

Vergaderjaar 2013–2014

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 265

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 december 2013

Voor het zomerreces heb ik u de Eerste tussenrapportage verbetering informatievoorziening zorguitgaven gestuurd. Daarin heb ik u op de hoogte gebracht van de activiteiten van de stuurgroep Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven en ik heb een aantal maatregelen beschreven voor de medisch-specialistische zorg. Van een deel daarvan was de implementatie al gestart of kon op korte termijn worden gestart en een deel van de maatregelen was nog in voorbereiding, omdat die nog nader onderzocht en uitgewerkt moesten worden. Daarbij heb ik u aangekondigd dat u aan het eind van dit jaar een volgende tussenrapportage tegemoet zou kunnen zien.

De verbetering van de informatievoorziening over de zorguitgaven kent drie doelen. Naast de versnelling van de informatie over de uitgaven, moet gedurende het jaar de monitoring van die uitgaven worden verbeterd en moet ook de informatie worden ontsloten die inzicht kan geven in de verklaring van de ontwikkeling in de uitgaven. Deze drie doelen worden in samenhang gezien.

Realisatie van de doelen biedt voordelen voor overheid, instellingen, verzekeraars en patiënten. De versnelling (door bijvoorbeeld verkorting DBC-duur naar 120 dagen) leidt voor alle partijen tot veel eerder inzicht dan nu in de (ontwikkeling van de) uitgaven. De verbetering van de monitoring (door bijvoorbeeld meer inzicht in onderhanden werk) geeft in de loop van het uitvoeringsjaar al informatie op basis waarvan ingezet kan worden op het (laten) bijsturen door verzekeraars en instellingen. Met de verbetering van de verklarende informatie beschikken alle partijen over meer inzicht in waar de oorzaken liggen van de waargenomen ontwikkelingen en waar beleidsmatige aanpassingen moeten of kunnen worden getroffen.

Zoals in de tussenrapportage aangekondigd, is de stuurgroep in de afgelopen maanden verder gegaan met de uitwerking en uitvoering van de voorgestelde maatregelen voor de medisch-specialistische zorg. Ook is de stuurgroep gestart met de analyse en de voorbereiding van maatregelen voor de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Bij al deze activiteiten wordt nadrukkelijk de samenwerking met de veldpartijen gezocht.

Inmiddels heeft de Algemene Rekenkamer het rapport «Transparantie ziekenhuisuitgaven; Uitgavenbeheersing in de zorg deel 2» gepresenteerd. In dit rapport wijst de Rekenkamer op het grote belang van snellere en betere informatie over de zorguitgaven. Ik heb de Rekenkamer in mijn reactie op het rapport laten weten dat ik de conclusies en aanbevelingen van de Rekenkamer zie als een ondersteuning van mijn beleid om de complexiteit in de financiering van de (ziekenhuis)zorg aan te pakken en de transparantie te verbeteren. De verbetering van de transparantie die bereikt kan worden met de verbetering van de informatievoorziening over de zorguitgaven speelt hierbij een belangrijke rol. In lijn met de motie-Van der Veen (TK 2011–2012 33 240 XVI, nr. 9) heb ik de Algemene Rekenkamer ook steeds betrokken bij dit traject. Ik heb gemerkt dat er sprake is van een open en constructief contact tussen de Rekenkamer en de stuurgroep en ik ben blij te kunnen vaststellen dat de voorstellen van de stuurgroep kunnen rekenen op de steun van de Rekenkamer.

Hierbij ontvangt u een nieuwe tussenstand met betrekking tot de maatregelen die zijn aangekondigd in de eerste tussenrapportage van afgelopen zomer. Tevens ontvangt u het eerste beeld uit de analyse van de GGZ. Het project bevindt zich momenteel in een verkennende en analyserende fase. In deze tussenrapportage zal ik dan ook alleen die onderdelen toelichten waarin ten opzichte van de vorige tussenrapportage concrete activiteiten zijn te melden. Daarbij zal ik de volgorde aanhouden zoals die in de eerste tussenrapportage is gehanteerd. Vervolgens zal ik de activiteiten bij de curatieve GGZ bespreken.

