

Vergaderjaar 2013–2014

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 130

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 juli 2014

Verbetering van de informatievoorziening is een van de speerpunten van mijn beleid. Voor een goed werkend zorgstelsel is een goede informatievoorziening van groot belang. De door mij in december 2012 ingestelde stuurgroep Verbetering informatievoorziening zorguitgaven heb ik drie opdrachten meegegeven: De informatievoorziening over de zorguitgaven na afloop van een boekjaar te versnellen, de monitoring van die uitgaven in de loop van het jaar te verbeteren en ten slotte instrumenten te ontwikkelen om de ontwikkelingen in de zorguitgaven te verklaren.

In mijn eerdere tussenrapportages (Kamerstuk 29 248, nr. 254 en Kamerstuk 29 248, nr. 265) ben ik ingegaan op de knelpunten die op deze terreinen spelen en op de maatregelen die ik hiervoor in gedachten had. Van een aantal van die maatregelen is de implementatie gestart. Andere maatregelen zijn in de afgelopen periode nader onderzocht en verder uitgewerkt. Dat is steeds gebeurd in goed overleg met veldpartijen. Tijdens de uitwerking van de maatregelen heb ik regelmatig overleg gevoerd met de Algemene Rekenkamer.

Ik presenteer in deze brief een set maatregelen waarmee een forse stap wordt gezet in de versnelling van de informatievoorziening in de medisch-specialistische zorg. De versnelling zal gedeeltelijk al op korte termijn gerealiseerd kunnen worden, maar het volledige effect zal zich na twee tot drie jaar laten zien. Ik heb door een extern bureau een quick scan laten uitvoeren op het effect van de set maatregelen. Deze quick scan heeft uitgewezen dat met de maatregelen in samenhang de gestelde doelen worden bereikt en dat de maatregelen elkaar versterken. Van deze maatregelen zal een aantal nog tot in detail moeten worden uitgewerkt in overleg met de veldpartijen. De quick scan is als bijlage bij deze rapportage opgenomen.

Inmiddels ben ik tot het inzicht gekomen dat voor de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) niet kan worden volstaan met dezelfde set maatregelen. Ondanks het feit dat de bekostiging van de curatieve GGZ in veel opzichten vergelijkbaar is met die van de medisch-specialistische zorg is in de curatieve GGZ een specifieke aanpak vereist.

In deze tussenrapportage zal ik eerst ingaan op het moment dat de definitieve uitgaven vaststaan. Vervolgens presenteer ik de set maatregelen in de medisch-specialistische zorg die mij voor ogen staat en welke versnelling en verbetering ik daarmee verwacht te bereiken. Vervolgens ga ik in op de specifieke situatie in de curatieve GGZ en hoe ik daarmee wil omgaan. Daarna zal ik de resultaten beschrijven van de overige maatregelen. Tot slot zal ik vooruitblikken naar de activiteiten in de komende periode.

Wanneer staan de definitieve uitgaven vast?

Op dit moment staan nog lange tijd na afloop van het jaar de BKZ-uitgaven niet vast. In de praktijk worden de uitgaven voor het jaar t in de jaarstaten $t+2$ van de zorgverzekeraars definitief vastgesteld. De informatie hierover ontvangt VWS in juni $t+3$. De bijstellingen op de uitgaven die daarna nog nodig zijn (die overigens beperkt van omvang zijn) worden in een later boekjaar meegenomen, zowel voor het BKZ, voor de zorgverzekeraar als voor de risicoverevening. Op het moment dat ik de definitieve cijfers presenteer, is dat cijfer dus definitief voor de gangbare definities. Het is echter wel mogelijk dat er na het moment van definitieve vaststelling nog mutaties zijn in de schade die betrekking hebben op jaar t .

Dergelijke mutaties hangen gedeeltelijk samen met de wettelijke mogelijkheid van het Burgerlijk Wetboek (BW) om binnen vijf jaar na het voltooien van een prestatie die te declareren, maar ook met de mogelijkheid dat uit controles door zorgverzekeraars nog onverschuldigde betalingen blijken, waarvoor, ook op grond van het BW, weer een termijn van vijf jaar (na ontdekking) geldt voor terugvordering.

De termijn van vijf jaar voor declaratie geldt niet voor het belasting van het eigen risico van de patiënt. In de Zorgverzekeringswet (Zvw) is geregeld dat rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten slechts ten laste van het verplicht eigen risico worden gebracht indien deze rekeningen door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft. In het Besluit zorgverzekering is deze dag vastgesteld op 31 december. Dat geldt overigens niet als aan de verzekerde te wijten is dat de declaratie niet op tijd is ingediend. Dit betekent dat alleen rekeningen die binnen het jaar na afloop van het verzekeringsjaar door de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar zijn ingediend ten laste kunnen worden gebracht van het eigen risico.

Van de termijn van vijf jaar die geldt voor declaratie mag bij overeenkomst worden afgeweken. 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 naar vier maanden en over enkele jaren naar twee maanden.

Tussen het einde van jaar t en het moment dat de informatie in juni $t+3$ bij VWS binnenkomt, is er vaak nog sprake van flinke bijstellingen. Bedacht

moet worden dat een bijstelling van 1% op de uitgaven medisch-specialistische zorg al een omvang heeft van circa € 200 miljoen.

