

# Quick scan doelen verbetering informatievoorziening zorguitgaven

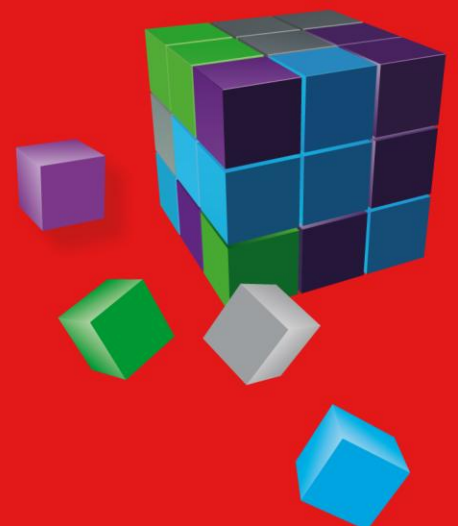
## CASEMIX

Oudlaan 4  
3515 GA Utrecht

Postbus 9696  
3506 GR Utrecht

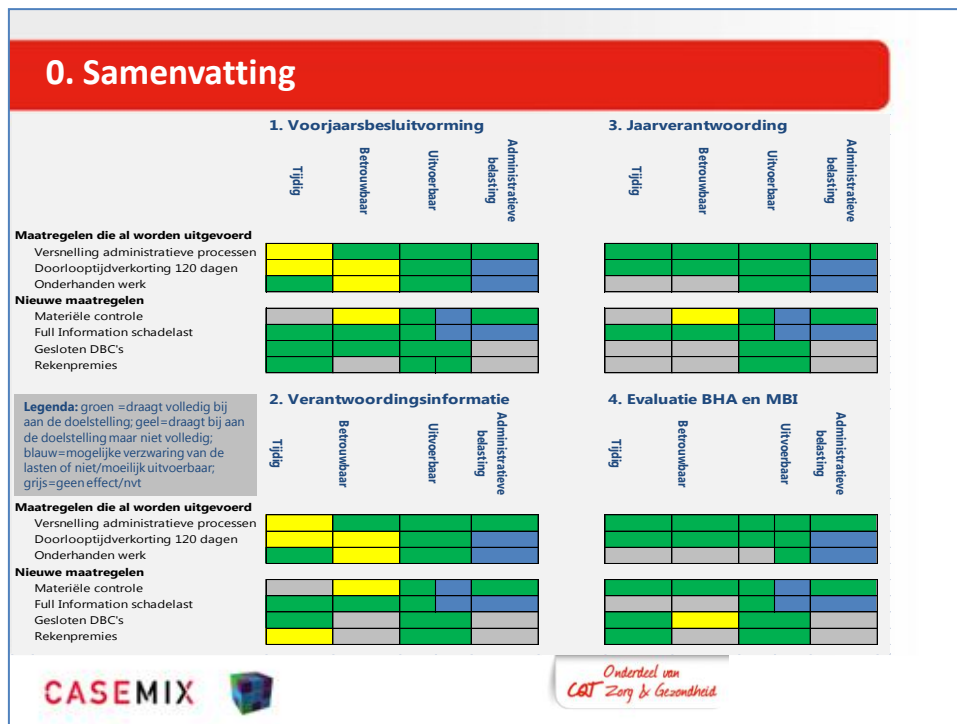
030 273 96 90

[informatie@casemix.nl](mailto:informatie@casemix.nl)  
[www.casemix.nl](http://www.casemix.nl)



## Inhoudsopgave

1. Vraagstelling.....	6
2. Analyse kader .....	7
3. Versnelling administratieve processen.....	9
4. Maatregel: doorlooptijdverkorting 120 dagen .....	11
5. Eenmalige impact op schadelast 120 dagen verkorting .....	13
6. Onderhanden werk .....	14
7. Eerder afronden materiële controle .....	16
8. Full information raming schadelas.....	18
9. Gesloten DBC's .....	20
10. Definitie op basis van premies .....	22
11. Overige opmerkingen.....	24
Bijlage Notitie voorstel voor BKZ-discussie .....	25



**De uitgevoerde en voorgestelde maatregelen dragen bij aan een of meer van de doelstellingen. Geen maatregel dient alle doelen. In samenhang worden de doelen grotendeels bereikt. Versnelling van administratieve processen en doorlooptijdverkorting 120 dagen dragen veel bij.**

Informatievoorziening over de zorguitgaven dient vier doelen in het bijzonder:

1. Voorjaarsbesluitvorming
2. Verantwoordingsinformatie
3. Jaarverantwoording
4. Evaluatie BHA en MBI

Ieder van deze doelen stelt weer zijn eigen eisen aan de benodigde informatie.

Het project 'Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven' richt zich op beter en sneller inzicht in de zorguitgaven op basis van de realisatiecijfers. De Stuurgroep heeft daartoe een aantal maatregelen voorgesteld (deels uitgevoerd en deels nieuw). Aan Casemix is gevraagd deze maatregelen in een quick scan te bezien op:

- Bijdrage aan de doelen (tijdig en betrouwbaar)
- Technische uitvoerbaarheid
- Administratieve belasting

Deze quick scan heeft betrekking op de effecten van de maatregelen voor de curatieve gezondheidszorg.

### Algemene conclusie

De genoemde maatregelen dragen alle bij aan de gestelde doelen. Geen enkele maatregel dient alle doelen in één keer. In samenhang worden gestelde doelen wel bereikt en versterken de maatregelen elkaar. De som is meer dan de delen apart.

De maatregelen zijn technisch realiseerbaar en op zichzelf robuust. Het volledige implementatietraject vraagt veel van alle partijen. De benodigde versnelling van de administratieve processen (<1 maand) en de materiële controle (< 6 maanden) is fors en zal met veldpartijen op haalbaarheid en doorlooptijd moeten worden getoetst.

Informatie ten behoeve van de gestelde doelen is alleen maar bruikbaar wanneer deze landelijk, volledig, juist en tijdig beschikbaar is. Dat vergt in een aantal gevallen een extra inspanning. Wanneer voor een maatregel de landelijke uniforme dataverzameling verplichtend wordt opgelegd (terwijl dit eerst niet zo was) wordt dit in deze analyse gezien als een extra administratieve last. Bij enkele maatregelen is

dit het geval (ondanks dat veldpartijen de informatie zelf ook al verzamelen zoals bijvoorbeeld bij het bepalen van de full information schadelast en de OHW-bepaling).

In de quick scan hierna vindt een analyse per maatregel plaats. In deze samenvatting worden de resultaten per doel gepresenteerd.

### **Ad 1: Voorjaarsbesluitvorming**

Voor de voorjaarsbesluitvorming wordt uitgegaan van beschikbaarheid van informatie vanaf 1 maart van het jaar t+1. Deze informatie is aanvullend op de kwantitatieve verantwoordingsinformatie en is vooral bedoeld om trends in de zorguitgaven te duiden.

Veel van de uitgevoerde en nieuwe maatregelen dragen bij aan deze doelstelling. Gebruik maken van de afgesloten DBC's in het jaar t (en voorgaande jaren) is uitermate geschikt voor de trendanalyse omdat dan steeds een volledig jaar vergeleken kan worden met voorgaande jaren. Hiermee kunnen trends in de setting van de zorg, diagnoses of zorgproducten goed en volledig worden geanalyseerd.

Een goede full information schadelast kan juist ten aanzien van de geopende trajecten veel informatie bieden over de onderliggende trend van de zorguitgaven

### **Ad 2: Verantwoordingsinformatie**

Voor de verantwoordingsinformatie aan de Tweede Kamer en de Rekenkamer dient per 1 maart van het jaar volgend op het rapportagejaar (t+1) betrouwbare informatie beschikbaar te zijn over de realisatie van de zorguitgaven van het jaar t. In deze informatie mogen ramingelementen zitten, mits deze raming accuraat is.

De grootste uitdaging bij dit doel is het vroege moment in de tijd dat de informatie beschikbaar moet zijn (1 maart t+1) terwijl deze voor het doel toch accuraat moet zijn. De meeste van de genoemde maatregelen dragen niet of maar beperkt bij aan dit doel omdat ze de informatie niet op tijd (of niet accuraat genoeg) versnellen. De maatregel die aan dit doel het meeste bijdraagt is de 'full information van

de schadelast'. Bij deze maatregel waarbij de schadelast van de openstaande trajecten aan het einde van het jaar via een intelligent (en accuraat) algoritme wordt geraamd, levert voor dit doel het meeste op. Zeker omdat het hiermee mogelijk is de over- of onderschrijdingen van de contractafspraken te bepalen die voor de definitieve vaststelling van de totale uitgaven essentieel zijn. Ook in de GGZ is deze maatregel mogelijk, maar de betrouwbaarheid is nog onvoldoende in de praktijk getoetst.

Gebruik van gesloten DBC's om te komen tot een nieuw BKZ-begrip (niet in bovenstaand schema opgenomen) kan. Tijdigheid en betrouwbaarheid van de definitie neemt zeker toe. De duiding wordt echter wel lastiger omdat in de definitie meer contractjaren (t en t-1) door elkaar heenlopen. De waarde neemt ook af omdat je voor de BKZ definitie verder in het verleden kijkt, dit geldt met name voor de GGZ zo lang de maximumduur van de trajecten nog 365 dagen blijft.

### **Ad 3: Jaarverantwoording**

Het betreft hier informatie voor veldpartijen in het kader van de jaarverantwoording. De tijdigheid (uiterlijk 31 mei van het jaar t+1) en de betrouwbaarheid (er mogen ramingen in de cijfers zitten) worden bepaald door de kaders en toegestane onzekerheidsmarges van de accountant/toezichthouder.

Versnelling van de administratieve processen en doorlooptijdverkorting 120 dagen dragen veel bij aan deze doelstelling. Deze maatregelen zorgen ervoor dat er op 31 mei nagenoeg geen ramingelementen meer in de jaarverantwoording hoeven te zitten voor de medisch specialistische zorg. Dit is wel afhankelijk van de planning van de zorgaanbieders van het moment van opleveren van de jaarverantwoording. Alle andere maatregelen dragen voor de medisch specialistische zorg nauwelijks bij aan deze doelstelling omdat ze te laat zijn (materiële controles) of omdat ze geen nieuwe informatie leveren omdat de cijfers al volledig zijn.

### **Ad 4: Evaluatie BHA en MBI**

De tijdigheid van het doel "evaluatie en inzet MBI" is gebaseerd op de aanwijzing van de

minister aan de NZa (MC-U-3096073) en dient uiterlijk 1 december van het jaar t+1 bekend te zijn. In deze informatie mogen nagenoeg geen ramingelementen of onzekerheden meer zitten omdat MBI maatregelen dan mogelijk juridisch aanvechtbaar zijn.

Versnelling van de administratieve processen en doorlooptijdverkorting 120 dagen zorgen ervoor dat er per 1 december geen ramingelementen meer zitten in de realisatiecijfers. Ook over- of onderschrijdingen van de contractafspraken zijn op dit moment bekend met de nieuwe maatregelen.