I. Medisch-specialistische zorg

1. Maatregelen ter versnelling van de informatievoorziening

Doelstelling

Voor een adequate uitgavenbeheersing is het nodig dat begin maart na afloop van een jaar voldoende nauwkeurige informatie over de realisatie van de uitgaven in het afgelopen jaar beschikbaar is. Zo kan het uitgavenbeeld in de zorg betrokken worden bij de budgettaire Voorjaarsbesluitvorming in het kabinet.

1.2. Verdere stappen werkwijze en begrippen

Ik heb u in de eerste tussenrapportage geschetst dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in hun jaarrekeningen de kosten van de zorg op basis van verschillende begrippen verantwoorden, de zorgaanbieders op basis van omzet en de zorgverzekeraars op basis van schade. Het hanteren van verschillende begrippen leidt tot onduidelijkheid, misverstanden en veel vertraging.

De eerste technische exercitie die in mijn opdracht is uitgevoerd, heeft laten zien dat de diverse varianten die bij de stuurgroep in beeld waren weliswaar technisch mogelijk zijn, maar ook weer extra inspanning vereisen om invoering mogelijk te maken. Daarbij is ook aangegeven dat het belangrijk is de oplossingen nog te toetsen op een aantal specifieke

deskundigheidsgebieden, zoals juridische houdbaarheid (accountancy-regels en verzekeringsrecht).

Ook het Platform «Zorg in Control» dat door de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) is opgericht, heeft dit verschil in begrippenkader als knelpunt aangemerkt. Daarom is een werkgroep ingesteld die onderzoekt hoe dit probleem kan worden aangepakt. In deze werkgroep is in het bijzonder deskundigheid aanwezig op accountancy-gebied, maar ook op andere gebieden. De leden van de werkgroep zijn werkzaam bij zorginstellingen, zorgverzekeraars, brancheorganisaties, toezichthouders en het Ministerie van VWS. Ik verwacht dat het resultaat van deze werkgroep – dat rond de jaarwisseling wordt verwacht – een belangrijke bijdrage kan leveren aan het inventariseren van de (on)mogelijkheden en voor- en nadelen van verschillende opties tot harmonisatie van het begrippenkader.

1.3. Versnelling administratieve proces

Het is mijn stellige overtuiging dat de administratieve en financiële afwikkeling veel sneller kan en moet plaatsvinden dan in de huidige situatie. Ook verzekeraars en instellingen zijn die mening toegedaan. De realisatie van de versnelling is ook primair een zaak die tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar speelt.

Voorwaarde voor het tijdig afwikkelen van het financieel-administratief proces is dat de regelgeving en de uitwerking van het beleid al in de zomer voorafgaand aan het jaar bekend zijn. Dat biedt instellingen en verzekeraars de tijd en mogelijkheid de systemen aan te (laten) passen. Ik ben ook met de NZa in gesprek om dat te realiseren.

Inmiddels is een expertgroep samengesteld met vertegenwoordigers van instellingen, VWS, NZa, ZN en de NVZ om het huidige administratieve proces te ontleden en te beoordelen waar de vertragende factoren in het proces optreden. Dat beeld wordt getoetst door middel van bezoeken aan instellingen en verzekeraars. De afgelopen maanden is al een groot aantal instellingen bezocht. Op korte termijn worden nog enkele ZBC's en verzekeraars bezocht om het beeld uit de expertgroep te toetsen.

Na afronding van de bezoeken zullen de resultaten van de gesprekken worden geanalyseerd en besproken in de expertgroep. Daarbij zullen mogelijkheden tot versnelling worden geïnventariseerd. Vervolgens wil ik in een gezamenlijke sessie met de bezochte partijen de door de expertgroep geïnventariseerde oplossingsrichtingen bespreken op haalbaarheid. Naar verwachting zal dit onderdeel in het voorjaar van 2014 zijn afgerond. In de volgende tussenrapportage zal ik concrete maatregelen op dit onderdeel voorstellen.

