

Vergaderjaar 2000–2001

27 490

Bekostiging ziekenhuiszorg

Nr. 2

RAPPORT

Inhoud

	Samenvatting	5	4.2	Aanbevelingen	17
			4.2.1	Actieve rol voor CTG	17
1	Inleiding	6	4.2.2	Inbouw plafond	17
1.1	Het onderzoek	6	4.2.3	Oververfijning voorkomen	17
1.2	Het zorgveld	6	4.2.4	Onderhoudsplan	17
1.3	Beleidsuitgangspunten zorgsector	8	4.2.5	Rol minister	18
1.4	Verschuiving in verantwoordelijkheidsverdeling	8	4.2.6	Breed draagvlak en projectorganisatie	18
1.5	Kanttekeningen Rekenkamer	9			
			5	Reacties betrokkenen	19
2	Lessen uit het verleden	10	5.1	Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	19
2.1	Huidige budgetteringssystematiek	10	5.2	Commentaar Rekenkamer	20
2.2	Oude fouten voorkomen in nieuw bekostigingssysteem	11	5.3	College Tarieven Gezondheidszorg	20
2.3	Initiatieven om knelpunten op te lossen	13	5.4	Commentaar Rekenkamer	21
			5.5	College voor zorgverzekeringen	22
			5.6	Commentaar Rekenkamer	22
3	Op weg naar een nieuw bekostigingssysteem	14			
3.1	Nieuwe producttypering	14	6	Nawoord Rekenkamer	23
3.2	Vorderingen ontwikkeling dbc-systeem	14			
			Bijlage 1	Opbouw budget ziekenhuizen	24
4	Conclusies en aanbevelingen	16	Bijlage 2	Mening van in onderzoek betrokken ziekenhuizen over DBC's	28
4.1	Conclusies	16			
4.1.1	Sturing en toezicht	16	Bijlage 3	Mening van specialistenverenigingen over DBC's (anoniem)	31
4.1.2	Bekostiging	16			

SAMENVATTING

De Rekenkamer heeft in de periode van september 1998 tot en met januari 2000 onderzocht hoe de budgetten over ziekenhuizen worden verdeeld, of deze verdeling goede informatie oplevert over de realisatie van de beleidsuitgangspunten voor de zorg, welke lessen uit het huidige budgetteringssysteem geleerd kunnen worden voor de toekomst en hoe de ontwikkelingen naar een nieuw verdelingssysteem vorderen.

Daartoe is allereerst het vigerende budgetteringssysteem van ziekenhuizen in kaart gebracht. Naast het feit dat de verantwoordingsinformatie op basis van het huidige budgetteringssysteem geen inzicht geeft in de realisering van de beleidsuitgangspunten van kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg constateerde de Rekenkamer een aantal andere knelpunten die bij de ontwikkeling van een nieuw systeem voorkomen zouden kunnen worden. Zo is het huidige systeem nauwelijks aangepast aan ontwikkelingen die zich de laatste jaren hebben voorgedaan: er is als gevolg van gebrekkig onderhoud van het systeem weinig ruimte voor nieuwe zorgvormen en de gehanteerde normbedragen hebben geen relatie meer met de werkelijke kosten. Ook is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de bij ziekenhuiszorg betrokken partijen onvoldoende helder. Daarnaast is het toezicht in een omgeving waarin partijen in het veld steeds meer ruimte krijgen om regionaal niveau invulling te geven aan beleid, nog niet dekkend en onvoldoende toegesneden op deze veranderende situatie.

Zorgverzekeraars, ziekenhuizen en specialisten zijn onlangs overeengekomen om vanaf 2003 de bekostiging van ziekenhuizen te baseren op het aantal producten dat men levert. Er zullen daarvoor combinaties gedefinieerd worden van diagnose en behandeling (DBC's), waarvoor tarieven worden berekend. Volgens de Rekenkamer biedt deze wijze van financiering goede mogelijkheden om het inzicht in de verleende zorg te vergroten. De Rekenkamer doet een aantal aanbevelingen voor deze nieuwe verdeelsleutel. Het is belangrijk om dit nieuwe systeem goed te onderhouden en regelmatig te evalueren. Te veel verfijning van de DBC's moet worden voorkomen. Ook moet er een prikkel voor efficiënte zorgverlening blijven door een rem op de uitgaven te zetten.

In een reactie op het rapport noemt de minister ieders verantwoordelijkheid voldoende helder. Het toezicht is wel degelijk dekkend omdat de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie (CTU) toeziet op de ziekenfondsen, die op hun beurt doelmatigheid bij ziekenhuizen controleren. Met de aanbevelingen voor een nieuwe bekostiging is de minister het eens. Ook het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en het College Voor Zorgverzekeringen (CVZ) kunnen zich grotendeels vinden in de analyse en aanbevelingen van de Rekenkamer.

Voorts laat de minister weten dat zij een stuurgroep en projectorganisatie heeft ingesteld voor de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem voor 2003. De Rekenkamer neemt hiervan met instemming kennis. Zij hoopt dat de minister in samenspraak met de stuurgroep met voortvarendheid een bij het nieuwe bekostigingssysteem passende sturings- en toezichtsstructuur zal vaststellen, zodat in de toekomst de realisering van de beleidsuitgangspunten kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg gestimuleerd en gemonitord kan worden.

1 INLEIDING

1.1 Het onderzoek

Elk jaar geeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de Zorgnota (voorheen Jaaroverzicht Zorg (JOZ)) haar algemene beleidsvoornemens voor de gezondheidszorg aan, alsmede de financiële vertaling daarvan. De Zorgnota biedt een taakstellend financieel kader voor de zorg. Het geeft de grenzen voor de totale uitgaven en de verdeling van de middelen over de verschillende zorgsectoren. Al geruime tijd worden door de zorgaanbieders en zorgverzekeraars vragen gesteld over de wijze waarop de overheid de zorgsector stuurt. Kritische geluiden bereiken jaarlijks hun hoogtepunt wanneer de Zorgnota verschijnt.

De Rekenkamer heeft in de periode van september 1998 tot en met januari 2000 onderzocht:

- Hoe het budget voor ziekenhuiszorg op dit moment wordt verdeeld over de ziekenhuizen;
- Of dit systeem goede informatie oplevert over de realisatie van de beleidsuitgangspunten voor de zorg en of hiermee gewenste ontwikkelingen in de zorg gestimuleerd en gemonitord kunnen worden;
- Welke lessen uit de zwakke punten in het huidige verdelingssysteem geleerd kunnen worden om dezelfde fouten in de toekomst te voorkomen;
- Hoe de ontwikkelingen naar een nieuw verdelingssysteem vorderen.

Daartoe zijn gesprekken gevoerd met en is informatie verzameld bij het Ministerie van VWS, het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie (CTU), zes zorgverzekeraars en 20 ziekenhuizen die met deze zorgverzekeraars productieafspraken maakten.

Een belangrijk uitgangspunt voor dit onderzoek van de Rekenkamer was, dat beslissingen over de hoogte van het zorgbudget gebaseerd moeten zijn op goede informatie over de kwaliteit en toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg, over de doelmatigheid van de zorgverlening en over de werking van het bekostigingssysteem.

Maar naast de minister hebben ook de andere partijen in het zorgveld, de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen, deze informatie nodig om onderling tot afspraken te komen die de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorgverlening waarborgen.

In 1999 bedroegen de uitgaven voor algemene (103) en categorale (32) ziekenhuizen¹ en medisch specialistische zorg f 16,9 miljard, circa 24% van het totaal aan uitgaven voor de zorg.

De Rekenkamer heeft in september 2000 haar conceptrapport om commentaar voorgelegd aan de minister van VWS, het College voor zorgverzekeringen en het College Tarieven Gezondheidszorg. Zij reageerden in oktober 2000. Hun reacties zijn verwerkt in hoofdstuk 5.

1.2 Het zorgveld

In het zorgveld spelen de volgende partijen een rol.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport:

Zij geeft jaarlijks in de Zorgnota (voorheen Jaaroverzicht Zorg (JOZ)) haar algemene beleidsvoornemens voor de gezondheidszorg aan en stelt elk jaar het beschikbare budget voor de ziekenhuiszorg vast.

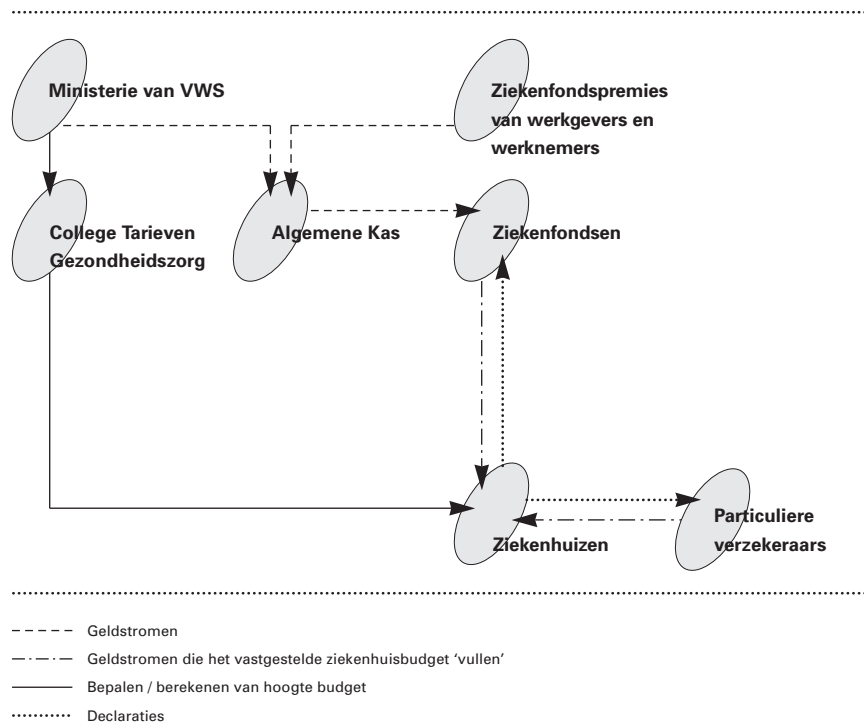
¹ Categorale ziekenhuizen zijn ziekenhuizen met één specialistische functie, bijvoorbeeld oogziekenhuizen en revalidatiecentra.

