

Vergaderjaar 2014–2015

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 160

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 juni 2015

Hierbij bied ik u de voortgangsrapportage Verbetering Financiële Informatievoorziening Zorguitgaven aan. Daarmee geef ik tevens uitvoering aan mijn toezegging uit het AO informatievoorziening om in te gaan op de termijnen waarbinnen declaraties worden ingediend en betaald.

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

Voortgangsrapportage Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven

1. Inleiding

Het jaar 2015 heb ik uitgeroepen tot het jaar van de transparantie, maar al in 2012 heb ik het verbeteren van de informatievoorziening over de zorguitgaven als speerpunt van mijn beleid benoemd. Het belang van tijdige, betrouwbare informatie over de zorguitgaven heb ik met uw Kamer gedeeld in mijn brief van 15 juni 2012 (Kamerstuk 29 189, nr. 395) bij de aanbidding van het rapport «Naar Beter Betaalbare Zorg». Op 29 november 2012 heb ik de stuurgroep verbetering informatievoorziening zorguitgaven ingesteld met als doel een verbetering van de informatievoorziening waardoor beheersing van de zorguitgaven en een doelmatige inzet van de middelen wordt bevorderd. Hiermee wordt ook bereikt dat de Tweede Kamer de budgettaire ontwikkeling van de zorg beter kan beoordelen en de doelmatigheid van het overheidsbeleid beter kan toetsen. In de taakopdracht aan de stuurgroep is dit uitgewerkt als het doen van voorstellen en implementatie van die voorstellen op het gebied van versnelling van de informatievoorziening over de zorguitgaven en verbetering van de monitoring en verklaring van de ontwikkeling van de zorguitgaven. Dit is als volgt geconcretiseerd:

- De financiële informatie over de uitgaven moet op een zodanig tijdstip na afloop van een boekjaar beschikbaar komen dat het beeld kan worden betrokken bij de Voorjaarsbesluitvorming. Concreter staat in de opdracht aan de Stuurgroep dat het streven is dat in maart (t+1) voldoende betrouwbare informatie over t beschikbaar is.
- Gedurende het boekjaar moet inzicht bestaan in de ontwikkeling van de zorguitgaven (early warning, beter zicht op onderhanden werk).
- Waar nodig moet achterliggende informatie beschikbaar zijn om de ontwikkeling te kunnen verklaren.

Over de voortgang van de werkzaamheden van de stuurgroep heb ik de Kamer via diverse voortgangsrapportages op de hoogte gehouden.¹ Daarnaast is op 5 november 2014 een Algemeen Overleg gevoerd over de verbetering van de informatievoorziening over de zorguitgaven. Met de Algemene Rekenkamer is gedurende het gehele traject constructief overleg gevoerd en ik zal de Algemene Rekenkamer ook in de toekomst blijven betrekken bij het vervolg.

In deze voortgangsrapportage ga ik in op de behaalde resultaten tot nu toe en informeer ik u over de voortzetting van de nog lopende zaken.

2. Bijdragen aan het bereiken van de doelstellingen

2.1 Versnelling

a. Versnelling in de medisch specialistische zorg

DBC-duur

Het Budgettair Kader Zorg is voor de medisch-specialistische zorg gedefinieerd als de waarde van de DBC's die in het betreffende jaar zijn geopend. Daarmee wordt aangesloten bij het schadelastbegrip van verzekeraars. Door dezelfde taal te spreken wordt het maken van afspraken over uitgavenbeheersing vergemakkelijkt. Dit schadelastbegrip

¹ Brief van 4 juli 2013, Kamerstuk 29 248, nr. 254.
Brief van 19 december 2013, Kamerstuk 29 248, nr. 265.
Brief van 18 juli 2014, Kamerstuk 32 620, nr. 130.

zorgt er echter ook voor dat het relatief lang duurt voordat er definitieve realisatiecijfers beschikbaar zijn. Daarom heb ik met ingang van 1 januari 2015 de maximale doorlooptijd van een DBC verkort van 365 dagen tot 120 dagen. Concreet betekent dit dat DBC's die over de jaargrens heen lopen, niet meer uiterlijk 31 december van het jaar t+1 worden gesloten, maar eind april van het jaar t+1. Dit betekent dus een concrete verkorting van de duur van een DBC met maximaal 8 maanden.