Versnelling in de medisch-specialistische zorg

In de taakopdracht aan de stuurgroep heb ik aangegeven dat ik de informatievoorziening over de zorguitgaven zodanig wil versnellen dat ik het beeld dat na afloop van een boekjaar beschikbaar komt, kan betrekken bij de Voorjaarsbesluitvorming. Inmiddels wil ik mijn ambitie op dit gebied uitgebreider formuleren. Nog steeds is het belangrijk voor de besluitvorming in het kabinet en voor het bijsturen van het zorgbeleid dat begin maart informatie over de ontwikkeling van de zorguitgaven beschikbaar is. Het gaat dan om informatie die een zo goed mogelijk beeld geeft van de structurele ontwikkelingen in de zorguitgaven. Het gaat in de Voorjaarsbesluitvorming immers vooral om de vraag of het kabinetsbeleid in de komende jaren moet worden bijgesteld.

Daarnaast is het belangrijk om de Kamer te informeren over de uitkomsten in het afgelopen jaar. Het geëigende moment daarvoor is het jaarverslag, dat in mei verschijnt. Ook voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars is een versnelling van de informatievoorziening van belang om in hun jaarverantwoordingen een adequaat beeld te kunnen schetsen van hun financiële situatie. De informatie over de gerealiseerde zorguitgaven die bij het opstellen van het jaarverslag beschikbaar is, moet veel beter zijn dan nu het geval is. In het jaarverslag van VWS over 2013 bijvoorbeeld, is voor de uitgaven medisch-specialistische zorg gebruik gemaakt van de maartlevering van het Zorginstituut Nederland. Hiervoor worden de jaarramingen van de zorgverzekeraars gebruikt, die voor minder dan 50% gebaseerd zijn op ontvangen en geaccepteerde declaraties. Op het moment van het verschijnen van het jaarverslag van VWS (in mei) zullen – na verkorting van de maximale DBC-duur tot 120 dagen – de laatste DBC's die op het jaar drukken pas rond 1 mei gesloten zijn. De DBC's moeten dan nog door de zorgaanbieder gedeclareerd worden en door de zorgverzekeraar geaccepteerd. Vervolgens moet de informatie over de gedeclareerde DBC's nog verzameld worden. In mei zal het dus nog niet mogelijk zijn een definitief cijfer te presenteren, maar wel moet het mogelijk zijn een goede raming te baseren op realisatiecijfers die minimaal 90% van de uitgaven vertegenwoordigen.

Ook de definitieve cijfers, dat wil zeggen de informatie die gebruikt moet worden voor de risicoverevening en voor de bepaling van de eventuele inzet van het macrobeheersingsinstrument (MBI), moet sneller dan nu beschikbaar komen. Ik ga ervan uit dat dit op termijn uiterlijk voor december t+1 mogelijk moet zijn.

Ik wil dus op verschillende momenten over verschillende soorten informatie beschikken. Om dit te bereiken wil ik een set maatregelen inzetten. Deze maatregelen versterken elkaar en dragen gezamenlijk bij aan het bereiken van de verschillende doelstellingen. Het betreft:

1. Verkorting maximale doorlooptijd DBC's tot maximaal 120 dagen
2. Versnelling administratieve processen
3. Systematische inventarisatie onderhanden werk
4. Kort na afloop van het jaar raming van de staart¹ van geopende DBC's
5. Eerder afronden materiële controle
6. Verzamelen informatie over gesloten DBC's

¹ Hiermee worden de zorgactiviteiten bedoeld die nog volgen in jaar t+1 voor DBC's die in t zijn geopend. Met de raming van de staart ontstaat een beeld van de DBC's die niet gesloten zijn in t, maar wel ten laste komen van het schadejaar t.

1. Verkorting maximale doorlooptijd DBC's tot maximaal 120 dagen

Ik heb de NZa de opdracht gegeven de maximale duur van DBC's te verkorten tot 120 dagen. De NZa heeft de kortere maximale duur van de DBC's verwerkt in de prestatiestructuur 2015. Door de verkorting wordt vier maanden na afloop van een jaar, dat is rond 1 mei, de laatste DBC gesloten die ten laste komt van dat jaar. Dat is een versnelling met maximaal acht maanden ten opzichte van de huidige 365 dagen.

2. Versnelling van de administratieve processen

De activiteiten die nodig zijn om de DBC te declareren, te accepteren, te betalen en te controleren worden samen aangeduid als administratieve processen. De processen omvatten onder andere de regelgeving vanuit de overheid, de administratieve afwikkeling van de contractering, de administratieve verwerking door zorgaanbieders en zorgverzekeraars en de controles op de declaraties.

Versnelling van de administratieve processen is essentieel voor het realiseren van de versnelling. Daarbij is het van belang dat de overheid slechts voor een deel de inrichting van de processen bepaalt. Grotendeels moet het resultaat komen van inspanningen door de veldpartijen. Ook de veldpartijen hebben een groot belang bij een betere inrichting van de processen en zij erkennen dat. Uit gesprekken met het veld zijn diverse knelpunten naar voren gekomen. Bij het aanpakken van de problemen wil ik een faciliterende rol spelen door de veldpartijen bij elkaar te brengen en gezamenlijk in werkgroepen oplossingen uit te werken. Ik zou voor het eind van het jaar met de partijen duidelijkheid willen hebben over de mogelijke aanpak bij de verschillende onderdelen. Het gaat hierbij om:

Contractering

Inmiddels is rond half november wel bekend tussen welke zorgaanbieders en zorgverzekeraars een contract wordt gesloten. Maar op dat moment is vaak nog niet bekend welke aantallen DBC's en zorgtrajecten tegen welke prijs worden gecontracteerd. Dat moet dan nog verder worden uitonderhandeld. De beschikbaarheid van prijzen is nodig om te kunnen declareren. Als de prijzen eerder vaststaan, kan dus ook eerder worden gedeclareerd. Met de veldpartijen zal worden nagegaan wat er nodig is om tijdig prijzen beschikbaar te hebben.