2. Maatregelen voor de monitoring

Doelstelling

Gedurende het jaar is informatie beschikbaar op basis waarvan een beeld ontstaat waar de uitgaven in het lopende jaar op zullen uitkomen. Met deze informatie is het mogelijk om te anticiperen, tijdig bij te sturen en zo grotere ingrepen te voorkomen.

2.1. Contractinformatie

De eerste indicatie over de ontwikkeling van de zorguitgaven ontstaat op het moment dat de zorg gecontracteerd wordt. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars sluiten overeenkomsten over de te leveren zorg en de hoogte van de tarieven. In de huidige situatie worden in de contracten vaak uitgavenplafonds en/of lumpsumbedragen opgenomen. Zoals is afgesproken in het regeerakkoord heb ik de NZa de opdracht gegeven om deze informatie (voor zover mogelijk voor aanvang van het jaar als de contractering nagenoeg rond is) op te vragen, te analyseren en hierover te rapporteren. Voor de contractering 2013 is dat voor het eerst gebeurd voor de medisch-specialistische zorg. Voor de curatieve GGZ wordt de contractinformatie sinds 2012 al twee maal per jaar uitgevraagd.

De wijze waarop de contractinformatie in de medisch specialistische zorg structureel moet worden uitgevraagd, is nog in ontwikkeling. Zo geeft de informatie momenteel nog een beperkt beeld van de verscheidenheid in contractvormen. Voor een beeld van het risico op overschrijdingen is aanvullend een beeld gewenst van de verdeling over de verschillende contractvormen. Het is immers voor de inschatting van de onzekerheid relevant welk deel van de geschatte uitgaven contractvormen betreft die meer zekerheid bieden, zoals contracten met uitgavenplafonds of lumpsumbedragen en welk deel een raming met meer onzekerheid betreft, zoals bij open-eindecontracten en geen contracten. Ik heb overigens geen voorkeur voor een contractvorm boven een andere. Dat is aan partijen zelf.

Met ZN zijn afspraken gemaakt over de uitvraag bij de verzekeraars. De uitvraag zal worden gebaseerd op een nieuw format van ZN dat op basis van de ervaringen van vorig jaar is aangepast en hierdoor beter aansluit op de praktijk. De verwachting is dat hiermee voor de contractering 2014 een beter beeld gegeven kan worden. Ik heb de NZa opdracht gegeven de uitvraag van contractinformatie voor 2014 en 2015 voor de curatieve zorg en voor de curatieve GGZ te continueren en daar waar dat mogelijk is beide uitvragen op elkaar af te stemmen.

2.4 Ontwikkelen andere indicatoren

Het RIVM heeft onderzoek gedaan naar de mogelijkheden van een tweetal modellen om op basis van beschikbare data over DBC's de uitkomst van de totale DBC-schade over een jaar te ramen. De modellen zijn gevoelig voor variaties in de werkwijzen van ziekenhuizen bij de registratie. Beide modellen bleken niet tot een betrouwbare raming te leiden. Het RIVM is voornemens de inmiddels opgedane ervaring te gebruiken en verder te zoeken naar alternatieve methoden om vroegtijdig ramingen van de zorguitgaven te kunnen presenteren. Daarbij werkt het RIVM samen met onder andere NZa en CBS.

3. Maatregelen ter verklaring

Doelstelling

Om gericht te kunnen bijsturen, is het gewenst een goed beeld te hebben van de factoren die ontwikkelingen in de zorguitgaven verklaren. Het betreft bijvoorbeeld informatie over aantallen patiënten en volumeontwikkeling per specialisme.

