

Vergaderjaar 2007–2008

**29 248**

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

**Nr. 53**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 september 2008

In het overleg met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 18 juni 2008, over DBC's, kapitaallasten en maatstafconcurrentie, en in mijn brief van 18 juli 2008<sup>1</sup> heb ik onder meer toegezegd de commissie te informeren over de ontwikkelingen op het gebied van opname van innovatie in het DBC-systeem en de afspraken en regels rond het thema kapitaallasten. Tevens behandel ik nog enkele vragen waarvan ik tijdens het algemeen overleg heb toegezegd hier schriftelijk op te zullen reageren.

#### **Innovatie en DBC's**

##### *Proces van opname innovaties in het DBC-systeem*

Het Kamerlid Schippers (VVD) vraagt mij in te gaan op de verbeteringen rond de opname van innovaties in het DBC-systeem en de wenselijkheid van het tijdelijk toelaten van een experimentele DBC tot het pakket. Ik zal allereerst kort ingaan op de procedure rondom opname van innovatie tot het DBC-systeem, alvorens ik mijn visie geef over de wenselijkheid van een experimentele DBC.

In mijn brief van 7 februari jongstleden (Kamerstuk 31 200 XVI, nr. 116) heb ik u reeds geïnformeerd over de huidige procedure rond de opname van innovaties in het DBC-systeem. De verantwoordelijkheid voor een goed lopende procedure voor de opname van innovaties in het DBC-systeem is belegd bij drie partijen, DBC-onderhoud, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Zoals aangegeven wordt er door partijen gewerkt aan het verbeteren en versnellen van de procedure. Zo heeft het onderaannemerschap van het CVZ bij het opbouwen van een dossier aangaande effectiviteit en kosten-effectiviteit geleid tot minder dubbel uitgevoerde taken en het reduceren van het doorloopproces. Tevens is tussen partijen afgesproken dat naar aanleiding van het conceptdossier van het CVZ tussentijds overleg plaatsvindt tussen de partijen en de indiener, om zo goed mogelijk af te

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 248, nr. 50.

stemmen welke vervolgstappen er nog genomen moeten worden. DBC-onderhoud is bezig met een aantal verbeterlagen richting indieners: dit betreft de informatievoorziening enerzijds en de onderbouwing van de aanvraag anderzijds. De informatievoorziening is verbeterd door aanpassingen op de website en door een strakkere organisatie en communicatie in het proces. De documentatie die indieners in eerste instantie moeten opleveren is minder uitgebreid en meer specifiek gericht op het gegeven of de aanvraag bij DBC-onderhoud op de juiste plaats is. In deze zogenaamde quick-scan wordt ondermeer bekeken of de innovatie niet onder een reeds bestaande DBC valt en of de innovatie wel valt onder de medisch specialistische zorg. De quick-scan draagt bij aan een efficiëntere procedure bij het vervolgtraject en geeft een beter beeld voor de indiener of hij zich bij het juiste loket heeft gemeld.

De partijen hebben in een eerder stadium aangegeven het belang van een gestroomlijnder proces te erkennen. De eerste resultaten van een stroomlijning van de procedures en de communicatie daarover naar de aanbieders zijn reeds zichtbaar. Er bestaat echter nog steeds de noodzaak en de wil om deze procedure verder te verbeteren. DBC-onderhoud blijft hier actief mee doorgaan.

#### *Experimentele DBC's*

Het lid van uw Kamer mevrouw Schippers refereert in haar vraag ook naar de mogelijke inzet van van een tijdelijke toelating van experimentele DBC's tot het pakket. Voor de volledigheid merk ik dat het toelaten van experimentele DBC's tot het pakket niet mogelijk is, omdat het verzekerde pakket niet is omschreven in DBC's. DBC's bieden een instrument ter bekostiging van de ingevolge de Zvw geregelde medisch specialistische zorg. Ik ben het overigens volstrekt eens met de intentie die mevrouw Schippers met dit voorstel uitspreekt. Het is gewenst dat er meer ruimte ontstaat voor innovatie. Dat die ruimte onvoldoende wordt benut kan worden veroorzaakt door onbekendheid met de huidige mogelijkheden. Daarom heb ik ook ingestemd met het voorstel van het CVZ, NZa en ZonMW om een zorginnovatieloket in te richten. Dit loket heeft een belangrijke functie om innovatoren de weg te wijzen naar de mogelijkheden die nu reeds bestaan. Daarnaast heb ik reeds aan de Tweede Kamer toegezegd dat ik in het ZorgInnovatiePlatform zal bespreken of en op welke wijze innovaties eenvoudiger toegelaten kunnen worden tot het pakket en bekostiging.

