

Vergaderjaar 2009–2010

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 132

Ontvangen ter Griffie van de Tweede Kamer op 16 augustus 2010.
De voordracht voor de vast te stellen algemene maatregel van bestuur kan niet eerder worden gedaan dan op 16 oktober 2010.

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 september 2010

Het is van groot belang om over voldoende informatie te beschikken over de werking van DOT om te kunnen beslissen tot de invoering daarvan en deze succesvol te laten verlopen. Daarnaast kan ook ervaring op het gebied van DOT bij zowel ziekenhuizen als verzekeraars de invoering bespoedigen. De Tweede Kamer heeft in het overleg van 7 april jongstleden aangegeven DOT nog niet in 2011 in te willen voeren, maar al wel te willen gaan schaduwdraaien om op deze manier partijen kennis en ervaring met DOT te laten opdoen. Daarbij is door enkele partijen aangegeven dat mogelijk niet alle zorgaanbieders in dezelfde mate hoeven te gaan schaduwdraaien om zo de administratieve lasten te beperken.

Aan de wens van de Tweede Kamer om te starten met schaduwdraaien heb ik gevolg gegeven door met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) afspraken te maken over het schaduwdraaien met DOT, zodat zorginstellingen de gelegenheid krijgen aan DOT te wennen en de impact ervan in kaart te krijgen. Het schaduwdraaien heeft vorm gekregen door te simuleren met DOT om op deze manier de productstructuur inhoudelijk te testen. De resultaten van het simuleren worden gebruikt om de productstructuur aan te scherpen en verbeteringen door te voeren. Dit traject is gestart op 1 juli 2010. Daarnaast wordt ook de techniek getest door een aantal ziekenhuizen dat vrijwillig schaduwdraait met DOT. Vervolgens zal er op een later moment nog een impactanalyse gedaan worden die de financiële effecten in kaart brengt voor zorgverzekeraars, zorginstellingen en medisch specialisten.

Naast dit initiatief zou ik het aflopen van het experiment van de Sint Maartenskliniek aan willen grijpen om een nieuw experiment te starten bij

deze instelling. In dit experiment zal een intensievere en meer uitgebreide vorm van schaduwdraaien met DOT bij de Sint Maartenskliniek centraal staan.

Aflopen van huidige experiment

Met ingang van 1 februari 2005 zijn, op aanwijzing van de minister van VWS, door het toenmalige CTG/ZAio bij wijze van experiment onder de Wet tarieven gezondheidszorg de tarieven voor de integrale productie van de Sint Maartenskliniek vrijgegeven, onder de voorwaarde dat alle kosten van de instelling, dus ook die van kapitaallasten, uit de inkomsten uit tarieven moesten worden bekostigd. Het experiment beoogde inzicht te krijgen in de productie- en capaciteitseffecten, in de prijsstrategieën en in de transactiekosten voor zorgverzekeraars. Daarnaast was een belangrijk leerdoel de mate waarin efficiencyverbeteringen worden doorgegeven aan de consument in de vorm van prijsverlagingen, danwel kwaliteitsverbeteringen. Naar aanleiding van een evaluatie is vanaf 1 januari 2007 een extra voorwaarde aan het experiment toegevoegd. Deze extra voorwaarde hield in dat gedurende het experiment het gemiddeld gewogen prijsniveau niet stijgt ten opzichte van het jaar daarvoor (prijsplafond). Gedurende de looptijd van het experiment is een evaluatierapport naar uw Kamer gestuurd (Kamerstukken 2006–2007, 29 248, nr. 33) en bent u middels diverse voortgangsrapportages op de hoogte gehouden. Het doel van het experiment is gerealiseerd; het experiment heeft gedurende de looptijd namelijk veel inzicht gegeven in het werken met vrije integrale tarieven en in de effecten ervan op kwaliteitsverbetering, innovatie en doelmatigheidsverhoging.

Het experiment heeft als gevolg van wettelijke bepalingen in de Wet marktordening gezondheidszorg (art. 58) en diens voorganger de Wet tarieven gezondheidszorg een maximale looptijd van vijf jaren. Van de wettelijke mogelijkheid het experiment om boekhoudkundige redenen nog door te laten lopen tot het einde van boekjaar volgend op het boekjaar waarin het experiment is geëindigd, is door de Nederlandse Zorgautoriteit (verder NZa) gebruik gemaakt. Daarom kan het experiment niet meer in de huidige vorm worden doorgezet. Daarbij speelt ook mee dat een nieuw experiment dat betrekking heeft op de invoering van DOT beter aansluit bij de huidige politieke situatie. Voor het simuleren met DOT vooruitlopend op een eventuele invoering daarvan was namelijk tijdens het AO van 7 april jongstleden in de Kamer brede steun. Ik ben daarom voornemens om een nieuw experiment op te zetten waarbij de invoering van DOT centraal staat onder voor de Sint Maartenskliniek gelijkblijvende bekostigingscondities, te weten geen functiegericht budget maar integrale vrije tarieven met een prijsplafond.

Leerdoelen van nieuw experiment

Voor dit nieuwe experiment zijn verschillende nieuwe leerdoelen geformuleerd die allen gericht zijn op het bevorderen van de kennis en ervaring met DOT en het benoemen van mogelijke verbeterpunten. De leerdoelen zullen hieronder kort toegelicht worden.