Het *College Tarieven Gezondheidszorg*, een zelfstandig bestuursorgaan, verdeelt dit budget over de ziekenhuizen.

De *zorgverzekeraars*, dit zijn de *ziekenfondsen* en de *particuliere ziektekostenverzekeraars*: zij sluiten met de ziekenhuizen overeenkomsten over de hoeveelheid zorg die ziekenhuizen in het komende jaar zullen leveren. In deze overeenkomsten worden niet alleen aantallen zorghandelingen, maar ook kwaliteitskenmerken van de zorg vastgelegd.

De *ziekenhuizen* leveren de ziekenhuiszorg aan iedereen die dat nodig heeft. De kosten voor de zorg die in de overeenkomsten met de zorgverzekeraars is vastgelegd declareren de ziekenhuizen aan de zorgverzekeraars.

figuur 1 **ziekenhuis en budget**



Het *College voor zorgverzekeringen (CVZ)* beheert de Algemene Kas en toetst op hoofdlijnen de inhoud van de overeenkomsten tussen ziekenhuizen en verzekeraars².

De *Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie (CTU)* ziet erop toe dat in de overeenkomsten die de ziekenfondsen met de ziekenhuizen sluiten alle vereiste afspraken zijn vastgelegd.

De *Inspectie voor de Gezondheidszorg* houdt toezicht op de kwaliteit van de ziekenhuiszorg.

² De Ziekenfondswet gaat ervan uit dat de koepelorganisaties van zorgverzekeraars en -aanbieders tot een uitkomst van overleg (uvo) komen. Uvo's moeten voldoen aan de in de Ziekenfondswet geformuleerde eisen. Het CVZ toetst aan deze eisen bij de goedkeuring van uvo's. Pas als de koepelorganisaties niet tot een uvo kunnen komen, stelt het CVZ een modelovereenkomst op, die ook moet voldoen aan de in de Ziekenfondswet gestelde eisen. Individuele overeenkomsten dienen overeen te stemmen met de uvo dan wel de modelovereenkomst. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders bepalen dus primair de inhoud van de overeenkomst.

1.3 Beleidsuitgangspunten zorgsector

De overheid draagt sinds 1983 een grondwettelijke verantwoordelijkheid om maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. Iedere burger heeft recht op kwalitatief goede, doelmatige en toegankelijke gezondheidszorg. De minister van VWS heeft als belangrijkste uitgangspunten voor het beleid in de zorgsector geformuleerd:

- algemene toegankelijkheid en
- goede kwaliteit van de zorg,
- betaalbaarheid,
- gelijke behandeling,
- solidariteit en
- beheersen van de uitgaven.

Deze uitgangspunten, kort geformuleerd als het zorgdragen voor een algemeen toegankelijke, doelmatige ziekenhuiszorg van goede kwaliteit, zijn niet nader geconcretiseerd en ook zijn geen tussendoelstellingen bekend.

1.4 Verschuiving in verantwoordelijkheidsverdeling

Sinds 1994 is de verantwoordelijkheid voor de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg gaandeweg bij de partijen «in het veld» komen te liggen. Door het inbouwen van voldoende ruimte en prikkels zou het stelsel zo moeten zijn ingericht dat de veldpartijen enerzijds optimaal invulling kunnen geven aan de zelfsturing en anderzijds ook op hun resultaten kunnen worden aangesproken. De overheid stelt op hoofdlijnen bestuurlijke, zorginhoudelijke en financiële kaders vast, die zijn afgeleid van een samenhangende visie op zorg in de toekomst. Zij houdt toezicht en toetst periodiek de voortgang.

In het regeerakkoord 1998 is een «nieuwe bestuurlijke aanpak» voor de zorgsector voorgesteld. Deze aanpak gaat uit van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid en partijen in de zorg voor het realiseren van inhoudelijke doelstellingen binnen overeengekomen meerjarige financiële kaders. Bestuurlijke stabiliteit is hierbij een belangrijke factor. Alle bij ziekenhuiszorg betrokken partijen³ zijn in november 1998 in de Meerjarenafspraken Zorgsector tot een akkoord op hoofdlijnen gekomen. In dit akkoord staan afspraken die betrekking hebben op wachtlijsten, werkdruk, arbeidsmarktbeleid, doelmatigheid, samenwerking en informatievoorziening. De sturingsverantwoordelijkheid is dus steeds meer bij veldpartijen gelegd: als «maatschappelijke ondernemers» moeten zij invulling geven aan de meerjarenafspraken. Regionaal hebben zorgverzekeraars een coördinerende rol. De belangrijkste verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar is: zo doelmatig mogelijk en tegen een gunstige prijs/prestatieverhouding de zorg in het door de overheid omschreven pakket inkopen bij de ziekenhuizen en daarbij in te spelen op de wensen van de verzekerden. De zorgverzekeraar moet de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van de zorg, en de kwaliteit en doelmatigheid van de ingekochte diensten van de zorgaanbieder waarborgen.

Bij dit maatschappelijk ondernemerschap hoort dat de zorgorganisaties laten zien welke prestaties zij hebben geleverd met het geld waarover zij kunnen beschikken.

Het toezicht namens de minister van VWS blijft bij de bestaande toezichthoudende instanties⁴, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (kwaliteit van de geleverde zorg) en de Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie (uitvoering Ziekenfondswet door de ziekenfondsen).

³ Te weten de minister van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, Contactkommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregeling voor ambtenaren, Nederlandse Vereniging van Academische ziekenhuizen, Orde van Medisch Specialisten, Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie en verenigingen van individuele beroepsbeoefenaren in de curatieve zorg.

⁴ Tweede Kamer, 1998–1999, 24 036, nr. 122.

1.5 Kanttekeningen Rekenkamer

De Rekenkamer constateert dat de sturingsfilosofie weliswaar in diverse beleidsstukken is uiteengezet en toegelicht, maar dat nergens op samenhangende wijze exact is vastgelegd wat de verantwoordelijkheden van de verschillende bestuursorganen en veldpartijen zijn en welke bevoegdheden daarbij horen. Niet duidelijk is waar de verantwoordelijkheid van de minister ophoudt en die van het veld begint. De Rekenkamer acht een heldere beschrijving van bevoegdheden en verantwoordelijkheden essentieel in iedere situatie waarin de overheid taken op afstand plaatst⁵.

De Rekenkamer plaatst ook enkele kanttekeningen bij het toezicht in de nieuwe bestuurlijke verhoudingen:

- In 1999 heeft de Rekenkamer in het onderzoek Inspectie voor de Gezondheidszorg⁶ geconstateerd dat de Minister van VWS op basis van de informatie van de IGZ zich geen beeld kan vormen van de kwaliteit van de gezondheidszorg.
- Het toezicht van de IGZ is bovendien niet gericht op de betrouwbaarheid van de informatie die uit kwaliteitssystemen voortkomt.
- Het toezicht dat de andere toezichthoudende instantie, de CTU, houdt op de uitvoering van de Ziekenfondswet, is beperkt tot het toezicht op de ziekenfondsen en strekt zich niet uit over zorgaanbieders zoals ziekenhuizen.
- De CTU heeft geen bevoegdheid om bij de ziekenhuizen te beoordelen wat met de ter beschikking staande middelen is gedaan.

Dit betekent dat het toezicht vooralsnog niet dekkend is en niet is toegesneden op de nieuwe bestuurlijke verhoudingen.

⁵ Zie ook De ministeriële verantwoordelijkheid ondersteund, Rapportage van de commissie Holtslag aan de Minister van Binnenlandse Zaken, 1 juli 1998.

⁶ TK 1998–1999, 26 395, nrs. 1–2.

2 LESSEN UIT HET VERLEDEN

2.1 Huidige budgetteringssystematiek

In 1983 werd de budgettering voor algemene ziekenhuizen ingevoerd. Hiermee werd getracht greep te krijgen op de kostenontwikkelingen van de ziekenhuiszorg. Voor die tijd kenden ziekenhuizen een open-eind-financiering. In 1988 werd de budgettering herijkt door de hoogte van een ziekenhuisbudget te koppelen aan de inhoud en de omvang van de functies van een ziekenhuis. Dit systeem kreeg de naam functiegerichte budgettering (FB).

Op dit moment verloopt de budgettering van de ziekenhuizen via de volgende stappen⁷:

Vaststelling macrobudget

Het kabinet bepaalt aan het begin van elke regeerperiode de hoogte van het macro zorgbudget en de jaarlijkse extra ruimte (of korting). In het Regeerakkoord worden afspraken gemaakt over de verdeling van de groeiruimte over de zorgsectoren op basis van politieke prioriteitstelling. Voor de periode 1999 tot en met 2002 is afgesproken dat ten opzichte van 1998 f 5,66 miljard beschikbaar komt voor volumegroei van het zorgbudget. De ziekenhuiszorg maakt daarvan deel uit. De minister van VWS stelt het in enig jaar beschikbare macrobudget voor de ziekenhuiszorg vast.

Afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen maken afspraken over de hoeveelheid en de soort zorg die in dat jaar geleverd wordt. Op grond van de Ziekenfondswet is bepaald dat de overeenkomsten tussen ziekenfondsen en ziekenhuizen naast afspraken over de gewenste zorgproductie door de ziekenhuizen ook bepalingen moeten bevatten over onder andere kwaliteit en doelmatigheid van de te leveren zorg. Het College voor zorgverzekeringen toetst op hoofdlijnen de inhoud van de overeenkomst. De Rekenkamer merkt op dat de bepalingen in de uitkomst van overleg die betrekking hebben op kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid, vrijblijvend van aard zijn en niet concreet. Daardoor zijn ze moeilijk toetsbaar en dus ook moeilijk controleerbaar.

Vaststelling budget per ziekenhuis

Het CTG rekent ieder jaar voor alle ziekenhuizen uit hoeveel geld het ziekenhuis nodig heeft om zijn afspraken met de zorgverzekeraars na te kunnen komen. Binnen de FB-systematiek houdt dat in, dat het CTG een lijst hanteert met eenheden en daaraan gekoppelde normbedragen (tarieven) die gebruikt worden voor de berekening van het budget, zoals bijvoorbeeld opnames, aantal bedden, aantal specialisten (de zogenoemde parameters). Het systeem van parameters en tarieven is vastgelegd in beleidsregels, waaraan de minister haar goedkeuring heeft gegeven.