De enige onzekerheid die er nog in de MBI maatregel kan zitten, is dat zorgverzekeraars na 1 december t+1 via materiële controles met terugwerkend kracht aanpassingen doen in de schadelast. Een belangrijke maatregel voor het MBI is dan ook een extreme (van vijf jaar naar zes maanden) verkorting van de tijd dat materiële controles mogen plaatsvinden en in de administratie verwerkt worden.

#### **Overige opmerkingen**

Alle genoemde maatregelen zijn in zichzelf technisch uitvoerbaar. Sommige leiden wel tot een extra administratieve last in de formele zin, omdat er extra verplichtingen worden opgelegd. In de praktijk is de extra belasting minder groot omdat zorgaanbieders veel maatregelen al uitvoeren voor de eigen bedrijfsvoering.

Versnelling/verbetering van de administratieve processen en (wat meer discutabel) verkorting van de tijd dat de materiële controles mogen plaatsvinden, leiden mogelijk zelfs tot een verlaging van de administratieve last. De directere terugkoppeling helpt snellere optimalisatie van processen.

Een belangrijk aandachtspunt bij de versnelling van administratieve processen is de vraag hoe deze versnelling daadwerkelijk geëffectueerd wordt aangezien deze niet formeel afgedwongen kan worden. De versnelling van deze processen is van essentieel belang omdat deze randvoorwaardelijk is voor (ten grondslag ligt aan) de realisatie en het effect van de overige maatregelen. Bijvoorbeeld een verkorting van de termijn waarbinnen materiële controles uitgevoerd mogen worden is alleen mogelijk als de administratieve processen die daarmee verband houden ook sneller worden afgerond.

Voor alle maatregelen geldt dat ze pas tot zinvolle informatie leiden wanneer ze volledig, juist en tijdig neerslaan in een landelijke database (vooralsnog Zorgprisma of de DIS). Dat betekent dat ook nieuwe maatregelen (en nieuwe informatie) zoals de 'full information van de schadelast' alleen maar zinvol zijn wanneer de output van alle ziekenhuizen via de lijn van Zorgprisma/DIS loopt (anders moet een aparte data-uitvraag afgedwongen worden).

## 1. Vraagstelling

### Doelen

#### Goede, juiste en tijdige informatie voor:

- Voorjaarsbesluitvorming
- Verantwoordingsinformatie
- Jaarverantwoording veldpartijen
- Beleid en inzet MBI

### Maatregelen

#### Reeds uitgevoerd of nog uit te werken:

- Versnelling administratieve proces
- Verkorting 120 dagen
- Inventarisatie OHW

#### Nieuwe maatregelen

- Materiële controles
- Full Information
- Gesloten DBC's
- Premies

### Quick scan

- Bereik je met de uitgevoerde/voorgenomen maatregelen de gestelde doelen?
- Zijn de maatregelen technisch uitvoerbaar?
- Leiden de maatregelen tot extra administratieve lasten?

CASEMIX 

Onderdeel van  
CGT Zorg & Gezondheid

2

## Dragen de voorgenomen maatregelen bij aan verbetering van de informatievoorziening zorguitgaven?

### 1.1 Verbetering informatievoorziening zorguitgaven

Het project 'Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven' richt zich op beter en sneller inzicht in de zorguitgaven op basis van de realisatiecijfers. Het project streeft de volgende doelen na:

- **Informatie voor de Voorjaarsbesluitvorming:** hoe ziet de actuele zorguitgavenontwikkeling eruit? Wat is de onderliggende trend?. Is er sprake van een trendverschuiving of -breuk?
- **Verantwoordingsinformatie** voor de Tweede Kamer en de Rekenkamer: hoe verhoudt het beeld over de zorguitgaven zich tot de beschikbare middelen in het BKZ, wat is daaruit af te leiden voor het lopende en voor volgende jaren en is het aan de orde om op basis van dat beeld maatregelen te treffen?
- Informatie die zorgverzekeraars en zorginstellingen nodig hebben om hun **jaarverantwoording** op te stellen.

- **Informatie** die we kunnen gebruiken om de afspraken in het **bestuurlijk hoofdlijnenakkoord** tussen VWS, zorgverzekeraars en zorginstellingen te evalueren en om een besluit te nemen over de **inzet van het MBI**.

In de notitie 'Voorstel voor BKZ-discussie (Versnelling Informatievoorziening)' van 14 april 2014 van de Stuurgroep Verbetering Informatievoorziening (bijlage 1) zijn de resultaten van eerdere conclusies bijeengebracht in een aantal voorgestelde maatregelen.

### 1.2 Vraagstelling

In deze quick scan worden de voorgestelde maatregelen op hoofdlijnen getoetst op de volgende punten:

1. *Bereik je met de voorgenomen maatregelen de gestelde doelen?*
2. *Zijn de maatregelen technisch uitvoerbaar?*
3. *Leiden de maatregelen tot extra administratieve lasten?*

## 2. Analysekader quick scan

Doel	Informatievraag	Bijdrage aan doelstelling Tijdig Betrouwbaar	Technisch uitvoerbaar	Administratieve belasting	
Voorjaarsbesluitvorming	Onderliggende trend over afgelopen begrotingsjaar	Ad hoc vanaf 1 maart	Trendbreuk (statistisch) significant	•Bewezen uitvoering •Vertaling naar landelijke cijfers	Bovenop bestaande belasting
Verantwoordingsinformatie	Uitgaven BKZ over afgelopen begrotingsjaar	Voor 1 maart	Raming met beperkte onzekerheid	•Bewezen uitvoering •Vertaling naar landelijke cijfers	Bovenop bestaande belasting
Jaarverantwoording veldpartijen	Opbrengst en schadelast voor jaarrekening	Voor 31 mei	Voldoet aan beoordelingskader accountant	•Bewezen uitvoering •Vertaling naar landelijke cijfers	Bovenop bestaande belasting
Beleid en inzet MBI	Uitgaven BKZ over afgelopen begrotingsjaar	Voor 1 december	Definitieve cijfers	•Bewezen uitvoering •Vertaling naar landelijke cijfers	Bovenop bestaande belasting

CASEMIX 

Onderdeel van  
CGT Zorg & Gezondheid

3

### Verschillende doelen kennen ieder eigen informatievraag

#### 2.1 Analysekader

Deze paragraaf zet uiteen met behulp van welk analysekader de vraagstelling wordt beantwoord.

*Bereik je met de voorgestelde maatregelen de voorgenomen doelen?*

In paragraaf 1 zijn vier doelen benoemd. Deze worden alle apart gezien per maatregel op vier punten:

1. Bijdrage aan de doelstelling:
  - a. Tijdigheid
  - b. Betrouwbaarheid
2. Technische uitvoerbaarheid
3. Administratieve belasting

In de paragrafen 2.3 – 2.5 worden deze punten geoperationaliseerd. Eerst wordt bepaald aan welke informatie behoefte is.

#### 2.2 Informatievraag

Welke informatie moet beschikbaar zijn?

Bij de doelen:

- Verantwoordingsinformatie
- Jaarverantwoording veldpartijen
- Beleid en inzet MBI

ligt de nadruk op het hebben van kwantitatieve informatie (totale uitgaven).

De verantwoordingsinformatie betreft vooral informatie op basis waarvan de Rekenkamer en de Tweede Kamer zich een kwantitatief oordeel kunnen vellen of de zorguitgaven binnen de gestelde kaders blijven.

Bij het doel:

- Voorjaarsbesluitvorming ligt de nadruk naast kwantitatieve informatie ook op kwalitatieve informatie: hoe ontwikkelen de uitgaven zich en wat zijn hierbij structurele ontwikkelingen?.

#### 2.3 Bijdrage aan de doelstelling

Deze doelen hebben voor een belangrijk deel betrekking op dezelfde informatie maar kennen verschillende tijdspaden en stellen ook verschillende eisen aan de betrouwbaarheid.

#### Tijdigheid

In figuur 1 zijn de uiterste tijdstippen opgenomen waarop de informatie per onderscheiden doel beschikbaar moet zijn. Beoordeling van de maatregelen richt zich op de bijdrage aan de haalbaarheid van deze momenten.

Tijd	jaar t			jaar t+1			jaar t+2			jaar t+5
	jan	sep	dec	jan	sep	dec	jan	sep	dec	
Doel										

**Figuur 1: informatienoodzaak voor de benoemde doelen in de tijd**

De algemene doelstelling “versnelling informatievoorziening” wordt in de vraagstellingtelling opgedeeld in:

1. Informatie voor voorjaarsbesluitvorming. Uitgangspunt is de wens om structurele trends over het voorgaande jaar te kunnen analyseren en duiden. Deze informatie is ook inhoudelijk van aard (diagnose, setting, zorgproduct en is op **ad hoc basis beschikbaar vanaf 1 maart van het jaar t+1**.
2. Verantwoordingsinformatie voor de 2e Kamer en de Rekenkamer. Deze moet **per 1 maart van het jaar t+1** beschikbaar zijn om goed te passen in de beleidscyclus.
3. Informatie voor jaarverantwoording zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze informatie volgt de jaarverantwoordingcyclus en dient **ten minste 31 mei van het jaar t+1 beschikbaar te zijn**. Uiteraard is er in het proces van de jaarverantwoording ook verwerkingstijd nodig zodat de feitelijke gegevens eerder beschikbaar dienen te zijn.
4. Evaluatie van de afspraken uit het BHA en eventuele inzet van de MBI. De tijdigheid van het doel “evaluatie en inzet MBI” is gebaseerd op de aanwijzing van de minister aan de NZa (MC-U-3096073) zoals gepubliceerd in de Staatscourant. Daarbij staat in artikel 5 lid 4 dat **uiterlijk 1 december van het jaar** volgend op het kalenderjaar (**jaar t+1**) de minister een aanwijzing aan de NZa kan geven (bijlage 1: MC-U-3096073).

### Betrouwbaarheid

In algemene zin moet de informatie voor alle genoemde doelen betrouwbaar zijn. Per doel is bepaald in hoeverre er sprake mag zijn van ramingelementen en of de informatie definitief moet zijn.

Wij hanteren de volgende kwalitatieve betrouwbaarheidsintervallen, vastgelegd in tabel 2.1.

Betrouwbaarheid	Invulling
<b>Zeer hoog</b>	De getoonde informatie is definitief. In de gegevens zijn geen ramingelementen meer opgenomen. Beleid gebaseerd op basis van deze informatie is juridisch niet aanvechtbaar op grond van de gebruikte gegevens.
<b>MBI</b>	
<b>Hoog</b>	In de gegevens zijn in beperkte mate ramingen opgenomen maar wel dusdanig dat ze voldoende betrouwbaar zijn voor de Tweede Kamer (begrotingsbespreking t+2) en voor de accountant (Jaarverantwoording (t))
<b>Verantwoordingsinformatie</b> <b>Jaarverantwoording veldpartijen</b>	
<b>Medium</b>	Het aandeel van de ramingen in de gegevens mag groter zijn dan bij de voorgaande doelen. Het gaat hierbij om de ontwikkeling van de cijfers en niet per se om de absolute waarde daarvan.
<b>Voorjaars- besluitvorming</b> <b>BHA</b>	

**Tabel 2.1: analysekader betrouwbaarheid informatie**

### 2.4 Technische uitvoerbaarheid

De technische uitvoerbaarheid wordt beoordeeld op twee onderdelen:

1. Kan de informatie worden geleverd en is er al een bestaande uitvoeringspraktijk?
2. Kan de informatie vervolgens ook op landelijk niveau worden geleverd (omdat de tijdigheid en betrouwbaarheid hiervoor al zijn getoetst gaat het hier vooral om de volledigheid)?