Waarde gesloten DBC's

In aanvulling op de DBC-duurverkorting wilde ik ook inzicht krijgen in de waarde van de DBC's die in het voorgaande jaar zijn gesloten. De waarde van gesloten DBC's kan vrij snel na afloop van het kalenderjaar worden bepaald, omdat DBC's die pas in het nieuwe jaar worden gesloten niet meetellen. Deze informatie is echter minder actueel dan het schadelastbegrip op basis van geopende DBC's, omdat ook DBC's meetellen die in het jaar t-2 zijn geopend en in t-1 zijn gesloten. De waarde van de gesloten DBC's wijkt dus af van de schadelast zoals die door verzekeraars wordt gehanteerd en waarmee binnen het Budgettair Kader Zorg en dus de VWS-begroting wordt gerekend. De waarde van gesloten DBC's is daarmee ongeschikt als basis voor een jaarverslag, maar kan wel in een vroegtijdig stadium waardevolle informatie verschaffen over de trends in de ontwikkeling van de zorguitgaven. Bovendien geeft deze informatie een indicatie of een eventuele over- of onderschrijding van het Budgettair Kader Zorg een incidenteel of structureel karakter heeft. Dit is informatie die van belang is in de Voorjaarsbesluitvorming.

Raming van de over jaargrens lopende DBC-schade (staart)

Aan het einde van het jaar worden niet alle DBC's afgesloten. Een deel van de DBC's loopt over de jaargrens heen maar moet ten behoeve van het schadelastbegrip en het Budgettair Kader Zorg wel worden toegerekend aan het jaar van openen. Dit wordt de staart van de DBC genoemd. Wanneer verzekeraars steeds beter in staat zijn de waarde van de staart te bepalen, wordt de raming van de totale jaarschade over een jaar steeds nauwkeuriger. Dat leidt tot minder verrassingen over de eventuele over- of onderschrijdingen. Door de verkorting van de DBC-duur is ook de duur van de staart verkort (maximaal 119 dagen ipv 364 dagen). Daardoor, maar ook door de bepaling van de waarde van het onder handen werk (OHW)² is het nu veel beter mogelijk de waarde van de staart te bepalen. Daardoor verbetert de raming aan het eind van een jaar van de schade die nog moet worden gedeclareerd na afsluiting van het jaar. Aan het eind van een kalenderjaar zijn verzekeraars dus veel eerder en beter dan in de situatie dat een DBC 365 dagen kon openstaan in staat de feitelijke schade over een jaar te ramen.

Administratieve processen

Na het afsluiten moeten de DBC's medisch-specialistische zorg en ggz nog worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar en vervolgens worden gevalideerd en geaccepteerd door de zorgverzekeraar. In de praktijk wordt in de contractering van ziekenhuizen en zorgverzekeraars een termijn van zes maanden overeengekomen voor het overgrote deel van de declaraties. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderzoeken de mogelijkheden om deze termijn verder te verkorten. Ook het traject van materiële controles achteraf heeft invloed op de vaststelling van de definitieve schade. Het verbeteren en versnellen van deze administratieve processen

² Het OHW is de waarde van de op een meetmoment uitgevoerde verrichtingen binnen een nog niet afgesloten of nog niet gedeclareerde DBC.

vergt een forse inspanning van met name verzekeraars en aanbieders. Waar nodig wordt in de agenda meer focus aangebracht, waarbij de nadruk ligt op het verder verbeteren van de kwaliteit van registraties en declaraties door het vergroten van bewustwording, verbetering van administratieve processen en actieve kennisuitwisseling. Daarbij worden ook de lessen uit de verschillende jaarrekeningentrajecten en het traject verbetering van de informatievoorziening over zorgkosten betrokken. Hierover bent u ook geïnformeerd in het programmaplan Rechtmatige Zorg van 27 maart 2015.

In het kader van het jaarrekeningentraject zijn door aanbieders en verzekeraars in nauwe samenwerking met de NZa allerlei initiatieven ontplooid om in het declaratieproces fouten te voorkomen en onduidelijkheden weg te nemen. Deze initiatieven worden al dan niet in gewijzigde opzet voortgezet (zo kunnen interpretatieverschillen over regelgeving worden voorgelegd aan het technisch overleg met de NZa).