Bij overschrijding macrobudget correcties

Alle zo berekende ziekenhuis budgetten bij elkaar opgeteld geven het totale uitgavenniveau voor ziekenhuiszorg aan. Deze uitgaven worden getoetst aan het beschikbare macro-budget. Bij een overschrijding van het

⁷ Zie bijlage 1 voor een uitgebreide beschrijving.

macro-budget kan het CTG op aanwijzing van de minister de budgetten korten door voor alle ziekenhuizen de tarieven te verlagen, de zogenoemde generieke korting.

Vastgesteld budget fungeert als plafond

Ziekenhuizen ontvangen hun budget door de productie, in de vorm van verpleegdagen en nevenverrichtingen, te declareren bij de zorgverzekeraars, met als plafond het vastgestelde budget⁸. Overschrijding van het budget door meer productie wordt volledig in mindering gebracht door het verpleegtariaf te verlagen. Als een ziekenhuis minder produceert dan nodig is om het budget te «vullen», dan wordt dat gecorrigeerd door het verpleegtariaf te verhogen. Als een ziekenhuis de afgesproken zorg kan leveren tegen minder kosten door doelmatiger te werken, dan moet het daaruit voortvloeiend voordeel toegevoegd worden aan zijn reserves. Maakt het ziekenhuis echter meer kosten dan geraamd, dan moeten deze met behulp van de eigen reserves worden opgevangen.

2.2 Oude fouten voorkomen in nieuw bekostigingssysteem

Reeds in 1994 zijn de partijen in het zorgveld begonnen met de ontwikkeling van een nieuw bekostigingssysteem, dat beter aan moest sluiten bij de praktijk. Daarover meer in hoofdstuk 3.

De Rekenkamer heeft een aantal knelpunten in het huidige FB-systeem geconstateerd, die in het nieuwe systeem voorkomen zouden kunnen worden.

- **Kloof tussen afgesproken zorg en geleverde zorg**
Het FB-bekostigingssysteem gaat uit van de jaarlijkse productieafspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, maar alleen voorzover deze passen binnen de voorgeschreven parameters. De ziekenhuizen zijn echter sinds die parameters werden ingevoerd overgeschakeld op nieuwe zorgvormen, bijvoorbeeld transmurale zorg. Het CTG heeft echter deze nieuwe vormen niet in nieuwe parameters vastgesteld, waardoor ze niet kunnen worden meegeteld voor de vaststelling van het ziekenhuisbudget. Om dit probleem te omzeilen worden nieuwe zorgvormen «weggeschreven» onder de noemer van zorgvormen die wél in het FB-systeem benoemd worden. Het ziekenhuisbudget wordt in die gevallen dus ieder jaar «gevuld» door aan de FB-parameters een dusdanig volume toe te kennen dat het vooraf afgesproken budget kan worden binnengehaald. Het FB-systeem krijgt daardoor slechts een rekenfunctie; in werkelijkheid wordt er dus een groter pakket aan zorgvormen uit betaald en de volume-aantallen die aan het CTG worden gemeld hebben geen directe relatie meer met het werkelijke (voorgenomen) productievolume.
Deze kloof tussen formele afspraak en realisatie bestaat al geruime tijd.
- **Kloof tussen werkelijke kosten en tarieven in het FB-systeem**
De normbedragen in het FB-systeem zijn niet gebaseerd op werkelijke kosten. De koppeling tussen de tarieven in het FB-systeem en de werkelijke kosten is voor het laatst in 1992 gemaakt. Sindsdien waren de enige aanpassingen trendmatige verhogingen. Door de vele kortingen en herverdelingen hebben de normbedragen geen relatie meer met de werkelijke kosten, met als neveneffect dat de ziekenhuizen op deze manier niet bepaald gestimuleerd worden om hun zorg doelmatiger te verlenen.

⁸ De hier geschetste gang van zaken wordt gecompliceerd door het feit dat de ziekenfondsen, waar een deel van de ziekenhuisbudgetten vandaan komt, via een ander systeem aan een bepaald budget worden gebonden. Dit kan fricties opleveren. Hoewel in het verleden duidelijk is uitgesproken dat het primaat ligt bij het verstrekkingenbudget van de ziekenfondsen en de ziekenhuisbudgetten volgend moeten zijn, heeft de minister in de praktijk regelmatig eerst het ziekenhuisbudget gewijzigd. Het extra budget dat aan ziekenhuizen is verstrekt voor de vermindering van de wachtlijsten is daar een voorbeeld van.

- Ballast uit het verleden
Bij de invoering van het FB-systeem was het uitgangspunt dat invoering van dit nieuwe systeem voor individuele ziekenhuizen zoveel mogelijk budgettair neutraal zou moeten plaatsvinden. De historisch gegroeide verdeling van middelen over ziekenhuizen speelde daarom een belangrijke rol bij de budgetvaststelling in het nieuwe systeem en is tot op de dag van vandaag medebepalend voor het budget dat ziekenhuizen ontvangen.
- Het FB-systeem werkt vernieuwing en efficiëntie tegen
Zorgvernieuwing en verhoging van de doelmatigheid worden in het huidige systeem niet beloond. Nieuwe vormen van zorg worden niet in het FB-systeem verwerkt en de kosten ervan worden formeel dus ook niet vergoed. In sommige gevallen leiden deze zelfs tot verlaging van het budget. Wanneer bijvoorbeeld een ziekenhuis intensieve (dure) vormen van zorg vervangt door eenvoudiger (goedkopere) zorg, koppelt het systeem hier lagere bedragen aan, terwijl de kosten voor het ziekenhuis niet navenant dalen. Ook het feit dat alle ziekenhuizen in gelijke mate worden gekort bij overschrijding van het macrobudget (als gevolg van meer productie dan afgesproken) werkt niet stimulerend op individuele ziekenhuizen om de efficiëntie te verhogen. Ook efficiencykortingen die in gelijke mate alle ziekenhuizen treffen, straffen feitelijk ziekenhuizen die al efficiënt werken. Hoewel het systeem specifieke kortingen bij individuele ziekenhuizen toestaat, worden deze in de praktijk niet toegepast. Het FB-systeem draagt derhalve niet bij aan de verwezenlijking van de beleidsdoelen van de minister, maar werkt deze in de geschetste situaties zelfs tegen.
- De verantwoordingsinformatie op basis van het FB-systeem geeft geen inzicht in de realisering van de beleidsuitgangspunten voor de ziekenhuiszorg, kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid. Het FB-systeem kent geen categorieën waarin ziekenhuizen informatie over projecten die de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg verbeteren kunnen laten meewegen bij het vaststellen van hun budget. De ziekenhuizen moeten wel de gegevens registreren over de te financieren alternatieve activiteiten, maar deze spelen geen rol bij het bepalen van de hoogte van het budget. De registratie van zorgvernieuwing staat nog in de kinderschoenen, waardoor een heldere verantwoording achteraf vrijwel onmogelijk is. Dat betekent dat juist de informatievoorziening die van belang is voor de toetsing aan de beleidsuitgangspunten ontbreekt, namelijk die over zorgvernieuwing, kwaliteitsverbetering, verhoging toegankelijkheid en verhoging van de doelmatigheid.
- Onvoldoende actieve rol CTG
Het CTG, dat verantwoordelijk is voor het goed functioneren van het systeem, is er naar het oordeel van de Rekenkamer de afgelopen jaren onvoldoende in geslaagd het systeem adequaat aan te passen aan de ontwikkelingen in de zorg of een voorzet te geven voor de ontwikkeling van een nieuw systeem⁹.

⁹ In een onderzoek naar het functioneren van het toenmalige COTG (1995) concludeerde de Rekenkamer eveneens dat er te weinig verband bestond tussen de tarieven en de werkelijke kosten. In een reactie hierop gaf het COTG aan, dat het het bekostigingssysteem meer in overeenstemming zou brengen met de werkelijke kosten.

- Wisselende rol minister
De minister heeft een wisselende koers gevaren waaraan partijen in het veld niet altijd houvast hadden.

Deze twee laatste punten worden in de volgende paragraaf toegelicht.

2.3 Initiatieven om knelpunten op te lossen

De knelpunten van het FB-systeem zijn het ministerie en het CTG wel bekend. Beide partijen hebben echter weinig initiatief getoond om deze knelpunten fundamenteel op te lossen.

De ziekenhuizen en zorgverzekeraars kwamen wel met een initiatief. Om de ruimte voor zorgvernieuwing en kwaliteitsverbetering te vergroten besloot het merendeel van de ziekenhuizen om productie-afspraken met de zorgverzekeraars te gaan maken op basis van een meerjarige overeenkomst, met zogenoemde aanneemsommen voor een paar jaar. Dit gaf de zekerheid dat de hoogte van het budget in die jaren in principe niet verandert. De Rekenkamer constateerde dat ziekenhuizen met een aanneemsom inderdaad vaker afspraken hadden gemaakt over zorgvernieuwing en kwaliteitsverbetering dan ziekenhuizen met een klassieke, jaarlijkse overeenkomst.

In de reacties van het ministerie op dit initiatief heeft een duidelijke omslag gezeten. In eerste instantie reageerde het ministerie enthousiast en werd dit idee zelfs ondersteund met een subsidie. Toen echter meer ziekenhuizen voor deze mogelijkheid kozen kregen zij nul op het rekest. De minister koos er voor om het contact met het veld «niet nader te intensiveren». De verzoeken werden doorgeschoven naar het CTG die als opdracht kreeg om criteria te ontwikkelen voor het honoreren van aanneemsommen. Na een discussie tussen het ministerie en CTG werd besloten een andere weg in te slaan. Dit resulteerde in aanpassing van het FB-systeem in de vorm van de beleidsregel zorgvernieuwing (1998). Met deze beleidsregel beoogde het CTG te voorkomen dat ziekenhuizen financieel nadeel ondervinden van zorgvernieuwing, bijvoorbeeld bij substitutie van zorg. De beleidsregel maakte het mogelijk dat het ziekenhuis het deel van het budget dat met deze activiteit gemoeid is, kan behouden. Hiervan werd echter sporadisch gebruik gemaakt.

Met de beleidsregel *Inperking productieafspraken* heeft het CTG geprobeerd de discrepantie tussen afgesproken en geleverde zorg binnen de perken te houden. De beleidsregel houdt in dat verschillen tussen afspraken en realisatie groter dan 10% niet door het CTG worden toegestaan.

