



# Transparantie ziekenhuisuitgaven

## *Uitgavenbeheersing in de zorg deel 2*



# Transparantie ziekenhuisuitgaven

*Uitgavenbeheersing in de zorg deel 2*

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>		<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
	1.1 Aanleiding	5
	1.2 Achtergrond	7
	1.3 Leeswijzer	10
<b>2</b>	<b>Controles op declaraties door ziekenhuizen</b>	<b>11</b>
	2.1 Belang van controles voor ziekenhuizen	11
	2.2 Externe druk	12
	2.3 Controle op gepast gebruik van zorg	13
<b>3</b>	<b>Controles op declaraties door zorgverzekeraars</b>	<b>16</b>
	3.1 Aandacht voor controle op gedeclareerde zorg	16
	3.2 Prikkel tot controle op gedeclareerde zorg	17
	3.3 Controle op gepast gebruik van zorg	19
<b>4</b>	<b>Tijdigheid informatievoorziening over uitgaven</b>	<b>20</b>
	4.1 Getrapte informatievoorziening	20
	4.2 Verklarende informatie	23
	4.3 Uitgaven gedurende het jaar	24
<b>5</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>26</b>
	5.1 Conclusies	26
	5.2 Aanbevelingen	27
<b>6</b>	<b>Nawoord naar aanleiding van reactie minister</b>	<b>29</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>31</b>

## Samenvatting

In 2012 is ongeveer € 64 miljard uitgegeven aan publiek gefinancierde zorg, waarvan € 20 miljard aan zorg die wordt verleend in het ziekenhuis. Dit onderzoek gaat over de controle op en de verantwoording over deze € 20 miljard.

### Onze conclusies

*Financiering (ziekenhuis)zorg is bijzonder complex*

De inrichting van de financiering van de (ziekenhuis)zorg wordt al jaren gekenmerkt door een grote complexiteit. Dit probleem is in 2012 nog verder toegenomen door een cumulatie van systeemwijzigingen en maatregelen die de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) in dat jaar heeft doorgevoerd. Het ingewikkelde financieringssysteem bemoeilijkt de controle op de vraag of ziekenhuiszorg terecht is geleverd en op de juiste wijze is gefactureerd en verantwoord. Ook heeft de complexiteit van het systeem geleid tot onzekerheid over de ontwikkeling van de zorguitgaven. Zowel ziekenhuizen, zorgverzekeraars, accountants als toezichthouders hebben hierop geen goed zicht.

De ontstane situatie baart ons zorgen. Het is van groot belang dat de zorguitgaven goed worden beheerst en dat de zorgpremies die burgers betalen rechtmatig en doelmatig worden besteed. Dit publieke belang komt in de knel als de complexiteit van de financiering van de ziekenhuiszorg niet wordt teruggedrongen. Het aanpakken van de complexiteit van de financiering van de (ziekenhuis)zorg is een belangrijke opgave voor de minister van vws.

*Betere informatievoorziening over zorgkosten nodig*

De vrijwel permanente kostenoverschrijdingen in de achterliggende jaren laten zien dat uitgavenbeheersing in de zorg een problematische opgave is. Ook de verantwoording aan het parlement over de realisatie van de zorguitgaven is gediend met accuratere informatie. Snellere en betere informatie is, zo vindt ook de minister van vws, van groot belang.

We zien dat er op dit punt weliswaar verbeteringen zijn doorgevoerd dan wel aangekondigd, maar halverwege 2013 is er nog weinig zicht op de uitgaven van 2012. Tussentijdse toetsing van de ziekenhuisuitgaven aan de budgettaire kaders kan daardoor niet plaatsvinden, waardoor dreigende overschrijdingen niet worden opgemerkt. Zo is tijdig ingrijpen niet goed mogelijk.

*Betere controle op zorgkosten nodig*

Behalve betere informatie over de zorgkosten is ook een goede controle daarop van groot belang. Helaas is de prikkel voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars om declaraties te controleren gering. Ziekenhuizen hebben een vrijwel volledig informatiemonopolie en ondervinden weinig externe druk om te controleren op onnodig hoge declaraties. Zorgverzekeraars lopen vanaf 2012 meer risico door de geleidelijke afschaffing van de nacalculatie waardoor het belang van controles zou toenemen. Maar in de praktijk worden zij, doordat veel contracten met ziekenhuizen een lumpsumkarakter hebben, niet gestimuleerd om meer aandacht te besteden aan controle op declaraties.

Bovendien gaat het om een voor ziekenhuizen technisch lastige controle op gepast gebruik. Ook besteden zorgverzekeraars (nog) in onvoldoende mate aandacht aan de controle op de rechtmatigheid van de gedeclareerde zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) kan bij haar toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet maar beperkt bouwen op de controles door de zorgverzekeraars. Dat zorgt voor een risico op onrechtmatige en onnodige uitgaven voor ziekenhuiszorg.

### Onze aanbevelingen aan de minister van VWS

Wij bevelen de minister van vws aan:

- zorg te dragen voor een ordelijk en transparant proces van contractering, bekostiging, facturering en verantwoording; dit is van groot belang voor een goede beheersing van de zorguitgaven.
- de door ons geconstateerde complexiteit in de financiering van de zorg te betrekken in het Programma Informatiehuishouding op Orde (PRIO);
- voortvarend de uitvoering ter hand te nemen van de motie die de Tweede Kamer heeft aangenomen over het belang van transparantie in de zorguitgaven en de rol die *open data* en *open spending* hierbij kunnen spelen;
- ervoor te zorgen dat de betrokken partijen in het zorgveld normen en richtlijnen voor gepaste zorg gaan ontwikkelen, dan wel bestaande normen en richtlijnen duidelijker gaan formuleren;
- aan te geven binnen welke termijn er sprake moet zijn van een stabiele set kwaliteitsindicatoren;
- zorgverzekeraars te blijven aanspreken op hun verantwoordelijkheid voor de formele en materiële controles op declaraties;
- te waarborgen dat de Nza voldoende capaciteit heeft voor toezichtsactiviteiten.

# I Inleiding

## I.1 Aanleiding

In ons rapport *Uitgavenbeheersing in de zorg* uit 2011 hebben wij gekeken naar de mogelijkheden van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) om zorguitgaven te beheersen. Onze conclusie was dat de minister over weinig inzicht in de ontwikkeling van de zorguitgaven beschikt en dat zij niet afdoende mogelijkheden heeft deze tijdig te beheersen. Dit komt onder andere door een niet actuele en onduidelijke informatievoorziening.

In dit onderzoek besteden we daarom aandacht aan de totstandkoming van de informatie in één sector: de ziekenhuissector (zie figuur 1).<sup>1</sup> Wij hebben vooral gekeken naar de controles op en de tijdigheid van de informatie over de ziekenhuisuitgaven en naar de rol van ziekenhuizen, zorgverzekeraars, het College voor Zorgverzekeringen (cvz) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) daarbij. Ook hebben we gekeken naar de mogelijkheden van deze partijen om te hoge uitgaven tijdig te signaleren en te beheersen.

De Algemene Rekenkamer wil met de onderzoeksreeks *Uitgavenbeheersing in de zorg* bijdragen aan de verbetering van het inzicht in de uitgaven aan de zorg en in de mogelijkheden die het zorgstelsel biedt om de hoogte van de uitgaven te beïnvloeden. Verbetering van het inzicht moet er dan ook toe leiden dat de zorguitgaven in de toekomst beter beheerst kunnen worden, omdat er goede en actuele informatie beschikbaar is en omdat de daartoe bevoegde partijen daadwerkelijk en op effectieve wijze hun bevoegdheid inzetten om de hoogte van de uitgaven te regelen. Pas dan kunnen de zorggelden werkelijk doelmatig worden ingezet.

Dit tweede onderzoek richt zich op het declaratie-, controle- en verantwoordingsproces, op de overschrijdingen en op het bekostigingssysteem van ziekenhuizen in het algemeen. Daartoe hebben wij financiële verantwoordingsinformatie en de achterliggende documenten bestudeerd. We hebben gesprekken gevoerd met drie ziekenhuizen, twee grote zorgverzekeraars, het Ministerie van vws, NZA, cvz, onderzoekers van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en universiteiten, brancheverenigingen van ziekenhuizen, zorgverzekeraars en accountants. Voor de uitvoering van het onderzoek waren wij afhankelijk van de vrijwillige medewerking van ziekenhuizen en verzekeraars.<sup>2</sup> Dit heeft te maken met de bevoegdheden van de Algemene Rekenkamer. Wij hebben namelijk geen wettelijke bevoegdheden beperkt tot de controle op rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (zvw).<sup>3</sup>

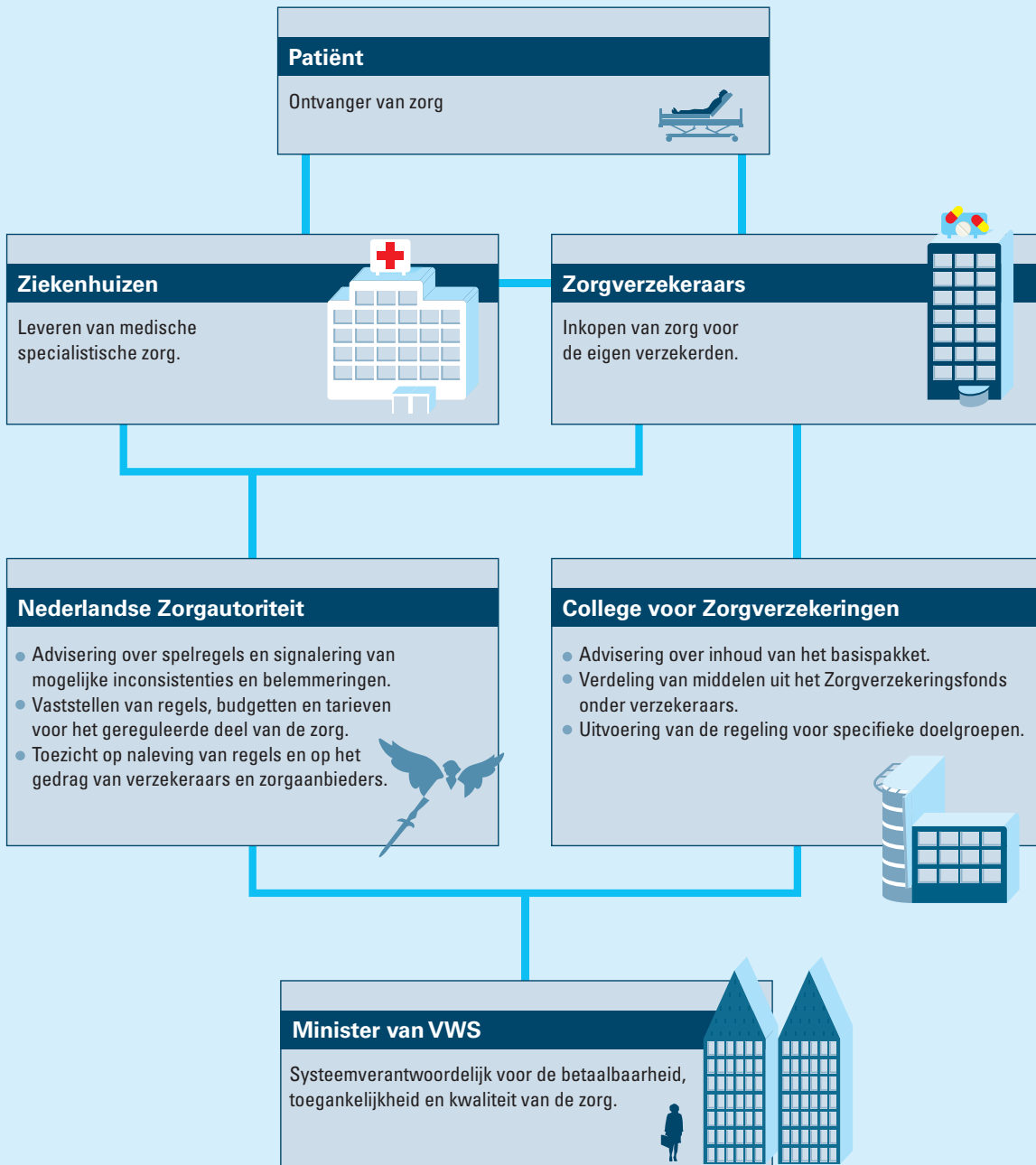
<sup>1</sup> We hebben voor deze sector gekozen vanwege het grote financiële belang (bijna € 20 miljard in 2012) en de omvangrijke overschrijdingen van de uitgaven in het verleden.