Regelgeving tijdig, eenduidig en duidelijk

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben aangegeven dat ze voor een tijdige contractering en voor een tijdige verwerking van de regels en de contracten door de softwareleveranciers in de systemen tijdig en gedetailleerd duidelijkheid nodig hebben over de regels die gaan gelden in het komende jaar. Op dit moment komt het nog voor dat regels multi-interpretabel zijn en pas achteraf de juiste interpretatie blijkt. Voor de nu geldende regels is het dus belangrijk dat onduidelijkheden worden opgelost. Voor de geldende regels kan daarbij gebruik gemaakt worden van een platform waar branchepartijen interpretatieverschillen over registratie- en declaratieregels kunnen voorleggen aan de NZa. Hierover heb ik u geïnformeerd in de voortgangsrapportage Intensiveren Keten-aanpak Correct Declaratieproces (IKCD) van december 2013 (bijlage bij Kamerstuk 28 828, nr. 54). Ook in mijn brief van 22 mei over de aanpak van de jaarrekeningenproblematiek bij instellingen voor medisch specialistische zorg in 2012 en 2013 (Kamerstuk 32 620, nr. 117) heb ik gewezen op het belang van duidelijke regels, niet alleen voor de afwikkeling van de jaren 2012 en 2013 maar ook voor de jaren daarna.

Verder is het van belang dat nieuwe regels of wijzigingen in regels tijdig aan veldpartijen worden voorgelegd. Zij kunnen dan toetsen op eenduidige interpretatie en nieuwe onduidelijkheden voorkomen.

Het komt ook voor dat binnen de regels bewust vrije ruimte voor onderhandeling tussen aanbieders en verzekeraars is gelaten. Het is aan veldpartijen zelf om binnen die ruimte afspraken te maken. Gedachte hierachter is dat het volledig dichtregelen veldpartijen ook kan belemmeren. Wel blijkt dat hiermee een nieuwe bron van vertraging kan ontstaan als geen overeenstemming bereikt wordt over de interpretatie van de afspraken. Partijen hebben aangegeven dat een oplossing daarvan zou kunnen liggen in de mogelijkheid van een onpartijdige arbitrage. Ik wil met veldpartijen gaan bezien hoe zij hier invulling aan kunnen geven.

Kwaliteit van de systemen

De administratieve processen moeten het complete beeld opleveren van de diagnose en alle zorgactiviteiten voor de patiënt in het ziekenhuis gedurende de DBC-periode. In de huidige praktijk hebben de ziekenhuizen vaak enige tijd nodig om dit complete beeld uit de eigen systemen te halen. Dat kan het gevolg zijn van subsystemen die niet goed aansluiten op het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS), van het niet verwerken van de definitieve diagnose of van het ontbreken van ordermanagement, waardoor zorgactiviteiten niet systematisch gekoppeld worden aan de juiste DBC. Er bestaan grote verschillen tussen de systemen die zorgaanbieders gebruiken. Met een goed ingericht systeem is het mogelijk kort na sluiting van de DBC de juiste declaratie in te dienen. Hiermee worden uitvalprocessen, creditering en opnieuw declareren, handmatig uitzoekwerk, kortom veel arbeidsintensieve werkzaamheden en dus veel vertraging voorkomen. Verder levert het eerder declareren ook liquiditeitsvoordelen voor de zorgaanbieders op.

Het gaat er dus om de declaratie niet alleen kort na sluiting van de DBC te laten plaatsvinden, maar ook de kwaliteit van de declaratie te verbeteren. Een grote kans voor verbetering van de kwaliteit biedt de mogelijkheid om de controles zo vroeg mogelijk in het proces neer te leggen. Dat wil zeggen dat de controles die door de verzekeraar worden uitgevoerd in de systemen van de aanbieders moeten worden geïncorporeerd. Feitelijk zouden de controles in de systemen een zo hoge kwaliteit moeten hebben, dat de materiële controles en de verbandscontroles die de zorgverzekeraars nu achteraf uitvoeren tot een minimum kunnen worden beperkt.

Aan de systemen van aanbieders en verzekeraars zijn op dit moment geen eisen gesteld. Door het stellen van eisen aan de systemen van instellingen en door de systemen te laten certificeren door een onafhankelijk orgaan, kunnen forse verbeteringen en dus versnellingen worden gerealiseerd. Dit is een wens die door de veldpartijen naar voren is gebracht en die door de veldpartijen zal moeten worden gerealiseerd. Ik heb er belang bij dat dit op korte termijn gerealiseerd wordt en daarom wil ik dit met veldpartijen gaan uitwerken.

Vanuit het traject Intensiveren Ketenaanpak Correct Declaratieproces is eveneens gewezen op de wenselijkheid van certificering van het declaratieproces. Bij de uitwerking is het dan ook van belang dat wordt aangesloten bij de activiteiten die daarvoor worden uitgevoerd.