3.1. Zorgprisma

Met Vektis is de afgelopen periode gewerkt aan een aansluiting op het datawarehouse Zorgprisma, dat is ingericht op basis van de door zorgverzekeraars betaalde declaraties. Zorgprisma ontsluit op een gebruiksvriendelijke manier de gegevens die gekoppeld zijn aan de declaraties die bij de zorgverzekeraars binnenkomen. De informatie die bij Vektis beschikbaar is, kan geraadpleegd worden via dashboards. Op dit moment is informatie beschikbaar over een aantal kostendragers bij de curatieve GGZ en bij de huisartsen. Op korte termijn komt ook de onderliggende informatie bij de declaraties voor de medisch-specialistische zorg beschikbaar. In deze fase wordt vooral ook gekeken naar de samenstelling van de dashboards en de mogelijkheid om die toe te passen bij het zoeken naar verklaringen van ontwikkelingen. In het voorjaar zal bekeken worden of Zorgprisma al een rol kan spelen bij de verklaring van de uitgavenontwikkeling die dan wordt waargenomen.

3.2. ICD-10

In de tussenrapportage heb ik aangegeven dat ik de NZa de opdracht heb gegeven instellingen te verplichten om – in overeenstemming met de internationale standaarden – per 2015 de ICD-10¹-diagnose vast te leggen bij zorgproducten. Het koppelen van de diagnose volgens de internationale ICD-10-standaard aan de declaratie van het DBC-zorgproduct levert meer medische inhoud dan de diagnose die momenteel is opgenomen in de DBC.

De NZa is bezig met de voorbereiding van het door ziekenhuizen laten vermelden van de diagnose volgens ICD-10 op de declaratie, naast de nu gebruikte DBC-diagnose. Daarbij wil de NZa als doel voor 2015 stellen om de ICD-10 diagnoses te registeren én te vermelden op de nota. Hiermee wil de NZa bereiken dat elk ziekenhuis in ICD-10 registreert, de registratie gekoppeld is aan het declaratieverkeer door middel van een informatieverplichting op de nota, vastlegging aan de bron gestimuleerd wordt, de noodzakelijk hulpmiddelen beschikbaar zijn (ook nodig voor de doorontwikkeling van de productstructuur 2016) en dat ICD-10 breder wordt toegepast (bijvoorbeeld in de zorginkoop, als factor voor zorgzwaarte etc.) en dus niet alleen meer administratieve last betekent. De NZa is voornemens per 2016 de DBC-diagnose in de DOT-productstructuur² te vervangen door de ICD-10-diagnose. Daarmee wordt dubbele diagnoseregistratie voorkomen.

II. Curatieve GGZ

Zoals in de eerste tussenrapportage is aangekondigd, is na de zomer een analyse gemaakt van de curatieve GGZ. Daaruit is gebleken dat de problematiek in de curatieve GGZ voor een belangrijk deel vergelijkbaar is met die in de medisch-specialistische zorg. Bij beide is sprake van DBC's die de jaargrens overschrijden. Ik heb u aangegeven dat bij het uitwerken van oplossingen mijn doel is maatregelen zo veel mogelijk op alle sectoren toe te passen. Bij het uitwerken van de hierboven vermelde mogelijkheden voor werkwijze en begrippen (1.2) en het administratieve proces (1.3) wil ik dan ook dat de mogelijke toepasbaarheid in de curatieve GGZ wordt meegenomen. Daarbij zal rekening moeten worden gehouden met specifieke kenmerken van de curatieve GGZ, zoals de

¹ de tiende revisie van de International Classification of Diseases.

² De DOT-productstructuur is al grotendeels ingedeeld op basis van de ICD-10-hoofdstukken. De ICD-10-classificatie is gedetailleerder dan de hoofdstukindeling.

gemiddelde langere duur van de DBC's en het relatief grote aantal kleine zorgaanbieders.

Ik heb bij de NZa navraag gedaan of een verkorting van de doorlooptijd van DBC's tot maximaal 120 dagen net als in de medisch-specialistische zorg (1.1) mogelijk zou zijn. De NZa kijkt momenteel naar de mogelijkheden hiervoor en zal mij daar in het voorjaar 2014 over informeren.