<sup>2</sup> Slechts één ziekenhuis heeft aangegeven niet mee te willen werken omdat de verantwoordelijke bestuurder nog maar vrij kort in deze sector werkzaam was.

<sup>3</sup> We hebben geen bevoegdheid om de rechtmatige en doelmatige besteding van premies en de risico-vereveningsbijdrage te controleren. De Algemene Rekenkamer is wel bevoegd een oordeel te geven over de opzet en de werking van het systeem (zie Art. 19 Zvw (art 21 Zvw, red.) in de memorie van toelichting).

**Figuur 1** Overzicht met actoren in de ziekenhuissector

**i** Bij de ziekenhuiszorg zijn diverse actoren betrokken. De belangrijkste staan hier afgebeeld. Ziekenhuizen zijn primair verantwoordelijk voor de zorgverlening. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van zorg voor hun eigen verzekerden. De minister van VWS is systeemverantwoordelijk voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Deze verantwoordelijkheid heeft de minister gedeeltelijk belegd bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het College voor Zorgverzekeringen (CvZ).



## 1.2 Achtergrond

De zorgsector bevindt zich anno 2012 in een transitiefase. Er zijn belangrijke systeemwijzigingen doorgevoerd en maatregelen getroffen. Alvorens hier in deze paragraaf op in te gaan, beschrijven we eerst kort de reikwijdte van de ministeriële verantwoordelijkheid.

### *Private partijen en ministeriële verantwoordelijkheid*

Zorg wordt in Nederland verleend door private zorgaanbieders aan zorgvragers en verzekerd door private zorgverzekeraars. De minister van vws is verantwoordelijk voor het behartigen van drie publieke belangen van de zorg: de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Het stelsel van wetten, regels, beleidsinstrumenten en maatregelen dat de minister hanteert, moet daaraan bijdragen: ze is systeemverantwoordelijk. De minister moet er, om die verantwoordelijkheid waar te maken, voor zorgen dat zij beschikt over actuele, juiste en betrouwbare informatie over het functioneren van het stelsel. Alleen dan kan ze tijdig bijsturen als er ongewenste ontwikkelingen dreigen. Onder de systeemverantwoordelijkheid valt bovendien dat de minister moet beschikken over adequate instrumenten om de publieke belangen te behartigen en ze moet zo nodig deze instrumenten kunnen verbeteren of aanvullen.

De systeemverantwoordelijkheid betreft dus ook ontbrekende elementen of bevoegdheden. De minister moet kunnen verantwoorden waarom deze elementen er niet zijn en waarom dat beter is voor het functioneren van het systeem (Algemene Rekenkamer, 2003 en 2011).

De minister van VWS wil, als onderdeel van haar verantwoordelijkheid, de zorguitgaven beheersen. De noodzaak daartoe is evident: de overschrijdingen van het BKZ zijn eerder structureel dan incidenteel (zie figuur 2 op de volgende pagina). In de afgelopen vijftien jaar zijn de uitgaven slechts eenmaal binnen het BKZ gebleven, ondanks de stijging in de geraamde jaarlijkse groeivoet van 1,3% per jaar in 1994 naar 4,3% per jaar in 2010.

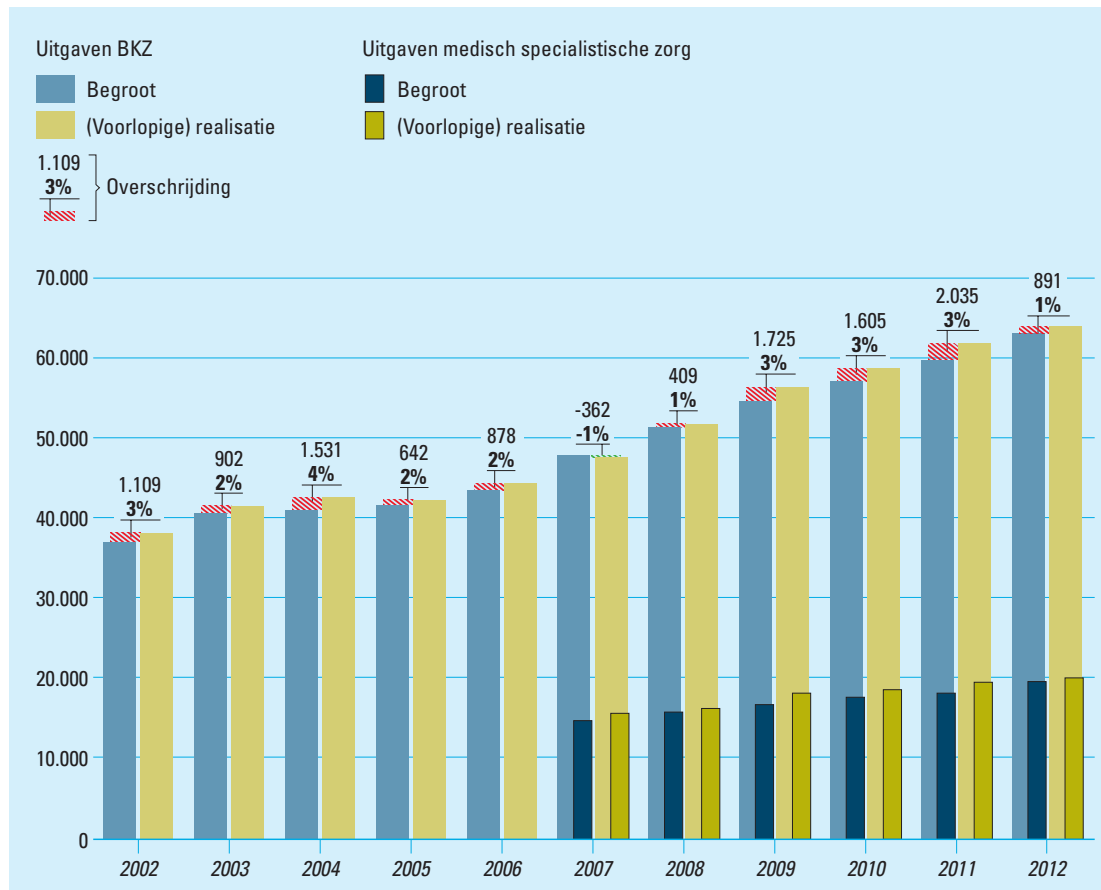
### *Systeemwijzigingen en maatregelen*

De urgentie van het probleem van de uitgavenbeheersing wordt erkend. In 2012 heeft de minister van vws mede om die reden met grote voortvarendheid systeemwijzigingen doorgevoerd en maatregelen getroffen (zie figuur 3). Al deze wijzigingen en de meeste van deze maatregelen zijn er op gericht om de uitgaven in de hand te houden, de risico's op het juiste niveau neer te leggen en de gereguleerde marktwerking te verbeteren.

De systeemwijzigingen zijn structureel en de maatregelen veelal tijdelijk van aard. Die tijdelijke maatregelen zijn bijna allemaal genomen om de gevolgen van de systeemwijzigingen te verzachten. De aanpassingen hebben tot een complex beeld over 2012 geleid. Die complexiteit kan in de loop der jaren afnemen als de tijdelijke maatregelen aflopen en mogelijk effectief zijn geweest. In het achtergronddocument bij deze publicatie, te raadplegen via [www.rekenkamer.nl](http://www.rekenkamer.nl), treft u een uitgebreide beschrijving aan van de maatregelen, systeemwijzigingen en de totstandkoming van de informatie over de ziekenhuisuitgaven. In figuur 3 hebben we de systeemwijzigingen en maatregelen beknopt weergegeven.



**Figuur 2 Overschrijdingen van het BKZ, 2002-2012**



Bron: Financieel Beeld Zorg (en zijn voorlopers) bijlage bij Jaarverslag Ministerie van VWS (verscheidene jaren).

4

Voor 25% van de overige zorg gelden door de NZa vastgestelde maximumtarieven (gereguleerde segment) en voor 5% gelden vaste beschikbaarheidsbijdragen (bijvoorbeeld voor donoruittameteams). Dit betreft zorg die een publiek belang heeft en die niet (volledig) kan worden bekostigd door prestatiebekostiging.



5













De termen DOT's, DBC-zorgproducten en DBC's worden in de praktijk door elkaar gebruikt. Met alle drie de termen worden prestaties bedoeld waarin een diagnose wordt gecombineerd met zorgactiviteiten.

Belangrijke structurele systeemwijzigingen zijn de overgang naar volledige prestatiebekostiging door de uitbreiding van het vrij onderhandelbare deel van de zorg, de afschaffing van het ziekenhuisbudget en de introductie van een nieuwe productstructuur. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben voor 70% van de zorg vrije onderhandelingsruimte over prijs, volume en kwaliteit.<sup>4</sup> Tot 2012 ontvingen ziekenhuizen voor een belangrijk deel van de zorg nog een budget. De wijziging in de productstructuur is de overgang van diagnose behandel combinaties (DBC's) naar 'DBC's op weg naar transparantie' (DOT's).<sup>5</sup> De DOT's zijn volgens de minister van VWS medisch beter herkenbaar en meer kosten- en werklathomogeen, waardoor ze beter geschikt zijn voor prestatiebekostiging (VWS, 2011). De introductie van een nieuwe productstructuur betekent ook dat ziekenhuis en zorgverzekeraars moeten onderhandelen over een prijs voor de nieuwe producten. In 2012 hadden zowel de ziekenhuizen als de verzekeraars echter nog weinig zicht op de kosten van de nieuwe zorgproducten, waardoor sommige zorgverzekeraars fictieve prijzen hebben gehanteerd. De introductie van een nieuwe productstructuur betekent bovendien ook een trendbreuk waardoor historische vergelijkingen en ramingen lastig zijn.

**Figuur 3** Systeemwijzigingen en (tijdelijke) maatregelen

**i** In 2012 heeft de minister van VWS systeemwijzigingen doorgevoerd en (tijdelijke) maatregelen getroffen om o.a. de zorguitgaven beter te beheersen. Het is nog niet duidelijk of deze maatregelen hebben geleid tot het gewenste resultaat.

 Systeemwijzigingen  
 (Tijdelijke) maatregel

2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>DBC-productstructuur</b>	<b>Introductie nieuwe productstructuur</b> 				
	Van ruim 30.000 DBC's naar 4.400 DOT's ('DBC's op weg naar transparantie').				
<b>Ziekenhuisbudget met overwegend vaste zorgtarieven</b>	<b>Onderhandeling over meeste zorgtarieven</b> 				
	Het deel van de zorgtarieven waarover ziekenhuis en verzekeraar onderhandelen is vergroot naar 70% en voor zo'n 30% gelden gereguleerde maximumtarieven. Het ziekenhuisbudget is afgeschaft.				
	<b>Transitiemodel</b> 				
	Transitiemodel is bedoeld om systeemrisico's te verzachten, maar niet de reguliere omzetriscico's.				
	<b>Maximale volumegroei van 2,5% per jaar</b> 				
	Vastgelegd in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord met de brancheverenigingen en de minister van VWS.				
	<b>Macrobeheersingsinstrument</b> 				
	De minister van VWS haalt voortaan overschrijdingen van het budget terug door ziekenhuizen te korten.				
	<b>Minder risicocompensatie voor verzekeraars</b> 				<b>Risicocompensatie achteraf volledig afgeschaft</b> 
	Verzekeraars moeten het risico van hoge zorgkosten zelf opvangen; de compensatie die ze daarvoor achteraf krijgen van het College voor Zorgverzekeringen is grotendeels afgeschaft.				
	<b>Beheersmodel medisch specialisten</b> 				<b>Honorarium specialisten onderdeel zorgproduct</b> 
	Er wordt een honorariumomzetplafond ingevoerd voor vrijgevestigde medisch specialisten.				Het honorarium van medisch specialisten wordt onderdeel van het onderhandelbare tarief voor een integraal zorgproduct
<b>Aparte vergoeding voor kapitaallasten</b> 	<b>Kapitaallasten onderdeel zorgproduct</b> 				
Betreft het gereguleerde deel van de zorg	De gegarandeerde kapitaallastenvergoeding (rente- en afschrijvingskosten op gebouwen en grond) is vervallen. Alle kosten moeten terugverdiend worden via declaratie van zorgproducten.				
	<b>Overgangsregeling kapitaallasten (tot 2017)</b> 				
	Er geldt een (afbouwende) garantieregeling voor de ziekenhuizen om de veranderingen in bekostiging van de kapitaallasten te verzachten.				