Beide beleidsregels onderstrepen het feit dat het FB-systeem niet meer aansluit op de zorg zoals die thans door de ziekenhuizen wordt verleend. De aanpassingen vormen naar het oordeel van Rekenkamer hoogstens een tijdelijke oplossing van de knelpunten. De gekozen aanpassingen maken het systeem bovendien minder transparant: het wordt mogelijk gemaakt dat er budget wordt ontvangen op basis van aantallen die niet geheel stroken met de werkelijkheid.

3 OP WEG NAAR EEN NIEUW BEKOSTIGINGSSYSTEEM

3.1 Nieuwe producttypering

Reeds in 1994 zijn partijen begonnen met de ontwikkeling van een bekostigingssysteem, dat beter aan zou sluiten bij de praktijk. In de Meerjarenaafspraken Zorgsector bevestigen de betrokken partijen nog eens dat op het terrein van de ziekenhuiszorg gekomen moet worden tot één geïntegreerde bekostigingssystematiek, tot één prijs per product. Daartoe moeten producten worden gedefinieerd en kostprijzen worden berekend. Die producttypering moet resulteren in een systeem van geïntegreerde en transparante producten van ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg. Aan het product worden de kosten van het ziekenhuis en de werklast van de medisch specialist gekoppeld. Een dergelijk systeem heeft ten doel:

- het normeren van de kwaliteit van het medisch handelen;
- een bijdrage te leveren aan de sturing van zorgprocessen binnen het ziekenhuis;
- het verbeteren van de planning van de medisch specialistische capaciteit;
- de bekostiging van ziekenhuiszorg te doen plaats vinden op basis van zorgproducten.

Aan producttypering wordt invulling gegeven door het formuleren van een beperkt aantal zogenoemde diagnose-behandel-combinaties (DBC's)¹⁰. Bij de DBC's wordt zorg op patiëtniveau gedefinieerd door rekening te houden met een combinatie van de belangrijkste diagnose- en behandelingsgegevens. Per DBC wordt een tarief berekend op grond van de (gemiddelde) werkelijke kosten.

3.2 Vorderingen ontwikkeling DBC-systeem

De Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland zijn in 1994 gestart met het project Producttypering Medisch Specialistische Zorg. Dit project kende een aanloopperiode van vijf jaar. Alle inspanningen hadden er slechts toe geleid dat op het moment van onderzoek alleen de DBC's urologie werden geregistreerd, althans bij de meeste onderzochte ziekenhuizen. De voorgenomen registratie van de DBC's KNO had nog geen doorgang kunnen vinden. Andere specialismen zouden later volgen. Niettemin staan de meeste onderzochte ziekenhuizen en vrijwel alle specialistenverenigingen positief tegenover de invoering en financiering op basis van DBC's (zie bijlage 2 en 3). Zij voorzagen afronding van het project echter niet vóór 2005. Er werd nog een aantal knelpunten gesignaleerd. In de eerste plaats achten ziekenhuizen zowel als specialisten het van belang dat de minister zich duidelijk uitsprekt over de gevolgen van producttypering voor de financiering. De producttypering is vooral een zaak van ziekenhuizen en specialisten geweest. De minister en het CTG hebben zich tot voor kort nauwelijks met de invulling bemoeid of zich over de mogelijke gevolgen voor de bekostiging van ziekenhuiszorg uitgelaten. Ziekenhuizen achten het reëel en aanvaardbaar dat er een uitgavenplafond blijft bestaan, maar willen toch op korte termijn komen tot een duidelijker relatie tussen productie en de kosten. Dit vormt een belangrijke drijfveer om de DBC-systematiek te implementeren. Een duidelijke positiebepaling van de minister zal in hun ogen de betrokkenheid van alle partijen vergroten. Ziekenhuizen waarschuwen verder voor een te complex stelsel. Zij wijzen in dit verband op de 80-20 regel: 80% van de

¹⁰ DBC's zijn niet nieuw. In 1983 is in de Verenigde Staten het systeem van Diagnosis Related Groups (DRG's) ingevoerd. Dit systeem groepeerde patiënten die medisch gezien een vergelijkbare aandoening hebben.

gevallen is relatief gemakkelijk te vangen in DBC's, voor de resterende 20% wordt dat moeilijker geacht. Daarvoor zou dan een andere vorm van financiering moeten gelden. Verder wordt aandacht gevraagd voor de automatiseringsaspecten, die naar het oordeel van de partijen noch inhoudelijk noch in financiële zin onderschat mogen worden.

De Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) is in juni 1999 geëvalueerd. op 12 mei 2000 gaf de minister in haar reactie (TK2, 27 156 nr. 2) aan het belang van een betere aansluiting van de bekostiging van instellingen bij de werkelijke kostenstructuur te onderschrijven. Vastgesteld werd dat nog geen sprake is van evenwichtige tarieven (een van de doelstellingen van de WTG). Onder evenwichtige tarieven wordt verstaan tarieven die zo goed mogelijk overeenkomen met de werkelijke kosten van de geleverde prestatie. Met name het ontbreken van kostenconformiteit en de matige aansluiting bij ontwikkelingen in de zorg leiden tot kritiek. Een onduidelijke relatie tussen prestatie en prijs van behandeling kan naar het oordeel van de minister ook leiden tot onnodige irritatie bij publiek en politiek. Zij beaamde dat een adequate onderbouwing van de tarieven noodzakelijk is om eventuele intensiveringen of een volledige compensatie voor loon- en prijsontwikkelingen aannemelijk te maken en gehoor te laten vinden. De minister is van oordeel dat de beleidsregels van het CTG op dit moment niet altijd aansluiten op actuele ontwikkelingen in de zorg en dat het derhalve nodig is om budget- en tariefssystematiek periodiek te evalueren. In een overzicht van algemene maatregelen en voornemens naar aanleiding van de evaluatie wordt vermeld dat het CTG daartoe een voorstel zal ontwikkelen dat in 2001 ten uitvoer kan worden gebracht.

In de rapportage Meerjarenaafspraken van 17 mei 2000 wordt het belang van een op DBC's gebaseerd systeem door de minister bevestigd.

De ontwikkelingen op het gebied van DBC's zijn onlangs in een stroomversnelling geraakt. Ziekenhuizen, medisch specialisten en zorgverzekeraars laten de minister op 10 juli 2000 weten dat zij kans zien de reeds lang voorgenomen producttypering op hoofdlijnen in 2003 af te ronden en te implementeren. Het CTG blijft zijn twijfels houden over de toepasbaarheid van een op DBC's gebaseerd bekostigingssysteem en verwacht dat de implementatie, voor zover daar sprake van zal zijn, niet voor 2006 zal worden afgerond.

4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

4.1 Conclusies

4.1.1 Sturing en toezicht

De abstracte uitgangspunten kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg zijn niet nader geconcretiseerd en ook niet in tussendoelstellingen vertaald. Daardoor is het moeilijk om te achterhalen of de uitgangspunten in praktijk zijn gebracht. Tot nu toe is hoofdzakelijk sprake geweest van financiële sturing, gericht op het beheersen van de uitgaven.

De sturingsfilosofie heeft de Minister van VWS in diverse beleidsstukken uiteengezet. Nergens is echter op samenhangende wijze vastgelegd wat de verantwoordelijkheden van de verschillende bij ziekenhuiszorg betrokken partijen precies is en welke bevoegdheden daarbij horen. In 1998 is gekozen voor een nieuwe bestuurlijke aanpak voor de zorgsector. De partijen in het veld hebben meer ruimte gekregen om op regionaal niveau invulling te geven aan het beleid. Ook hier is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de betrokken partijen nog onvoldoende uitgekristalliseerd. Bovendien worden als gevolg van deze nieuwe aanpak ook andere eisen gesteld aan het toezicht. Vooralsnog is dit nog niet dekkend en onvoldoende toegesneden op de nieuwe bestuurlijke verhoudingen

4.1.2 Bekostiging

Het functiegerichte budgetteringssysteem (FB-systeem) sluit niet meer aan op de zorg zoals die thans door de ziekenhuizen wordt verleend. De gegevens die van belang zijn voor het bepalen van de hoogte van het budget weerspiegelen niet meer de werkelijkheid en over de werkelijkheid ontbreekt consistente en betrouwbare informatie. Het systeem biedt bovendien weinig speelruimte voor de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Daardoor is het moeilijk om beleidsvoornemens, zoals zorgvernieuwing, te implementeren en de middelen daar te krijgen waar ze nodig zijn.

Binnen het FB-systeem is geen ruimte voor de registratie van gegevens die betrekking hebben op zorgvernieuwing, kwaliteitsverbetering, verhoging van de doelmatigheid en de toegankelijkheid. Als gevolg van het ontbreken van deze informatie heeft de minister niet de mogelijkheid om de resultaten te toetsen aan de beleidsuitgangspunten voor de zorg. Het FB-systeem heeft wel gefunctioneerd om de macrokosten beheersbaar te houden, maar biedt geen inzicht in de daadwerkelijke zorg en de daarmee gemoeide kosten.

De huidige wijze waarop de middelen verdeeld worden over de ziekenhuizen laat dus geen ruimte voor de uitgangspunten van de minister: gewenste ontwikkelingen in de zorg kunnen hiermee dus niet gestimuleerd en gemonitord worden.

Het bekostigingssysteem dat nu wordt ontwikkeld, is gebaseerd op zogenoemde diagnose-behandel-combinaties (DBC's). Volgens de Rekenkamer biedt dit DBC-systeem een goed alternatief voor het vigerende FB-systeem, omdat de verwachting is dat het DBC-tarief beter zal aansluiten bij de werkelijke kosten van de geleverde prestatie van specialist en ziekenhuis. Daarbij komt dat DBC-constructie en kostprijsberekening gegevens opleveren aan de hand waarvan ziekenhuizen hun

eigen doelmatigheid en de kwaliteit van functioneren kunnen bepalen. In beginsel kan op basis van deze gegevens ook een vergelijking worden gemaakt met de prestaties van andere ziekenhuizen. Immers, met de constructie van DBC's wordt inzichtelijk gemaakt welke verrichtingen bij een bepaald product, bij een bepaalde behandeling horen. Dus niet alleen wordt duidelijk wat een product kost, maar ook wat ervoor gedaan wordt. Hiermee wordt een belangrijke bijdrage geleverd aan de zozeer gewenste transparantie op dit terrein.