Voor de monitoring is bij de GGZ net als bij de medisch-specialistische zorg de monitoring van de contractinformatie (2.1) en de verbetering van de jaarraming van zorgverzekeraars (2.3) van belang. Ik denk er goed aan te doen deze onderwerpen voor de medisch-specialistische zorg en de curatieve GGZ in samenhang op te pakken. De contractinformatie over de GGZ wordt sinds 2012 al twee keer per jaar uitgevraagd en aangeleverd door de NZa. Zoals hierboven aangegeven heb ik de NZa opdracht gegeven de uitvraag in de jaren 2014 en 2015 voor de medisch-specialistische zorg en de curatieve GGZ waar mogelijk samen voort te zetten. De verbetering van de jaarraming van zorgverzekeraars zal zowel de medisch-specialistische zorg als de curatieve GGZ betreffen. Deze verbetering zal per 1 januari 2015 gestalte krijgen.

Voor de verbetering van de jaarraming is inzicht in het onderhanden werk noodzakelijk. Het rapporteren over het onderhanden werk ligt bij de GGZ wel anders dan bij de medisch-specialistische zorg, ook al omdat in de huidige productstructuur de kosten van een DBC vooral samenhangen met de bestede tijd. Ik zal de NZa op korte termijn vragen om het onderhanden werk zo spoedig mogelijk beschikbaar te krijgen.

Voor de verklarende informatie zijn dezelfde thema's van toepassing als bij de medisch-specialistische zorg. De informatie van Vektis is voor de curatieve GGZ al beter ontsloten via Zorgprisma. Over het opnemen van de diagnose (volgens de DSM-IV-standaard) op de factuur zijn afspraken gemaakt in de bestuurlijke akkoorden van deze zomer. In het DBC Informatie Systeem (DIS) worden ook de gegevens van de curatieve GGZ opgenomen.

Om de zorgproducten meer medisch inhoudelijke zeggingskracht te geven en de controleerbaarheid te verbeteren, wordt gewerkt aan het doorontwikkelen van een zorgvraagzwaarte-indicator. De eerste versie van deze zorgvraagzwaarte-indicator verschijnt per 2014 op de declaratie (behalve bij DBC's persoonlijkheidsstoornissen). Daarnaast worden ook andere gegevens inzichtelijk gemaakt op de GGZ-factuur, waaronder gegevens over de hoofdbehandelaar, de verwijzer en de bestede directe en indirecte patiëntgebonden tijd (uitgesplitst naar de tijd besteed door de hoofdbehandelaar en door de medebehandelaar). De NZa heeft aangegeven dat in verband met de noodzakelijke toets op privacyaspecten het uitbreiden van de diagnose-informatie op de factuur niet eerder dan in 2015 kan plaatsvinden. In al deze trajecten zal expliciet aandacht worden besteed aan het «vertalen» van deze gegevens, voor zover dat nodig en zinvol is, naar voor de patiënt begrijpelijke taal (de verwachting is dat hier in de loop van 2014 stappen kunnen worden gezet). De patiënt en de zorgverzekeraar gaan er in (de loop van) 2014 dus op het gebied van de informatie op de factuur erg op vooruit.

III. Ten slotte

Op dit moment leveren de werkzaamheden van de stuurgroep heel veel informatie op. Het verzamelen van de informatie, de samenvatting, analyse en de uitwerking van de conclusies in concrete beleidsopties kost veel tijd. De materie is complex, taai en van grote impact voor zorgaan-

bieders, zorgverzekeraars en patiënten. Desalniettemin wordt er eendrachtig gewerkt aan stapsgewijze verbetering. Ik stuur u een volgende tussenrapportage voor het zomerreces van 2014. Naar verwachting kan ik u dan nieuwe concrete resultaten en ook concrete maatregelen melden. Op dat moment verwacht ik u ook te kunnen informeren over de start van de activiteiten van de stuurgroep op het gebied van de eerstelijnszorg.

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