Joris Fiselier Infographics

## 6

Werkgevers en uitkeringsinstanties houden voor de Zvw een procentuele premie op het inkomen van de verzekerde in en storten die in het Zorgverzekeringsfonds. Het CVZ administreert de premies en verdeelt deze onder de zorgverzekeraars.

Een tijdelijke maatregel die is ingevoerd om de systeemrisico's van de hierboven genoemde wijzigingen te verzachten, is het transitie-model. In het transitie-model stelt een ziekenhuis samen met zijn twee grootste verzekeraars een schaduwbudget vast. Dit schaduwbudget is de omzet die het ziekenhuis zou realiseren met het 'oude' ziekenhuisbudget. Het schaduwbudget wordt vergeleken met de omzet die het ziekenhuis heeft gerealiseerd in het nieuwe systeem. Het verschil daartussen wordt grotendeels (2012: 95% en 2013: 70%) verrekend via het Zorg-verzekeringsfonds.<sup>6</sup>

Als het schaduwbudget hoger uitvalt dan de omzet op basis van het nieuwe systeem, wordt het tekort uit de algemene middelen in dit fonds bijgepast. Inmiddels is gebleken dat het transitie­model de mogelijkheid tot oneigenlijk gebruik door ziekenhuizen en zorgverzekeraars biedt (NZA, 2012a; Voetelink e.a., 2013),<sup>7</sup> waardoor een risico op macrobudgettaire overschrijdingen ontstaat. In welke mate dit risico zich over 2012 voordoet, zal blijken uit de meer definitieve cijfers. Deze worden vooralsnog pas in 2014 verwacht.

Om de uitgaven aan ziekenhuiszorg beter te kunnen beheersen, heeft de minister in 2012 het macrobeheersingsinstrument geïntroduceerd. De dreiging van het macrobeheersingsinstrument bij overschrijding van het BKZ leidt tot onzekerheid bij ziekenhuizen en het instrument bevat bovendien prikkels met een averechts effect. Ziekenhuizen die binnen de marges zijn gebleven moeten namelijk meebetalen aan overschrijdingen die andere ziekenhuizen al dan niet bewust veroorzaken. De commissie-Baarsma (2012) heeft geadviseerd dit middel alleen in te zetten als allerlaatste middel, en vooral het risico op te hoge uitgaven vooraf te beperken en niet achteraf, nadat de zorg al is geleverd.

Om de uitgaven beter te beheersen is er voor de periode 2012 tot 2015 ook een aantal afspraken gemaakt met actoren in het zorgveld. Dit betreft het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord waarin onder andere afspraken zijn opgenomen over een beheerste volumegroei van 2,5% per jaar. De afspraken met de medisch specialisten zijn vastgelegd in een convenant dat geresulteerd heeft in een beheersmodel dat de honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten maximeert.

Het is vooralsnog niet duidelijk of de wijzigingen en maatregelen leiden tot het gewenste resultaat. Daarvoor is de complexiteit momenteel nog te groot, de verstreken tijd te kort en ontbreekt veelal de benodigde informatie. Wel hebben we kunnen vaststellen dat het systeem van controle en toezicht elementen bevat die kunnen leiden tot onnodige hoge zorguitgaven.

### 1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 gaat over de stimulans voor ziekenhuizen om controles uit te voeren en onze conclusies daarover. In hoofdstuk 3 gaat over de wijze waarop verzekeraars de rechtmatigheid van de gedeclareerde zorg controleren en over het toezicht van de NZa daarop. Ook aan het begin van dat hoofdstuk hebben we conclusies opgenomen. In hoofdstuk 4 komt de toetsing aan de budgettaire kaders aan de orde en dan vooral de tijdigheid van de informatievoorziening om die toetsing te kunnen uitvoeren. In het laatste hoofdstuk staan onze hoofdconclusie en onze aanbevelingen.

## 2 Controles op declaraties door ziekenhuizen

8

Op grond van artikel 36 van de Wet marktordening gezondheidszorg zijn ziekenhuizen verplicht een administratie te voeren waaruit moet zijn op te maken welke prestaties zijn overeengekomen, of en wanneer de prestaties geleverd zijn, aan wie, de daarvoor in rekening gebrachte tarieven en de in verband daarmee ontvangen of verrichte betalingen.

9

Dit geldt voor alle zorg die uit het basispakket wordt vergoed.

10

Wat gepast is dient vastgelegd te zijn in normen en richtlijnen die op zich zelf ook doelmatigheids-elementen kunnen bevatten.

11

Een zorgproduct bevat alle zorgactiviteiten van diagnose tot aan de eventuele behandeling.

12

Wanneer een ziekenhuis en een verzekeraar een lumpsumafpraak hebben gemaakt (zie figuur 6), is het belang voor beide partijen om te controleren op overdan wel onderregistratie beperkt. De inkomsten van het ziekenhuis (omzet ziekenhuis) en de uitgaven van de zorgverzekeraar (schadelast verzekeraar) staan immers grotendeels van te voren vast. De NZa heeft er in een addendum op het controleprotocol Zvw op gewezen dat een lumpsum alleen gevuld worden met rechtmatige declaraties, en dat daar dus ook op gecontroleerd moet worden.

Ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor het leveren van zorg en voor de correcte administratie daarvan.<sup>8</sup> De zorg die een arts registreert en die vervolgens gedeclareerd wordt bij de zorgverzekeraar moet rechtmatig zijn,<sup>9</sup> dat wil zeggen:

1. daadwerkelijk geleverd; en
2. gepast, of te wel in overeenstemming met de wetenschap/praktijk en de gezondheidstoestand van de patiënt.<sup>10</sup>

Vergoeding uit het basispakket is alleen toegestaan als de zorg (ten minste) aan deze criteria voldoet. Ziekenhuizen voeren interne controles uit op de juistheid van de declaraties. De criteria voor deze interne controles zijn in diverse regelingen beschreven (NVZ e.a., 2011). In deze regelingen staat 'wat' er gecontroleerd moet worden, maar niet 'hoe'. Dit betekent dat het ziekenhuis zelf de inrichting van het controleproces bepaalt.

Wij concluderen dat ziekenhuizen weinig stimulansen hebben om te investeren in interne controles op onnodig hoge declaraties: ziekenhuizen hebben daar weinig financieel belang bij, de externe druk om hierop te controleren is beperkt en het is bovendien voor ziekenhuizen (technisch) lastig uit te voeren. Hierdoor ontstaat het risico dat onnodig hoge declaraties worden vergoed uit het basispakket. In dit hoofdstuk gaan we in op deze conclusies.

### 2.1 Belang van controles voor ziekenhuizen

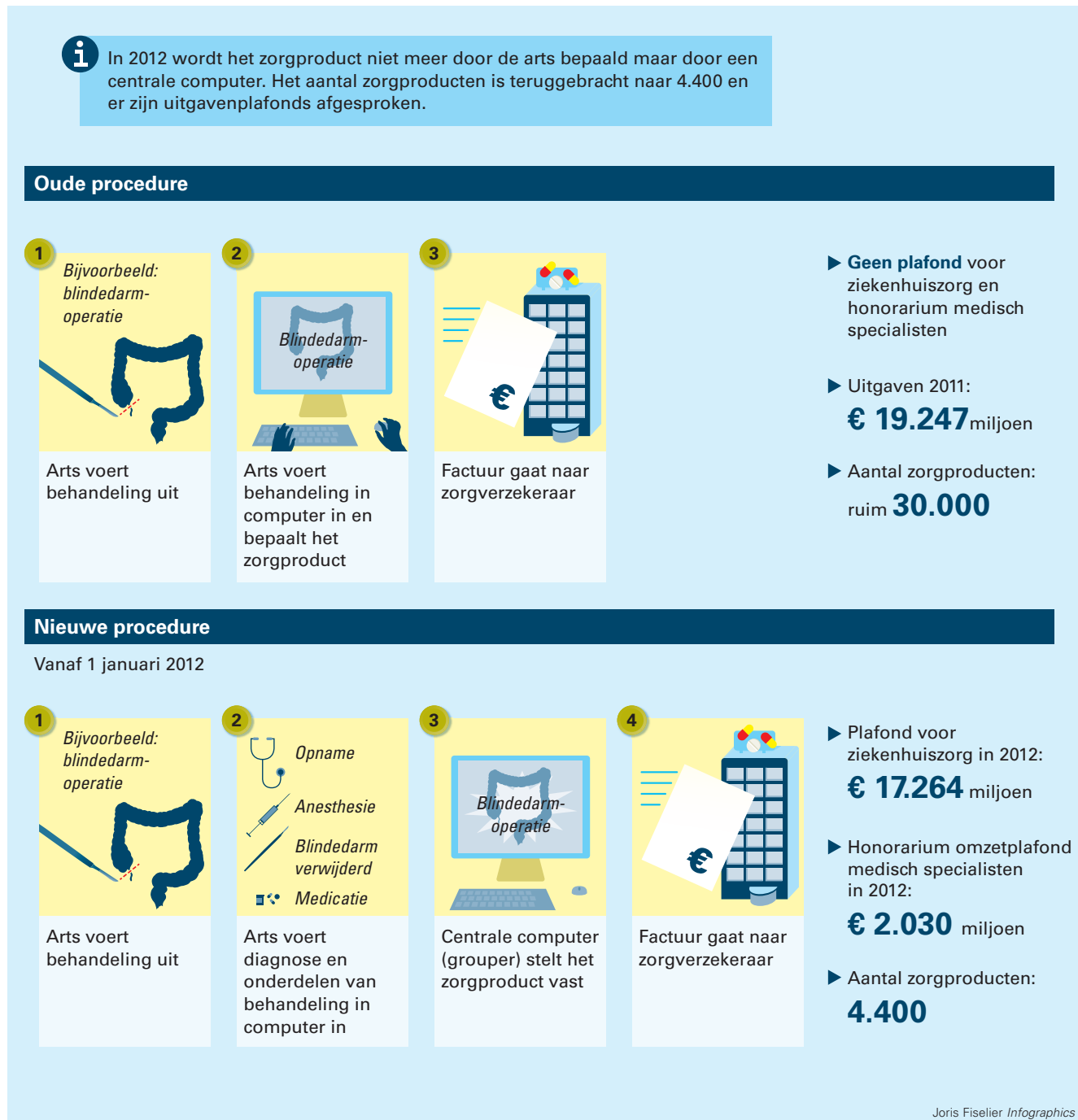
*Ziekenhuizen hebben weinig financieel belang om te investeren in interne controles op onnodig hoge declaraties*

De bekostiging van de ziekenhuiszorg is in 2012 ingrijpend veranderd (zie figuur 3 in het vorige hoofdstuk en figuur 4 op de volgende pagina). Artsen kunnen niet meer zelf bepalen welk zorgproduct<sup>11</sup> gedeclareerd wordt. Dat wordt automatisch afgeleid van geregistreerde zorgactiviteiten en diagnose door een centrale computer, de zogeheten *grouper*. Door deze verandering is het belang voor ziekenhuizen om alle zorgactiviteiten zorgvuldig te registreren toegenomen, en daarmee ook het belang om daarop te controleren. Wanneer een arts minder activiteiten registreert dan zijn uitgevoerd, ook wel onderregistratie genoemd, loopt het ziekenhuis het risico dat de kosten die gemaakt zijn door het ziekenhuis niet worden gedekt (zie figuur 5 op pagina 15). Alleen geregistreerde zorgactiviteiten worden immers aangeboden aan het centrale computersysteem en kunnen leiden tot een DBC-zorgproduct. Er is software beschikbaar die ziekenhuizen hierbij ondersteunt. Deze software kunnen ziekenhuizen ook gebruiken om het gunstigste DBC-zorgproduct uit de *grouper* te laten komen. Dit heeft het risico op strategisch gedrag in zich.