Een geïntegreerde tariefstelling, waarin de kosten van zowel de specialist als het ziekenhuis zijn vervat, voldoet tevens aan een belangrijke voorwaarde voor het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

4.2 Aanbevelingen

4.2.1 Actieve rol voor CTG

De Rekenkamer is van mening dat het CTG een actieve rol zal moeten spelen om het DBC-systeem van de grond te krijgen. Het CTG zal tijdig aan moeten geven op welke wijze de DBC's een plaats kunnen krijgen in het nieuwe bekostigingssysteem. Van het CTG mag derhalve verwacht worden dat het parallel aan de constructie van DBC's door ziekenhuizen, specialisten en zorgverzekeraars een model ontwikkelt dat de financiële middelen op basis van die DBC's op inzichtelijke wijze over de ziekenhuizen kan verdelen. Naar het oordeel van de Rekenkamer zullen zo spoedig mogelijk op basis van de reeds beschikbare DBC's pilots uitgevoerd moeten worden om tijdig feilen op het spoor te komen. Daarbij dient zeker ook aandacht te worden besteed aan de vraag op welke wijze prikkels kunnen worden ingebouwd om gewenst gedrag te belonen.

4.2.2 Inbouw plafond

Speciale aandacht vereist de vraag in hoeverre een plafond kan worden ingebouwd in een op DBC's gebaseerd bekostigingssysteem. De onderzochte ziekenhuizen achten het vanzelfsprekend dat op de een of andere wijze een rem op de uitgaven wordt gezet omdat daarmee ook de doelmatigheid is gediend. Anderzijds moeten reële inspanningen bekostigd worden en mag het risico niet eenzijdig bij de zorgaanbieder worden gelegd.

4.2.3 Oververfijning voorkomen

Het verdient verder aanbeveling, zeker bij de introductie van het systeem, de juiste maat te houden met betrekking tot het aantal DBC's, waarop de bekostiging zal worden gebaseerd. Zoals ook ervaringen in het buitenland uitwijzen, bestaat een neiging tot oververfijning. Ook mag de medische herkenbaarheid niet uit het oog worden verloren. Een eenvoudig stelsel en een grote medische herkenbaarheid komen de bruikbaarheid van het systeem ten goede.

4.2.4 Onderhoudsplan

Geen enkel systeem is perfect. De waarde van een systeem wordt vooral bepaald door de mate waarin het is toegesneden op de actuele uitvoeringspraktijk. Daarom moet er voldoende aandacht worden besteed aan het onderhoud van het bekostigings- en tariefstelsel. De noodzaak daartoe blijkt ook uit ervaringen met soortgelijke bekostigingssystemen van ziekenhuiscare in het buitenland (de Verenigde Staten en Duitsland).

Het verdient aanbeveling om vooraf een onderhoudsplan voor het nieuwe systeem te maken, waarin wordt aangegeven op welke wijze, op welke termijnen en door wie (onderdelen van) het systeem zullen worden geëvalueerd of gevalideerd.

4.2.5 Rol minister

Bij een arrangement, waarin de verantwoordelijkheid in belangrijke mate bij de partijen in het veld wordt gelegd, dient de minister met de haar ten dienste staande middelen een faciliterende rol te spelen en het proces op gang te houden. Zij dient er zorg voor te dragen dat er op het terrein van wet- en regelgeving knelpunten worden opgelost.

Juist bij een losser geformuleerd sturingsarrangement dient de minister te beschikken over voldoende en betrouwbare informatie om te kunnen beoordelen of het proces op koers ligt.

4.2.6 Breed draagvlak en projectorganisatie

Het traject naar een nieuw bekostigingssysteem op basis van DBC's, dat is ingezet in 1994, is nog lang niet tot een einde gebracht.

Het in juli 2000 uitgesproken voornemen, waarin zorgverzekeraars, ziekenhuizen en specialisten (opnieuw) te kennen geven met vereende krachten op korte termijn te komen tot de implementatie van DBC's, is de uitdrukking van een breed gedragen opvatting. Naar het oordeel van de Rekenkamer vormt dit een belangrijke voorwaarde voor het welslagen van de operatie.

Een met élan gebracht voornemen om een complex proces in korte tijd ten uitvoer te brengen dient met de nodige zorg te worden omgeven. Zo is een toegesneden projectorganisatie een eerste vereiste om voortgang en kwaliteit te bewaken. Daarbij dient bijzondere aandacht te worden besteed aan de automatiseringsaspecten. Bestaande computersystemen zullen aangepast en op elkaar afgestemd moeten worden; waar nodig zullen tijdig nieuwe systemen moeten worden ontwikkeld. De afstemming betreft niet alleen de ziekenhuizen en de toegelaten specialisten zelf, maar dient ook plaats te hebben tussen ziekenhuizen enerzijds en zorgverzekeraars en CTG anderzijds.

5 REACTIES BETROKKENEN

5.1 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De minister gaat in haar reactie in op drie onderwerpen, te weten de sturing, het toezicht en de bekostiging.

Sturing

De minister onderschrijft de opvatting dat helderheid omtrent verantwoordelijkheden en bevoegdheden het functioneren van de verschillende actoren in het zorgveld positief beïnvloedt. Niettemin is zij van mening dat onzekerheid inherent is aan haar streven naar een nieuwe bestuurlijke verhouding en dat thans voldoende zekerheid bestaat ten aanzien van genoemde verantwoordelijkheden en bevoegdheden. De minister verwijst in dit verband naar haar brief van 29 april 1999¹¹ aan de Tweede Kamer over de bestuurlijke vormgeving van het tweede compartiment en haar aanbiedingsbrief bij de nota «Positionering algemene ziekenhuizen» (18 september 2000¹²), waarin zij aangeeft dat zij het wenselijk acht de verschillende ontwikkelingen in het ziekenhuisdossier in samenhang te presenteren. Zij zal dit doen in een notitie die aan het eind van het jaar zal verschijnen.

Toezicht

De minister is het niet eens met de Rekenkamer, dat het toezicht niet dekkend zou zijn en niet toegesneden op de nieuwe bestuurlijke verhoudingen. De CTU ziet toe op de uitvoering van de Ziekenfondswet door de ziekenfondsen. De ziekenfondsen op hun beurt dienen te controleren of de ziekenhuizen hun contractuele verplichtingen nakomen. Het betreft dan met name de kwaliteits- en doelmatigheidsafspraken, alsmede de afspraken over prijs en prestaties. Het wetsvoorstel Instelling CTZ, waarin wordt uitgegaan van de eigen verantwoordelijkheid van ziekenfondsen, biedt daar volgens de minister ook in de nieuwe configuratie voldoende mogelijkheden toe.

Ook het toezicht dat de IGZ houdt gaat uit van de eigen verantwoordelijkheid van instellingen. Dit past binnen de sturingsfilosofie.

Bekostiging

De minister geeft in haar reactie aan zich goed te kunnen vinden in de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer met betrekking tot de bekostiging van ziekenhuiszorg. Zij verwijst in dit verband naar de op 12 oktober jl. door haar ingestelde stuurgroep en projectorganisatie, die zorg dienen te dragen voor een tijdige (voor 2003) invoering van een bekostigingsinstrument van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf op basis van diagnose-behandelcombinaties (DBC's). In de stuurgroep, onder voorzitterschap van prof. dr. L. Koopmans, zijn vertegenwoordigd de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Vereniging van Academische Ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten, Zorgverzekeraars Nederland, het College Tarieven Gezondheidszorg en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De stuurgroep zal onder meer aandacht besteden aan vraagstukken, die te maken hebben met het inbouwen van doelmatigheidsprikkels en mogelijke knelpunten van juridische aard.

¹¹ Kamerstukken II, 1999–2000, 26 517, nr. 1.

¹² Kamerstukken II, 1999–2000, 27 295, nrs.

1 en 2.

5.2 Commentaar Rekenkamer

De Rekenkamer deelt de opvatting van de minister dat in een dynamische omgeving als het complexe zorgveld niet altijd tijdig helderheid kan worden verschaft over alle aspecten van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. De Rekenkamer heeft met haar opmerkingen echter willen wijzen op de situatie, waarin de bekostiging van de ziekenhuiscareer gaandeweg steeds verder van de werkelijkheid kwam te staan, terwijl niettemin (tot voor kort) geen enkele daartoe bevoegde partij het voortouw nam om hierop een passend antwoord te vinden.

Met betrekking tot het toezicht is de minister van mening dat hier wél sprake is van een dekkend en toegesneden systeem. In haar reactie beschrijft de minister de rol van respectievelijk de CTU en de ziekenfondsen. Naar het oordeel van de Rekenkamer komt dit erop neer dat de ziekenfondsen tot taak hebben zorginstellingen te controleren op het punt van kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de geleverde zorg. Deze taak valt onder het toezichtsbereik van de CTU. Gelet op de toenevende eigen verantwoordelijkheid van partijen in het veld impliceert dit volgens de Rekenkamer een uitgebreider en diepgaander toezicht door de ziekenfondsen en CTU dan thans het geval is. Daarmee stemt de Rekenkamer graag in.

De Rekenkamer neemt met instemming kennis van de opvatting van de minister dat de huidige bekostigingssystematiek niet meer gehandhaafd kan worden en dat de implementatie van een alternatieve, meer toegesneden bekostigingssystematiek voortvarend ter hand wordt genomen. De Rekenkamer stelt vast dat ook op het punt van haar aanbevelingen overeenstemming met de opvattingen van de minister bestaat. De Rekenkamer zal met belangstelling de vorderingen van de onlangs ingestelde stuurgroep volgen.

5.3 College Tarieven Gezondheidszorg

Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) schetst in zijn reactie de historische context rond de instellingsbudgettering. Deze vorm van budgettering is in de jaren tachtig onder andere voor ziekenhuizen ingevoerd vanwege de sterke kostenstijging in de voorafgaande jaren. De kosten stegen niet zozeer door te hoge prijzen, maar meer door de ontwikkeling van het volume.

Bij de ontwikkeling van het budgetmodel, dat door de beheersing van het volume voor een betere kostenbeheersing zou moeten zorgen, werden de voorwaarden geformuleerd van:

- rechtvaardigheid,
- flexibiliteit ten aanzien van nieuwe ontwikkelingen en
- voldoende beleidsruimte voor het plaatselijk overleg en de instelling.

Wilde het budgetsysteem aan de gestelde eisen blijven voldoen, dan vergde dit dat de (kosten)gevolgen van de werking van het systeem zouden worden aanvaard, alsmede dat het systeem regelmatig werd onderhouden en zondig aangepast aan ontwikkelingen in de zorg.

