewenste en onverklaarbare praktijkvariatie terug te dringen. Een gezamenlijk programma, waarin de afspraken uit het akkoord worden uitgewerkt verwacht ik de komende maanden te mogen ontvangen.

#### **Doorontwikkeling DOT**

Per 1 januari 2012 zullen zorgaanbieders van medisch specialistische zorg starten met de registratie en declaratie van de nieuwe DOT-zorgproducten. Hiervoor heeft DBC-Onderhoud op 1 juli 2011 de tabellen uitgeleverd met daarin de DOT-zorgproducten, de tarieven voor het gereguleerde segment en andere benodigde gegevens. De NZa heeft het hele pakket beoordeeld en geschikt bevonden. Geconcludeerd is dat de circa 4400 nieuwe DOT-zorgproducten de zorg transparanter en herkenbaarder definiëren dan de huidige DBC's. Dit betekent niet dat de DOT-systematiek klaar is. Het is een dynamisch systeem dat zich ontwikkelt net zoals de zorg zich blijft ontwikkelen. DBC-Onderhoud levert daarom in overleg met de NZa en het veld vier keer per jaar een update uit van de DOT-systematiek.

Voor de langere termijn hebben de NZa en DBC-Onderhoud een doorontwikkelagenda vastgesteld. Naast de technische aanpassingen, zijn hier ook de meer fundamentele aandachtspunten genoemd, zoals E-health. DBC-Onderhoud is momenteel bezig met het inventariseren van E-health ontwikkelingen en de mogelijke belemmeringen in de DOT-systematiek. Ook het differentiëren naar zorgzwaarte is een belangrijk punt op de agenda. In de doorontwikkeling van DOT zal de mogelijkheid van het registreren van nevendiaagnoses worden onderzocht, waardoor in het systeem meer rekening gehouden kan worden met multimorbiditeit. Op deze wijze kan het tarief van een DOT-zorgproduct rekening houden met een zwaardere dan wel lichtere zorgvraag binnen het zelfde DOT-zorgproduct.

Ik wil niet onvermeld laten dat de DOT-productstructuur al meer rekening houdt met zorgzwaarte dan de huidige DBC-structuur. De complexiteit van zorg voor patiënten komt beter tot uiting in de zorgproducten, doordat rekening wordt gehouden met bijvoorbeeld de verpleegduur en de zwaarte van de operaties. Ook zorg die in de huidige DBC-structuur niet goed tot uitdrukking kwam, bijvoorbeeld zorg die in Universitair Medische Centra wordt geleverd, heeft binnen DOT een plek gekregen met behulp

van expertproducten. Naast de reeds doorgevoerde verbeteringen en de lange termijn doorontwikkelingen, werken de NZa en DBC-Onderhoud samen met het veld ook aan korte termijn verbeteringen. U kunt hierbij denken aan beter passende tarieven voor het gereguleerde segment en kleine wijzigingen in DOT-zorgproducten die de medische herkenbaarheid verhogen. Dit geldt met name voor de specialismen cardiologie en kindergeneeskunde. De onvolkomenheden komen voort uit onvolledige registraties in het veld. De onlangs doorgevoerde verbeteringen hebben plaatsgevonden dankzij flinke inspanningen van zowel de NZa, DBC-Onderhoud als de zorgaanbieders.

Om per 1 januari 2012 DOT-zorgproducten te kunnen registreren en declareren dienen zorgaanbieders hun ICT aan te passen. Uit een onlangs gehouden enquête van VWS blijkt dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars goed op schema liggen met de aanpassingen in de ICT binnen de eigen organisatie. Daarnaast heeft VWS een projectleider ingezet die test of de aansluitingen tussen de zorgaanbieders en zorgverzekeraars ten behoeve van het declaratieverkeer, goed functioneert.

### **Experiment DOT Sint Maartenskliniek**

De opgedane ervaringen met het experiment DOT in de Sint Maartenskliniek zijn nuttig gebleken voor de invoering van prestatiebekostiging en DOT. Naar aanleiding van dit experiment zijn aandachtspunten voor de doorontwikkeling van DOT opgesteld. Deze ontwikkelpunten zijn meegenomen in de doorontwikkelagenda DOT. Punten zoals de invoering van ICD 10-codering en zorginhoudelijke uitkomstmaten, expertproducten, zorgzwaarte en toepassing van E-health zijn op deze agenda gezet. Door de invoering van DOT vervalt per 2012 de experimentstatus van de Sint Maartenskliniek. Uit de rapportage blijkt dat de Sint Maartenskliniek meekan draaien in het reguliere DOT-systeem.

Ik ben tevreden over de behaalde resultaten en zie naar aanleiding van dit experiment de invoering van DOT en prestatiebekostiging in 2012 met vertrouwen tegemoet. Voor de volledigheid stuur ik u de drie rapportages, die naar aanleiding van dit experiment gemaakt zijn, met deze brief mee.<sup>1</sup>

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

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.