Ontbreken van bijpassende profielen

De prestatiestructuur is ervoor bedoeld dat in het overgrote deel van de zorg een passende prestatie kan worden gedeclareerd. Het gebeurt echter dat geleverde zorg niet in de prestatiestructuur past en niet als prestatie kan worden gedeclareerd. Gedeeltelijk kan dit op termijn opgelost worden in de reguliere doorontwikkeling van de prestatiestructuur. Daarnaast bestaat voor innovatieve prestaties de mogelijkheid conform de beleidsregel Innovatie een aanvraag in te dienen bij de NZa. Verder is het mogelijk voor prestaties waarvoor vrije prijzen gelden, prijzen af te spreken waarbij rekening gehouden wordt met het niet kunnen declareren van een deel van de prestaties.

Niettemin hebben zorgaanbieders mij laten weten dat ze niet altijd uit de voeten kunnen met de bestaande mogelijkheden.

Overige problemen

Er zijn diverse praktische problemen die op kleinere schaal voorkomen en nu nog leiden tot vertraging of fouten, maar die in goed overleg kunnen worden opgelost. Daarbij gaat het onder meer om onderwerpen als onbekende codes van verwijzers of de verwerking van correcties in de formele regels van de prestatiestructuur. Ook deze problemen zullen met het veld worden geïnventariseerd en aangepakt.

3. Systematische inventarisatie onderhanden werk

Binnen het BKZ bestaan de uitgaven aan medisch-specialistische zorg in een jaar uit de Zvw-schade die zorgverzekeraars in dat jaar aan medisch-specialistische zorg hebben en bedragen die rechtstreeks vanuit het Zorgverzekeringsfonds worden betaald². Het grootste deel van de schade betreft de waarde van de DBC's die in het uitvoeringsjaar geopend worden.

Ten behoeve van de *monitoring* gedurende het jaar presenteert het Zorginstituut het totaal van de door de zorgverzekeraars verstrekte opgaven van de ontvangen en geaccepteerde DBC's. Daarnaast presenteert het Zorginstituut een balanspost, waar de nog te verwachten schade in is opgenomen. Deze balanspost is het verschil tussen de door de zorgverzekeraars verstrekte jaarramingen en de ontvangen en geaccepteerde DBC's³. De balanspost is niet uitgesplitst, maar omvat in principe de volgende onderdelen:

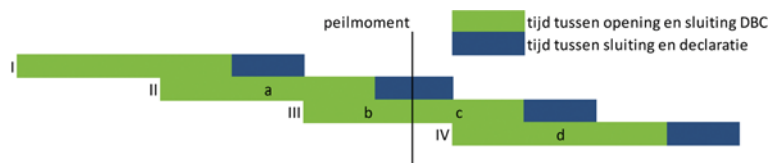
- a. de al gesloten, maar nog niet gedeclareerde DBC's,
- b. de tot het peilmoment uitgevoerde zorgactiviteiten binnen nog lopende DBC's,
- c. de vanaf het peilmoment nog uit te voeren zorgactiviteiten binnen nog lopende DBC's (de staart) en
- d. de in dat uitvoeringsjaar nog te openen DBC's.

² Voorbeelden daarvan zijn de beschikbaarheidsbijdragen en de transitiebedragen 2012 en 2013.

³ Dit wordt hieronder aangeduid met gedeclareerde DBC's. Voor de leesbaarheid wordt daarbij geabstraheerd van verschillen tussen gedeclareerde en door de zorgverzekeraar ontvangen, geaccepteerde en betaalde DBC's.

Dit is uitgewerkt in het onderstaande kader.

Fasen waarin DBC's zich bevinden op een peilmoment in het boekjaar



Er zijn vier mogelijke fasen waarin de DBC's die ten laste komen van het boekjaar zich op een peilmoment in het boekjaar kunnen bevinden. Deze zijn hierboven weergegeven.

- I De DBC is geopend in het boekjaar, gesloten voor het peilmoment en gedeclareerd voor het peilmoment
- II De DBC is geopend in het boekjaar, gesloten voor het peilmoment, maar nog niet gedeclareerd op het peilmoment
- III De DBC is geopend in het boekjaar, maar nog niet gesloten op het peilmoment
- IV De DBC is nog niet geopend op het peilmoment

De raming van de totaalschade omvat op het peilmoment de gedeclareerde DBC's van groep I, de gesloten DBC's van groep II (a), de geleverde zorgactiviteiten van groep III (b) plus de nog te leveren zorgactiviteiten van groep III (c) en de nog te openen DBC's van groep IV (d).

Als een peilmoment na afsluiting van het kalenderjaar ligt, dan zijn alleen groepen I tot en met III relevant. Er worden dan immers geen nieuwe DBC's meer geopend ten laste van het boekjaar.

De onder a en b vermelde onderdelen worden aangeduid als onderhanden werk⁴. Van onderhanden werk is in principe sprake op ieder peilmoment in het uitvoeringsjaar en na het uitvoeringsjaar tot het moment dat de laatste DBC die is geopend in het uitvoeringsjaar is gesloten en gedeclareerd.

Door het onderhanden werk systematisch te inventariseren en te kwantificeren is het mogelijk een deel van de huidige balanspost af te splitsen en als gerealiseerde zorgproductie te presenteren. De balanspost kan zo worden verminderd met het onderhanden werk en de reeds declareerde DBC's. Hierdoor ontstaat een veel beter beeld over de feitelijke uitgaven. Het onderhanden werk dient dan wel uniform en objectief te worden gewaardeerd. Voor de DBC's van onderdeel a gebeurt dat door de reguliere grouper, voor die van onderdeel b door de onderhandenwerkgrouper. De aanbieder verrijkt de DBC met de contractprijs, waarmee het onderhanden werk wordt gewaardeerd.