### **Kapitaallasten**

Onder de noemer kapitaallasten wil ik nader ingaan op vier onderwerpen: de consequentie van de besluitvorming van jongstleden juni/juli over de invoering van prestatiebekostiging, de immatriële vaste activa en de waardering van onroerend goed. Ook ga ik nader in op een aspect van behoud van vermogen in de zorg.

#### *Besluitvorming*

De besluitvorming over het niet-invoeren van maatstafconcurrentie in 2009 heeft consequenties voor het tempo van de invoering van integrale prijzen/tarieven en daarmee voor de risicodragendheid van de kapitaallasten. De uitbreiding van het B-segment en de daarmee corresponderende schoning van het budget, inclusief kapitaallasten, betekent dat de risicodragendheid van kapitaallasten navenant toeneemt. Tegelijkertijd betekent handhaving van het FB dat de rest van de kapitaallasten nagecalculeerd blijft en dat ziekenhuizen daarover dus geen risico lopen. Per saldo neemt de risicodragendheid van kapitaallasten veel minder toe dan bij invoering van maatstafconcurrentie per 1 januari 2009 het geval zou zijn geweest. De commissie Havermans heeft zich dat gerealiseerd en zal

dit gegeven verdisconteren in haar advies dat, conform afspraak, eind september zal verschijnen.

#### *Waardering (immateriële) vaste activa*

Zorginstellingen hebben op de balans niet alleen *materiële* vaste activa staan, maar ook zogenaamde *immateriële* vaste activa. Deze immateriële vaste activa kennen een grote mate van diversiteit. Onder deze post vallen in ieder geval:

- Aanloopkosten (kosten gemaakt tijdens de realisatie van nieuwbouw)
- Aanloopverliezen (kosten van gedeerde productie ten gevolge van het in gebruik nemen van nieuwbouw)
- Virtuele vaste activa (panden die in het verleden gesloopt zijn voordat de levensduur volgens de FB-systematiek voorbij was, maar waar in het kader van de bekostiging nog op afgeschreven wordt ten behoeve van een daarvoor te ontvangen vergoeding)
- Stichtingskosten (vergelijkbaar met aanloopkosten)
- Emissiekosten van leningen (extra kosten die verbonden waren met het aangaan van obligatieleningen)

Deze kosten zijn WTZi/WMG goedgekeurd. Zoals eerder door mij gemeld moeten (immateriële) vaste activa waar geen inkomsten meer tegenover staan worden afgeboekt op grond van de grondslagen volgens BW2, titel 9 en de RJ-richtlijnen.

Ten gevolge van het afschaffen van het bouwregime voor ziekenhuizen en het opschonen van het FB-budget voor de kapitaallasten behorende bij het B-segment, hebben ziekenhuizen – in overleg met hun controlerende accountants – de waardering van immateriële vaste activa in hun jaarverantwoording 2007 geactualiseerd.

De post immateriële vaste activa (WMG-gefinancierd) bedroeg begin 2007 voor alle ziekenhuizen tezamen ruim € 300 miljoen. Hiervan is eind 2007 ruim € 170 miljoen geherrubriceerd naar materiële vaste activa (en dus niet afgeboekt). € 90 miljoen is afgeboekt ten laste van de resultatenrekening 2007 of als vordering op het Rijk opgenomen. De rest, € 40 mln, is regulier afgeschreven danwel is blijven staan als post immateriële activa op de balans. In de jaarverantwoording 2007 is de boekwaarde van materiële vaste activa ongewijzigd. Bij verdere uitbreiding van het B-segment moeten ziekenhuizen – in overleg met hun controlerende accountants – de waardering van deze materiële vaste activa in de jaarverantwoording 2008 wederom bezien, in relatie tot de verwachte inkomsten in de toekomst. Ook hier geldt dat handhaving van een deel van het FB zekerheid van inkomsten betekent.