Het financiële belang voor ziekenhuizen om te controleren op onnodig hoge declaraties is minder groot dan het belang om te controleren op onderregistratie, en heeft daarom ook een lagere prioriteit.<sup>12</sup> Wanneer een ziekenhuis onnodig hoge declaraties signaleert, kunnen zij deze declaratie niet (volledig) indienen bij de verzekeraar. Het ziekenhuis genereert daardoor minder inkomsten, terwijl er wel kosten zijn gemaakt door het uitvoeren van controles. Daar komt bij dat het voor

ziekenhuizen (technisch) lastig is om onnodig hoge declaraties aan te tonen, wat investeringen in de controles op onnodig hoge declaraties minder rendabel maakt (zie ook § 2.3).

**Figuur 4** Wijzigingen in de bekostiging van ziekenhuizen



## 2.2 Externe druk

De externe druk op ziekenhuizen om te controleren op onnodig hoge declaraties is beperkt, onder andere doordat ziekenhuizen vrijwel een informatiemonopolie hebben

Ziekenhuizen ervaren weinig externe druk om te controleren op onnodig hoge declaraties. De externe druk is onder andere beperkt doordat ziekenhuizen vrijwel over

een monopolie op de informatie over de zorgverlening beschikken. Zo ontvangen zorgverzekeraars (via de declaraties) en patiënten (op hun nota, die zij ontvangen via hun zorgverzekeraar) in principe alleen de code van het DBC-zorgproduct en niet de zorgactiviteiten en diagnose die tot het DBC-zorgproduct hebben geleid.<sup>13</sup> Daaraan ligt, wat betreft zorgverzekeraars, de bescherming van de privacy van de patiënt aan ten grondslag. Het is daardoor voor zorgverzekeraars en patiënten lastig om te controleren of de declaraties juist zijn. Overigens gaat de NZa vanaf 2014 ziekenhuizen verplichten meer informatie aan zorgverzekeraars te leveren over de declaraties (NZa, 2013) en de minister heeft toegezegd dat de begrijpelijkheid van de nota's voor patiënten in 2014 wordt verbeterd (VWS, 2013a).

De Raad van Toezicht van een ziekenhuis moet toezien op het beleid van de dagelijkse leiding. Het is onduidelijk of ziekenhuizen van hen druk ervaren om te controleren op onnodig hoge declaraties. De externe accountant moet erop toezien dat de interne controles juist worden uitgevoerd. Voor externe accountants zijn met name de controles op gepast gebruik moeilijk uitvoerbaar omdat er nauwelijks richtlijnen voor bestaan, omdat de medische kennis bij accountants ontbreekt en omdat privacy-aspecten dit belemmeren. In 2012 zorgden daarnaast de vele systeemwijzigingen en maatregelen ervoor dat de controles voor externe accountants moeilijk uitvoerbaar waren (zie ook § 3.1).

Ten slotte moet de NZa, als sluitstuk van de controleketen, toezien op de rechtmatige uitvoering van de zvw. Ziekenhuizen beschouwen de NZa 'niet als een reële dreiging' als het gaat om detectie van onjuiste registraties, aldus onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut.<sup>14</sup>

## 2.3 Controle op gepast gebruik van zorg

*Het is voor ziekenhuizen (technisch) lastig om te controleren op gepast gebruik van zorg*

Naast het geringe belang voor ziekenhuizen om te controleren op onnodig hoge declaraties en de beperkte externe druk, constateren we dat het voor ziekenhuizen (technisch) lastig is om op onnodig hoge declaraties te controleren. We hebben het dan over declaraties die te hoog zijn door overregistratie<sup>15</sup> en door het ongepast gebruik van zorg (zie figuur 5). Met name de controles op (on)gepast gebruik zijn voor ziekenhuizen lastig uit te voeren. Redenen hiervoor zijn:

- Voor veel vormen van zorg ontbreekt het medisch bewijs of de zorg effectief is, waardoor ook eenduidige normen voor het gepast gebruik van zorg ontbreken (Booz & Company (2012)). In dit grijze gebied is het moeilijk te controleren of een declaratie terecht is, omdat een toetsingskader ontbreekt. Ook het gebrek aan transparantie van de kwaliteit van zorg door het tekort aan gefundeerde (uitkomst) kwaliteitsindicatoren (Algemene Rekenkamer, 2013) belemmert nog eens controles op gepast gebruik van zorg. Waar er wel richtlijnen zijn, betekent gepast gebruik ook dat indien mogelijk als eerste de minst intensieve/dure behandeling wordt gekozen (principes van 'stepped care'). Voorlopig niet behandelen ('watchful waiting') kan evengoed gepast gebruik van zorg zijn. Wij vragen ons af of 'watchful waiting' momenteel in de huidige prestatiebekostiging goed is uitgewerkt.
- De registratie- en declaratievoorschriften zijn voor veel zorgaanbieders onduidelijk, waardoor ruimte ontstaat om deze op meerdere manieren te interpreteren en onbedoeld fouten kunnen worden gemaakt (Verwey-Jonker Instituut, 2012).

13

Verzekeraars mogen alleen detailcontroles - waarbij gebruik wordt gemaakt van tot de persoon herleidbare gegevens betreffende iemands gezondheid - uitvoeren als er 'gerede twijfel' bestaat dat er sprake is van onrechtmatig of ondoelmatig handelen.

14

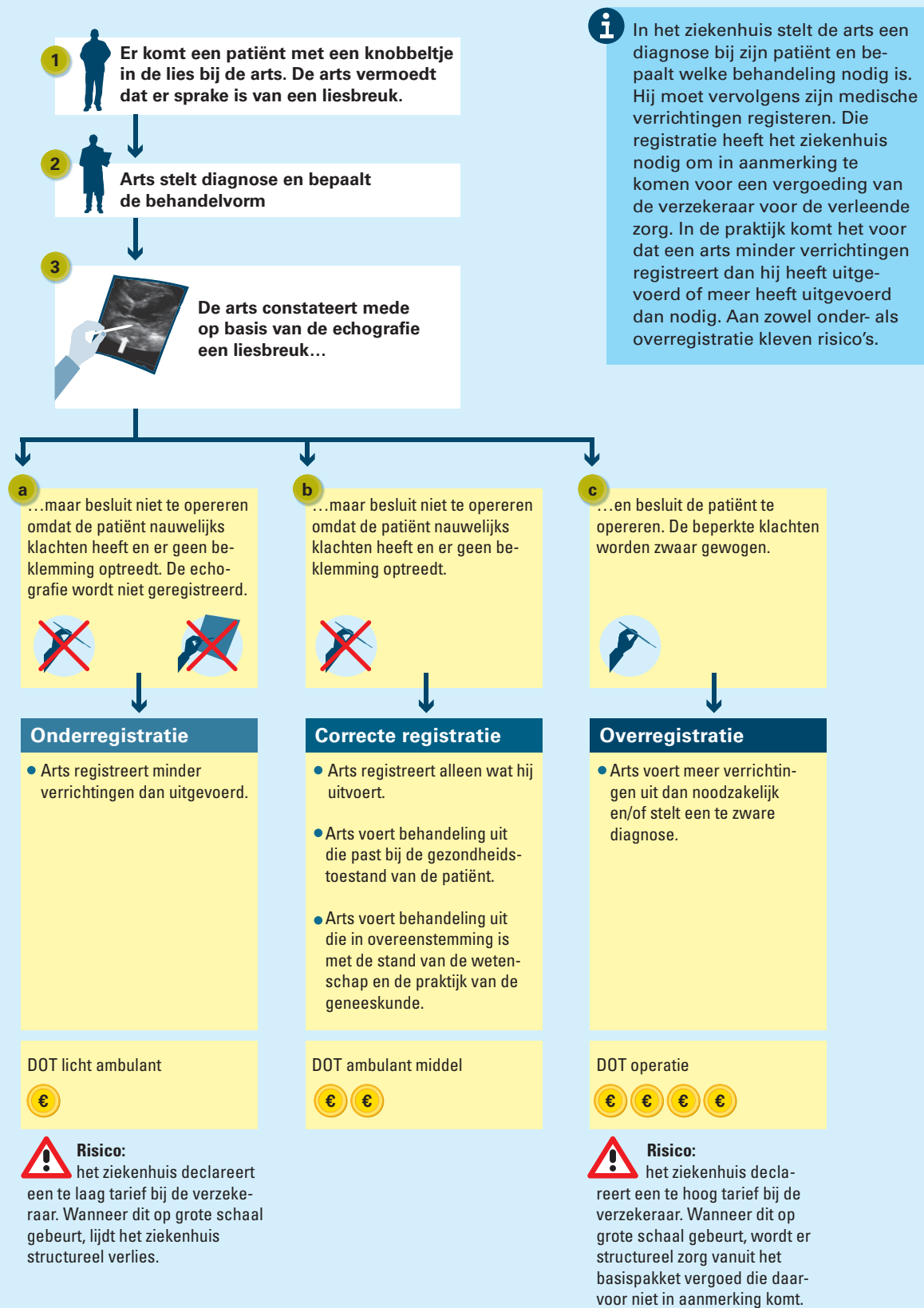
Onderzoek is uitgevoerd in 2012, in opdracht van de NZa.

15

Overregistratie, ook wel op upcoding is volgens de definitie van de NZa: 'het - al dan niet bewust - registreren en/of in rekening brengen van een hoger gewaardeerde deelprestatie dan daadwerkelijk geleverd'.

- De keuze van een arts voor een behandeling is vaak een weging van factoren die afhankelijk zijn van de kenmerken van een individuele patiënt. Dit illustreren we aan de hand van een voorbeeld in figuur 5 van een patiënt met een liesbreuk. Of de arts gaat opereren is onder andere afhankelijk van de ernst van de klachten van de patiënt. Bij optie c (wel behandelen) weegt de arts de klachten zwaarder dan bij optie b (niet behandelen). Of de arts de juiste afweging heeft gemaakt bij deze individuele patiënt, is moeilijk te controleren.

Figuur 5 Onder- en overregistratie van medische verrichtingen





## 3 Controles op declaraties door zorgverzekeraars

Het stelsel van regelingen legt zorgverzekeraars verplichtingen op om zekerheid te krijgen over de schadelast (dan wel de uitgaven aan ziekenhuiszorg) en deze zoveel mogelijk te beperken. De zorgverzekeraars moeten op grond van deze regelingen formele en materiële controles uitvoeren om te bepalen of zorg terecht is verleend en vergoed mag worden uit het basispakket. Zo nodig komt het tot een fraudeonderzoek.

Bij *formele controles* wordt gecontroleerd op code, gedeclareerd bedrag, NAW-gegevens, verwijzing en recht op vergoedingen uit het basispakket. Deze controles worden grotendeels geautomatiseerd uitgevoerd. De *materiële controles* hebben tot doel te controleren of de zorg daadwerkelijk is geleverd en of de zorg in overeenstemming was met de stand van de wetenschap/praktijk en de gezondheidstoestand van de patiënt (gepast gebruik). De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de zvw door de zorgverzekeraars.

Wij concluderen dat zorgverzekeraars (nog) onvoldoende aandacht besteden aan de controle op de rechtmatigheid van de gedeclareerde zorg. Zorgverzekeraars zullen in de nabije toekomst moeten laten zien dat zij deze controlerende rol beter oppakken. Die onvoldoende aandacht betekent namelijk dat de NZa bij haar toezicht op de uitvoering van de Zvw maar beperkt kan steunen op de controles door de zorgverzekeraars. Daarmee is er een risico op onrechtmatige uitgaven aan ziekenhuiszorg en op onnodige uitgaven. Hierop gaan we in dit hoofdstuk nader in.

### 3.1 Aandacht voor controle op gedeclareerde zorg

*Zorgverzekeraars besteden (nog) onvoldoende aandacht aan de rechtmatigheid van de gedeclareerde zorg*

De NZa rapporteert jaarlijks over de uitvoering van de zvw door de zorgverzekeraars in het Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering zvw. De belangrijkste bevindingen over 2011<sup>16</sup> zijn dat:

- de capaciteit voor materiële controles bij de meeste verzekeraars relatief laag is;
- zorgverzekeraars te lang wachten met de materiële controles;
- zorgverzekeraars te beperkt inspelen op signalen over mogelijke misstanden;
- de voortgang bij de implementatie van moderne controletechnieken, zoals datamining, traag is.

<sup>16</sup>

Het rapport over 2012 verschijnt begin 2014 en valt buiten de onderzoeksperiode. <sup>17</sup>

Het risicovereveningssysteem beoogt zorgverzekeraars financieel te compenseren voor verschillen in de gezondheidsprofiel van hun verzekerdenportefeuilles.