Momenteel zijn de systemen van nagenoeg alle ziekenhuizen aangepast om het onderhanden werk aan te leveren. Ongeveer 75% van de ziekenhuizen levert het onderhanden werk nu aan en het percentage groeit. Om goed gebruik te kunnen maken van deze informatie is het belangrijk dat alle zorgaanbieders (ziekenhuizen en ZBC's) het onderhanden werk uniform en objectief aanleveren. Daarbij is ook de kwaliteit van het onderhanden werk van belang (moment en methode van afleiding, waardering in relatie tot contractafspraken). De verwachting is dat nog

⁴ De term onderhanden werk wordt ook gebruikt voor de waardering van de nog niet gedeclareerde zorgproductie in de jaarverantwoording van de zorgaanbieders. Voor de waardering daarvan bestaan verschillende methoden.

voor het eind van dit jaar alle ziekenhuizen het onderhanden werk aanleveren. Eind 2015 moeten ook alle ZBC's het onderhanden werk aanleveren.

Ook na afloop van het uitvoeringsjaar zal de opgave van de ontvangen en geaccepteerde DBC's nog geen volledig beeld opleveren van de schade. Nog niet alle DBC's zullen gedeclareerd zijn en ook nog niet alle DBC's zullen gesloten zijn. Op dat moment zijn in de balanspost in eerste instantie alleen nog DBC's opgenomen uit de onderdelen a t/m c, omdat er dan geen nieuwe DBC's meer worden geopend die worden toegeerekend aan dat jaar. Na sluiting van de laatste DBC is alleen onderdeel a nog in de balanspost opgenomen. De systematische inventarisatie van het onderhanden werk levert ook op dit moment op macroniveau een beeld op van de omvang van de zorgactiviteiten die al wel zijn geleverd, maar nog niet gedeclareerd.

Ook de zorgverzekeraars ontvangen de voor hen relevante informatie over het onderhanden werk. Daarmee krijgen ook zij een beter beeld over de te verwachten uitgaven en kunnen zij hun jaarraming verbeteren.

Het systematisch verzamelen en waarderen van het onderhanden werk leidt zo voor de zorgverzekeraars en op macroniveau tot een betere raming van de schade medisch-specialistische zorg. Dit geldt zowel voor de monitoring gedurende het uitvoeringsjaar als voor de voorlopige uitkomsten na afloop van het uitvoeringsjaar.

4. Kort na afloop van het jaar raming van de staart van geopende DBC's

Een verdere verbetering is mogelijk als een goede inschatting gemaakt kan worden van de afloop van de lopende DBC's. Op basis van de zorgactiviteiten en diagnose die tot op dat moment geregistreerd zijn, wordt dan een raming gemaakt van de «staart» van de lopende DBC's, dat wil zeggen de zorgactiviteiten die vanaf het einde van het kalenderjaar nog volgen tot aan de sluiting van de DBC's. Zo is beter te voorzien tot welke DBC's de lopende DBC's zich zullen ontwikkelen. Het gaat om de groep DBC's die in het bovenstaande kader is aangeduid als groep III. Op basis van de zorgactiviteiten van het deel dat is aangegeven met de letter b wordt een raming gemaakt van de zorgactiviteiten die nog zullen volgen in het deel dat is aangeduid met de letter c, en zo volgt een raming van de productie in groep III.

Voor een dergelijke raming kan gebruik worden gemaakt van de specifieke eigenschappen van de zorgaanbieders. De raming moet volgens uniforme uitgangspunten worden bepaald.

De raming van de openstaande DBC's leidt samen met de gedeclareerde prestaties en met de gesloten maar nog niet gedeclareerde prestaties tot een totaalbeeld op basis waarvan iedere combinatie van zorgaanbieder en zorgverzekeraar kort na afloop van het jaar een voorlopige afrekening kan maken van de schade in dat jaar, rekening houdend met de geldende contractafspraken (zoals plafondatafspraken en aanneemsommen). Hiermee zullen zorgverzekeraars en zorgaanbieders al op dat moment een veel beter beeld krijgen van de uitkomsten in het afgelopen jaar. Door verzameling van deze gegevens ontstaat ook op macroniveau een veel beter beeld over de zorguitgaven.

Deze maatregel is een uitwerking van een denkrichting die in het platform Zorg van de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) naar voren is gebracht. Het platform geeft op dit moment de voorkeur aan het systematisch en op landelijk niveau inzichtelijk maken van de staart, zodat

eerder betere informatie beschikbaar komt voor prognoses. Hierbij wordt de informatie zo dicht mogelijk bij de bron verkregen. Het voordeel is dat deze methode zonder al te veel inspanningen te realiseren is, omdat deze werkwijze in feite ten dele al aansluit bij de huidige werkwijze. Daarvoor zal een stabiel systeem en (het opbouwen van) ervaringen met dergelijke informatie van groot belang zijn.

5. Eerder afronden materiële controle

Momenteel is een deel van de onzekerheid in de realisatiecijfers het gevolg van materiële controles die nog tot vijf jaar na afloop van het schadejaar kunnen plaatsvinden. De uitvoering van de bovengenoemde maatregelen maakt het mogelijk dat de materiële controle veel eerder binnen die termijn kan worden uitgevoerd. Wanneer deze versnelling in de praktijk goed mogelijk blijkt te zijn, zal ik onderzoeken of het mogelijk is zonder gevolgen voor de kwaliteit van de controles ook de formele termijn te verkorten.