#### *Waardering van onroerend goed*

In het AO ziekenhuisbekostiging van 18 juni heb ik aangegeven bereid te zijn initiatieven uit het veld gericht op de ontwikkeling van een eenduidige waardering van onroerende zaken te ondersteunen.

In dat kader heeft NVZ onlangs in overleg met de Raad voor de Jaarverslaggeving een subsidieverzoek ingediend bij VWS. Ik zal die aanvraag honoreren.

#### *Beleidsregels behoud waarde onroerende zaken voor zorg*

Het Kamerlid Wiegman (CU) suggereerde tijdens het AO op 18 juni 2008 een compromis met betrekking tot de beleidsregels behoud van waarde van onroerende zaken voor zorg, bijvoorbeeld door deze na tien jaar af te schaffen.

De beleidsregels hebben geen betrekking op onroerende zaken die na het moment van afschaffing van het bouwregime voor volledig risico van de zorginstelling tot stand zijn gekomen. Indien sprake is van een rechtshandeling met onroerende zaken moet de marktwaarde van de met deze rechtshandeling gemoeide onroerende zaken behouden blijven voor de

zorg. Nadat het daarmee gemoeide bedrag is geherinvesteerd in zorg zijn de beleidsregels niet meer van toepassing. Aangezien onroerende zaken in de zorg over het algemeen een looptijd hebben van rond de 40 jaar, verwacht ik dat over tien jaar al veel van de onroerende zaken niet meer onder het bereik van de beleidsregels zullen vallen. Ik ben bereid om tegen die tijd te bezien of afschaffen van de beleidsregels aangewezen is.

### **Openstaande vragen AO 18 juni 2008**

#### *4-segmentenmodel en administratieve druk*

Kamerlid Koşer Kaya (D66) vraagt mij in te gaan op de vier bekostigingssegmenten en de hiermee gepaard gaande administratie.

Het idee van een model met vier bekostigingssegmenten heb ik uiteengezet in mijn brief «Waardering voor betere zorg». Dit was het logische gevolg van de conclusie dat niet alle zorg in aanmerking komt voor dezelfde wijze van bekostiging. Over dit onderliggende principe bestaat een grote mate van overeenstemming tussen alle veld- en onderhoudsorganisaties.

De NZa heeft in haar uitvoeringstoets «Op weg naar vrije prijzen» aangegeven dat de administratieve lasten als gevolg van de invoering van integrale prestatiebekostiging niet zullen toenemen ten opzichte van de administratieve lasten die samenhangen met de systematiek van functionele budgettering, zijnde 52 miljoen euro. Slechts één jaar zou er sprake zijn van hogere lasten, waarna deze lasten op termijn zouden uitkomen op structureel circa 46 miljoen euro; een daling derhalve. Deze daling is bijvoorbeeld het gevolg van het op termijn wegvallen van de verplichte «nacalculatie» en de «incidentele tariefaanvragen».

Ik ben mij momenteel echter aan het bezinnen of het model uit «Waardering voor betere zorg» nog altijd het meest wenselijke model is voor de ziekenhuisbekostiging in de nabije toekomst. Ik acht het ook denkbaar om een soortgelijk model te hanteren, maar dan met drie segmenten, waarbij het A1-segment (met vaste of maximum tarieven) en het B1-segment (met een maatstaf) in feite worden samengevoegd tot één segment met maximum tarieven per DBC of cluster van DBC's. Dit zou een verdere daling van de administratieve lasten tot gevolg hebben.