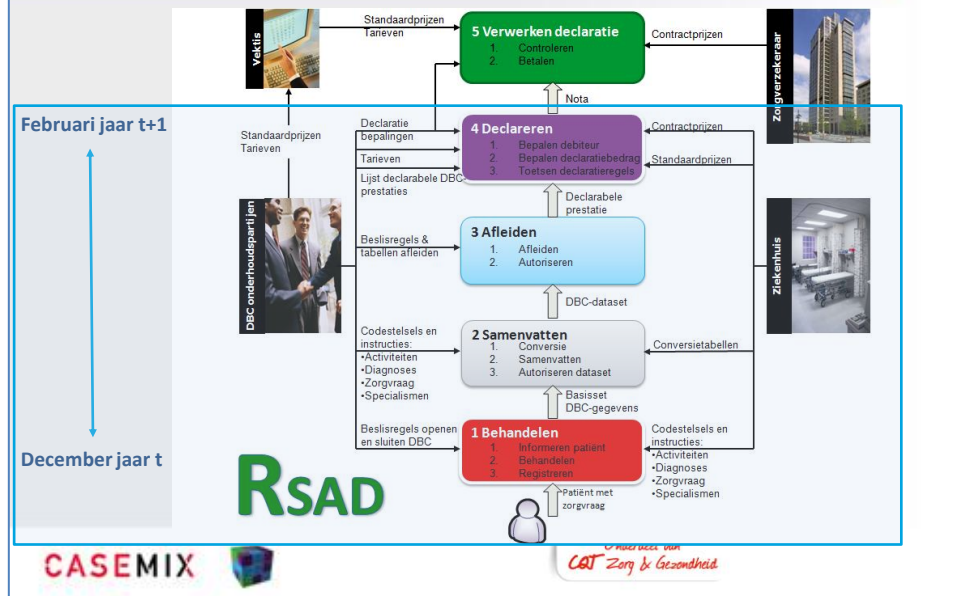
### 2.5 Administratieve belasting

Leidt het leveren van de informatie lokaal of landelijk tot een ‘substantiële’ extra administratieve uitvoering?

Voor de genoemde doelen moet de te leveren informatie landelijk op een uniforme wijze beschikbaar zijn. Indien veldpartijen (ook al hebben zij de informatie voor eigen analyse beschikbaar) verplicht worden de informatie op een landelijke uniforme wijze aan te leveren, wordt dit in deze quick scan beoordeeld als een extra administratieve last.



### 3. Versnelling van de administratieve processen



**Goede zorgregistratie en administratieve verwerking ligt aan de basis van alle informatie. Hier is de meeste winst te behalen. Kunnen partijen dit realiseren?**

#### 3.1 Versnelling van de administratieve processen

Enmalige registratie van het zorgproces aan de bron op basis van duidelijke registratiedefinities (in onze termen de **grote R**(egistratie)) en het samenvatten en afleiden van de gegevens voor het declaratieproces en verantwoording op basis van classificaties (**kleine r**) is de basis van eenduidige informatie.

Ondanks de goede inspanningen die er bij alle veldpartijen wordt geleverd, is hier nog winst te behalen in kwaliteit en snelheid. Er is geen inzicht in de volledigheid, juistheid en tijdigheid van de administratieve verwerking op dit moment bij alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De individuele verschillen zijn wel groot blijkt uit eigen ervaringen. De stelling in deze paragraaf is dat bij een goed administratief proces alle trajecten volledig en juist worden afgesloten conform de declaratieregels en **binnen een maand** worden gedeclareerd aan de zorgverzekeraar. Met veldpartijen zal de haalbaarheid hiervan moeten worden getoetst.

#### 3.2 Noodzaak van een stabiele productstructuur de komende jaren

Dit proces is sterk gebaat bij een stabiele productstructuur en heldere en eenduidige declaratieregels. Een structurele wijziging hierin (zoals voor 2015 de 120 dagen) legt een extra druk op het administratieve proces.

Doelstelling	tijdigheid	betrouwbaarheid	uitvoerbaarheid	administratieve belasting
Voorjaarsbesluitvorming	geel	groen	groen	groen
Verantwoordingsinformatie	geel	groen	groen	groen
Jaarverantwoording	groen	groen	groen	groen
Evaluatie BHA en MBI	groen	groen	groen	groen

**Tabel 3.1: analyse maatregel verbetering administratieve lasten**

Legenda: groen = draagt volledig bij aan de doelstelling; geel = draagt bij aan de doelstelling maar niet volledig; blauw = mogelijke verzwarening van de lasten of niet/moeilijk uitvoerbaar; grijs = geen effect/nvt

Verandering van de productstructuur bemoeilijkt ook het contracteringsproces tussen aanbieders en zorgverzekeraars omdat vorm en

inhoud van de te onderhandelen producten wijzigt waardoor het opzetten van een goed referentiebestand over een aantal jaren ernstig wordt bemoeilijkt.

Zoals benoemd, bestaat er nog ruimte voor verbetering binnen het administratieve proces bij de zorgaanbieders en bij de totstandkoming van contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

### 3.3 Bijdrage aan doelstelling

Wij splitsten dit proces in deze analyse op in twee onderdelen:

#### Tijdigheid

##### 1. Prijsafspraken tussen aanbieder en verzekeraar.

Idealiter dienen deze te zijn afgerond eind november in het jaar t-1. Er is dan nog een maand beschikbaar om de tarieven in alle systemen te verwerken zodat vanaf het begin van het jaar t sprake kan zijn van declaratie per product per zorgverzekeraar.

##### 2. RSAD-proces bij de zorgaanbieders.

Administratieve vastlegging is de eigen verantwoordelijkheid van veldpartijen. Dit vastleggingsproces (RSAD) is schematisch weergegeven in de figuur aan het begin van deze paragraaf. Een goede invulling van dit proces zal leiden tot een versnelling van de informatiestroom. De stelling is dat met een goed functionerend RSAD proces afgesloten producten binnen een maand na afsluiting gedeclareerd zijn (theoretisch zou dit nog dezelfde dag kunnen zijn). Versnelling leidt er zodoende ook toe dat er minder gesloten en nog niet gefactureerde trajecten blijven 'steken' tussen OHW en gedeclareerde omzet.

Voor de voorjaarsbesluitvorming en de verantwoordingsinformatie leidt optimalisatie van dit proces wel tot een verbetering maar niet tot het volledig realiseren van de doelstelling omdat de laatste trajecten (gestart ultimo december van jaar t) nog 120 dagen open kunnen staan en daarmee dus tot eind april open kunnen staan terwijl de

informatiebehoefte voor deze doelstellingen ligt op 1 maart.

#### Betrouwbaarheid

##### 3. RSAD-proces binnen de zorgaanbieders.

Verbetering van dit proces leidt ook tot aanzienlijke verbetering van de juistheid en volledigheid van de (declaratie)gegevens en de op basis daarvan afgeleide informatie. Dit resulteert in minder creditnota's als gevolg van materiële controles (zie de paragraaf hierna).

### 3.4 Technische uitvoerbaarheid

In de eerdere berichtgeving aan de Kamer kan worden opgemaakt dat 'versnelling' van de informatie betrekking heeft op het eerder bekend maken van het beschikbare macrobudgettaire kader en de regels die in het contractjaar zullen gelden. De minister geeft aan dat de mogelijkheden om via wetgeving in te grijpen in het overleg tussen veldpartijen beperkt zijn en bovendien daar ook geen voorstander van te zijn (Eerste tussenrapportage verbetering informatievoorziening zorguitgaven, 4 juli 2013, 127616-105951-FEZ).

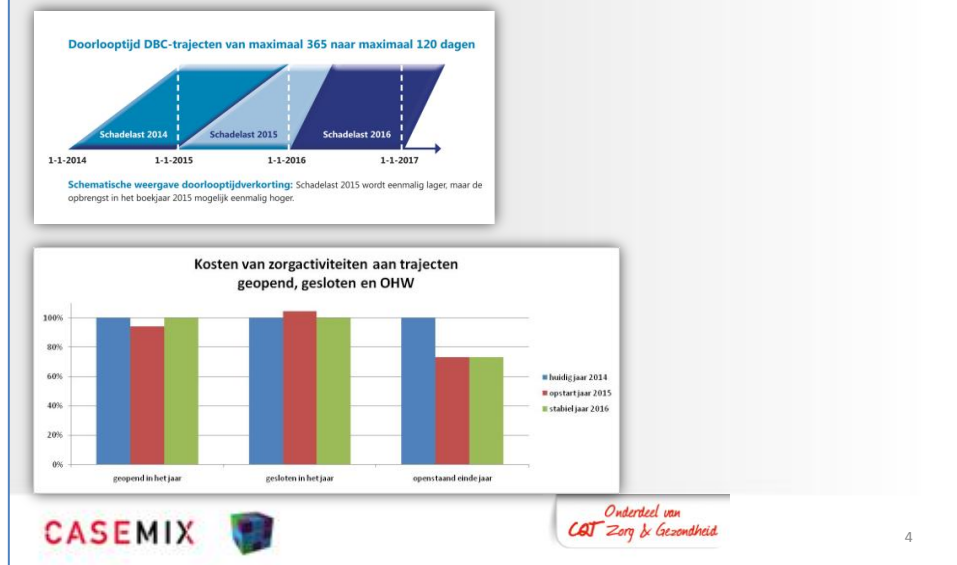
Verbetering van het administratieve proces ligt dus bij de veldpartijen zelf. Verbetering is nog heel goed mogelijk. De EPD ontwikkeling waarbij bronsystemen beter op elkaar aansluiten en met name de inzet in de toekomst van ordermanagement gaan zeker bijdragen aan een beter administratief proces.

Een stabiele productstructuur de komende jaren is een belangrijke randvoorwaarde. Zorgaanbieders kunnen dan hun administratieve processen en de ICT-ondersteuning verder optimaliseren.

### 3.5 Administratieve last

"De dingen de eerste keer goed doen" en eenmalige vastlegging van het zorgproces aan de bron. Wanneer ziekenhuizen hierin slagen zal deze maatregel kunnen leiden tot een verlaging van de administratieve last.

## 4. Impact doorlooptijdverkorting 120 dagen



### Verkorting doorlooptijd draagt bij aan versnelling van de informatie

#### 4.1 Doorlooptijd verkorting 120 dagen

Met ingang van 1 januari 2015 wordt de maximale doorlooptijd van een DOT voor de medisch specialistische zorg beperkt tot 120 dagen waardoor de volledige informatie over het schadelastjaar t in principe op 1 mei jaar t+1 bekend is.

Doelstelling	Tijdigheid	betrouwbaarheid	uitvoerbaarheid	administratieve belasting
Voorjaarsbesluitvorming	geel	geel	groen	blauw
Verantwoordingsinformatie	geel	geel	groen	blauw
Jaarverantwoording	groen	groen	groen	blauw
Evaluatie BHA en MBI	groen	groen	groen	blauw

Tabel 4.2: samenvatting analyse beoordeling doorlooptijdverkorting 120 dagen.