Handhaving NZa Zorgverzekeraars (n=29)	
	2011
<b>Aantal aanwijzingen</b>	<b>18</b>
<b>Aantal informatieverzoeken</b>	<b>36</b>
- waarvan formele controles	4
- waarvan materiële controles	2
- waarvan maatregelen wanbetalers	-
- waarvan misbruik en oneigenlijk gebruik	14
- waarvan gepast gebruik	16
<b>Aantal boete-onderzoeken</b>	<b>5</b>
<b>Totaal aantal maatregelen</b>	<b>59</b>

Bron: NZa, 2012b

De NZa vormt het sluitstuk van de controleketen. In bovenstaande tabel staan de resultaten van haar onderzoek over 2011. In totaal zijn er 59 maatregelen genomen, waaronder zestien informatieverzoeken in verband met ongepast gebruik. Dat betekent dat zestien zorgverzekeraars zich onvoldoende hebben ingespannen voor controle op gepast gebruik. Zij moeten bij de NZa een herstelplan indienen en op basis daarvan verbeteringen doorvoeren. Vanwege deze geconstateerde gebreken is een intensieve controle door de NZa nodig, die daarvoor voldoende capaciteit moet hebben. De NZa heeft in 2012 en 2013 mede daarom een tijdelijke uitbreiding van haar capaciteit gekregen.

De samenloop van de introductie van DOT's, het ontbreken van historische data en tarieven en de aangescherpte eisen voor de controles op gepast gebruik, maken de controles door zorgverzekeraars extra ingewikkeld. Daarbij komt dat zorgverzekeraars alleen beschikken over gegevens over de gedeclareerde DBC-zorgproducten, en niet over de onderliggende verrichtingen. Dat bemoeilijkt de controle nog eens extra. De commissie *Mogelijk misbruik transitie-model* constateerde begin 2013 dat bij nog lang niet alle zorgverzekeraars sprake was van solide controls. De Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) zag zich zelfs genoodzaakt een zogenoemde NBA Alert uit te brengen. De NBA waardeert weliswaar de tot beleidsregel verheven Handreiking omzet verantwoording, maar geeft aan dat de administraties van sommige individuele ziekenhuizen te veel gebreken vertonen om er op te kunnen steunen. De NBA verwacht dat bij veel ziekenhuizen over 2012 een accountantsverklaring met beperkingen wordt afgegeven. Dit zal ongetwijfeld ook gevolgen hebben voor de verantwoording door de zorgverzekeraars, hoewel nog niet goed valt te voorzien hoe en in welke mate.

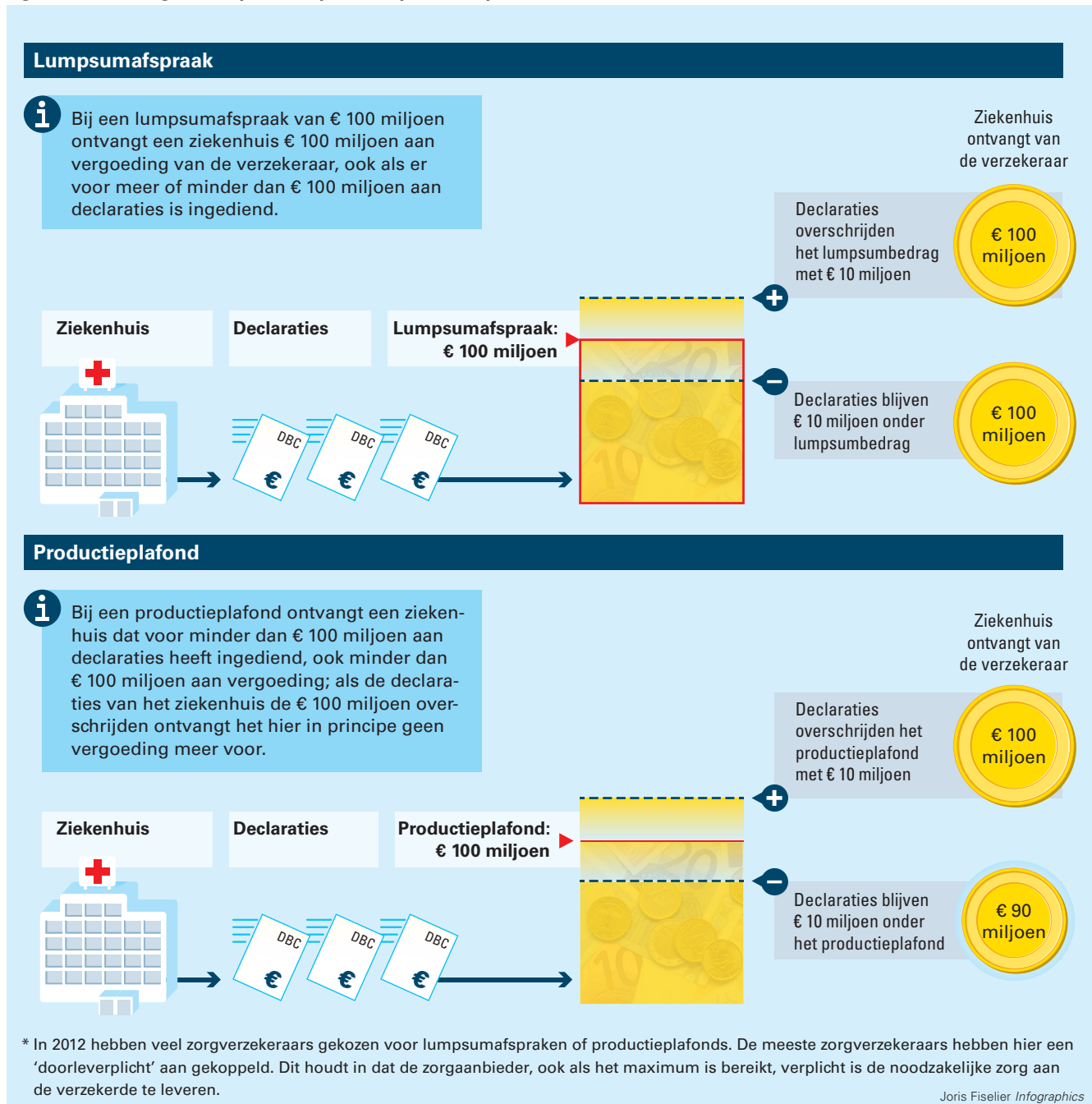
### 3.2 Prikkel tot controle op gedeclareerde zorg

*De prikkel voor zorgverzekeraars om zorg te controleren is gering*

De prikkel voor zorgverzekeraars om veel aandacht te besteden aan controles op gedeclareerde zorg was voorheen gering omdat ze slechts beperkt risico's liepen door het systeem van risicoverevening<sup>17</sup> achteraf. Deze risicoverevening is in 2012 grotendeels afgeschaft. Daarmee zou de prikkel om te controleren worden vergroot, ware het niet dat de wijze waarop de contracten van de zorgverzekeraars met de zorgaanbieders op dit moment vorm krijgen, dat tegenwerkt. De meeste in 2012 afgesloten contracten hebben namelijk een lumpsumkarakter, of er worden plafondafspraken in gemaakt

(zie figuur 6). We merken op dat ondanks de aanzienlijke wijzigingen in het zorgstelsel de ziekenhuizen op dit moment nog steeds gefinancierd worden op basis van een vorm van budgettering die de facto veel weg heeft van het oude ziekenhuisbudget (functiegerichte budgettering, de FB-systematiek). Daardoor lopen de zorgverzekeraars weinig risico op ongewenste overschrijdingen en vermindert de controlebehoefte navenant. De NZa benadrukt dat ook aan gemaximeerde uitgaven steeds rechtmatige declaraties ten grondslag moeten liggen (NZa, 2013a).

**Figuur 6 De werking van lumpsum- en productieplafondafspraken tussen ziekenhuis en verzekeraar**



### 3.3 Controle op gepast gebruik van zorg

*Controle op gepast gebruik van zorg is moeilijk en wordt nog niet goed uitgevoerd*

Gepast gebruik van zorg is in het licht van uitgavenbeheersing een belangrijk onderdeel van de formele en materiële controles. Het verlenen van onnodige zorg moet worden bestreden. Verzekeraars mogen alleen zorg uit het basispakket vergoeden als sprake is van gepaste zorg. Daaronder verstaat de NZa dat:

1. de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk;
2. de verzekerde naar inhoud en vorm redelijkerwijs is aangewezen op de zorg;
3. voor een aantal vormen van zorg indicatievoorwaarden gelden.

Van ongepast gebruik is bijvoorbeeld sprake bij overbehandeling, bij het te snel toepassen van te dure interventies of bij het verlenen van niet effectief gebleken zorg (zie ook § 2.3).

Het criterium ‘gepaste zorg’ is moeilijk te controleren. Bij controle op gepaste zorg gaat het in de eerste plaats om rechtmatigheid. Ongepaste zorg mag immers niet worden vergoed uit het basispakket. Maar wat gepast is wordt geformuleerd in doelmatigheidstermen als effectiviteit, zuinigheid, kwaliteit en proportionaliteit. De projectgroep Intensivering Controle en Toezicht (PINCET) komt in haar analyses tot de bevinding dat de te verzekeren prestaties nogal open zijn geformuleerd en dat duidelijker normen voor gepast gebruik een effectieve controle zouden kunnen vergemakkelijken.

Tot 2010 werden de zorgverzekeraars niet op gepast gebruik gecontroleerd. Vanwege de complexiteit van de materie heeft de NZa een ‘opduwstrategie’ ontwikkeld om de toepassing van het criterium gepast gebruik gaandeweg te verbeteren. Over 2011 werd van zorgverzekeraars alleen gevraagd aan te geven op welke wijze het aspect ‘redelijkerwijs aangewezen’ is betrokken bij de beoordeling van de declaraties, en welke knelpunten en verbetermogelijkheden ze zagen. Het gaat hier dus nog om een lichte toets. Over 2011 strekte de accountantsverklaring zelf zich nog niet uit tot gepaste zorg. Wel konden daarover opmerkingen worden gemaakt in een rapport van bevindingen. Over 2012 zijn weer verder de eisen aangescherpt.

De NZa heeft in 2011 ruim de helft van de zorgverzekeraars een informatieverzoek opgelegd in verband met gebreken in de controles op gepast gebruik (zie tabel 1). Dat houdt in dat zorgverzekeraars een herstelpunten moeten opstellen wat ze aan de NZa moeten voorleggen en vervolgens moeten toepassen.

## 4 Tijdigheid informatievoorziening over uitgaven

De minister van vws moet ervoor zorgen dat zij beschikt over actuele informatie over het functioneren van het stelsel, om tijdig bij te kunnen sturen als ongewenste ontwikkelingen dreigen. In 2011 heeft de minister afspraken gemaakt met medisch specialisten, ziekenhuizen en verzekeraars over onder andere de budgettaire kaders tot 2015. Deze afspraken vormen een keerpunt in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Voor het eerst is er bijvoorbeeld een duidelijk financieel kader (2,5% volumegroei). Verder is als opvolger van de taskforce Beheersing zorguitgaven de stuurgroep Verbetering informatievoorziening zorguitgaven ingesteld. Medio 2013 heeft de minister van vws vijf verbetervoorstellen van de stuurgroep naar de Tweede Kamer gestuurd waarvan de implementatie al is gestart of op korte termijn kan worden gestart (vws, 2013b).

In welke mate de verbetervoorstellen tot een versnelling in de informatievoorziening leiden, is nu nog niet te zeggen. Wij concluderen dat, mede door de getrapte informatievoorziening, weinig zicht is op uitgaven in 2012, waardoor geen tussentijdse toetsing van de ziekenhuisuitgaven aan de budgettaire kaders kan plaatsvinden en dreigende overschrijdingen niet worden opgemerkt. Daardoor is tijdig ingrijpen niet goed mogelijk. Hierop gaan we in dit hoofdstuk nader in.