#### *Onderhoud FD-systematiek*

Kamerlid Smilde (CDA) vraagt zich af hoe het zit met de knelpunten in de FB-systematiek. Voor het grootste gedeelte van de zorg blijft de functiegerichte budgettering bij ziekenhuizen (FB) in 2009 nog van kracht blijft. In de brief «Waardering II» van 28 mei jongstleden (Kamerstukken II, 2007/2008, 29 248, nr. 47) is aangegeven dat enig onderhoud aan de FB-systematiek zal plaatsvinden en wel voor de meest urgente bekostigingsknelpunten. Daarbij is aangegeven dat de meerkosten die voortvloeien uit de aanpassingen in de FB-bekostiging moeten worden opgevangen binnen de voor de kostenontwikkeling beschikbare groei-ruimte.

Voor 2009 is voor ziekenhuizen en medisch specialisten (incl. instellingen overige curatieve zorg) een macrobedrag aan groei-ruimte beschikbaar gesteld van bijna € 500 miljoen. Uit deze groei-ruimte moeten zowel de kostenstijgingen als gevolg van extra volume-aantallen in zowel het A- als B-segment als de kostenstijgingen als gevolg van hogere budgetvergoedingen in het A-segment (FB-onderhoud) en hogere prijzen in het B-segment worden bekostigd.

Vertrekpunt voor het FB-onderhoud is dat de meerkosten voortvloeiend uit het FB-onderhoud maximaal het indicatieve bedrag van € 50 miljoen

(10% van de voor 2009 beschikbare groeiruinimte van circa 500 miljoen) bedragen.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal dit beperkte FB-onderhoud uitvoeren. Daartoe heeft in juli jongleden een eerste overleg met partijen plaatsgevonden. Daarin is afgesproken dat partijen eind augustus hun voorstellen en onderbouwing aanleveren bij de NZa. Vanuit de gedachte dat partijen zelf het beste in staat zijn om te bepalen welke knelpunten oplossing behoeven, zal de NZa bij de prioritering van voorstellen sterk afgaan op het draagvlak van de voorstellen. Dit impliceert dat voorstellen die door de drie partijen (NVZ, NFU en ZN) gezamenlijk worden ingediend en passen binnen de beschikbare financiële ruimte, het meeste kans van slagen hebben. Het proces wordt eind oktober afgerond met het vaststellen van nieuwe beleidsregels door de Raad van Bestuur van de NZa.

#### *Bekostigingssysteem Belgisch ziekenhuizen*

Het kamerlid Agema (PVV) vroeg mij wat voor (ziekenhuis)bekostigingssysteem er bestaat in België en wat de verschillen en overeenkomsten zijn tussen het Belgische en het Nederlandse systeem. Voor ik overga tot de beantwoording van deze vraag, acht ik het noodzakelijk om te melden dat internationale vergelijkingen tussen gezondheidszorgstelsels complex zijn. De inrichting van een specifieke vorm van ziekenhuisbekostiging in een land is afhankelijk van veel verschillende aspecten van dat land. Hierbij kunt u denken aan de inrichting van de rest van het zorgstelsel, het economische systeem, de inrichting van de overige sociale voorzieningen en bijvoorbeeld ook de normen en waarden van een land<sup>1</sup>. Ook België en Nederland zijn hierin geen uitzondering. In mijn onderstaande beantwoording heb ik mij dan ook beperkt tot het beschrijven van het bekostigingssysteem in België, en daar waar grote verschillen zichtbaar zijn, deze aangestipt.

In België wordt bij de bekostiging van ziekenhuizen een onderscheid gemaakt tussen niet-medische diensten, medische diensten en additionele financiering voor academische ziekenhuizen.