Legenda: groen = draagt volledig bij aan de doelstelling; geel = draagt bij aan de doelstelling maar niet volledig; blauw = mogelijke verzwaaring van de lasten of niet/moeilijk uitvoerbaar; grijs = geen effect/nvt

#### 4.2 Bijdrage aan doelstelling

##### Tijdigheid

De bijdrage aan de doelstellingen van de jaarverantwoording en de evaluatie van de afspra-

ken / inzet MBI is groot zowel voor de tijdigheid als voor de betrouwbaarheid.

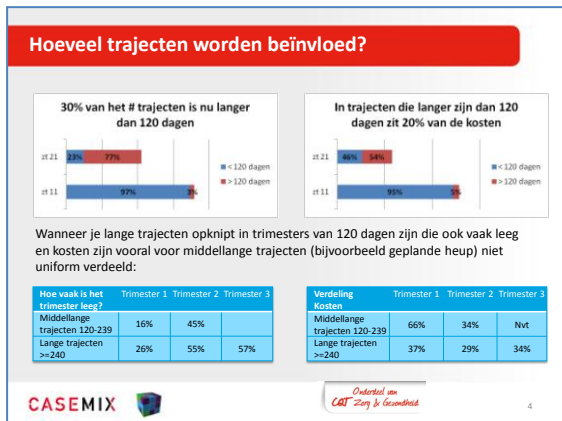
Ten behoeve van de voorjaarsbesluitvorming en verantwoordingsinformatie is het echter geen complete oplossing omdat de opleverdatum van 1 maart ligt voor het moment dat de laatste trajecten gesloten worden.

Deze maatregel gaat effect sorteren vanaf de verantwoording over schadelastjaar 2015 in 2016. De GGZ heeft echter nog te maken met doorlooptijden van 365 dagen.

##### Betrouwbaarheid

In alle gevallen neemt de onzekerheid af (en dus de betrouwbaarheid toe) omdat in het jaar t+1 het aantal afgesloten trajecten groter wordt en het aantal openstaande trajecten aan het einde van het jaar kleiner.

Een analyse uitgevoerd door Casemix (figuur 4.1) laat zien dat circa 30% van de trajecten en 20% van de kosten wordt geraakt door deze maatregel. De maatregel heeft daarmee een substantieel effect op volumes, kosten en casemix per ziekenhuis en zorgverzekeraar.



**Figuur 4.1: volume en kosten van trajecten die geraakt worden door de 120 dagen maatregel.**

### 4.3 Technische uitvoerbaarheid

Er zijn geen technische argumenten waarom deze doelstelling niet gerealiseerd kan worden. Immers op de gevraagde tijdstippen zijn alle zorgtrajecten gesloten. De maatregel is ook technisch uitvoerbaar. In het rapport Rapport NZa, juni 2013, advies\_Verkorten\_doorlooptijden\_DOT wordt dan ook positief geadviseerd over de invoering.

### 4.4 Administratieve belasting

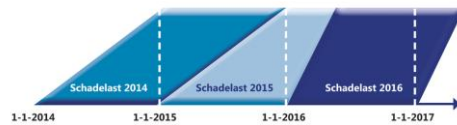
De administratieve belasting is eenmalig substantieel hoger voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het kader waarbinnen contractvoorstellen gedaan en beoordeeld worden, dient herzien te worden omdat historische informatie voor 30% van de trajecten en 20% van de kosten niet direct bruikbaar is. Aanbieders zullen moeten komen tot een nieuwe toewijzing van kosten aan producten omdat het gemiddeld aantal zorgactiviteiten per zorgproduct verandert en de casemix per ziekenhuis/zorgverzekeraar verandert.

Een bijkomend gevolg is dat door de structuurwijziging het enige jaren vergt voordat zorgaanbieders en zorgverzekeraars beschikken over een stabiel referentiekader.

In de paragraaf hierna wordt kort ingegaan op de eenmalige gevolgen van deze maatregel in 2015. Deze zijn voor de schadelastafspraken en het BKZ aanzienlijk.

## 5. Impact in opstartjaar is eenmalig anders

Doorlooptijd DBC-trajecten van maximaal 365 naar maximaal 120 dagen



Schematische weergave doorlooptijdverkorting: Schadelast 2015 wordt eenmalig lager, maar de opbrengst in het boekjaar 2015 mogelijk eenmalig hoger.



Eerste simulatie laat een eenmalige daling zien van de zorgactiviteiten die hangen aan trajecten geopend in 2015. Wanneer verkoopprijzen marge neutraal worden opgesteld leidt dit tot een eenmalige schadelast daling van mogelijk 5%.

CASEMIX

Onderdeel van  
CAT Zorg & Gezondheid

6

### Daling schadelast in 2015 eenmalig mogelijk tussen 4 en 5%

#### 5.1 (eenmalig) effect verkorting doorlooptijd

Als gevolg van de definitiewijziging per 1 januari 2005 waarbij DBC trajecten een maximale duur kennen van 120 dagen (was 365 dagen) treedt er verschuiving op van de schadelast (en daarmee van de BKZ uitgaven die hierop zijn gebaseerd). In een eerste simulatie uitgevoerd door Casemix voor de eigen klanten met de DBC-data van vier ziekenhuizen worden deze effecten becijferd op een **eenmalige daling van de zorgactiviteiten die hangen aan trajecten geopend in 2015 van 5%. Wanneer verkoopprijzen marge neutraal worden opgesteld leidt dit tot een eenmalige schadelast daling van mogelijk 4 tot 5%**<sup>1</sup> De analyse is gebaseerd op een beperkte populatie – vier ziekenhuizen – en voor een volledig beeld verdient het aanbeveling de steekproef te vergroten.

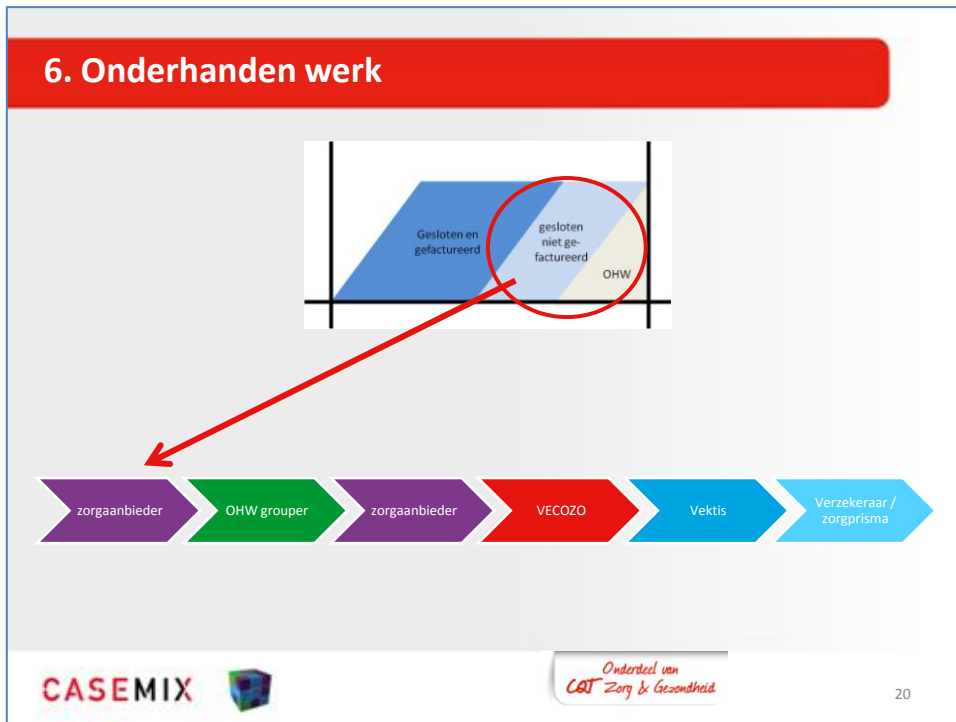
In de figuur bij deze paragraaf – waarbij de oppervlakte van de ruit de schadelast visuali-

seert - is ook duidelijk te zien dat de oppervlakte in 2015 eenmalig kleiner wordt. De afspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken (in de periode juni-november 2014) over 2015 bepalen het uiteindelijke effect op de schadelast. Indien partijen voor de onderhandelingen 2015 zouden koersen op het gelijk houden van de schadelastafpraak kan dat alleen maar wanneer de marge op de zorgproducten (verkoopprijs ten opzichte van kostprijs) stijgt. Dat lijkt onwenselijk. DBC Onderhoud levert extra informatieproducten per type ziekenhuis (UMC, Topklinisch, algemeen) bij de release. Analyse op de eigen ziekenhuisdata kan de effecten voor het eigen ziekenhuis nog nader duiden.

Indien partijen in de onderhandelingen inzetten op het gelijk blijven van de omzet van de aanbieders (door de marge gelijk te houden), zal uiteindelijk sprake zijn van een eenmalige daling van de schadelast 2015 (ceteris paribus) door de definitiewijziging. Het BKZ zal als afgeleide hiervan ook eenmalig lager zijn. **Deze eenmalige daling van het BKZ in 2015 als gevolg van de definitiewijziging heeft niets te maken met een daling van de onderliggende zorgkosten!**

<sup>1</sup> De NZa kwam op basis van berekeningen van DBC Onderhoud op de DIS-data 2008-2011 eerder tot een inschatting van 3.9%. Eigen berekeningen door Casemix op basis van 2013 data van vier ziekenhuizen laat een effect van bijna 5% zien.

## 6. Onderhanden werk



### Waarde inventarisatie OHW : met name: het zicht krijgen op de post “gesloten maar nog te factureren”

#### 6.1 Goede inventarisatie van het OHW

Een goede inventarisatie van het OHW kan een positieve invloed hebben op de monitoring van de zorguitgaven. Deze meerwaarde ontstaat doordat naast het daadwerkelijke OHW (de waarde van de openstaande trajecten) ook de al gesloten maar nog niet gefactureerde producten in beeld gebracht worden.

Een optimaal administratief proces (paragraaf 3) bevat praktisch geen vertraging tussen het sluiten van trajecten en het verzenden van een factuur. In werkelijkheid blijkt dat de vertraging vaak aanzienlijk is en het gevolg van een veelheid van factoren: (nog) geen prijsafspraken, registraties van zorgactiviteiten die achterlopen, onvolledige koppeling van zorgactiviteiten en openstaande controle activiteiten.

Bovenstaande heeft een direct effect op het zicht dat er landelijk niveau bestaat op de totale zorguitgaven tot een bepaald peilmoment. Met uitzondering van de zorgaanbieders heeft niemand zicht op de omvang van ‘al gesloten maar nog niet gefactureerd’ en ook zorgaanbieders hebben slechts zicht op hun eigen omvang van deze post. Door dit element expli-

ciet op te nemen bij de inventarisatie van OHW wordt deze informatie-‘gap’ ingevuld en ontstaat er eerder zicht op dit deel van de zorguitgaven.