In de praktijk zijn echter de financiële gevolgen van lokale productieafspraken herhaaldelijk op basis van aanwijzingen van de overheid gecorrigeerd. De mogelijkheden van de overheid om kortingen door te voeren, werden nog versterkt door de introductie van de mogelijkheid om macrobudgetten vast te stellen in 1991. Ook wat betreft de capaciteits-

gebonden kosten werden de mogelijkheden van het Functiegerichte Budgetteringssysteem (FB-systeem) door de Minister van VWS geblokkeerd door het aantal specialistenplaatsen te bevrozen. Daarnaast constateert het CTG dat pogingen die het CTG heeft ondernomen tot aanpassing van het systeem strandden op gebrek aan bereidheid hiertoe in de sector zelf als gevolg van vrees voor herallocaties en door het opteren van de sector voor een meer openeind-georiënteerd systeem. In zijn reactie wijst het CTG erop dat thans een kostenonderzoek wordt uitgevoerd dat het mogelijk zou maken op korte termijn tot een herijking van het FB-systeem te komen.

Het CTG concludeert dat veel kritiek op het FB-systeem, kritiek is op het door de overheid gevoerde beleid. De nadruk op kostenbeheersing heeft ertoe geleid dat de in het budgetsysteem ingebouwde dynamiek is aangetast.

Wat betreft de transparantie van het FB-systeem merkt het CTG op dat bij de ontwikkeling van het systeem zoveel mogelijk gezocht is naar objectivering via (globale) inputgeoriënteerde budgetparameters. Het systeem bevat daardoor weinig informatie over de geleverde zorg in outputtermen en de feitelijke kosten. Dit zou afzonderlijk moeten worden georganiseerd. Verbetering van de informatie is wenselijk.

Over de ontwikkeling rond een nieuw bekostigingssysteem op basis van DBC's geeft het CTG aan dat deze thans voortvarend ter hand wordt genomen. Het CTG participeert op alle niveaus in dit project en zal hiervoor de nodige capaciteit en deskundigheid inzetten. Een zeer relevante vraag die op enig moment aan de orde zal komen, is op welke wijze de uitkomsten van genoemd kostenonderzoek in de toekomstige ziekenhuisbekostiging zullen worden ingebed. Wanneer dit zou geschieden in de vorm van integrale kostprijzen voor alle gerealiseerde producten, is het volgens het CTG de vraag hoe kostenbeheersing kan worden bereikt. Het volumeprobleem zou dan namelijk weer in zijn volle omvang op tafel komen te liggen.

5.4 Commentaar Rekenkamer

De Rekenkamer constateert dat het CTG haar mening deelt over de tekortkomingen van het FB-systeem. Het systeem heeft zijn nut bewezen waar het de kostenbeheersing betreft. Binnen dit systeem konden volgens de Rekenkamer andere belangrijke uitgangspunten zoals kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg echter niet verwezenlijkt worden. Het CTG wijst in zijn reactie vooral naar de sector en de overheid als de belangrijkste oorzaken van de teloorgang van het systeem. De Rekenkamer is echter van mening dat het CTG een meer voortvarende rol had kunnen spelen bij de aanpassing van het bekostigingssysteem aan de veranderde omstandigheden.

Ook constateert de Rekenkamer overeenstemming op het punt van de kwaliteit van de informatievoorziening. De Rekenkamer maakt uit de reactie van het CTG op dat thans wordt gewerkt aan de verbetering van de informatievoorziening over de geleverde zorg.

De Rekenkamer neemt met belangstelling kennis van de opvattingen van het CTG ten aanzien van de ontwikkeling van een bekostigingssysteem op basis van DBC's en van de rol die het daarbij wil spelen. Zoals uit paragraaf 4.2.2 blijkt, deelt de Rekenkamer de zorg van het CTG (en overigens ook van de ziekenhuizen zelf) voor volumeproblemen. Zij acht

dit een belangrijk aandachtspunt voor de door de minister ingestelde stuurgroep en projectorganisatie.

5.5 College voor zorgverzekeringen

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) onderschrijft de analyse van de Rekenkamer met betrekking tot de bekostigingsproblematiek van de ziekenhuiszorg en de mogelijkheden van DBC's. Volgens het CVZ staat de invoering van de DBC's met de nota «Positionering algemene ziekenhuizen» van 18 september 2000 ook niet meer ter discussie. In die nota geeft de minister bovendien aan dat de sturing van de zorg decentraal dient plaats te hebben. Dat betekent volgens het CVZ dat de dubbele budgettering dient te worden vervangen door een verzekeraars-budgettering. Gegeven het uitgangspunt van de decentrale sturing vraagt het CVZ zich af of de gewenste vergroting van de onderhandelingsruimte voor zorgverzekeraars wel tot stand kan komen als de rol van het CTG bij de verdeling van de middelen gehandhaafd blijft.

Voorts wijst het CVZ er in zijn reactie op dat het beleid van de minister erop gericht is de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen te vergroten en de ziekenfondsen meer en meer verantwoordelijkheid laten dragen voor door hen beïnvloedbare kosten. De mogelijkheden tot beïnvloeding zijn niet voor alle sectoren in de zorg even groot. Ziekenfondsen lopen hierdoor over de vaste ziekenhuiskosten nauwelijks risico, maar wel – gedeeltelijk – over de variabele ziekenhuiskosten (hetzelfde geldt voor specialistische hulp; voor alle overige ZFW-verstrekingen lopen ziekenfondsen volledig risico). Volgens het CVZ dient daarom een duidelijk onderscheid te worden gemaakt tussen vaste en variabele ziekenhuiskosten, met name ook bij het declaratieverkeer tussen ziekenhuizen en ziekenfondsen. Deze problematiek dient nog verder bestudeerd te worden maar het CVZ acht een oplossing binnen een te ontwikkelen bekostigingsstelsel op basis van DBC's goed te verwezenlijken.

Met betrekking tot de maximering van de uitgaven zou dit leiden tot de opvatting dat het plafond van de variabele kosten de uitkomst is van onderhandelingen tussen ziekenfondsen en ziekenhuizen. Op macro-niveau bepaalt dan de minister het verzekeraarsbudget.

5.6 Commentaar Rekenkamer

De Rekenkamer stelt vast dat het CVZ de uitkomsten met betrekking tot de analyse van het FB-systeem en de mogelijkheden van bekostiging op basis van DBC's deelt. Het onderzoek van de Rekenkamer en het in de nota «Positionering algemene ziekenhuizen» geformuleerde uitgangspunt, dat sturing in de zorg decentraal dient plaats te hebben, brengt ook volgens de Rekenkamer met zich mee, dat de rol van diverse actoren, waaronder zeker ook het CTG, opnieuw doorgelicht dient te worden.

6 NAWOORD REKENKAMER

De Rekenkamer neemt met instemming kennis van de instelling van de stuurgroep en projectorganisatie voor de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem. Zij gaat ervan uit dat de stuurgroep bij de invoering van het nieuwe systeem rekening zal houden met de lessen uit het verleden, zoals de Rekenkamer die in haar rapport aangeeft. Vooral het onderhoud van het nieuwe systeem, de informatievoorziening over de geleverde zorg en de waarborging van de samenhang verdienen extra aandacht. De notitie over de samenhang tussen de verschillende ontwikkelingen in het ziekenhuisdossier, die de minister voor eind 2000 toezegt, kan hopelijk voor dit laatste punt een goede aanzet geven. De Rekenkamer hoopt dat de minister in samenspraak met de stuurgroep met voortvarendheid een bij het nieuwe bekostigingssysteem passende sturings- en toezichtsstructuur zal vaststellen, zodat in de toekomst de realisering van de beleidsuitgangspunten kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg gestimuleerd en gemonitord kan worden. Duidelijkheid over de verdeling van verantwoordelijkheden en bijbehorende bevoegdheden tussen de verschillende bestuursorganen en veldpartijen is van cruciaal belang, overigens niet alleen voor de toekomstige situatie, maar zeker ook in de overgangssituatie tot 2003.

Het ziekenhuisbudget

In 1988 werd de functiegerichte budgettering voor algemene ziekenhuizen ingevoerd. De bedoeling van het systeem was om het budget te koppelen aan de inhoud en omvang van de functies van het ziekenhuis. Ziekenhuizen zijn echter wel vrij om het toegekende budget naar eigen inzicht te besteden.

Bij de start van het systeem werd de verdeling van het macrobudget over de vier componenten vastgesteld op basis van het uitgangspunt dat invoering van het nieuwe systeem voor individuele ziekenhuizen zoveel mogelijk budgettair neutraal zou moeten plaatsvinden. De historisch gegroeide verdeling van middelen over ziekenhuizen speelde derhalve een belangrijke rol bij de vaststelling van de (prijs en volume)parameters in het nieuwe systeem en is tot op de dag van vandaag medebepalend voor het budget dat ziekenhuizen ontvangen.

Het budget van elk individueel ziekenhuis wordt ieder jaar opnieuw vastgesteld. Berekening van het budget vindt plaats op basis van parameters die het CTG vastlegt in beleidsregels. Deze behoeven de goedkeuring van de minister. Over de hoogte van het productiegebonden deel van het budget is tevens overeenstemming tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars vereist.

De budgetonderdelen

Het budget bestaat uit vier componenten, te weten: de locatiegebonden kosten, de beschikbaarheidscomponent, de capaciteitsgebonden kosten en de productiegebonden kosten (zie figuur 1). De verdeelsleutel over de componenten en de waardering van de parameters is na een herijking in 1992 niet meer substantieel veranderd. Sinds 1992 zijn op de parameterwaarden wel enkele herverdelingen toegepast en is een aantal macrokortingen verwerkt. Dit ging ten koste van de aansluiting met het oorspronkelijke kostenniveau.

De locatiegebonden kosten hebben betrekking op de kapitaalslasten, het onderhoud van het gebouw en het gebruik dat van het gebouw wordt gemaakt.

Deze kosten, ongeveer een kwart van het budget voor ziekenhuiszorg, worden deels vergoed op basis van de werkelijke kosten, deels op basis van door het CTG vastgestelde normbedragen en deels op basis van historische kosten.