In het veld wordt onderzocht of bepaalde controles die door de verzekeraar moeten worden uitgevoerd in een vroeger stadium in het declaratieproces bij de aanbieders kunnen worden belegd. Verzekeraars hebben daardoor eerder en meer zekerheid over de juistheid van de declaratie door de aanbieder, hetgeen naar verwachting tot minder uitval en minder hersteldeclaraties leidt.

Ten aanzien van de administratieve processen zijn de voorwaarden voor verbetering en versnelling geschapen. Acties zijn echter nog niet door het veld geïmplementeerd, maar daar zijn op bestuurlijk niveau al wel afspraken over gemaakt. Hierbij moet worden bedacht dat het gaat om processen die aanpassing van de geautomatiseerde systemen vergen. Dat kost nu eenmaal tijd en geld. Ik constateer wel dat door dit project partijen er steeds meer van doordrongen raken dat de versnelling vooral moet worden gerealiseerd binnen de administratieve processen, waarvoor ze zelf verantwoordelijk zijn. Ik zie daarbij allerlei initiatieven ontstaan om de declaratie en betaling van DBC's te verbeteren en te versnellen, zoals de handreiking rechtmatigheidscontroles, de verduidelijking van de regelgeving vooraf door NZa en het plan van aanpak tot vereenvoudiging van de DOT-structuur.

b. Versnelling in de ggz

DBC-duur in relatie tot nieuwe productstructuur

Ik heb de NZa advies gevraagd over de mogelijkheid in de ggz de maximale doorlooptijd van de DBC-prestaties te beperken, analoog aan de medisch-specialistische zorg. De NZa heeft daarop aangegeven de haalbaarheid en wenselijkheid van een dergelijke maatregel te beoordelen in het kader van de voorstellen om de productstructuur te verbeteren. Ik acht het wenselijk dat de uitwerking van die nieuwe productstructuur per 1 januari 2017 haar beslag kan krijgen. Omdat ik de versnelling van de informatievoorziening ook in de ggz zeer noodzakelijk acht, heb ik de NZa gevraagd om alternatieve maatregelen (waaronder de duurbepanking) uit te werken die per 1 januari 2017 eventueel zouden kunnen worden ingevoerd, mocht er voor die tijd geen nieuwe productstructuur zijn overeengekomen. De door de NZa uit te werken alternatieven zullen de invoering van de productstructuur niet mogen belemmeren.

Versnelling administratieve processen

Analoog aan de medisch-specialistische sector heb ik ook voor de GGZ een separate werkgroep ingesteld met als doel het snel en correct declareren te bevorderen. Ook in deze werkgroep worden verzekeraars en het veld betrokken. De focus ligt hier in eerste instantie op correct declareren.

c. Versnelling in de eerstelijnszorg

De focus bij de versnelling van de informatievoorziening is in eerste instantie gericht op de verbetering van de informatievoorziening in de medisch-specialistische zorg. Vervolgens is een start gemaakt met de ggz. Omdat versnelling in de eerstelijns het minst acuut is, is deze als laatste geprogrammeerd. Op korte termijn zal ik ook daar in overleg met het veld een verkenning uitvoeren naar mogelijke maatregelen.

2.2 Monitoring

Contractinformatie

In nauw overleg met de NZA, Zinl en zorgverzekeraars wordt inmiddels de informatie over de waarde van de gesloten contracten tussen zorgaanbieders en verzekeraars aangeleverd. Deze informatie is geïntegreerd in de kwartaalopgave aan VWS door het ZiNL over de schadelast. Door aan het begin van een jaar een beeld te hebben over de waarde van de gecontracteerde zorg en die te relateren aan de uiteindelijke waarde van de geleverde zorg, kan daarvan op termijn een voorspellende waarde uitgaan over de ontwikkeling van de uitgaven.

Onderhanden werk (OHW)

Het OHW geeft een goed beeld van de kosten die nog moeten worden gedeclareerd. Door de waarde van het OHW te kennen wordt de onzekere balanspost³ verkleind. Inmiddels leveren alle ziekenhuizen en een groot deel van de ZBC's het OHW aan. Door het OHW te kennen zijn verzekeraars beter in staat om een gedegen jaarraming te maken en tussentijds bij te stellen. De volgende stap in het proces is het verbeteren van de kwaliteit van de levering. Daarin zijn nog slagen te maken. Daarnaast moeten eind 2015 alle ZBC's het OHW aanleveren.