Doelstelling	tijdigheid	betrouwbaarheid	uitvoerbaarheid	administratieve belasting
Voorjaarsbesluitvorming	■	■	■	■
Verantwoordingsinformatie	■	■	■	■
Jaarverantwoording	■	■	■	■
Evaluatie BHA en MBI	■	■	■	■

Tabel 6.1: samenvatting analyse onderhanden werk

Legenda: groen =draagt volledig bij aan de doelstelling; geel=draagt bij aan de doelstelling maar niet volledig; blauw=mogelijke verzwaring van de lasten of niet/moeilijk uitvoerbaar; grijs=geen effect/nvt

Voor het in bovenstaande tabel opgenomen oordeel is uitgegaan van het op een adequate manier invulling geven aan de kritieke succesfactoren zoals genoemd in paragraaf 6.4. Administratieve last: volledigheid, vergelijkbaarheid en beoordelingskader.

## 6.2 Bijdrage aan doelstelling

Omdat het 'gat' van 'al gesloten maar nog niet gefactureerd' ingevuld is, wordt de tijdigheid van de doelstellingen voor de voorjaarsbesluitvorming en de verantwoordingsinformatie positief beïnvloed.

Er zijn geen effecten te verwachten op de jaarverantwoording van de ziekenhuizen / zorgverzekeraars aangezien dit al 'opgelost' is door de verkorting van de maximale doorlooptijd naar 120 dagen. Aan de evaluatie van het BHA en inzetten MBI levert het wel een bijdrage aangezien via de inventarisatie OHW er zicht ontstaat op de post "reeds gesloten maar nog niet gefactureerd".

## 6.3 Technische uitvoerbaarheid

Dit voorstel is technisch uitvoerbaar. Sinds april 2012 is de OHW grouper operationeel en beschikbaar bij DBC Onderhoud. Medio vorig jaar is vastgesteld dat alle leveranciers van Ziekenhuis Informatiesystemen (ZIS) een werkende module hebben opgeleverd waarbij vanuit het ZIS een aanlevering aan de OHW grouper uitgevoerd kan worden. De situatie bij de leveranciers van informatiesystemen van zelfstandige klinieken is niet bekend.

Ook is sinds 2012 de aanleverstandaard OHW van VEKTIS vastgesteld (ZH310, vastgesteld op 16 februari 2012) waarmee zorgaanbieders de gevraagde informatie via VEKTIS aan de zorgverzekeraars kunnen aanleveren.

## 6.4 Administratieve last

De administratieve belasting neemt toe bij het verplichtend opleggen van de aanlevering van deze informatie. De basis voor het aanleveren van de OHW informatie is gebaseerd op de afspraken zoals gemaakt in het bestuurlijk hoofdlijnen akkoord en de wijze waarop aanbieders en verzekeraars hier invulling aan hebben gegeven in de contractering. Met andere woorden: het is geen wettelijke verplichting. De praktijk is dat niet in alle gevallen hierover afspraken zijn gemaakt of dat er geen sancties zijn – anders dan het niet verschaffen van een vooruitbetaling – verbonden aan het niet aanleveren van deze informatie. Als alle zorgaanbieders verplicht worden deze informatie (periodiek) aan te leveren, wordt dit ervaren als

een verzwaring van de administratieve lasten. Daarnaast is er sprake van een uitbreiding van de aan te leveren informatie. De afspraken met verzekeraars hebben over het algemeen betrekking op het aanleveren van informatie ten behoeve van de vooruitbetaling en dat heeft betrekking op de openstaande trajecten. In de aangeleverde informatie is daarom niet altijd de 'al gesloten maar nog niet gefactureerde' productie opgenomen.

Zoals aangegeven kan deze informatie een bijdrage leveren aan de tijdigheid van de informatievoorziening ten behoeve van voorjaarsbesluitvorming en de voortgangsrapportage maar dan dient wel invulling gegeven te zijn aan drie kritieke succesfactoren:

- Volledigheid: Is de informatie van alle zorgaanbieders tijdig beschikbaar?
- Vergelijkbaarheid: Is dezelfde methodiek gehanteerd op hetzelfde peilmoment?
- Beoordelingskader: Is er een kader beschikbaar op basis waarvan de uitkomst beoordeeld wordt?

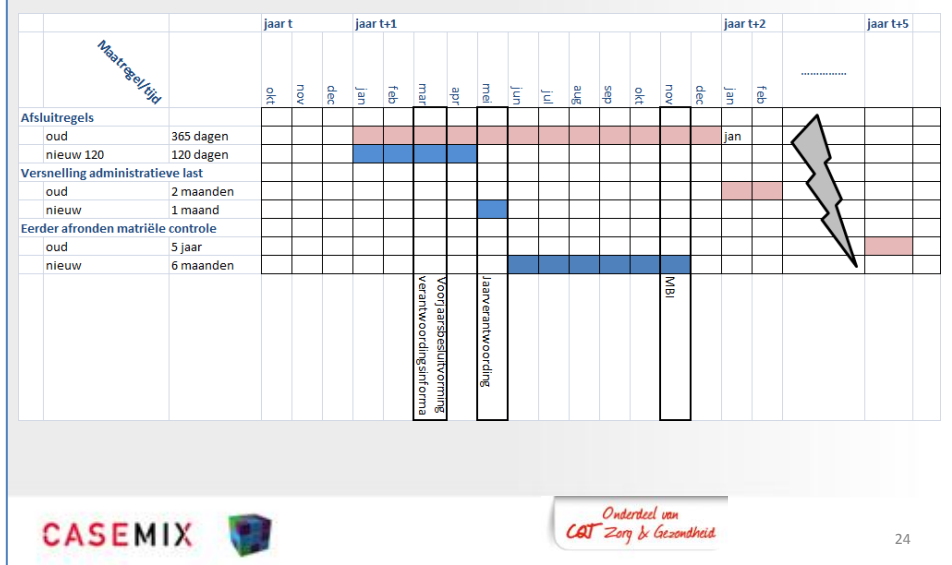
### Ad b. Vergelijkbaarheid

De OHW grouper is landelijk beschikbaar en leidt op uniforme manier af. Hierdoor is de vergelijkbaarheid geborgd als hiervan gebruik gemaakt wordt. In de notitie van VWS staat beschreven dat het zowel gaat om de openstaande productie – het 'echte' onderhanden werk – als ook om de al gesloten maar nog niet gefactureerde productie. Dit laatste element is veelal niet meegenomen in de afspraken zoals die zijn gemaakt tussen de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Om de onderlinge vergelijkbaarheid verder te borgen dienen ook de peilmomenten van zorgaanbieders op elkaar afgestemd te worden.

### Ad c. Beoordelingskader

Het hebben van zicht op de uitgaven – gesloten plus OHW – is een eerste stap bij de monitoring. Belangrijk is ook om dit zicht te kunnen 'wegen' en hiervoor is zicht nodig op de verwachte ontwikkeling van de schadelast in de loop van het schadelastjaar. Alleen dan is het mogelijk vanuit deze meting de totale schadelast te voorspellen. Ook moeten de declaraties worden geconfronteerd met de afspraken (zie ook de paragrafen hierna).

## 7. Materiële controle



### Eerder afronden materiële controles noodzakelijk voor behalen gestelde doelen

#### 7.1 Eerder afronden materiële controles

De onzekerheid van de uitgaven wordt deels veroorzaakt door de mogelijkheid die zorgverzekeraars hebben om met terugwerkende kracht controles uit te oefenen op al ingediende en betaalde facturen en dit met een terugwerkende kracht van maximaal vijf jaar te innen als 'onverschuldigde' betalingen<sup>2</sup>.

De stelling in deze paragraaf is dat willen maatregelen rondom het eerder afronden van de materiële controles effect hebben voor de genoemde doelen, deze substantieel moeten zijn (**van vijf jaren terug naar zes maanden**).

Met veldpartijen zal de organisatorische (en mogelijk ook juridische) haalbaarheid van deze

<sup>2</sup> Artikel 309 BW

Een rechtsvordering uit onverschuldigde betaling verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de schuldeiser zowel met het bestaan van zijn vordering als met de persoon van de ontvanger is bekend geworden en in ieder geval twintig jaren nadat de vordering is ontstaan.

Artikel 316 BW

Lid 1. De verjaring van een rechtsvordering wordt gestuit door het instellen van een eis, alsmede door iedere andere daad van rechtsvervolgving van de zijde van de gerechtigde, die in de vereiste vorm geschiedt.

substantiële verkorting verder getoetst moeten worden.

Doelstelling	tijdigheid	Betrouwbaarheid	uitvoerbaarheid	administratieve belasting
Voorjaarsbesluitvorming				
Verantwoordingsinformatie				
Jaarverantwoording				
Evaluatie BHA en MBI				

Tabel 7.1: samenvatting analyse beoordeling materiële controle

Legenda: groen = draagt volledig bij aan de doelstelling; geel = draagt bij aan de doelstelling maar niet volledig; blauw = mogelijke verzwarende van de lasten of niet/moeilijk uitvoerbaar; grijs = geen effect/nvt

#### 7.2 Bijdrage aan doelstelling

##### Tijdigheid

Materiële controles verstoren op dit moment het zicht op de definitieve schadelast (en omzet) van ziekenhuizen.

Verkorting van deze termijn helpt eerder duidelijkheid te krijgen over de definitieve schadelast. Definitieve cijfers zijn met name van belang voor de bepaling van het MBI. Het is na-



melijk de vraag of een besluit over het al dan niet inzetten van het MBI juridisch stand kan houden als de effecten van de controles door verzekeraars hierin onvolledig verwerkt zijn.

De periode voor materiële controles verkorten is alleen zinvol als de afhandeling van de materiële controles heeft plaatsgevonden voor 1 december van het jaar t+1. Dat betekent dus een drastische verkorting van de termijn omdat de laatste declaratie (na invoering 120 dagen en na versnelling administratie tot één maand) betrekking kan hebben op eind mei van het jaar t+1). Zie figuur aan het begin van deze paragraaf. Wanneer de termijn van materiële controle inclusief afhandeling wordt verkort tot 6 maanden dan kan de schadelast en het daarvan afgeleide BKZ technisch definitief zijn eind november van het jaar t+1.

Verkorting (zelfs drastische verkorting naar zes maanden) heeft geen effect op de tijdigheid voor voorjaarsbesluitvorming, verantwoordingsinformatie of jaarverantwoording.

### **Betrouwbaarheid**

Drastische verkorting van de periode voor materiële controle heeft in alle gevallen positieve gevolgen voor de betrouwbaarheid van de informatievoorziening omdat een deel van de geleverde zorg in het jaar t al gedurende het jaar wordt gecontroleerd.

### **7.3 Technische uitvoerbaarheid**

Het lijkt technisch prima te doen de termijn te verkorten van 5 jaar naar 6 maanden (inclusief verwerking van de resultaten door de ziekenhuizen in de administratie) na het sluiten van

de laatste DOT uit een schadelastjaar. De laatste materiële controles worden dan afgerond eind november t+1 (april t+1 + 6 maanden). Zorgverzekeraars zouden dan gedurende het jaar continu-controles moeten uitvoeren. Zoals eerder gezegd zal de organisatorische haalbaarheid van deze substantiële versnelling met veldpartijen op haalbaarheid moeten worden getoetst.

De randvoorwaarde is de versnelling van de administratieve processen (paragraaf 3).