#### *Niet-medische diensten*

Onder niet-medische diensten wordt in België verstaan de generieke ziekenhuiskosten en de huisvestingskosten, waartoe ook de kosten voor instrumenten en de verpleegkundige staf wordt gerekend. Tot 1982 gold voor de niet-medische diensten in België een vast tarief per patiënt per dag. Sinds 1982 is er echter een geleidelijke overgang zichtbaar naar financiering op basis van prospectieve kosten. In 1990 werd de eerste officiële stap gezet in de richting van het registreren op basis van «diagnosis related groups» (DRG's). Vervolgens heeft het Belgische systeem langzaam verschillende wijzigingen ondergaan. Zo werden in 1995 ziekenhuizen op basis van het beter of slechter presteren dan de gemiddelde ligduur over alle DRG's, positief of negatief aangeslagen. En in 2002 werd de financiering van niet-medische diensten op basis van vaste tarieven per patiënt vervangen door een ziekenhuisbudget gebaseerd op het DRG-profiel van een ziekenhuis waarin de patiëntenpopulatie en de gemiddelde ligduur worden meegenomen. Op basis van dit DRG-systeem wordt in 2006 ongeveer 70% van de ziekenhuiszorg gefinancierd<sup>2</sup>.

Er is een belangrijk verschil tussen België en Nederland in de financiering van kapitaallasten. De kapitaallasten in Nederland maken, op termijn, immers volledig deel uit van de prijzen die ziekenhuizen rekenen voor medisch specialistisch zorg, terwijl de kapitaallasten in België voor een deel worden gedekt door de regio's (zijnde de investeringskosten) en een deel door de federale overheid (ongeveer 77%). Dit verschil draagt voor

<sup>1</sup> Kemenade, Healthcare in Europe 2007, 2007.

<sup>2</sup> Hope, HOPE report on DRGs as a financing tool, 2006.

een groot deel bij aan de verschillen in prijzen tussen Belgische en Nederlandse ziekenhuizen.

#### *Medische diensten*

Onder medische diensten wordt in België onder andere verstaan consultaties, medische ingrepen, laboratorium werkzaamheden en diagnostische activiteiten. Voor medische diensten geldt een verrichtingsstelsel: medische diensten worden in België hoofdzakelijk gefinancierd op basis van een betaling per verrichting. Voor intramurale zorg betaalt de patiënt de verblijfskosten aan het ziekenhuis en de rest van de factuur wordt betaald door de zorgverzekeraar.

Additionele financiering academische ziekenhuizen Binnen de ziekenhuissector in België wordt, gelijk als in het Nederlandse systeem, een onderscheid gemaakt tussen academische en niet-academische ziekenhuizen. De academische ziekenhuizen in België verkrijgen naast de reguliere financiering van medische en niet-medische diensten, een additionele financiering voor hun academische functie. Hieronder vallen in België het opleiden van nieuwe medisch specialisten en de wetenschappelijke activiteiten die zij verrichten. De academische huizen verkrijgen deze losgekoppelde extra financiering (het zogeheten B7-segment) mede voor hogere personeelskosten en langere operatietijden.

Het bovenstaande geeft in vogelvlucht een inkijk in het Belgische ziekenhuisbekostigingssysteem. Veel verschillende variabelen maken het lastig om een goede vergelijking te maken tussen het Nederlandse en Belgische systeem. Het is daarom ook niet mogelijk om te zeggen dat een specifieke positieve of negatieve ontwikkeling in België of Nederland puur en alleen is te wijten aan de inrichting van het bekostigingssysteem. Ook niet beïnvloedbare factoren (culturele aspecten, epidemiologische ontwikkelingen) kunnen hierop van grote invloed zijn. Wel is te zien dat zowel in België als in Nederland de komende jaren de focus zal liggen op kwaliteitsverbetering, vergroting van de efficiency en het beleggen van meer verantwoordelijkheid bij de verschillende (veld)partijen. Ook de aandacht voor ICT in de zorg en het versterken van de eerstelijns komen overeen. Hoewel de bekostigingssystematiek van beide landen lastig te vergelijken is, blijft het belangrijk om kennis op het gebied van gezondheidszorgbeleid te delen om te zodoende van elkaar te blijven leren. Voor een uitgebreidere analyse van het Belgische gezondheidszorgsysteem wil ik u verwijzen naar de «Health system review: Belgium» opgesteld door de World Health Organisation<sup>1</sup>.