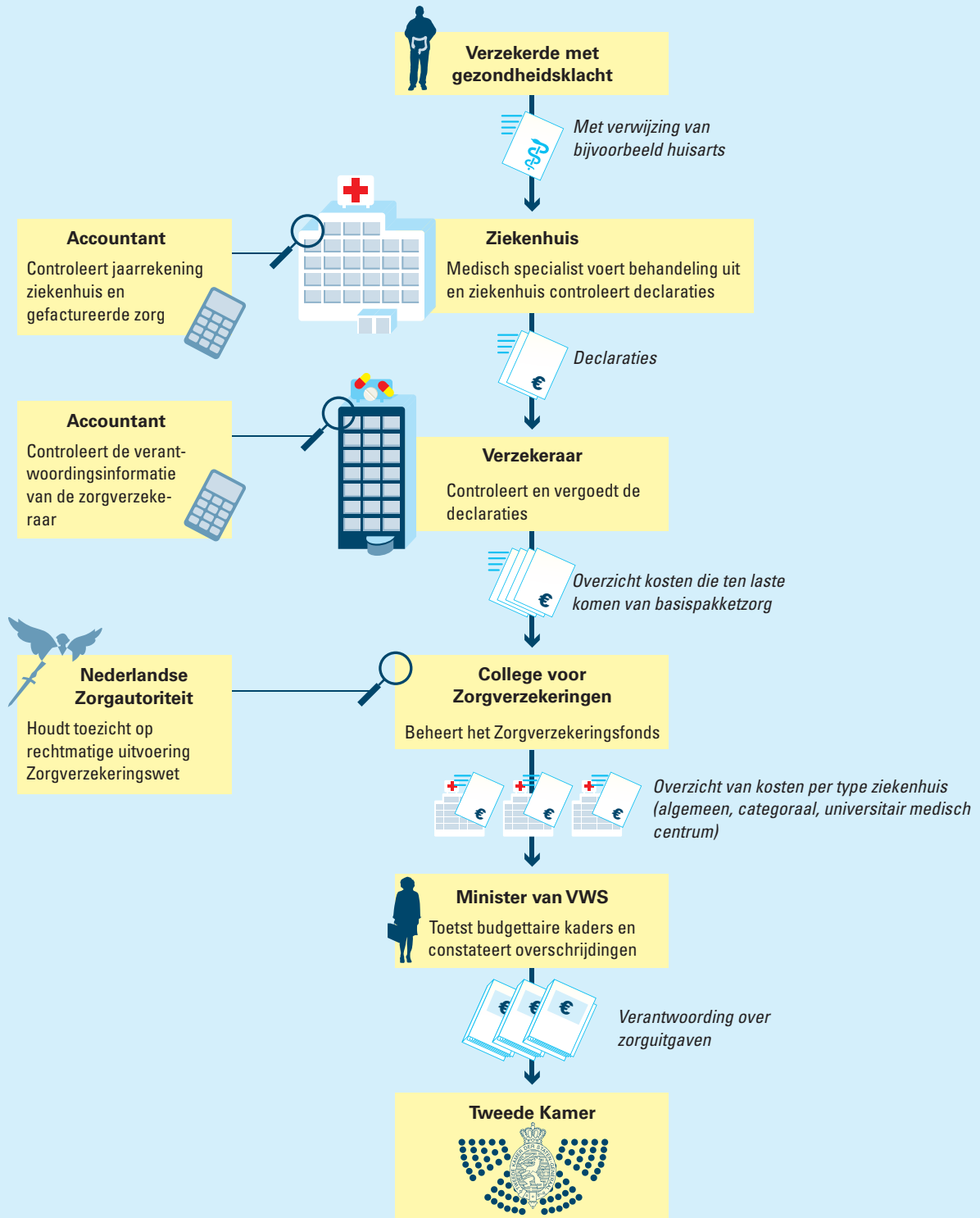
### 4.1 Getrapte informatievoorziening

*Getrapte informatievoorziening leidt tot laat inzicht in ziekenhuisuitgaven bij Ministerie van vws*

De informatie over de ziekenhuisuitgaven legt een lange weg af van de ziekenhuizen via de zorgverzekeraars, CVZ en de NZa naar het Ministerie van vws (zie figuur 7 op de volgende pagina).

**Figuur 7 Van declaratie tot verantwoording**

**i** De declaratie van een medische behandeling komt via diverse stadia uiteindelijk terecht in de verantwoording van de minister van VWS aan de Tweede Kamer.



Ziekenhuizen dienen hun declaraties in bij zorgverzekeraars. Dat mogen ze doen tot vijf jaar nadat de zorg verleend is. Dit gebeurt maar bij een klein percentage, maar het illustreert wel waarom de onzekerheid van de werkelijke uitgaven aan ziekenhuiszorg zo lang kan voortduren. Ook andere factoren zorgen ervoor dat er over de omvang van de ziekenhuisuitgaven in 2012 nog lang onzekerheid zal zijn. Zo hebben de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen lang geduurd. De laatste contracten over 2012 zijn pas begin 2013 afgesloten. Door de voorschotten ervaren ziekenhuizen bovendien niet veel prikkels om tijdig te declareren. Daar komt nog bij dat DBC-zorgproducten tot wel een jaar na opening kunnen openstaan. De declaratie volgt later. Door deze combinatie van factoren is in 2012 de declaratiestroom laat op gang gekomen. In april 2013 is een substantieel deel van de declaraties over 2012 nog niet ingediend bij de zorgverzekeraars. Die wachten op hun beurt met controleren tot de meeste declaraties binnen zijn.

Zorgverzekeraars sturen op vaste momenten kwartaal- en jaarrapportages aan het CVZ. Ze kunnen hun declaraties nog tot drie jaar na dato naar het CVZ sturen. Over uitgaven voor de zvw in bijvoorbeeld 2012, rapporteert de zorgverzekeraar tot en met juni 2015. Pas aan het eind van dat jaar zijn dan de uitgaven voor de zvw definitief.

Om de realisatie van de zorguitgaven te kunnen monitoren en verantwoording af te kunnen leggen aan de Tweede Kamer, krijgt het Ministerie van vws op verschillende momenten in het jaar informatie van het CVZ en van de NZA (zie figuur 8 op de volgende pagina). Het CVZ baseert de informatie over het lopende jaar op de kwartaalrapportages van de zorgverzekeraars. In november krijgt het ministerie de cijfers over de eerste drie kwartalen. Die geven een eerste indicatie van de omvang van de ziekenhuisuitgaven in het lopende jaar. In maart van het jaar erna is een eerste overzicht van het gehele voorgaande jaar beschikbaar. De eerste (door de externe accountant) gecontroleerde gegevens zijn beschikbaar in de jaarstaat van de zorgverzekeraars op 1 juni van het jaar na het jaar waarover gerapporteerd wordt. Dat is vier weken eerder dan voorheen. CVZ kan daardoor eerder aan het Ministerie van vws rapporteren.

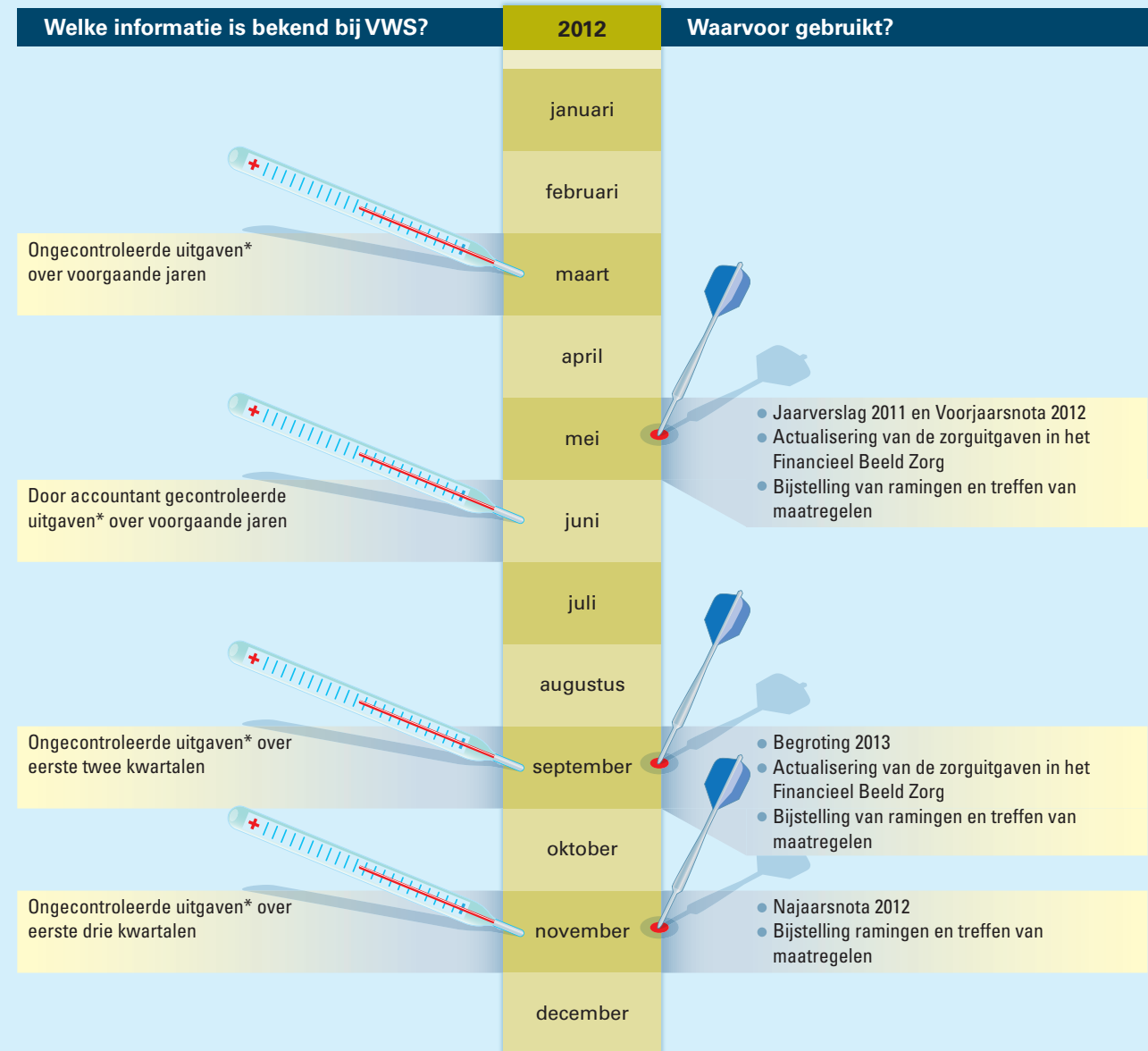
Pas na afloop van het begrotingsjaar wordt dus duidelijk hoeveel er is gedeclareerd door de ziekenhuizen en hoeveel daarvan door de zorgverzekeraar is toegekend en vergoed uit het basispakket.

Het is inherent aan het huidige bekostigingssysteem van de ziekenhuizen dat de definitieve uitgaven pas enkele jaren na afronding van het begrotingsjaar vastgesteld kunnen worden. Dat betekent voor de verantwoording over een jaar dat er nog lang nadien mutaties kunnen optreden. Dit wordt mede geïllustreerd door de webinfographic over het BKZ 2011 die wij gaan publiceren in oktober en te raadplegen is via [www.rekenkamer.nl](http://www.rekenkamer.nl)

**Figuur 8** Op welke momenten komt er informatie over zorguitgaven bij de minister VWS terecht?



Het Ministerie van VWS ontvangt op diverse momenten gedurende het jaar informatie die wordt gebruikt in de verantwoording aan de Tweede Kamer. De eerste informatie die de minister over het lopende jaar ontvangt komt binnen in september en is afkomstig van het College voor Zorgverzekeringen. Dit betreft ongecontroleerde informatie. De accountantscontrole vindt namelijk in het voorjaar van het daaropvolgende jaar plaats. Ook de verzekeraars hebben deze informatie nog niet gecontroleerd; zij beginnen daar vaak pas mee als de meeste declaraties binnen zijn.



\* Ramingen en gerealiseerde uitgaven

Joris Fiselier Infographics

## 4.2 Verklarende informatie

De informatie die het Ministerie van vws krijgt, geeft weinig verklaringen voor overschrijdingen

Het is voor het Ministerie van vws lastig om overschrijdingen tijdig te signaleren en daarvoor verklaringen te vinden. Bij die verklaringen spelen Nza en CVZ op dit moment nagenoeg geen rol. Het Ministerie van vws doet dat op eigen kracht op grond van de aangeleverde informatie. Het is genoodzaakt daarvoor gebruik te maken van



voorlopige en geaggregeerde informatie, en doet schattingen op grond van ervaringscijfers. De vele opeenvolgende wijzigingen in de bekostiging van de ziekenhuizen en de medisch specialisten maken het overigens moeilijk om historische gegevens op te bouwen en op basis daarvan betrouwbare schattingen te maken.