Verbetering jaarraming

De verkorting van de DBC-duur in de medisch-specialistische zorg en de opgave over het OHW zullen leiden tot een verbeterde jaarraming door verzekeraars. Vektis ontwikkelt met ZN een voorstel voor verzekeraars om de jaarschade op uniforme wijze te ramen. Naar verwachting is een model daarvoor eind dit jaar ontwikkeld.

2.3 Verklarende informatie

ICD-10 en doorontwikkeling DOT

In de vorige tussenrapportage heb ik aangegeven dat de NZa verdere stappen zet in de integratie van ICD-10 in de bekostiging. Dit is minder eenvoudig gebleken dan aanvankelijk werd gedacht. Dat neemt niet weg dat verdere integratie nog steeds wenselijk is. De verdere integratie van

³ De balanspost is het verschil tussen de door verzekeraars geraamde jaarschade en de reeds gedeclareerde schade.

ICD-10 dient te worden gezien in samenhang met andere stappen in de doorontwikkeling en verbetering van de DOT-systematiek. In het bestuurlijk overleg medisch specialistische zorg van 25 september 2014 is afgesproken dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het voortouw neemt bij de doorontwikkeling van DOT. Hierover heb ik u in de brief «Voortgang verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg» (11 december 2014, Kamerstuk 32 620, nr. 143) geïnformeerd. Ik heb daarom de NZa op 23 april 2015 per brief verzocht om in nauw overleg met veldpartijen een plan van aanpak te maken voor de middellange termijn. In het plan van aanpak neemt de NZa in ieder geval de volgende thema's mee:

- de patiënt meer centraal
- reële prijzen
- innovatieve vormen van bekostiging
- terugdringen administratieve lasten.

De NZa houdt daarbij nadrukkelijk ook aandacht voor de behoefte aan rust en stabiliteit. Bij het thema «de patiënt meer centraal» heb ik de NZa gevraagd ook de mogelijkheden te onderzoeken die de integratie van ICD-10 biedt om te komen tot een meer patiëntgerichte, specialismenoverstijgende productstructuur door het gebruik van ICD-10 hoofd- en nevendiaagnoses. Hierbij dient de NZa ook aandacht te besteden aan de mogelijkheden voor het beter accommoderen van zorgzwaarte in de productstructuur. De bedoeling is dat de NZa het plan van aanpak voor doorontwikkeling van de DOT-systematiek voorjaar 2016 oplevert.

Inzicht in Zorgprisma

De toegang van VWS, ZiNL en de NZa tot (delen van) Zorgprisma van Vektis is gerealiseerd. Daarmee is voor een aantal sectoren (medisch-specialistische zorg, huisartsen, ggz beter zicht op de geregistreerde gedeclareerde en geaccepteerde schade en voor de medisch-specialistische zorg ook het onderhanden werk. Wanneer de realisatiecijfers van het Zorginstituut afwijkingen ten opzichte van de ramingen laten zien, kan hiermee gericht worden gezocht naar de oorzaak hiervan en kunnen zo nodig corrigerende maatregelen worden voorgesteld. Inmiddels zijn met Vektis afspraken gemaakt over het ontsluiten van meer sectoren. Daarnaast wordt met Vektis overlegd over performanceverbeteringen van Zorgprisma. Naar verwachting zal de actualiteit van de Vektis-data door de verkorting van de DBC-duur toenemen.

Bij het verkrijgen van gegevens bestaat het risico van toenemende administratieve lasten. Aan de andere kant liggen er ook kansen om ten opzichte van de huidige situatie die lasten juist te verlichten. Er moet worden voorkomen dat dubbelingen in gegevensuitvraag en -levering ontstaan. De gegevens moeten enkelvoudig aan de bron worden geregistreerd, en kunnen vervolgens voor en door meerdere partijen worden ontsloten. In mijn brief van 23 oktober 2013 (Kamerstuk 32 620, nr. 93) ben ik daar uitgebreid op ingegaan.

3. Inzicht in de duur tussen sluiten DBC en betaling door verzekeraar

In het 5 november 2014 gehouden Algemeen Overleg met de Tweede Kamer is gevraagd naar een overzicht van de tijdsduur tussen het sluiten van de DBC en het betalen daarvan door de verzekeraar (Kamerstuk 32 620, nr. 144). Ik ben daarover in overleg getreden met Vektis.