De beschikbaarheidscomponent (ongeveer 10 procent van het budget voor ziekenhuiszorg), vormt een compensatie voor de kosten van het ziekenhuis die gemoeid zijn met de diensten die voortvloeien uit het louter beschikbaar zijn in een bepaalde regio, zoals 24-uursdienstverlening. De hoogte is afhankelijk van de adherentie van het ziekenhuis. De adherentie is een maat voor het relatieve marktaandeel van een ziekenhuis en wordt elke drie jaar door het SIG berekend op basis van het aantal opnames, dagbehandelingen en (sinds 1999) het aantal eerste polikliniekbezoeken.

De capaciteitsgebonden kosten worden geacht dekking te bieden aan de semi-vaste kosten. Daaronder wordt verstaan de kosten die op korte termijn niet door de omvang van de productie worden beïnvloed. De parameters voor deze categorie kosten zijn het erkende bed en de specialisteneenheid. Deze parameters bepalen ongeveer 20% van het

budget voor ziekenhuiszorg. De vergoeding voor specialistische zorgverlening is bedoeld ter bestrijding van de kosten die elke specialist voor het ziekenhuis genereert. De omvang van deze budgetcomponent is niet afhankelijk van het aantal specialisten dat feitelijk in het ziekenhuis werkzaam is, maar van het aantal erkende poortspecialistenplaatsen. De omvang van deze budgetcomponent verschilt per specialisme, maar weerspiegelt niet de werkelijke kosten die de specialistische zorgverlening voor het ziekenhuis veroorzaakt.

De budgetwaarde voor het aantal bedden heeft eveneens een beperkte relatie met de werkelijke kosten van het ziekenhuis. Deze waarde wordt berekend op basis van het aantal erkende bedden, zoals vastgelegd in de erkenningbeschikking van de Minister. (Vanaf 1 april 1996 wordt niet meer gesproken van erkenning maar van toelating). Dit aantal weerspiegelt niet zonder meer de werkelijke capaciteit van het ziekenhuis. Bovendien berust de hoogte van de vergoeding op verouderde ramingen.

De productiegebonden kosten (ongeveer 40% van het budget voor ziekenhuiszorg) vormen de enige component in het budget van de ziekenhuizen die variabel genoemd kan worden, aangezien vergoeding van deze kosten niet geschiedt op basis van parameters die voor (een aantal) jaren vastliggen in beleidsregels of erkenningbeschikkingen. Jaarlijks dienen afspraken over het volume van de productie met de zorgverzekeraars gemaakt te worden. De afspraken behoeven de goedkeuring van het CTG.

Bij de productiegebonden kosten wordt een onderscheid gemaakt tussen de reguliere ziekenhuisproductie en de bijzondere functies. Eerstgenoemde wordt uitgedrukt in vier parameters (opname, dagbehandeling, eerste polikliniekbezoek en verpleegdag) en in de eerste lijnsproductie. Onder bijzondere functies worden de verrichtingen verstaan waarvoor het ziekenhuis een vergunning nodig heeft op basis van het Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen, zoals transplantaties en hartchirurgie. Het ziekenhuis en de zorgverzekeraar onderhandelen jaarlijks over de aantallen (het volume) van deze parameters.

Op basis van de vier componenten berekent het CTG, na goedkeuring van de afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars, het budget van het ziekenhuis (de totale aanvaardbare kosten).

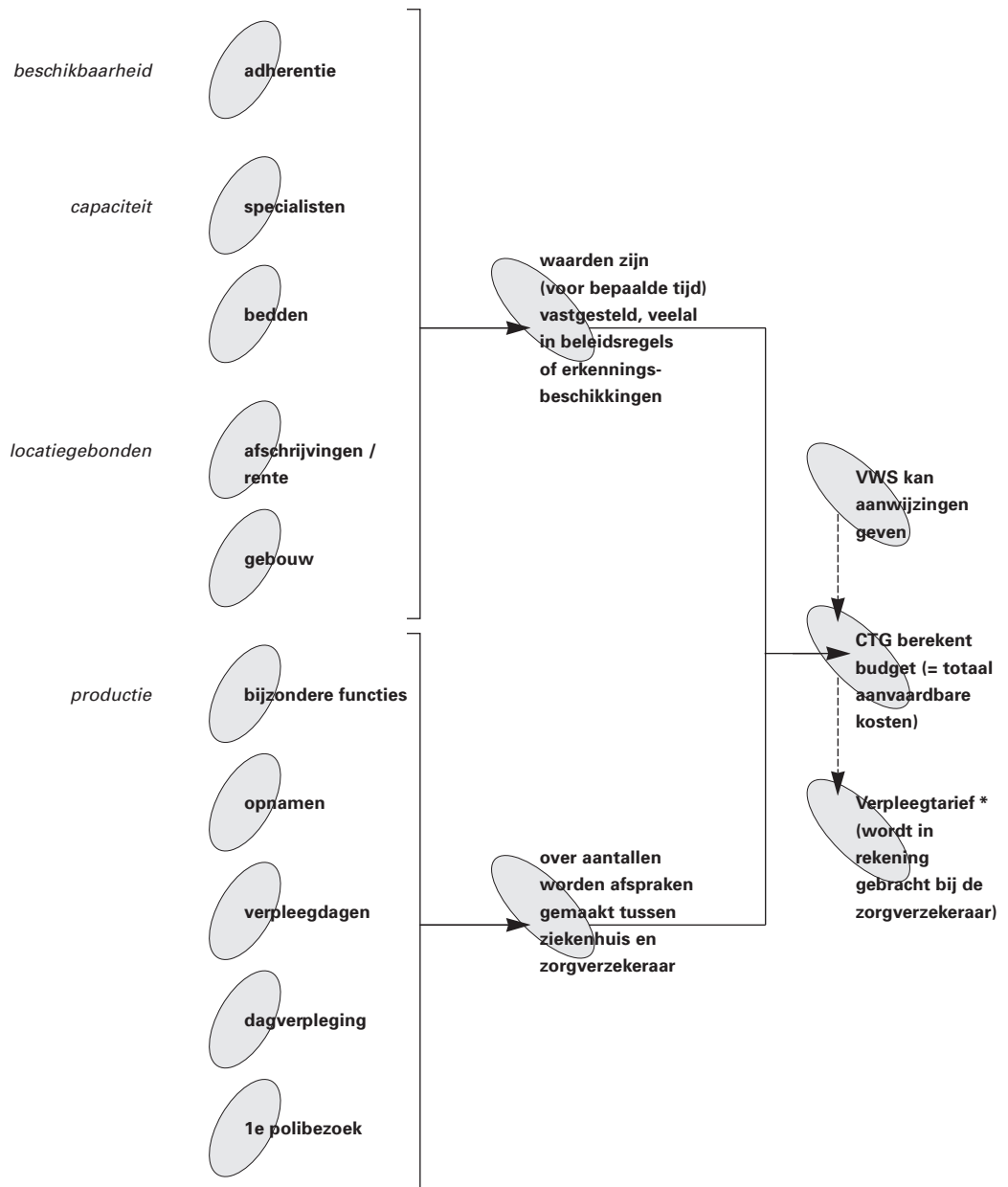
Financiering van het budget

Na vaststelling van het budget van een ziekenhuis, komt de financiering van dat budget aan de orde. Voor een instelling is het budget het belangrijkste gegeven. Het budget geeft aan wat er uitgegeven kan worden, wat de aanvaardbare kosten zijn in een bepaald jaar. De financiering van het budget vindt plaats via de tarieven die het ziekenhuis in rekening brengt bij de verzekeraars of bij de patiënten. Bij de ziekenhuizen gaat het hierbij om twee soorten tarieven: de tarieven uit de Tarieflijst Instellingen en het verpleegtariaf.

Tarieflijst instellingen

Voor bepaalde verrichtingen in de ziekenhuizen gelden landelijke tarieven die zijn opgenomen in de Tarieflijst Instellingen. Er zijn ongeveer 1600 van deze tarieven voor allerlei verrichtingen, zoals operaties, diagnostische activiteiten of onderzoeken. De tarieven zijn voor alle ziekenhuizen gelijk. Voor een individueel ziekenhuis is over het algemeen niet de hele Tarieflijst van belang, omdat niet alle op de lijst opgenomen verrichtingen door een ziekenhuis mogen worden gedaan.

figuur 2 **opbouw ziekenhuisbudget**



* Het verpleegtarief komt als volgt tot stand:

totaal aanvaardbare kosten – geschatte opbrengsten (P x O) = door verpleegtarief te dekken bedrag;
 door verpleegtarief te dekken bedrag : aantal verpleegdagen = verpleegtarief

Verpleegtariaf

Het verpleegtariaf is het tarief dat een ziekenhuis mag declareren voor een verpleegdag. Dit tarief komt op een andere manier tot stand dan de andere tarieven. Het verpleegtariaf wordt namelijk direct afgeleid van het vastgestelde budget. Het vastgestelde budget wordt namelijk vermindert met de begrote opbrengsten uit de te declareren overige tarieven. Het restant van het budget wordt gedeeld door het aantal geraamde verpleegdagen. De uitkomst hiervan is het verpleegtariaf (zie ook figuur 1). Het verpleegtariaf is dus een soort sluitariaf om het budget als het ware te «vullen». Aangezien elk ziekenhuis een eigen budget heeft en de opbrengsten uit de tarieven per ziekenhuis verschillen, verschilt het verpleegtariaf ook per ziekenhuis. Vanwege het «sluitende karakter» van het verpleegtariaf weerspiegelt dit tarief niet de echte kosten van een verpleegdag in een instelling.

Kaderstellende budgetten

De sommatie van alle individuele ziekenhuisbudgetten geeft het totale uitgavenniveau voor ziekenhuiszorg. Indien deze uitgaven het vastgestelde financiële macrokader overschrijden, kan het CTG, al dan niet op aanwijzing van de Minister, de budgetparameterwaarden neerwaarts bijstellen om overschrijding van het macrobudget voorkomen. Dit gebeurt in de vorm van een generieke budgetkorting die geldt voor alle ziekenhuizen.

Voor het jaar 2000 bood de minister het CTG de mogelijkheid «specifiek te korten». Het CTG heeft echter besloten van die mogelijkheid af te zien.

De ziekenhuizen declareren de productie bij de zorgverzekeraars op basis van de WTG tarieven. Het budget loopt als het ware gedurende het jaar «vol».