Het Ministerie van vws gebruikt verder data uit het DBC-Informatiesysteem (DIS) voor beleidsvoering en voor analyse van de bekostiging en de financiering van de medisch specialistische zorg. Het Ministerie van vws is aan het onderzoeken hoe die informatie uit het DIS benut kan worden voor monitoring en voor verklarende informatie.

### 4.3 Uitgaven gedurende het jaar

*Er is over 2012 weinig zicht op de uitgaven gedurende het jaar zelf en dus is niet duidelijk of het overeengekomen budgettaire kader is gerealiseerd*

Er is in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord afgesproken dat ziekenhuizen ieder kwartaal een overzicht aan de zorgverzekeraars geven van afgesloten en nog niet gedeclareerde zorg, gedeclareerde zorg en onderhanden werk aan de zorgverzekeraars, maar in 2012 is deze stroom nog niet op gang gekomen. Dit betekent dat de minister op het moment van het vaststellen van de begroting 2014 slechts over voorlopige en niet volledige realisatiecijfers van het BKZ 2012 beschikt. Dit beperkt het handelingsperspectief van de minister om het BKZ 2014 vooraf bij te sturen. Toepassing van het macrobeheersingsinstrument is alleen achteraf mogelijk en zal met name van invloed zijn op het lopende of het volgende begrotingsjaar.

Eind 2012 gaf de minister van vws aan niet tevreden te zijn met de levering van gegevens over het onderhandenwerk. De minister wil de levering van gegevens over het onderhandenwerk en de informatie over wat is gecontracteerd en productie verplicht stellen (vws, 2012). In april 2013 hebben vrijwel alle ziekenhuizen een contract met het landelijke computersysteem voor het bepalen van de omvang van het onderhandenwerk (ohw-grouper). De ohw-grouper zou voor ziekenhuizen echter nog niet volledig werken. Daarom leveren de meeste ziekenhuizen nauwelijks gegevens over onderhandenwerk aan de zorgverzekeraars. Voor verzekeraars is het zicht op onderhandenwerk bij ziekenhuizen minder relevant zolang er lumpsum afspraken worden gemaakt.

In het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord is ook maximale uitgavengroei van 2,5% afgesproken.<sup>18</sup> Dit betekent voor 2012 een budgettair kader van € 17,3 miljard voor de ziekenhuiszorg.<sup>19</sup> Het Hoofdlijnenakkoord vormt daarmee een keerpunt in de contractering. Voor het eerst was er een duidelijk financieel makro-kader. Het aandeel van een individuele zorgverzekeraar of ziekenhuis in het totale makro-kader staat niet vast. In het Hoofdlijnenakkoord zijn hierover ook geen afspraken gemaakt. Dit heeft gezorgd voor langdurige onderhandelingen tussen verzekeraar en ziekenhuis.

Het Hoofdlijnenakkoord bleek ook op andere punten tot interpretatieverschillen te hebben geleid. Er was bijvoorbeeld onduidelijkheid over de zorg die al dan niet binnen het Hoofdlijnenakkoord viel, zoals ziekenhuisverplaatste zorg (NZA, 2012c) en over de basis voor de berekening van de 2,5%. Welk referentiejaar wordt gehanteerd? Wordt de groei bepaald op basis van de ziekenhuisomzet of de schadelast? Het is voor partijen vooralsnog onduidelijk op basis waarvan de minister van VWS gaat bepalen of de uitgaven binnen de 2,5% zijn gebleven en de toepassing van het macrobeheersingsinstrument al dan niet noodzakelijk is.

<sup>18</sup>

De partijen zijn een inspanningsverplichting aangegaan en geen resultaatverplichting.

<sup>19</sup>

Daarnaast geldt er voor de medisch specialisten voor 2012 een budgettair kader van ongeveer € 2 miljard.

Overigens is de groeirimte de facto nihil. De 2,5% volumegroei uit het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord was namelijk gebaseerd op de grondslag 2011, waarin geen overschrijdingen waren opgenomen. De compensatie van de overschrijdingen uit 2011 komt daarmee ten laste van de groeirimte voor 2012.

## 5 Conclusies en aanbevelingen

### 5.1 Conclusies

*Financiering (ziekenhuis)zorg is bijzonder complex*

In 2012 is ongeveer € 64 miljard uitgegeven aan publiek gefinancierde zorg, waarvan € 20 miljard aan ziekenhuiszorg. Dit onderzoek gaat over de controle op en de verantwoording over deze € 20 miljard. De wijze waarop deze controle en verantwoording op dit moment gebeurt is nauw verbonden met de algehele inrichting van de financiering van de (ziekenhuis)zorg. Deze wordt al jaren gekenmerkt door een grote mate van complexiteit. Die complexiteit is in 2012 nog verder toegenomen door een cumulatie van systeemwijzigingen en maatregelen die de minister van vws in dat jaar heeft doorgevoerd.

Het ingewikkelde financieringssysteem bemoeilijkt niet alleen de controle op de vraag of ziekenhuiszorg terecht is geleverd en op de juiste wijze is gefactureerd en verantwoord, maar heeft ook - met name in 2012 - geleid tot onzekerheid over de uitgaven bij alle relevante actoren (ziekenhuizen, zorgverzekeraars, accountants, toezichhouders enzovoort). Het inzicht in aard en de ontwikkeling van deze kosten schiet tekort.

De ontstane situatie baart ons zorgen. Het is van groot belang dat de zorguitgaven goed worden beheerst en dat de zorgpremies die burgers betalen rechtmatig en doelmatig worden besteed. Dit publieke belang komt in de knel als de complexiteit van de financiering van de ziekenhuiszorg niet wordt teruggedrongen. Ten dele is er wel zicht op een vermindering van de complexiteit, omdat verscheidene ingrepen van de minister uit 2012 een tijdelijk karakter hebben. Desondanks blijft het aanpakken van de complexiteit van de financiering van de (ziekenhuis)zorg een belangrijke opgave voor de minister.

De complexiteit in de financiering van de zorg is ook zichtbaar bij de controle op en handhaving van de (financiële) afspraken die de minister in 2011 met de partijen in het zorgveld overeen is gekomen in het zogeheten Hoofdlijnenakkoord. Dit akkoord zou een belangrijke bijdrage moeten leveren aan de beheersing van het Budgettair Kader Zorg. In 2012 is sprake geweest van onduidelijkheid over de grondslag van de jaarlijks toegestane uitgavengroei van 2,5%. Helderheid over toepassing van dit type afspraken is geboden, omdat de minister bij niet-naleving inzet van het macrobeheersingsinstrument kan overwegen (een generieke korting die de minister kan opleggen aan ziekenhuizen wanneer het budgettaire kader wordt overschreden).

#### **Betere informatievoorziening en controle op zorgkosten nodig**

Op 4 juni 2013 heeft de minister van vws de Tweede Kamer een tussenrapportage aangeboden waarin zij inzicht biedt in haar voornemens om de informatievoorziening over de zorguitgaven te verbeteren. Snellere en betere informatie is, zoals de minister terecht stelt, van groot belang. In ons rapport *Uitgavenbeheersing in de zorg* (Algemene Rekenkamer, 2011) stelden we vast dat verbetering hier urgent is, wil de minister in staat zijn haar verantwoordelijkheid voor de handhaving van het Budgettair Kader Zorg waar te maken. De vrijwel permanente kostenoverschrijdingen in de achterliggende jaren laten zien dat uitgavenbeheersing in de zorg geen vanzelfsprekendheid

is. Ook de verantwoording aan het parlement over de realisatie van de zorguitgaven is gediend met accurate informatie.

Wij constateren voorts dat de prikkel voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars om declaraties te controleren gering is. Ziekenhuizen hebben een vrijwel volledig informatie monopolie en ondervinden weinig externe druk om te controleren op onnodig hoge declaraties. Zorgverzekeraars lopen vanaf 2012 meer risico door de geleidelijke afschaffing van de nacalculatie (achterafberekening om na te gaan of verzekeraars terecht een hogere vergoeding hebben gekregen voor verzekerden met hoge uitgaven) waardoor het belang van controles zou toenemen. Maar in de praktijk worden zij, doordat veel contracten met ziekenhuizen een lumpsumkarakter hebben, niet gestimuleerd om meer aandacht te besteden aan controle op declaraties. De ziekenhuizen worden feitelijk nog steeds gefinancierd op basis van een vorm van budgettering. Die financieringswijze heeft de facto veel weg van het oude ziekenhuisbudget. Dat betekent dat er voor de zorgverzekeraars weinig risico bestaat op ongewenste overschrijdingen; de behoefte om streng te controleren vermindert dan logischerwijs.

## 5.2 Aanbevelingen

### *Beheersing zorguitgaven*

Een goede beheersing van de zorguitgaven vergt een ordelijk en transparant proces van contractering, bekostiging, facturering en verantwoording. Dit proces behoort alle partijen die betrokken zijn bij de ziekenhuiszorg in staat te stellen om efficiënt en binnen de afgesproken financiële kaders te opereren en zo bij te dragen aan een doelmatige en rechtmatige besteding van middelen. We hebben vastgesteld dat dit nu niet het geval is. Wij vragen de minister van vws hier aandacht aan te besteden.

### *Verbetering informatiehuishouding*

Komend najaar zal de minister van vws de Tweede Kamer nader informeren over het Programma Informatiehuishouding op Orde (PrIO). Wij moedigen de minister aan om hierbij ook de geconstateerde complexiteit in de financiering van de zorg te betrekken. Een duurzame informatiehuishouding in de zorg is hiermee immers rechtstreeks verbonden.

Dit voorjaar heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen over het belang van transparantie in de zorguitgaven en de rol die open data en open spending hierbij kunnen spelen. Wij bevelen de minister van vws aan om de uitvoering van deze motie met voortvarendheid ter hand te nemen. Een centraal publiek toegankelijk platform waar de zorguitgaven ‘real time’ beschikbaar komen, biedt kansen om inzicht in en de beheersbaarheid van de uitgaven te versterken. Zo kan de wetenschap met een onderzoek een bijdrage leveren aan de effectiviteit van de zorg. Als daarbij ook nog de aansluiting wordt gezocht bij internationale coderingen van de zorgproducten, kunnen er vergelijkingen met andere landen worden gemaakt. Met het oog op het toenemende belang dat de zorg in de toekomst in financieel, maatschappelijk en politiek opzicht vermoedelijk zal spelen, is een dergelijke investering in versterking en vernieuwing van de informatiehuishouding in de zorg zeker de moeite waard.

*Controle op gepast gebruik van zorg*

Verzekeraars mogen alleen zorg uit het basispakket vergoeden als er sprake is van gepaste zorg. Dit criterium blijkt in de praktijk lastig te controleren en dat gebeurde tot voor kort ook vrijwel niet. Controle op gepast gebruik van zorg staat daarmee feitelijk nog in de kinderschoenen. Wij bevelen de minister van vws aan om ervoor te zorgen dat de betrokken partijen (met ondersteuning van het Kwaliteitsinstituut) normen en richtlijnen voor gepaste zorg gaan ontwikkelen, dan wel bestaande normen en richtlijnen duidelijker gaan formuleren. Het is van belang dat hierbij zowel inhoudelijke experts (medisch specialisten maar ook de medisch adviseurs van zorgverzekeraars) als auditexperts (controllers, accountants) worden betrokken.

*Bevordering doelmatig gebruik van zorgmiddelen*

Sinds 1996 staat het bevorderen van (inzicht in) kwaliteit van geleverde zorg op de beleidsagenda van de bewindspersonen van vws. Dit voorjaar constateerden wij in ons rapport Indicatoren voor kwaliteit in de zorg dat de ontwikkeling van landelijke kwaliteitscriteria zorgaanbieders, verzekeraars, patiënten en toezichthouders nog niet voldoende houvast biedt. Er is in de afgelopen jaren progressie geboekt, maar van een structurele beschikbaarheid en benutting van (uitkomst)indicatoren is nog geen sprake. Dat bevordert niet de doelmatigheid van de zorguitgaven. Het landelijk Kwaliteitsinstituut zou daarom hieraan een impuls moeten geven. Niet duidelijk is of binnen afzienbare tijd de kwaliteitsindicatoren voldoende stabiel zijn om een belangrijke rol te spelen in de contractering, verantwoording en controle van de uitgaven in de ziekenhuiszorg. Wij nodigen de minister uit daarover meer duidelijkheid te geven.