Vektis kan op dit moment gegevens leveren over het jaar 2012. Vektis is afhankelijk van de levering van gegevens door de verzekeraars. De jaren

na 2012 zijn nog onvoldoende uitgedeclareerd door aanbieders en betaald door verzekeraars.

Bij de tijdsduur moet worden gerealiseerd dat per 1 januari 2015 de maximale duur van een DBC fors is verkort van 365 dagen tot 120 dagen. Dat heeft uiteraard ook een positief effect op de duur tussen het openen van een DBC en de uiteindelijke declaratie en betaling daarvan. Daarnaast is het beeld over 2012 vertekend, omdat in dat jaar het DOT-systeem is geïntroduceerd met veel onzekerheid over de prijzen van de DBC door aanbieders en verzekeraars. Daardoor vergde het ook enige tijd voordat de contractprijzen tussen verzekeraars en aanbieders waren uitonderhandeld. Tot die tijd konden DBC's dus niet worden gedeclareerd en betaald.

Gelet op het vorenstaande kan ik het volgende uit de Vektiscijfers concluderen. Van alle in 2012 geopende DBC's is 23% gesloten in het eerste halfjaar van 2012, dus de periode januari 2012 tot juli 2012. Een kwart van die gesloten DBC's is na 133 dagen betaald. Nog eens 25% is na 198 dagen betaald en de volgende 25% na 270 dagen. In de loop van de tijd neemt de duur tussen sluiten en betalen af. Zo is in de periode juli 2013 t/m december 2013 13% van de in 2012 geopende DBC's gesloten. Daarvan is 25% binnen 26 dagen betaald, de volgende 25% na 42 dagen en de daarop volgende 25% na 60 dagen.

Ik ben met Vektis in contact over vergelijkbare gegevens over 2013. Die zal ik in een volgende voortgangsrapportage opnemen. Ik zal Vektis vragen of dan ook een voorlopig beeld over het jaar 2014 kan worden gegeven.

4. Vervolgtraject

Sinds de start van het project Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven zijn er forse stappen gezet om de informatievoorziening te verbeteren. Dat heeft tot een aantal concrete maatregelen geleid zoals de duurverkortung van de DBC's in de medisch specialistische zorg, de levering door alle ziekenhuizen van het onderhanden werk, de ontsluiting van Zorgprisma zodat meer inzicht in achterliggende aantallen ontstaat. Ondanks die maatregelen zijn de doelen zoals ik die aan het begin van dit project heb geformuleerd en weergegeven in de inleiding nog niet bereikt. Om die doelen uiteindelijk te realiseren dient een aantal andere onderwerpen nog verder te worden uitgewerkt. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om het volgende:

- Vektis doet samen met ZN een voorstel om de jaarraming te verbeteren en werkt aan een definitie van de waarde van gesloten DBC's.
- De vernieuwing van de productstructuur in de ggz die nu door het veld verder wordt uitgewerkt. De NZa werkt overigens aan alternatieven voor het versnellen van de informatievoorziening over de ggz-uitgaven, mocht de nieuwe productstructuur niet tijdig gereed.
- Het verbeteren en versnellen van de administratieve processen, hetgeen onderdeel is van de werkzaamheden van de werkgroepen (snel en) correct declareren.

Het project gaat daarmee een nieuwe fase in. De nadruk verplaatst zich van een aanjagende, coördinerende en initiërende fase naar het uitvoeren van door de stuurgroep in gang gezette maatregelen binnen de lijnorganisatie of door het veld. Daarbij zal de voortgang door VWS worden bewaakt. Ik acht het nu meer efficiënt dat de door de stuurgroep ingezette succesvolle aanpak wordt voortgezet door aan te sluiten bij reeds lopende trajecten. Daarmee wordt ook voorkomen dat werkzaamheden dubbel worden uitgevoerd. Over de voortgang van de werkzaamheden binnen die trajecten zal ik regelmatig overleg voeren met de Algemene Rekenkamer en met het Ministerie van Financiën.

We hebben met de Stuurgroep Verbetering Informatievoorziening een goede start gemaakt. Daar ben ik alle betrokkenen erkentelijk voor. Tegelijkertijd moet er nog veel gebeuren. Ik beraad me op het vervolg en zal een passende werkwijze zoeken bij de fase waarin we ons nu bevinden.