Financiële impactanalyse

De invoering van een nieuwe producttypering zoals DOT heeft mogelijk (financiële) consequenties voor een individuele instelling. In het landelijke traject worden door het simuleren met DOT al ervaringen opgedaan, maar de Sint Maartenskliniek zal hier ook, in een eerder stadium dan in de landelijke planning is opgenomen, een financiële impactanalyse naar doen. De Sint Maartenskliniek zal ook input leveren door een verschillen-

analyse waarbij de financiële gevolgen voor de belangrijkste producten in kaart worden gebracht. Deze informatie is mogelijk bruikbaar voor een vertaling naar de effecten van de invoering van DOT op landelijk niveau. De SMK dient op 1 april 2011 (en in verdere jaren) hierover een rapportage bij de NZa aan te leveren.

Onderhandelen bij een andere producttypering (DOT)

De overgang van DBC's naar DOT en de daarbij optredende effecten voor de bekostiging betekenen ook dat ziekenhuis en zorgverzekeraar over nieuwe producten gaan onderhandelen. Juist de Sint Maartenskliniek is uitermate geschikt voor een experiment over het onderhandelen met nieuwe producten, omdat de Sint Maartenskliniek al vanwege het huidige experiment als enige ziekenhuis met alle verzekeraars over alle producten onderhandelt. Onderdeel van het experiment dat ik voornemens ben om op te starten is het simuleren van het onderhandelingsproces tussen zorgverzekeraar en aanbieder over de nieuwe DOT-producten. De Sint Maartenskliniek gaat na afloop van de reguliere onderhandeling met enkele verzekeraars over een beperkt aantal DOT-producten het onderhandelingsproces simuleren, zodat ervaring wordt opgedaan met de wijze waarop de relatie tussen prestatie, kosten en prijs onder DOT kan worden gelegd. Het doel van deze simulatie is om inzicht te bieden:

- in de informatie die nodig is om over de nieuwe producten te onderhandelen,
- in de wijze waarop het vertalen van DBC's naar DOT kan plaatsvinden,
- in de fasering en wijze waarop de onderhandelingen kunnen plaatsvinden,
- over hoe om te gaan met belangrijke thema's als volume, kwaliteit, zorgzwaarte en dure geneesmiddelen en
- over de wijze waarop monitoring van gemaakte onderhandelingsafspraken tussen verzekeraar en ziekenhuis worden overeengekomen.

Door de simulatie van deze onderhandelingen kunnen concrete «lessons learned» worden aangeleverd die de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders door het hele land kunnen bevorderen nadat tot invoering van DOT is besloten. De SMK zal op 1 juli 2011 een rapportage hierover opleveren bij de NZa. Hieruit kunnen andere zorginstellingen «best practices» halen en zich daarmee kunnen voorbereiden op de onderhandelingen.

Doorontwikkeling DOT

De Sint Maartenskliniek is een gespecialiseerd ziekenhuis op het gebied van houding en beweging en heeft voor veel patiënten en hun verzekeraars een last resort functie. Dit vertaalt zich in een groot aantal tertiaire verwijzingen en second opinions voor patiënten uit het hele land. Ook heeft de Sint Maartenskliniek de mogelijkheid om binnen het experiment de DBC-tarieven aan te passen in afstemming met de zorgverzekeraars. Zo kan de Sint Maartenskliniek eenvoudiger tot afspraken komen op het gebied van ketenzorg/samenwerking met de eerste lijn en de toepassing van E-health en hiermee een bijdrage leveren aan verspreiding van kennis over en bevorderen van bijvoorbeeld chronische zorg in de buurt van de patiënt. In het kader van de doorontwikkeling van DOT kan de Sint Maartenskliniek verbeterpunten aanleveren zodat zowel specialistische zorg als nieuwe vormen van zorg (anderhalvelijnszorg of ketenzorg) op een goede manier opgenomen wordt in de DOT-systematiek.

Evalueren van het experiment

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal, na ontvangst van de aanwijzing voor het nieuwe experiment de beleidsregel en de nadere regel inzake het

experiment opstellen en vaststellen. Het experiment zal jaarlijks geëvalueerd worden. De SMK dient hiervoor op 1 april 2011 (en in verdere jaren) een rapportage bij de NZa aan te leveren over de financiële impact van DOT. Per 1 juli 2011 (en in verdere jaren) dient de SMK een rapportage op over de simulatieonderhandelingen met zorgverzekeraars over DOT. De strekking van deze evaluatie zal ik opnemen in de voortgangsrapportage over o.a. DOT en prijsontwikkelingen A- en B-segment die ik u halfjaarlijks doe toekomen. Indien er aanleiding voor is zal ik u tussentijds informeren over het experiment bij de Sint Maartenskliniek. Het experiment is alleen van toepassing op de zorg die geleverd wordt bij de Sint Maartenskliniek te Nijmegen. Het experiment is niet van toepassing op de locatie Woerden van de Sint Maartenskliniek.

Beëindiging van experiment

Een harde voorwaarde bij het starten van het experiment is dat wanneer andere instellingen overgaan op een nieuwe bekostiging (prestatiebekostiging) of wanneer het FB afloopt, het experiment van de SMK eindigt. Tot slot zal het experiment worden stopgezet wanneer het invoeren van DOT en het afschaffen van het FB niet meer binnen het eindperspectief past, maar een andere toekomstige vorm van bekostiging wordt gekozen binnen de medisch specialistische zorg.

Aanwijzing ex WMG

Om uitvoering te geven aan het bovenstaande ben ik voornemens op grond van artikel 7 juncto artikelen 57 en 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) een aanwijzing te geven aan de NZa.

Ik informeer u hierbij, op grond van artikel 8 van de WMG, over de zakelijke inhoud van mijn voornemen tot het geven van deze aanwijzing. Overeenkomstig genoemd artikel zal tot het geven van deze aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

Afsluitend verwacht ik dat het experiment Sint Maartenskliniek veel leerervaring op zal leveren voor zowel het ministerie van VWS, de organisatie zelf, als het veld.

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