Daarnaast is het de vraag of het van wezenlijk belang is aan welk jaar de correcties die uit de controles voortkomen worden toegerekend. Ook in de huidige situatie wordt het beeld stilgezet bij de jaarstaat t+2 en worden mutaties die daarna plaatsvinden aan latere jaren toegedeeld.

6. Verzamelen informatie over gesloten DBC's

Ik wil vroegtijdig een beeld krijgen van de ontwikkeling van de zorguitgaven en kunnen bepalen 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. 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. De waarde van DBC's die in het voorafgaande jaar zijn geopend en in het lopende jaar zijn gesloten wordt wel meegenomen.

De op deze manier bepaalde waarde wijkt af van het schadebegrip zoals dat door de zorgverzekeraars wordt gehanteerd. Op zich is dat niet erg, omdat het zo verkregen beeld niet voor de feitelijke afrekening wordt gebruikt, maar uitsluitend om in een vroeg stadium te kunnen bepalen of er sprake is van een incidentele of structurele oorzaak van een eventuele afwijking.

Om de administratieve lasten voor de verzekeraar tot een minimum te beperken zou onderzocht moeten worden of en zo ja hoe Vektis (Zorgprisma) een rol kan spelen.

Hiervoor moet nog wel worden onderzocht hoe uit de waargenomen ontwikkeling van de waarde van de gesloten DBC's conclusies kunnen worden getrokken over incidentele of structurele ontwikkelingen in de zorguitgaven.

Effect van de maatregelen

Ik verwacht met de maatregelen in samenhang op termijn de hierboven vermelde doelen te bereiken. Mijn verwachting wordt bevestigd door een quick scan die ik heb laten uitvoeren door een extern bureau. Dat bureau beoordeelt de maatregelen als technisch realiseerbaar en op zichzelf robuust. Niettemin vraagt het volledige implementatietraject veel van alle partijen.

In de toekomst verwacht ik jaarlijks begin maart op basis van de gesloten DBC's een goed beeld te hebben van de structurele ontwikkeling in de zorguitgaven. In mei kan ik naar verwachting beschikken over een goed beeld van de uitkomst van het afgelopen jaar. Tegen het einde van het jaar wil ik dan het definitieve beeld opmaken. De verkorting van de maximale

duur van de DBC's is vanaf 2015 van toepassing. In dat jaar kunnen ook de andere maatregelen worden ingevoerd. Ik verwacht vanaf 2016 met de informatie over 2015 al een grote stap richting het bovenvermelde schema te kunnen zetten.

Administratieve lasten

Met de invoering van de maatregelen verschuift de administratieve belasting voor de partijen naar voren. In plaats van controle achteraf, correcties, veel uitzoekwerk zal immers geïnvesteerd moeten worden in de systemen, het inbouwen van controles in het proces en zo het vermijden van fouten die veel financiële en administratieve lasten opleveren. Ook het regelen van een systematische raming van de jaarschade kan leiden tot meer zekerheid in de jaarverantwoording en minder discussie. Het is dan ook mijn overtuiging dat deze maatregelen per saldo leiden tot vermindering van de lasten.

Versnelling in de curatieve GGZ

De bovenstaande maatregelen zijn toepasbaar op de medisch-specialistische zorg. Hoewel in de curatieve GGZ ook prestatiebekostiging is ingevoerd met een prestatiestructuur van DBC's die maximaal 365 dagen duren, kan toch niet geconcludeerd worden dat dezelfde oplossingen ook op de curatieve GGZ toepasbaar zijn.

De prestatiestructuur die momenteel wordt gebruikt in de curatieve GGZ is niet inhoudelijk vormgegeven, geeft geen beeld van een zorgpad, maar is voornamelijk gebaseerd op de duur van de behandeling. Omdat de voorspelbaarheid van de behandeling in de GGZ vaak beperkter is dan in de medisch-specialistische zorg en door het hanteren van tijdsklassen, is de uitkomst van de DBC moeilijk te ramen. Verder is de gemiddelde duur van de zorgtrajecten in de GGZ beduidend langer dan in de medisch-specialistische zorg. Daarnaast speelt dat de DBC's wel de formele declaratietitel zijn, maar dat in de praktijk in de contractering een afrekening op andere grootheden wordt afgesproken. Het is de wens van de sector om te komen tot een duurzaam stelsel. Daarvoor worden ook wijzigingen van de prestatiestructuur voorbereid, waarbij mogelijke verkorting van de maximale duur van DBC's wordt betrokken. Ook wordt gewerkt aan het systematisch meten van de zorgzwaarte en van de uitkomsten van de zorg.

Met de invoering van de basis-GGZ, de overheveling van onderdelen van de GGZ uit de AWBZ naar de Zvw en de overheveling van de jeugd-GGZ naar de gemeenten is de sector volop in beweging. De versnelling moet gericht zijn op de vorm die de GGZ nu krijgt. Andersom moet ook bij de vormgeving aandacht zijn voor de versnelling van de informatie over de uitgaven in de GGZ.

Ik ben in gesprek met de GGZ-sector om ook hier op korte termijn versnelling te bereiken. In deze rapportage kan ik daar nog geen concrete resultaten over melden.

Overige maatregelen

In mijn eerdere tussenrapportages heb ik aangekondigd dat ik aan de slag ga met het verzamelen van contractinformatie, dat ik gebruik ga maken van het datawarehouse Zorgprisma van Vektis en dat ik de NZa opdracht heb gegeven instellingen te verplichten om per 2015 de ICD-10-diagnose vast te leggen bij zorgprestaties. Hieronder geef ik de tussenresultaten voor deze maatregelen.