*Controle van declaraties en het toezicht daarop*

Aanvullend bevelen wij de minister van vws aan om zorgverzekeraars te blijven aanspreken op hun verantwoordelijkheid voor de formele en materiële controles op declaraties. Het is daartoe van belang dat zorgverzekeraars (en ook patiënten) beter inzicht krijgen in de prestaties die in rekening worden gebracht. Wij bevelen de minister van vws aan de voortgang van dit verbeterproces te bevorderen.

De Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) dient toe te zien op een rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet door de ziekenhuizen en verzekeraars. Als de Nza daarbij niet kan steunen op uitkomsten van interne controles of op de controles door externe accountants, is intensiever toezicht nodig. Zij dient daar voldoende capaciteit voor te hebben. Wij bevelen de minister tot slot aan dat te waarborgen.

## 6 Nawoord naar aanleiding van reactie minister

De minister van vws heeft op 15 oktober 2013 haar reactie gegeven op ons onderzoek. Wij hebben de belangrijkste punten uit haar reactie samengevat in de tabel aan het einde van dit hoofdstuk. De volledige reactie van de minister van vws is te raadplegen op onze website, [www.rekenkamer.nl](http://www.rekenkamer.nl).

Wij vinden het positief dat de minister in haar brief aangeeft onze conclusies en aanbevelingen te delen. Zij schrijft dat zij deze beschouwt als ondersteuning van haar beleid om de complexiteit in de financiering van de (ziekenhuis)zorg aan te pakken en de transparantie te verbeteren.

Ook zijn wij positief over de aandacht die de minister van vws heeft voor het terugdringen van de complexiteit en verbeteren van de transparantie in de zorgsector. De minister gaat in dit verband in op de systeemwijzigingen, de maatregelen die al zijn genomen en op de nog uit te voeren plannen. Zo verwacht zij veel van het in de zomer 2013 gesloten akkoord medisch specialistische zorg.<sup>20</sup> Daarin zijn afspraken gemaakt over het opstellen van een kwaliteits- en doelmatigheidsagenda, over het vergroten van de inzichtelijkheid van declaraties en over het versnellen van het contracteer- en declaratieproces. De minister wijst daarnaast op de extra middelen die in de begroting van VWS beschikbaar zijn gesteld (2014 € 5 miljoen en 2015 € 10 miljoen) voor het versterken van de opsporingsfunctie en het toezicht in de zorg. Verder vermeldt de minister nog het plan van aanpak Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces en de maatregelen van de stuurgroep Verbetering Informatievoorziening. Net als de minister koesteren wij de hoop dat deze plannen in de praktijk gaan opleveren wat ze op papier beogen. Wij wachten met belangstelling af wat de nadere standpuntbepaling van de minister zal zijn over het gebruik van open data in de zorg. Hier ligt een grote kans om de informatievoorziening in de zorg en de tijdigheid daarvan te verbeteren.

Wij zijn het met de minister eens dat een deel van de complexiteit in de financiering van de ziekenhuiszorg waarschijnlijk zal verminderen als de tijdelijke maatregelen - bedoeld om de transitie naar het nieuwe financieringssysteem beheerst te laten verlopen - kunnen worden opgeheven. We zullen moeten bezien of er tegen die tijd in de (ziekenhuis)zorg een stelsel van bekostiging en verantwoording zal zijn gegroeid dat optimale transparantie biedt aan alle betrokken partijen. Hiermee zouden de uitgavenbeheersing en de doelmatige inzet van geld voor de zorg gediend zijn.

## Overzicht van conclusies, aanbevelingen en reacties

HOOFDCONCLUSIES		
	Aanbevelingen	Reactie minister van VWS
Financiering ziekenhuiszorg is bijzonder complex. Dit bemoeilijkt controle en heeft - met name in 2012 - geleid tot onzekerheid over uitgaven. Inzicht in aard en ontwikkeling van kosten schiet tekort.	Betrek door ons geconstateerde complexiteit in Programma Informatiehuishouding op Orde (PrIO).	PrIO doet voorstellen ter zake van governance informatie-issues. Deze bieden ook mogelijkheden om reductie van onnodige complexiteit in informatievoorziening te agenderen en op te pakken.
Prikkel voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars om te controleren op onnodig hoge zorg-uitgaven is gering.	Zorg voor ordelijk en transparant proces van contractering, bekostiging, facturering en verantwoording.	In het akkoord medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 zijn afspraken gemaakt om de transparantie van zorgrekening en declaratie te vergroten en het contracteer- en declaratieproces te versnellen.
DEELCONCLUSIES		
Controle op declaraties door ziekenhuizen		
Ziekenhuizen hebben weinig stimulansen om te investeren in interne controle op onnodig hoge zorguitgaven: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er wordt vooral gestuurd op voorkomen van te lage declaraties (weinig financieel belang hebben om te investeren in controle op onnodige hoge declaraties).</li> <li>• Externe druk is beperkt, want ziekenhuizen beschikken over vrijwel volledig informatie-monopolie.</li> <li>• Controleren op gepast gebruik is lastig.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zie 2de aanbeveling bij hoofdconclusies.</li> <li>• Zorg dat betrokken partijen (met ondersteuning van Kwaliteitsinstituut) normen en richtlijnen voor gepaste zorg gaan ontwikkelen.</li> <li>• Geef aan binnen welke termijn een stabiele set kwaliteitsindicatoren gereed moet zijn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zie reactie bij 2de aanbeveling.</li> <li>• Kwaliteitsinstituut pakt (door)ontwikkeling van richtlijnen en standaarden op, in overleg met veldpartijen. Op dit vlak zijn ook afspraken gemaakt in akkoord medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017.</li> <li>• Er wordt een beeld geschetst van het gebruik van kwaliteitsindicatoren in de praktijk en de afspraken met partijen in bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 over vergroten van transparantie.</li> </ul>
Controle op declaraties door zorgverzekeraars		
Zorgverzekeraars besteden (nog) onvoldoende aandacht aan controle op rechtmatigheid van gedeclareerde zorg: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prikkel voor zorgverzekeraars om te controleren is gering.</li> <li>• Controle op gepast gebruik is moeilijk en wordt niet goed uitgevoerd.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blijf zorgverzekeraars aanspreken op hun verantwoordelijkheid voor formele en materiële controles op declaraties.</li> <li>• Waarborg dat NZa voldoende capaciteit heeft voor haar toezichtsactiviteiten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen reactie.</li> <li>• Toezicht op stelsel is belegd bij NZa die toezicht houdt op gedrag van partijen. Er is plan van aanpak fraudebestrijding en er zijn extra middelen vrij gemaakt.</li> </ul>
Tijdigheid van informatievoorziening		
Getrapte informatievoorziening leidt tot laat inzicht in ziekenhuisuitgaven bij Ministerie van VWS.	Betrek door ons geconstateerde complexiteit in Programma Informatiehuishouding op Orde (PrIO).	PrIO doet voorstellen ter zake van governance informatie-issues. Deze bieden ook mogelijkheden om reductie van onnodige complexiteit in informatievoorziening te agenderen en op te pakken.
De informatie die Ministerie van VWS krijgt, geeft weinig verklaringen voor overschrijdingen.		
Over 2012 was er weinig zicht op uitgaven gedurende het jaar zelf. Daardoor is onduidelijk of budgettaire kaders al dan niet worden overschreden.	Geef voortvarend uitvoering aan motie van Tweede Kamer gericht op transparanter maken van zorguitgaven (en rol van open data).	Op korte termijn wordt reactie op de motie naar Tweede Kamer gestuurd, als onderdeel van brief over PrIO.

## Literatuur

Algemene Rekenkamer (2003). *Wonen, zorg en welzijn van ouderen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 28 951, nr. 2. Den Haag: Sdu.

Algemene Rekenkamer (2011). *Uitgavenbeheersing in de zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2011-2012, 33 060, nr. 2. Den Haag: Sdu.

Algemene Rekenkamer (2013). *Indicatoren in de zorg voor kwaliteit in de zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 33 585, nr. 2. Den Haag: Sdu.

Baarsma, B., Kam de F., Linschoten, R., Themaat van W.V & Varkevisser, M. (2012). *Advies commissie macrobeheersinstrument*. Van structureel kortingsinstrument naar daadwerkelijk ultimatum remedium. Bijlage bij Kamerstuk 29 248, nr. 232. Den Haag: Sdu.

Booz & Company (2012). *Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten*. Amsterdam: Booz & Company.

Erp van J. & Mein A.G (2013). *Doelgroepenanalyse declaratiepraktijk medisch specialistische zorg*. Verwey-Jonker Instituut: Utrecht.

NBA (2013). *Alert 28: Controleverklaringen bij de financiële overzichten 2012 van instellingen voor medisch specialistische zorg*. Amsterdam: Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants.

NVZ, NVZ, NPCF, ZKN, OMS, ZN & VWS (2013). *Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017*. Bijlage bij Kamerstuk 29 248, nr. 257. Den Haag: Sdu.

NVZ, NFU, ZKN, VWS & ZN (2011). *Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015*. Den Haag: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Particuliere Klinieken Nederland & Zorgverzekeraars Nederland.

NVZ, NVZ en ZN (2011). *Convenant Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake registratie en facturering*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra & Zorgverzekeraars Nederland.

NVZ & NFU (2013). *Handreiking omzetverantwoording 2012*. Vastgesteld in het bestuurlijk overleg Hoofdlijnen Akkoord 7 februari 2013. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen & Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra.

NZA (2012a). *Evaluatie transitie model medisch specialistische zorg*. Brief met kenmerk: 9603. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZA (2012b). *Protocol Vereveningsonderzoek Zvw met oplevering in 2013 en Onderzoek uitvoeringsverslag Zvw 2012*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.



Nza (2012c). *Evaluatie contractering medisch specialistische zorg 2012*. Brief aan de minister van vws van de voorzitter Raad van Bestuur d.d. 3 juli 2013. Kenmerk 12Doo22450. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Nza (2013a). *Addendum Protocol Vereeningsonderzoek Zvw met oplevering in 2013 en Onderzoek uitvoeringsverslag Zvw 2012*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Nza (2013b). *Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering zvw 2011. Onderdeel vereeningsonderzoek Zvw en compensatieregeling eigen risico (cer)*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Nza (2013c) <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Meer-informatie-op-ziekenhuisdeclaratie-voor-betere-controle-verzekeraars>, geraadpleegd 20 juni 2013 (bericht van 8 mei 2013).

OMS, NVZ & vws (2011). *Convenant Bekostiging vrij gevestigd medisch specialisten transitie 2012-2014*. Den Haag: Orde van Medisch Specialisten, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen & Ministerie van vws.

Voetelink, D.w., Bischof, W.K. & Pheijffer, M. (2013). *Spelen met regels én systeem in transitie; Onderzoek mogelijk misbruik transitie-model*. Breukelen: Zorgverzekeraars Nederland.

vws (2011). *Prestatiebekostiging van ziekenhuizen 'Zorg die loont'*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 32 620, nr. 6. Den Haag: Sdu.

vws (2012). *Verbetering informatievoorziening in de zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 29 248, nr.243. Den Haag: Sdu.

vws (2013a). *Brief minister van vws van 15 mei 2013 over Aanpak van zorgfraude*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, Den Haag: Sdu.

vws (2013b). *Eerste tussenrapportage verbetering informatievoorziening zorguitgaven*. Brief aan de Tweede Kamer van de minister van vws d.d. 4 juli 2013. Kenmerk 127616-105951-FEZ. Den Haag: Directoraat-Generaal Curatieve Zorg.

#### Onderzoeksteam

Mw. drs. S.W. Mathijssen RO (projectleider)  
Dhr. drs. A.B.M. Gloerich  
Mw. J.T. de Jong-van Til MSc  
Dhr. G. Koop MSc  
Dhr. P.Q. van der Spijk  
Mw. ir. E. Wiemer

#### Voorlichting

Afdeling Communicatie  
Postbus 20015  
2500 EA Den Haag  
Telefoon (070) 342 44 00  
voorlichting@rekenkamer.nl  
www.rekenkamer.nl

#### Omslag

Ontwerp: Corps Ontwerpers  
Foto: Koen Suyk / ANP

Den Haag, oktober 2013