Het budget is echter kaderstellend. Het is echter mogelijk dat er ofwel meer of minder wordt uitgegeven dan het kader, ofwel dat er meer of minder inkomsten binnenkomen dan nodig is om het budget te vullen. Als een ziekenhuis minder uitgeeft dan het budget (terwijl de afgesproken productie gewoon is gehaald), mag het ziekenhuis het overschot behouden als positieve reserve. Als een ziekenhuis meer uitgeeft dan het budget, dan heeft dat ziekenhuis in dat jaar een negatieve reserve. Deze negatieve reserve moet de volgende jaren weer ingehaald worden. Een eventuele positieve reserve wordt gebruikt om het negatieve resultaat uit een voorgaand jaar te egaliseren. Deze egalisatiereserve wordt de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK) genoemd. De RAK kan dus positief of negatief zijn.

Als er meer of minder inkomsten binnenkomen via de tarieven dan nodig is om het budget te «vullen», worden die inkomsten het volgende jaar door het CTG verrekend. Dat gebeurt weer via het sluitpost van het verpleegtariaf per instelling. Komt er te veel geld binnen dan gaat het verpleegtariaf omlaag, komt er te weinig binnen dan gaat het verpleegtariaf omhoog.

(de 20 ziekenhuizen zijn anoniem in het overzicht opgenomen)

Ziekenhuis	Stand DBC	Problematiek	Toekomst
A	Urologen registreren niet		Gematigd positief over DBC financiering; meer inzicht in kostenstructuur; bevordert integratie ziekenhuis-specialist; zal echter nog geruime tijd duren voordat systeem bij specialisten geaccepteerd wordt
B	Handm. registratie mbv DBC formulier	Alléén DBC, geen aanvullende gegevens	Ziekenhuis is bezig met ontwikkeling van eigen systeem van producttypering; staat positief to. outputfinanciering; maakt transparant wat specialist doet, maar of het werkt hangt af van de politiek.
C	Nog niet; gegevens zijn wél te reconstrueren	Urologen zijn nog te zeer belast met implementatie van nieuwe module ZIS	Vrij optimistisch over DBC als nieuwe fundament onder de bedrijfsvoering.
D	Urologen doen mee aan registratie	Registratie kost veel tijd en inspanning. Te gecompliceerd. Ook veel onderhoud nodig.	Men is al 7 jaar bezig. Tot nu toe doet alleen urologie mee (snijdend sp.), terwijl de besch. spec. veel moeilijker zijn in te delen. Daarbij komt: wat schieten we er mee op: er zal een uitgavenplafond blijven bestaan. En we ruilen het ene achterhaalde systeem voor een weldra achterhaald systeem. Men verwacht meer schadeclaims vanwege niet handelen volgens protocol.
E	Pilotziekenhuis; registreert op 6 spec.	Volgens ziekenhuis is VWS bezorgd over mogelijke open eind financiering plaats zal vinden na invoering van DBC's.	Zkh. is thans verantwoordelijk voor zaken waar eigenlijk geen verantwoording voor kan worden gedragen. Door afspraken te maken over # DBC's worden verantw. duidelijk. Lumpsum afspr. lopen ten einde. Er zijn aanvullende afspr. nodig om die overeind te houden tót invoering DBC's (over enkele jaren) wél mogelijk is. Er zijn echter al ontwikkelingen die DBC-systeem bedreigen.
F	Gegevens urologie kunnen geleverd worden (polikl, ehbo en kl.). Zkh. is pilot producttypering.	Vergt veel van administratie (dubbel). Externe druk is nodig om slaagkans te vergroten	Zkh. kan ook gegevens leveren voor longziekten, neurologie, orthop, reumat, gynaec en interne gen. Producttypering maakt het mogelijk om interne sturing aan te laten sluiten op externe financiering. Ook wordt doelmatigheid zorg meetbaar. 80% van de zorg is te vangen in zorgproducten.
G	In experiment; levert alleen DBC's, geen extra gegevens	Automatiseringssystemen moeten rigoreus worden aangepast; overeenstemming met specialisten nog niet rond.	Terughoudend over bruikbaarheid van DBC's; invoering duurt in ieder geval nog 5 jaar.
H	Handmatige registratie dmv. formulieren	Aansluiting bij adm. systemen niet gereed	Niet negatief; systeem is echter niet verfijnd genoeg om als basis te dienen voor financiering; ziekenhuis signaleert behoorlijke weerstand bij specialisten
I	Gevraagde gegevens urologie kunnen nog niet geregistreerd worden	Automatisering dient ter hand te worden genomen	Werkbaar indien niet meer dan zo'n 100 producten worden gedefinieerd (80-20 regel); met name bij beschouwende specialismen lastig ivm. multipathologie

Ziekenhuis	Stand DBC	Problematiek	Toekomst
J	Uroloog werkt mee		Slaagkans invoering DBC groot mits specialist meewerkt, er landelijk steun voor is en het qua automatisering goed ondersteund wordt; DBC op den duur werkbaar alternatief; moet niet te fijnmazig worden
K	Urologische DBC's worden geregistreerd.	Specialisten niet echt actief: patiëntenzorg belangrijker gevonden.	In beginsel een goed systeem, maar dan moet er een duidelijke politieke keuze komen. Ook moet men bedacht zijn op de inconsistentie tussen invoering DBC's en loskoppeling van inkomen spec. van productie.
L	Enthousiaste medewerking urologen.		Extra werk en personeelskosten, terwijl met DBC's probleem van de gezhzorg niet wordt opgelost. Er zal een andere verdeling van schaarste plaats hebben. Voegt niets toe aan het inzicht dat zkh-en ook nu al hebben. Voorkeur gaat uit naar een beperkte aanpassing van FB-systeem: ook prestatieparameters opnemen, zoals adherentie, extra transmurale activiteiten. Voor 80% geeft FB goed inzicht in de bedrijvigheid
M	Urologen registreren in een apart hiervoor ontworpen systeem	Vertraging door problemen met automatisering (algemeen probleem)	Optimisme over DBC's is wat geluwd, omdat men tot het besef komt dat volledige outputfinanc. niet haalbaar is. Wet van grote getallen geldt: 80% te vangen in DBC's; 20% moeilijk, daarvoor budget handhaven. Koppeling tussen geld en feitelijk handelen loslaten om calculerend gedrag te vermijden.
N	Urologen doen mee	Om technische redenen is informatie niet uit het systeem te krijgen.	Specialisten zijn enthousiast over DBC's maar kunnen nog geen resultaten zien vanwege problemen systeem. Zkh. is pessimistisch over haalbaarheid DBC's als vervanging van FB. Want open-eind financiering komt er toch niet. Het zal blijken dat politiek dan keuzes moet maken en daar zijn ze niet voor te porren. En bovendien is het moeilijk om op basis van 300 DBC's productieafspraken te maken.
O	Urologen registreren niet	Zkh.is bezig zelf nieuw systeem te ontwikkelen. Lastig om DBC's daarin te integreren	DBC's bieden niet meer inzicht, kosten meer tijd en het geheel wordt uiteindelijk complexer dan het huidige systeem. Men is voorstander van adherentie als belangrijkste parameter te beschouwen: financiering op basis van het marktaandeel. Men is nu experimenteel bezig specialisten te financieren op basis van adherentie (kl. en polikl.). Spec. bepalen zelf of ze participeren.
P	Urologen registreren	Geen aanvullende gegevens	Zkh. maakt zich zorgen over wat ná de meerjarenaafspraken gaat gebeuren. Continuering van FB-systeem leidt tot grote tekorten. Dbc-systeem is te gedetailleerd. Zkh voelt meer voor een financiering à la AWBZ instellingen.

Ziekenhuis	Stand DBC	Problematiek	Toekomst
Q	(in exp.) Handm. registratie van poliklinische zorgvraag	Spec. zijn tegen automatisering van geg. ivm. privacy	In theorie goed alternatief; voor sommige spec. (long, interne) erg moeilijk te komen tot DBC's; Zal minstens nog 10 jaar duren voor invoering is gerealiseerd;
R	Registratie urologen verloopt moeizaam.	Registratie dmv. formulieren. Spec. vullen nog niet alles goed in.	Bereidheid van spec. om mee te werken hangt af van wat het oplevert. Gevaar is dat ontwikkeling dbc's leidt tot nieuw tarievenboek. De gedachte achter de DBC's is het verhogen van inzicht en toewijzen van kosten. Het zal echter de interne sturing niet gemakkelijker maken. Na afloop van de meerjarenafspraken is dbc-systeem nog niet uitontwikkeld. In die tussentijd acht men het wenselijk dat het FB-systeem meer vrijheidsgraden worden toegekend.
S	Handmatige registratie dmv. formulieren bij urologie	Aansluiting bij klinische administratie niet gereed	Twijfels over haalbaarheid; vijf jaar heeft het gekost om zover te komen mét toeschietelijkheid in honorering; niettemin geen ander alternatief voor FB.
T	Registratie conform landelijke richtlijnen in apart ontwikkelde module in ZIS	Geen landelijke aansturing geweest. KNO en orthop. hebben zich teruggetrokken. Registratie is nog onvolgroeid. (bijv. pat. bij meerdere spec.) Huidige software nog ontoereikend	Een volledig ingevoerd DBC-systeem is alternatief voor FB-systeem.

Specialistenvereniging	Houding tav dbc	Streefdatum invoer voor betreffend specialisme	Knelpunten
Orde van Medisch Specialisten	Positief	In 2004 financiering obv reële productie	Uitsplitsing bij complex ziektebeeld, automatisering
A	Positief	–	Doorberekening
B	Positief	Na eind 2000	Kosten registratie
C	Positief	–	In kaart brengen diagnoses
D	Positief	Na 2003	Financiering
E	Positief (in doorsnee)	Tussen 2003 en 2005	Honorering en tijd
F	Positief (gematigd)	Kon niet worden genoemd (veel tijd)	Differentiatie
G	Positief (leden zijn sceptisch)	Over een jaar verbreding	Tarieven/werklastmeting
H	Positief	Start: januari 2000	Politieke wil
I	Positief	–	Actualisatie
J	(wisselend)Positief	2004	Als het als inkomensmiddel gebruikt gaat worden
K	Positief	Na 2002	Standaardiseren
L	Bewezen negatief	Streven: derde kwartaal 2000	Tarieven/werklast
M	Verwees door naar OMS	Verwees door naar OMS	Verwees door naar OMS
N	Positief	In de loop van 2000	Financiering