Contractinformatie

In januari heb ik van de NZa het resultaat ontvangen van de uitvraag verwachte schadelast 2013–2014 voor de medisch-specialistische zorg en de curatieve GGZ. De NZa heeft de informatie bij Zorgverzekeraars Nederland opgevraagd naar aanleiding van mijn opdracht om een uitvraag te doen naar de schadelastramingen bij zorgverzekeraars op basis van de zorgcontractering. Voor de GGZ wordt dergelijke contracteringsinformatie overigens al vanaf 2012 opgevraagd.

Op de peildatum (december 2013) was voor 2014 van de geraamde totaalschade in de medisch-specialistische zorg 87% gecontracteerd. Voor het grootste deel van het restant was sprake van nog lopende onderhandelingen. Daarnaast waren er nog reserveringen voor bijvoorbeeld restitutie. Opvallend is dat het overgrote deel van de gecontracteerde zorg plafondafspraken en aanneemsommen betreft. Bij de curatieve GGZ kon wel een totaalbeeld worden geleverd, maar geen onderverdeling van dat totaal naar gecontracteerd (en contractvorm), nog lopende onderhandelingen en reserveringen. Dat was het gevolg van het niet aanleveren in deze vorm door twee zorgverzekeraars, omdat bij hen de contractering op de peildatum nog onvoldoende rond was. Uit de opgave van de andere verzekeraars blijkt dat bij hen 75% van de geraamde totaalschade gecontracteerd was. Ook hier is het aandeel plafondafspraken en aanneemsommen hoog.

Het is nog te vroeg om aan de optelsom van de contracteringsbedragen conclusies te verbinden. Daarvoor wil ik allereerst meer ervaring opdoen met de cijfers om zeker te stellen dat de jaarramingen van de zorgverzekeraars ook een goede raming van het macrobedrag opleveren. Verder kunnen ook de gemaakte afspraken gedurende het jaar nog worden bijgesteld.

Ik heb de NZa opdracht gegeven de uitvraag van contractinformatie voor 2014 en 2015 voor de curatieve zorg en voor de curatieve GGZ twee keer per jaar te verzamelen, niet alleen aan het begin van het jaar, maar ook halverwege. Ik verwacht dan ook in het derde kwartaal te beschikken over een geactualiseerd overzicht.

Zorgprisma

De afgelopen periode kon gebruik gemaakt worden van de aansluiting op het datawarehouse Zorgprisma, dat is ingericht op basis van de door zorgverzekeraars betaalde declaraties. Zorgprisma ontsluit 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. Naast de informatie die al eerder beschikbaar was over een aantal kostendragers bij de curatieve GGZ en bij de huisartsen, is nu ook informatie over de medisch-specialistische zorg beschikbaar. Met Zorgprisma is het mogelijk om een eerste duiding te krijgen van waargenomen ontwikkelingen in de gedeclareerde zorg. Om een goede verklaring te kunnen geven is het nodig dat een groot deel van de declaraties is verwerkt. Voor een actuele duiding van de ontwikkelingen is dus ook een versnelling van de informatievoorziening over de zorguitgaven van belang.

Op dit moment is de meest actuele informatie (tot 2013) beschikbaar voor de huisartsen en voor de eerstelijns GGZ⁵. In deze sectoren sluit de ontwikkeling in de Vektiscijfers aan bij het beleid en de verwachting,

⁵ Vanaf 2014 is de GGZ ingedeeld in basis-GGZ en specialistische GGZ en niet meer in eerste- en tweedelijns GGZ.

namelijk een verschuiving van consulten naar ketenzorg bij de huisartsen en bij de eerstelijns GGZ een afname over de hele linie van het aantal consulten dat ten laste van de Zvw komt na verlaging van het aantal vergoede consulten in de Zvw van acht naar vijf in 2012.

Voor de medisch-specialistische zorg is nu informatie over volume en kosten beschikbaar naar verschillende indelingen voor de jaren 2012, 2013 en 2014. Er is informatie over de gedeclareerde zorg, de afgesloten maar nog niet gedeclareerde zorg en het onderhanden werk. De informatie gaat tot op het niveau van zorgprestaties. Deze informatie is voor 2013 en 2014 nog verre van volledig. Voor de tweedelijns curatieve GGZ is informatie beschikbaar voor DBC's die geopend zijn vóór 2012, waarbij onderscheid gemaakt kan worden naar type aandoening, leeftijd, type aanbieder, wel of geen verblijf, aantallen gebruikers en aantallen DBC's.

Met de ervaringen die nu worden opgedaan bij het gebruik van Zorgprisma zal met Vektis worden doorgewerkt aan het verbeteren van de toegang tot Zorgprisma voor gebruik door VWS. Daarnaast is het van groot belang voor de beschikbaarheid van actuele verklaringen dat het moment van declareren dichterbij de zorgactiviteiten komt te liggen.

In dit kader wil ik nog opmerken dat ik ook het Zorginstituut heb gevraagd een verkenning op hoofdlijnen te doen naar de mogelijkheden van het instituut om informatie te ontsluiten die meer inzicht geeft in de ontwikkeling van de zorguitgaven. Hierover zal ik begin 2015 in mijn volgende rapportage berichten.