#### *Betekenis van ZBC's in relatie tot het B-segment*

Het Kamerlid Agema (PVV) suggereert dat er door het B-segment een verschuiving van eenvoudige behandelingen plaatsvindt van ziekenhuizen naar zelfstandige behandelcentra (ZBC's), en dat deze verschuiving ongewenst is omdat de ziekenhuiszorg hierdoor relatief gezien duurder wordt. In mijn antwoorden op de vragen van de Kamerleden Kant en Van Gerven (SP) over zelfstandige behandelcentra (2070816210) heb ik eerder mijn standpunten omtrent ZBC's gemeld.

Het aantal ZBC's is in de afgelopen jaren sterk gestegen. De komst van meer ZBC's betekent dat de verscheidenheid aan zorgvormen wordt vergroot en de keuzemogelijkheden van de cliënt toenemen. Voor specialisten geldt dat zij meestal hun werkzaamheden in een ZBC in deeltijd doen en daarnaast verbonden blijven aan het ziekenhuis. De werkzaamheden verricht in de ZBC's gebeuren dus meestal naast de intramuraal verrichte werkzaamheden. Soms richt een ziekenhuis zelf een ZBC op om specialisten aan zich te binden respectievelijk bepaalde, vaak minder

<sup>1</sup> Corens D. Health system review: Belgium. Health Systems in Transition, 2007; 9(2): 1-172.



complexe en electieve, zorg anders te organiseren. Daartegen heb ik geen bezwaar.

Er zijn vele redenen om een ZBC op te richten, mogelijke extra verdiensten van een specialist is er slechts maar één van. Overigens is het niet vreemd dat als een specialist zelf een ZBC runt en dus ook tijd moet besteden aan andere zaken dan het leveren van medisch specialistische zorg en financieel risico loopt, hij daar ook extra honorarium aan overhoudt. Andere redenen kunnen bijvoorbeeld zijn de mogelijkheid tot het efficiënter inrichten van de zorg en/of de specialisatie op één bepaalde diagnose. Het kostendeel van een DBC is gebaseerd op kostprijsgegevens vanuit de sector en zal dan ook de werkelijkheid benaderen. Het voorbeeld dat Kamerlid Agema schetst, waarin de werkelijke kosten € 400 zijn terwijl vastgestelde kostendeel op € 1000 ligt, is dan ook weinig realistisch. Dit neemt echter niet weg dat ZBC's efficiënter zouden kunnen werken dan ziekenhuizen, waardoor er theoretisch een gedeelte van het kostendeel ten gunste kan komen van de medisch specialist. Dit is echter de markt: er wordt door ondernemers geïnvesteerd met het nodige risico, maar ook met de mogelijkheid op het behalen van voordeel. Deze ontwikkeling zal echter op beperkte schaal optreden, aangezien:

- Er in het B-segment vrije prijzen gelden en er dus onderhandeld wordt tussen aanbieders en verzekeraars (verzekeraars kunnen scherp onderhandelen bij ZBC's doordat deze instellingen niet te maken hebben met de complicerende FB-systematiek). Als verzekeraars kosten- en efficiëntie voordelen van ZBC's goed uitonderhandelen, kunnen zij deze doorgeven aan de patiënt/verzekerde;
- Er in het A-segment maximumtarieven gelden (ook voor ZBC's);
- Als er grote voordelen behaald kunnen worden bij ZBC's, er verdere toetreding zal komen (die de concurrentie versterken);

De NZa heeft in 2007 een speciale monitor<sup>1</sup> uitgebracht over opkomst van ZBC's en de wijze waarop zij zich positioneren. Het rapport geeft inzicht in de knelpunten en belemmeringen die de ziekenhuizen en ZBC's onderkennen in hun onderlinge concurrentie en de effecten van de ZBC's op de werking van de ziekenhuismarkt. De toename van het aantal ZBC's in de afgelopen periode veroorzaakt meer dynamiek op de markt voor ziekenhuiszorg en heeft een positieve invloed op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg. Tegelijkertijd constateert de NZa dat de invloed van ZBC's op het marktgedrag van de ziekenhuizen gering is, mede omdat, ondanks de groei van het aantal ZBC's, het totale aandeel van ZBC's in de ziekenhuiszorg onder de 1% ligt.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink

---

<sup>1</sup> NZa, Monitorspecial: De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg, 2007.