### **7.4 Administratieve last**

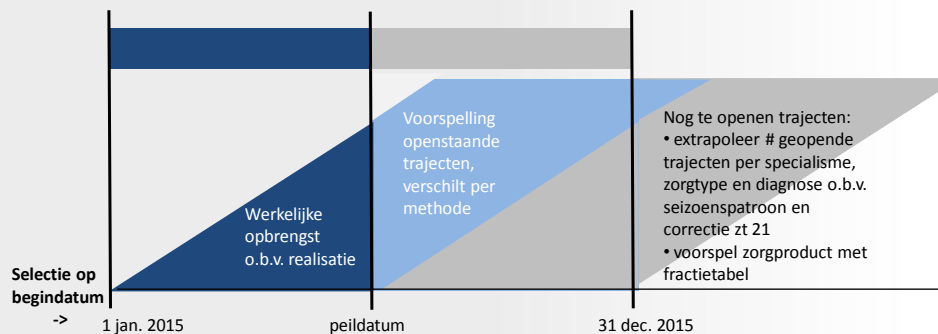
De verkorting van de termijn waarop nog controles uitgevoerd mogen worden, heeft mogelijk een positief effect op de administratieve belasting.

Ervan uitgaande dat een goede controle over het jaar heen wanneer de declaraties nog 'vers' zijn uiteindelijk bijdraagt aan de doelmatigheid van de controle, kan de stelling worden neergelegd dat de belasting hoogstens gelijk en mogelijk minder wordt. Voor zorgverzekeraars betekent het wel aanpassing van de huidige werkprocessen.

Een andere optie is het eerder bevriezen van de materiële controles die doorwerken in het jaar t. De effecten van materiële controles na een bepaalde datum 'landen' dan in een ander verantwoordingsjaar. Alleen als de datum waarop het beeld bevroren wordt voor de genoemde termijnen valt, is hierdoor een versnelling te realiseren.

## 8. "Full information"-raming jaarschade t begin t+1

Prognose schadelast: (overige) zorgproducten die (naar verwachting) openen in 2015



**donkerblauw:** in 2015 geopende en op peildatum gesloten producten;  
**lichtblauw:** in 2015 geopende en op peildatum openstaande producten;  
**grijs:** producten die naar verwachting na de peildatum in 2015 nog openen;

CASEMIX

Onderdeel van  
**CGI** Zorg & Gezondheid

### Draagt bij aan doelstelling voorjaarsinformatie

#### 8.1 "Full information"-raming jaarschade t begin t+1

Essentie van deze methode is dat zorgaanbieders ultimo december van het jaar t voor alle openstaande trajecten het verwachte eindproduct bepalen. De zorgaanbieders koppelen aan deze productie per zorgverzekeraar de prijzetafel en bepalen (deels ramen) de declaratiewaarde. Deze declaratiewaarde zetten de zorgaanbieders af tegen de contractafspraken en bepalen de noodzakelijke correcties.

Doelstelling	tijdigheid	Betrouwbaarheid	uitvoerbaarheid	administratieve belasting
Voorjaarsbesluitvorming	■	■	■	■
Verantwoordingsinformatie	■	■	■	■
Jaarverantwoording	■	■	■	■
Evaluatie BHA en MBI	■	■	■	■

Tabel 8.1: samenvatting analyse beoordeling raming jaarschade

Legenda: groen = draagt volledig bij aan de doelstelling;  
 geel = draagt bij aan de doelstelling maar niet volledig;  
 blauw = mogelijke verzwarening van de lasten of niet/moeilijk uitvoerbaar; grijs = geen effect/nvt

#### 8.2 Bijdrage aan doelstelling

##### Tijdigheid

Voor de voorjaarsbesluitvorming en de verantwoordingsinformatie is dit een hele goede manier om een goede schatter te maken van de eindwaarde (schadelast) van de nog openstaande trajecten ultimo jaar t.

Voor het MBI draagt deze methode niet bij omdat op het moment dat deze informatie nodig is, alle trajecten al zijn afgesloten (als gevolg van invoering van de verkorting 120 dagen) en er dus geen raming van de openstaande trajecten meer nodig is.

Voor de jaarverantwoording kan deze maatregel bijdragen. In principe zorgt de 120 dagen maatregel voor tijdige informatie per 31 mei. Kanttekening hierbij is dat als zorgaanbieders eerder dan 31 mei een jaarrekening willen opleveren zij wel gebruik moeten maken van ramingen. De full information raming kan zo doende ook nog bijdragen aan het traject van de jaarverantwoording.

##### Betrouwbaarheid

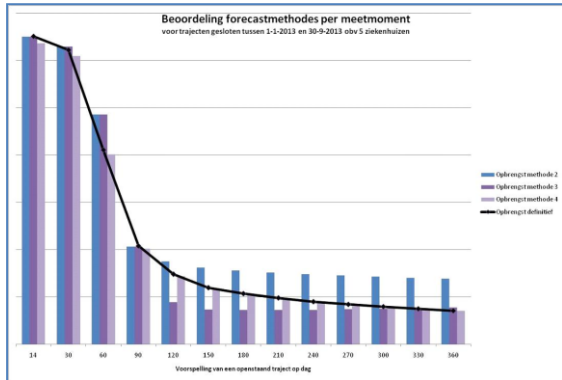
Een belangrijk voordeel van deze maatregelen opzichte van de eerdere genoemde maat-

regelen is dat de gemaakte afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de schadelast een expliciete plaats krijgen. De gerealiseerde en nog te realiseren schadelast wordt gecorrigeerd voor de gemaakte schade-lastafspraken:

- Bij een dreigende overschrijding van de plafondbesluiting / aanneemsom wordt de schadelast neerwaarts bijgesteld.
- Bij een dreigende onderschrijding van een aanneemsom wordt de verwachte schadelast verhoogd.

### 8.3 Technische uitvoerbaarheid

Deze methode is technisch goed uitvoerbaar. Figuur 8.1 toont de voorspellende waarde aan van een werkzame schadelastprognose (prognose versus uiteindelijke afgesloten product). De resultaten van de schadelastprognose in de ziekenhuizen zijn goed. In de GGZ is dit in principe ook toepasbaar. De GGZ gebruikt deze methode pas recent. De bruikbaarheid daar zal zich nog moeten bewijzen. De eerste testresultaten zijn hoopgevend.



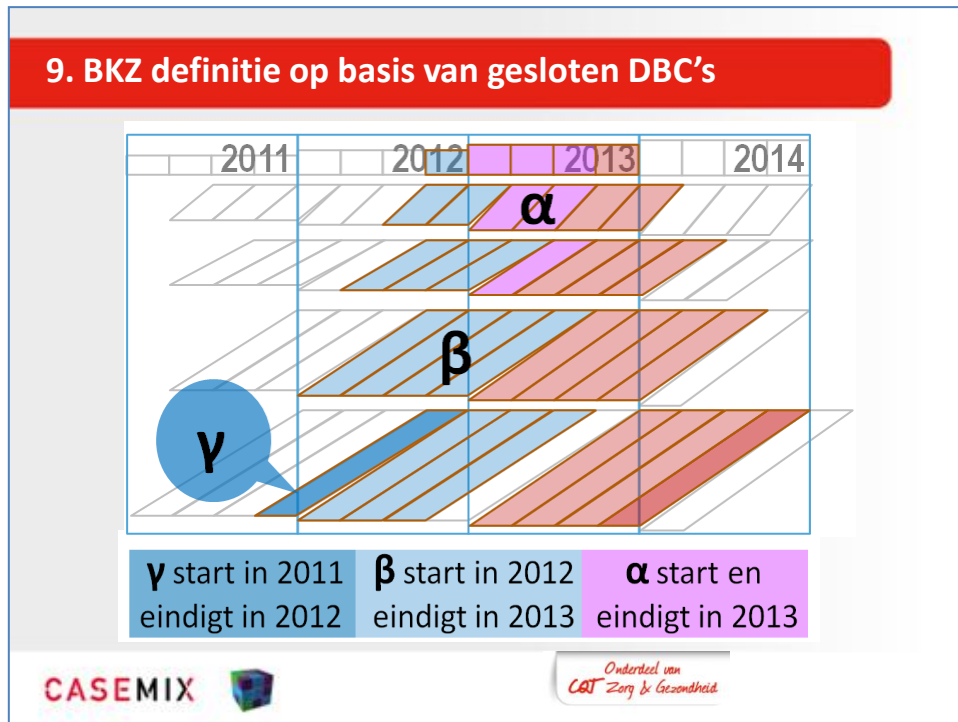
**Figuur 8.1: Voorspellende waarde van de forecast methode 4 is goed.**

### 8.4 Administratieve last

De administratieve belasting voor zorgaanbieders kan aanzienlijk zijn. Voor de jaarrekening is het in principe niet meer noodzakelijk om te werken met een raming, maar kan na de verkorting van de doorlooptijd naar 120 dagen gewerkt worden met de realisatie (tenzij de zorgaanbieder besluit om eerder een jaarrekening op te leveren). Voor de voorjaarsbesluitvorming – oplevering begin maart – moeten de zorgaanbieders dit traject aanvullend doorlopen. Tegelijkertijd moet opgemerkt worden dat het tussentijds opstellen van prognoses van de te verwachte schadelast steeds meer staande praktijk wordt bij de ziekenhuizen. Voor monitoring en bijsturing is het noodzakelijk dat zorgaanbieders op meerdere momenten in het jaar beschikken over een verwachte eindwaarde van een contract met een zorgverzekeraar.

Het is niet zonder meer duidelijk op welke wijze deze informatie vanuit de individuele instelling naar een landelijk overzicht vertaald wordt. Net als bij de OHW maatregel zijn volledigheid en vergelijkbaarheid hierbij van groot belang. Het verdient aanbeveling om na te denken over de mogelijkheid om de effecten van de gemaakte schade-lastafspraken op de gerealiseerde schadelast op landelijk niveau te verzamelen.

## 9. BKZ definitie op basis van gesloten DBC's



### Draagt bij aan doelstelling verantwoordingsinformatie

#### 9.1 Schaduwdraaien met alternatieve BKZ-definitie: in t gesloten DBC's

Deze maatregel wordt specifiek genoemd in combinatie met de voorjaarsbesluitvorming. Het BKZ is nu gebaseerd op het schadelastbegrip van verzekeraars: alle trajecten gestart in jaar t behoren tot het BKZ in jaar t.

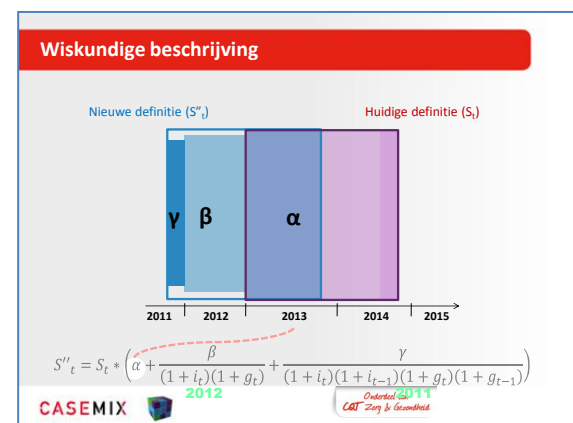
Doelstelling	tijdsheid	betroikbaarheid	uitvoerbaarheid	administratieve belasting
Voorjaarsbesluitvorming	■	■	■	■
Verantwoordingsinformatie	■	■	■	■
Jaarverantwoording	■	■	■	■
Evaluatie BHA en MBI	■	■	■	■

Tabel 9.1: samenvatting analyse beoordeling maatregel gesloten DBC's.