*ICD-10*⁶

In de vorige tussenrapportage heb ik aangegeven dat de NZa voorbereidingen treft die gericht zijn op ICD-10-diagnoseregistratie in ziekenhuizen, naast de nu gebruikte DBC-diagnose. De NZa is voornemens binnenkort regels op te stellen die instellingen verplicht per 2015 voor de gedeclareerde zorgprestaties de diagnose volgens ICD-10 te registreren. Hiermee wil de NZa onder andere bereiken dat:

- elk ziekenhuis in ICD-10 registreert
- vastlegging aan de bron (door de medisch specialist) gestimuleerd wordt
- ICD-10 breder wordt toegepast

De NZa onderzoekt parallel de mogelijkheden of op termijn de DBC-diagnose vervangen kan worden door de ICD-10-diagnose.

Verbetering informatievoorziening zorguitgaven in de langdurige zorg

De zorguitgaven in de langdurige zorg worden momenteel goed gevolgd, zowel de uitgaven aan naturazorg als de uitgaven aan persoonsgebonden budgetten (pgb's). Bij de naturazorg zijn het de zorginkopende partijen, de zorgkantoren, die per kwartaal aan het Zorginstituut Nederland gegevens leveren over de gedeclareerde zorg. De praktijk leert dat de uitgaven zeer nauw aansluiten bij de hiervoor vastgestelde regionale inkoopkaders, de contracteeruimte. De NZa ontvangt de gegevens over de voorlopige nacalculatie in maart t+1. Deze geven een zeer goed beeld van de feitelijke uitgaven.

Voor de pgb's geldt een subsidieplafond. De zorgkantoren leveren maandelijks gegevens over het aantal budgethouders en het verplichtingenniveau aan het Zorginstituut.

⁶ de tiende revisie van de International Classification of Diseases.

Per 1 januari 2015 zal de systematiek en de bijbehorende informatievoorziening veranderen. Zorguitgaven die thans ten laste komen van de AWBZ komen na de hervorming van de langdurige zorg terecht in de Wet Langdurige Zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zvw, en het jeugddomein.

De totale uitgaven in het kader van de Wlz zullen zowel de Wlz-uitvoerders als de NZa goed volgen. Het gaat hierbij om zowel naturazorg, pgb's als Volledig Pakket

Thuis (VPT). In de Memorie van Toelichting van de Wlz is aangegeven dat vanaf 2015 de uitgaven aan zorg in natura en pgb's onder één financieel kader worden gebracht. Dit bevordert de kostenbeheersing van de totale uitgaven aan langdurige zorg en vergroot tegelijkertijd de flexibiliteit tussen uitgaven van zorg in natura (ZIN) en pgb's. De Wlz-uitvoerders zullen net als nu onder de AWBZ ieder kwartaal gegevens aanleveren aan het Zorginstituut. Op basis daarvan kan een actueel beeld worden verkregen van de Wlz-uitgaven.

De Wmo-uitgaven worden gevolgd door aanleveringen door gemeenten aan het CBS. Ook zullen gegevens over individuele Wmo-voorzieningen waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd verzameld worden door het CAK. Daarnaast zal de Sociale Verzekeringsbank (SVB) een actueel beeld geven van de pgb-uitgaven. Bij de SVB worden gegevens verzameld zowel over het pgb-Wlz als de pgb-Wmo.

De uitgaven aan verzorging en verpleging die ten laste van de Zvw gaan vallen worden onderdeel van de gebruikelijke informatiestroom van de verzekeraars naar het Zorginstituut.

De afgelopen jaren is gewerkt aan de toegankelijkheid van de beschikbare informatie over gebruik en uitgaven. Kerngegevens over aantallen cliënten met indicatie, gebruik van naturazorg, pgb's, kosten en eigen bijdragen plaatst het CBS op de website van de Monitor Langdurige Zorg (www.monitorlangdurigezorg.nl). De monitor Langdurige Zorg maakt ontwikkelingen zichtbaar, maar heeft niet het doel deze te verklaren. Daarvoor zijn andere trajecten gestart. De marktscans van de NZa geven wel duiding aan de cijfers en bevatten een analyse van vraag en aanbod van langdurige zorg. Meer specifiek ten aanzien van de verklaring van de opvallende groei van de vraag naar zorg aan verstandelijk gehandicapten werkt het SCP aan een rapport. Dit rapport zal in het najaar verschijnen.

Komende periode

Mijn voorstellen voor de versnelling in de medisch-specialistische zorg vergen inspanningen van zorginstellingen en zorgverzekeraars in hun werkwijze, maar kunnen ook veel voor hen opleveren. Ik wil graag in goed overleg met deze partijen en met betrokkenheid van de NZa en het Zorginstituut werken aan structurele verbeteringen en oplossingen. Daartoe wil ik een aantal werkgroepen instellen waarin de betrokkenen met elkaar aan de slag gaan om daadwerkelijk oplossingen uit te werken. De resultaten van deze werkgroepen verwacht ik voor het einde van het jaar, zodat de implementatie in 2015 kan plaatsvinden.

Ik ben met de veldpartijen in gesprek over versnelling van de informatievoorziening over de uitgaven curatieve GGZ. Dit moet ook voor deze sector uiterlijk aan het einde van dit jaar leiden tot een set maatregelen. Conform de opdracht aan de stuurgroep zal in de tweede helft van dit jaar de eerstelijnszorg nader onderzocht worden. Verder kan, nu er duidelijkheid is over de vormgeving van de in deze brief gepresenteerde set maatregelen, met de zorgverzekeraars de eerder aangekondigde maatregel verbetering jaarraming zorgverzekeraars uitgewerkt worden.

Ik verwacht u een volgende rapportage te kunnen sturen aan het begin van 2015.

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