Legenda: groen =draagt volledig bij aan de doelstelling; geel=draagt bij aan de doelstelling maar niet volledig; blauw=mogelijke verzwaaring van de lasten of niet/moeilijk uitvoerbaar; grijs=geen effect/nvt

Als alternatief wordt uit te gaan van de in jaar t gesloten producten. Dit wordt als een proxy gebruikt voor de structurele ontwikkeling van de zorguitgaven. Met het oog op de voorjaars-

besluitvorming zou gekozen kunnen worden voor de DBC's gesloten in het jaar t (in een eerdere analyse die hierboven in beeld is gebracht, is nog uitgegaan van gesloten DBC's én een verschuiving van de definitie met één kwartaal terug in de tijd). Deze definitie (en daarmee de uitkomst voor het BKZ) wijkt af van de schadelast op basis van geopende trajecten.



Figuur 9.1: in een eerder onderzoek van Casemix in 2012 is de wiskundige aansluiting gemaakt tussen de huidige definitie van het BKZ en een definitie op basis van gesloten DBC's en de verschuiving terug in de tijd met 1 kwartaal.

Een rekenkundige aansluiting is bij benadering mogelijk (figuur 9.1) zo blijkt uit dit eerdere

onderzoek van Casemix in opdracht van het ministerie (2012). Door niet te kiezen voor de kwartaalverschuiving wordt deze feitelijk eenvoudiger.

## 9.2 Bijdrage aan doelstelling

### Tijdigheid

Voor voorjaarsbesluitvorming en verantwoordingsinformatie draagt de definitie van gesloten DBC's bij aan de doelstelling. Immers direct na afsluiting van het jaar t is alle informatie bekend (uitgaande van een snelle administratieve afhandeling).

De informatievoorziening op basis van gesloten DBC's draagt (voor de medisch specialistische zorg) door de verkorting van trajecten naar 120 dagen niet bij aan de doelen: jaarverantwoording en evaluatie BHA en MBI omdat alle trajecten gestart in jaar t dan al gesloten zijn. De bijdrage voor de GGZ is wel groot. Deze informatie is niet tijdig genoeg voor de Voorjaarsbesluitvorming, omdat het niet mogelijk is om de confrontatie met de afspraken goed uit te voeren voor 1 maart jaar t+1.

### Betrouwbaarheid

Gebruik maken van de afgesloten DBC's in het jaar t (en voorgaande jaren) is uitermate geschikt voor de trendanalyse omdat dan steeds een volledig jaar vergeleken kan worden met voorgaande jaren. Hiermee kunnen trends in de setting van de zorg, diagnoses of zorgproducten goed en volledig worden geanalyseerd.

Gebruik van deze maatregel om te komen tot een nieuw BKZ-begrip (niet in bovenstaand schema opgenomen) kan. Tijdigheid en betrouwbaarheid van de definitie neemt zeker toe. De duiding wordt echter wel lastiger om-

dat in de definitie meerder contractjaren (t en t-1) door elkaar heenlopen. De waarde neemt ook af omdat je voor de BKZ definitie verder in het verleden kijkt (figuur 9.1), dit geldt met name voor de GGZ waar de maximumduur van de trajecten nog 365 dagen blijft.

## 9.3 Technische uitvoerbaarheid

Het verzamelen van de declaraties is goed uitvoerbaar. Zowel DIS als Zorgprisma zijn te ontsluiten en landelijk te aggregeren.

De confrontatie met de afspraken is minder goed uitvoerbaar. Door de diversiteit van afspraken, waaronder specifieke lokale afspraken, is dit niet geautomatiseerd uit te voeren.

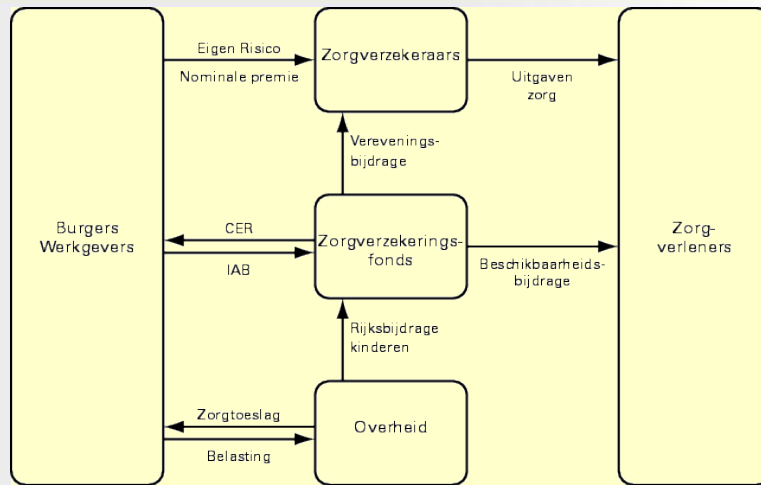
De duiding wordt lastiger omdat in de definitie meerder contractjaren (t en t-1) door elkaar heenlopen.

## 9.4 Administratieve last

Als deze informatie niet alleen voor trends maar ook voor een nieuwe BKZ-bepaling wordt gebruikt dan moet de confrontatie met de contractafspraken op lokaal niveau worden uitgevoerd. Omdat er meerder contractjaren door de definitie heenlopen is dit erg complex. Een dergelijke verplichting verhoogt de administratieve last.

Voorwaarde voor deze benadering is een stabiele productstructuur. Structurele wijzigingen kunnen een eenmalig effect hebben op de schadelast en dat kan het beeld sterk vertekenen. Gezien het voornemen om de maximale doorlooptijd te verkorten tot 120 dagen is deze methode op zijn vroegst weer bruikbaar vanaf schadelastjaar 2016.

## 10. Rekenpremies



Bron: De Rijksbegroting

CASEMIX

Onderdeel van  
CAT Zorg & Gezondheid

25

### BKZ op basis van premies

#### 10.1 BKZ definitie op basis van premies

Een alternatieve benadering is het BKZ definiëren als de optelsom van het inkomensafhankelijke deel van de premie, de rijksbijdrage en de nominale premie van verzekeraars. Hiermee ontstaat al in een zeer vroegtijdig stadium zicht en is er van een MBI geen sprake meer: immers het BKZ is leidend voor de berekening van de bovengenoemde elementen.

De laagste nominale premie wordt als uitgangspunt genomen voor de berekening. De argumentatie hierbij is dat in principe alle potentieel verzekerden voor deze verzekering en bijbehorende premie kunnen kiezen en het daarmee een bewuste keuze is voor een – hogere – afwijkende premie.

Doelstelling	tijdigheid	Betrouwbaarheid	uitvoerbaarheid	administratieve belasting
Voorjaarsbesluitvorming	■	■	■	■
Verantwoordingsinformatie	■	■	■	■
Jaarverantwoording	■	■	■	■
Evaluatie BHA en MBI	■	■	■	■

Tabel 10.1: samenvatting analyse beoordeling rekenpremies

Legenda: groen = draagt volledig bij aan de doelstelling; geel = draagt bij aan de doelstelling maar niet volledig; blauw = mogelijke verzwarening van de lasten of niet/moeilijk uitvoerbaar; grijs = geen effect/nvt

#### 10.2 Bijdrage aan doelstelling

##### Tijdigheid

Bovenstaande definitie heeft een grote bijdrage aan de versnelling informatievoorziening ten behoeve van de evaluatie BHA en eventuele inzet MBI. De benodigde informatie is immers zeer tijdig beschikbaar.

##### Betrouwbaarheid

Als wij het voorstel goed interpretern wordt de markt feitelijk leidend via de premieontwikkeling.

Voor de voorjaarsbesluitvorming, informatievoorziening aan de Tweede Kamer en de rekenkamer draagt de definitiewijziging weinig bij aangezien de inhoudelijke informatie/onderbouwing ontbreekt. Ook voor de jaarverantwoording van zorgaanbieders en verzekeraars is de bijdrage nihil.

### **10.3 Technische uitvoerbaarheid**

De uitvoerbaarheid van deze maatregel is goed omdat het om landelijk beschikbare informatie gaat die uiterlijk op 19 november jaar t-1 voor jaar t beschikbaar is.

### **10.4 Administratieve last**

Er is geen sprake van een extra administratieve belasting.

### **10.5 Beleidsmatige uitvoerbaarheid**

Uit bovenstaande paragrafen blijkt dat deze maatregel een belangrijke bijdrage levert aan één van de doelstellingen, technisch goed uitvoerbaar is en goed scoort op de administratieve belasting.

In het opgestelde beoordelingskader is geen rekening gehouden met beleidsmatige aspecten van voorgestelde maatregelen. Deze zijn echter dusdanig groot bij deze maatregel dat we er de aandacht op willen vestigen:

- Er kan een aanzienlijk verschil bestaan tussen de nominale premies van de verzekeraars. Door de laagste premie als reken-eenheid te gebruiken moet geaccepteerd worden dat de werkelijke betaalde premies hiervan afwijken en dat dit als een bewuste keuze van de verzekerde wordt gezien. Dit meerdere wordt daarmee ook niet als collectieve lasten gezien.
- De werkelijke schadelast – de uiteindelijk bepaalde nota's – sluit waarschijnlijk niet aan op de optelsom zoals hier in deze maatregel is beschreven. Dit verschil wordt verwerkt via de winst- en verliesrekening van zorgverzekeraars en resulteert in een vermogensmutatie.

Deze benaderingswijze wijkt aanzienlijk af van hetgeen nu gebruikelijk is – BKZ is gekoppeld aan de werkelijke uitgaven aan zorgaanbieders – en dit kan daarom ook niet zondermeer ge-effectueerd worden.

## 11. Overige opmerkingen



- Vertaling van lokaal beeld naar landelijke cijfers (via Zorgprisma of landelijke uitvraag).
- De vrijblijvendheid voorbij.

### Overige opmerkingen

#### 11.1 Vertalen lokale informatie naar landelijke overzichten

Deze oordeelsvorming gaat er grotendeels van uit dat Zorgprisma en DIS de informatiekanalen zijn waarin de lokale informatie naar een landelijk niveau wordt geaggregeerd en beschikbaar wordt gesteld aan VWS.

Voor zover overzien kan worden, wordt Zorgprisma gevuld van de factuurstromen vanuit zorgaanbieders. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat ook de OHW-informatie aan te leveren via Vektis, zodat deze ook wordt opgenomen in Zorgprisma.

In de nieuwe situatie bestaat deze informatie behalve uit openstaande trajecten uit trajecten die afgesloten zijn, maar nog niet gefactureerd.

#### 11.2 Niet vrijblijvend

Deelname aan deze informatie-uitwisseling is op dit moment nog te vrijblijvend, met nega-

tieve gevolgen voor de tijdigheid en volledigheid.

#### 11.3 Ook correcties

Voor betrouwbaar gebruik van de landelijke informatie is het naast de volledigheid (alle zorgaanbieders) en de onderlinge vergelijkbaarheid (zelfde peildatum) ook belangrijk om te weten of eventuele crediteringen zijn verwerkt. Onbekend is op welke wijze correcties in verband met afwijkingen van schadelastafspraken verwerkt (gaan) worden in de overzichten. Wellicht is het mogelijk om ook alle creditfacturen en afrekeningen op basis van plafondafspraken of aanneemsommen via dezelfde routing te laten verlopen met vooraf bepaalde betaaltitels.



## Bijlage Notitie voorstel voor BKZ-discussie

Datum: 14 april 2014

In vervolg op eerdere discussies in en buiten de stuurgroep Verbetering Informatievoorziening schetst deze notitie een voorstel hoe deze discussie tot een conclusie te brengen. De vragen die voorliggen naar aanleiding van deze discussie zijn:

- Is het voorstel helder?
- Zijn de juiste doelen genoemd?
- Hoe kijken jullie aan tegen de voorgestelde keuze?
- Hebben jullie suggesties voor de verdere uitwerking?

### **Doelen van tijdige realisatiecijfers**

Met tijdige realisatiecijfers streven we de volgende doelen na.

- a. Informatie voor de Voorjaarsbesluitvorming: hoe verhoudt het beeld over de zorguitgaven zich tot de beschikbare middelen in het BKZ, wat is daaruit af te leiden voor het lopende en voor volgende jaren en is het aan de orde om op basis van dat beeld maatregelen te treffen?
- b. Verantwoordingsinformatie voor de Tweede Kamer en de Rekenkamer: hoe ziet de actuele zorguitgavenontwikkeling eruit?
- c. Informatie die zorgverzekeraars en zorginstellingen nodig hebben om hun jaarverantwoording op te stellen.
- d. Informatie die we kunnen gebruiken om de afspraken in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord tussen VWS, zorgverzekeraars en zorginstellingen te evalueren en om een besluit te nemen over de inzet van het MBI.

### **Voorgestelde keuze**

#### **Maatregelen die we buiten de BKZ-discussie al uitvoeren**

- *Verkorting van de maximale DBC-duur tot 120 dagen*  
Door de verkorting wordt vier maanden na afloop van jaar t de laatste DBC gesloten die ten laste komt van jaar t. Dat is een versnelling met maximaal acht maanden ten opzichte van de huidige twaalf maanden.
- *Versnelling van de administratieve processen*  
Hier zijn diverse maatregelen in voorbereiding. Daarmee moet het mogelijk zijn het overgrote deel van de DBC's binnen 2 maanden gedeclareerd te krijgen en ook de verwerkingstijd van probleemgevallen te verkorten. Een deel van de maatregelen kan snel worden getroffen, de implementatie van meer ingrijpende maatregelen kan enkele jaren vergen.
- *Goede inventarisatie van het onderhanden werk*  
Hiermee wordt de monitoring fors verbeterd, maar ook met de informatie die beschikbaar is direct na afloop van jaar t, ontstaat een beeld van de productie die al is geleverd bovenop de al gedeclareerde productie. Dit betreft gesloten en nog niet gedeclareerde DBC's en nog niet gesloten DBC's waarbinnen wel al zorgactiviteiten zijn verricht. Voor deze laatste groep levert het onderhanden werk een invulling op van een deel dat voorheen niet bekend was. Daar is een raming van het deel dat over de jaargrens valt goed op te baseren. Belangrijk voor de kwaliteit van het beeld zijn uniformiteit van waardering (moment en methode van afleiding, waardering in relatie tot contractafspraken) en volledigheid (alle aanbieders).
- *Verbetering jaarraming door verzekeraars*  
De verzekeraars kunnen een belangrijke rol spelen bij het beperken van de onzekerheid als nog geen definitieve realisatiecijfers beschikbaar zijn. Dit geldt voor de monitoring, maar ook voor resterende onzekerheid kort na afloop van t. Deze maatregel moet nog worden uitgewerkt na de BKZ-discussie.

#### **Nieuwe maatregelen**

- *Materiële controles eerder afronden en beeld eerder stilzetten*  
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. Deze termijn kan zeker na uitvoering van de bovengenoemde maatregelen heel goed beperkt worden. Daarbij is het bij dit onderdeel niet van wezenlijk belang aan welk jaar de correcties die hieruit voortko-

men worden toegerekend. Omdat door de bovenvermelde maatregelen de jaarschade t medio t+1 zo goed als vast staat - op correcties (vooral de effecten van de materiële controles) na -, kan het beeld dat relevant is voor het BKZ medio t+1 worden stilgezet. De correcties die later worden doorgevoerd, worden dan in een later jaar in de BKZ-uitgaven verwerkt. Daarbij is ervan uitgegaan dat de orde van grootte van de correcties jaarlijks vergelijkbaar is en - in relatie tot de uitgaven - relatief klein van omvang. Overigens wordt in de huidige situatie het beeld ook eerder (op basis van de jaarraming die VWS in juni t+3 ontvangt) stilgezet en worden mutaties die daarna plaatsvinden aan latere jaren toegedeeld. Hiermee ontstaat een basis om de afspraken met zorgverzekeraars en zorginstellingen te evalueren en om een besluit te nemen over de inzet van het MBI (doel d).

- "Full information"-raming jaarschade t begin t+1 (denkrichting B van de NBA-werkgroep)  
In aanvulling op het onderhanden werk krijgen we hiermee een zo goed mogelijk beeld in handen van de producten waartoe het onderhanden werk zal leiden. Deze raming van de staart in producten leidt samen met de gedeclareerde producten en met de gesloten maar nog niet gedeclareerde producten tot een totaalbeeld op basis waarvan iedere combinatie van zorgaanbieder en zorgverzekeraar begin t+1 een voorlopige afrekening kan maken van de schade in t, rekening houdend met de geldende contractafspraken. Hiermee zullen zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders een veel beter beeld krijgen van de uitkomsten in het afgelopen jaar (doel c). Door verzameling van deze gegevens ontstaat ook op macroniveau een veel beter beeld. Daardoor wordt ook een goede inschatting verkregen van de mogelijke inzet van het MBI. Ook dat is van belang voor het opstellen van de jaarverantwoording van zorgaanbieders. In de loop van de jaren kan de raming verder verbeterd worden, onder andere door de werkelijke uitkomst van de staart te volgen. Hiermee komt eerder een betere raming beschikbaar voor de zorgschade. Voor doel c. is dat een oplossing. Voor de overige doelen is dat een verbetering, maar, omdat daarmee de realisatie nog niet eerder vaststaat, is dat nog geen volledige oplossing.

#### *Schaduwdraaien met alternatieve BKZ-definitie: in t gesloten DBC's*

Voor de Voorjaarsbesluitvorming is begin maart informatie nodig die vooral een betrouwbaar beeld geeft van de structurele ontwikkelingen in de zorguitgaven. De in t gesloten DBC's leveren op dat moment een stabiel beeld op van de ontwikkeling van de zorguitgaven. Op basis daarvan is (in combinatie met de verklarende informatie) een goed beeld te krijgen van eventuele structurele mutaties (uitgavenstijging of -daling) die mogelijk in de Voorjaarsbesluitvorming moeten worden besproken.

Omdat dit beeld vooruitloopt op het realisatiebeeld van de verzekeraarschade, kan de Tweede Kamer met dit beeld ook eerder bediend worden.

Het is mogelijk dit beeld vroeg te verkrijgen omdat aan het eind van het jaar al uit de administraties af te leiden is welke DBC's gesloten zijn. Voor het deel dat nog voor (bijvoorbeeld) half februari gedeclareerd is, kan op dat moment al een goede benadering van de waarde worden geleverd door de onderhandenwerkgroeper. De onzekerheid is daarbij beperkt tot administratieve fouten.

Wanneer hier voldoende ervaring mee is opgedaan kan (bijvoorbeeld bij het volgende Regeerakkoord) ervoor worden gekozen:

- de alternatieve BKZ-definitie volledig in de plaats van het huidige BKZ te gaan gebruiken
- het MBI op deze basis in te zetten
- dit als schaduwbegrip te blijven hanteren voor de Voorjaarsbesluitvorming en om de Kamer te informeren
- hier niet mee verder te gaan.

#### **Toepasbaarheid curatieve GGZ**

De maatregelen zijn zowel toepasbaar op de medisch-specialistische zorg als op de curatieve GGZ. Kanttekening daarbij is dat het ramen van de jaarschade op basis van het onderhanden werk in de GGZ mogelijk lastiger is dan in de medisch-specialistische zorg. De uitkomst van het zorgtraject is daar mogelijk minder goed voorspelbaar. Daarbij speelt ook een rol dat de NZa momenteel mogelijke wijzigingen in de productstructuur van de curatieve GGZ onderzoekt, waaronder de duur van de DBC-trajecten. Het is daarmee de vraag of het effect van deze maatregelen op de curatieve GGZ vergelijkbaar zal zijn met de effecten op de medisch-specialistische zorg.

#### **BKZ-definitie op basis van premies niet opgenomen in voorgestelde keuze**

De optie om het BKZ te definiëren op de procentuele premie, de rekenpremie en de Rijksbijdragen is niet opgenomen in de voorgestelde keuze. In deze optie staat de uitkomst van het BKZ in een vroegtijdig stadium vast. Deze uitkomst is echter niet geschikt (en niet bedoeld) om beleidsreacties op te baseren (doel a, doel c). Ook de beoogde informatievoorziening over de ontwikkeling van de

zorguitgaven (doel b) wordt hiermee niet gediend. Evenmin levert het informatie op voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor de vaststelling van hun jaarverantwoording (doel d). De optie is in wezen een voorstel voor een andere sturing van de zorguitgaven, namelijk uitsluitend door zorgverzekeraars. In vergelijking met de huidige situatie betekent dit het loslaten van de grip vanuit de overheid. De steun die is uitgesproken vanuit de kant van zorgverzekeraars voor deze optie kan dan ook gezien worden als steun voor het verder overlaten van de regie aan de zorgverzekeraars.

Deze optie verschilt in de uitwerking ook niet met het wel blijven hanteren van het huidige BKZ, maar vervolgens geen beleidsreactie verbinden aan over- of onderschrijdingen. Zorgverzekeraars hebben immers geen andere prikkels dan nu door het hanteren van een dergelijk BKZ. Verder kan ook zonder wijziging van het BKZ gevolgd worden of verzekeraars overwinsten maken en hoe het verschil tussen de rekenpremie en de (laagste) werkelijke nominale premie zich ontwikkelt. Overigens kan dit laatstgenoemde verschil ten gevolge van incidentele ontwikkelingen een zeer grillig karakter laten zien en zal dit verschil zich niet gemakkelijk lenen voor snel laten volgen van beleidsreacties. Ook als in de nabije of verdere toekomst de keuze valt op het loslaten van de grip vanuit de overheid, dan geeft de uitkomst van deze definitie geen beeld van de ontwikkeling van het aandeel van de zorg in de collectieve uitgaven (die te dekken zijn uit de collectieve lasten: de premies en voor het Rijksbijdragedeel de belastingen), maar definieert het de uitgaven als de lasten.