

Vergaderjaar 2012–2013

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 243

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 november 2012

Als minister van VWS ben ik verantwoordelijk voor een goede werking van het zorgstelsel en voor het toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg. Goede informatievoorziening is daarbij van cruciaal belang. Tijdige, betrouwbare en uniforme informatie over de kosten van de zorg en de achterliggende trends is noodzakelijk voor transparante verantwoording, voor (kwaliteit)sturing en voor kostenbeheersing. Dit is ook één van de redenen geweest dat ik op 4 juli 2011 een Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord heb gesloten (Kamerstuk 29 248, nr. 215). In de eerste plaats is in dat akkoord een plafond voor de toegestane groei vastgelegd. Daarnaast is afgesproken om jaarlijks in het voorjaar te overleggen met de bij het akkoord betrokken partijen over de prijs- en volumeontwikkelingen bij het inkoopbeleid voor het lopende jaar. Mede daardoor ontstaat beter inzicht in de ontwikkeling van de zorguitgaven gedurende het jaar. Ook zijn er daarbij afspraken gemaakt over het bieden van inzicht in het onderhanden werk.

Vanaf het begin van mijn ministerschap heb ik het verbeteren van de informatievoorziening als een van de prioriteiten van mijn beleid aangemerkt. In deze brief ga ik in hoofdzaak in op de curatieve zorg.

Behaalde resultaten

In de afgelopen periode heb ik verschillende initiatieven ontplooid om tot verbetering en versnelling van informatie over de zorguitgaven te komen. Uit het feit dat alle partijen in het zorgstelsel het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord hebben ondertekend, blijkt dat niet alleen het Rijk belang heeft bij goede informatie. Patiënten hebben inzicht nodig in de kosten van behandeling en de kwaliteit van de geleverde zorg om de juiste keuze te kunnen maken voor een zorgaanbieder. Verzekeraars hebben die informatie nodig om de best mogelijke zorg te contracteren tegen de

laagst mogelijke prijs. En aanbieders hebben die informatie nodig voor een goede bedrijfsvoering en om hun concurrentiepositie ten opzichte van andere aanbieders te kunnen evalueren. De noodzaak om de informatievoorziening te verbeteren wordt dan ook breed gedeeld.

De toegenomen aandacht vanuit uw Kamer voor de informatievoorziening over de zorg – wat blijkt uit de aanvaarde motie-Van der Veen (TK 2011–2012, 33 240 XVI, nr. 9) – beschouw ik als een ondersteuning voor mijn beleid, evenals de aandacht vanuit de Algemene Rekenkamer.

1) Verbetering toegankelijkheid en transparantie Financieel Beeld Zorg (FBZ)

In de ontwerpbegroting 2013 heb ik de toegankelijkheid en transparantie van het FBZ verbeterd. In het FBZ staat de ontwikkeling van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) centraal. De aanpassingen hebben ertoe geleid dat de financiële ontwikkelingen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven meer inzichtelijk zijn gepresenteerd. Ook is meer gedetailleerde informatie beschikbaar over de ontwikkelingen in de afzonderlijk sectoren. De Algemene Rekenkamer vindt dat het FBZ op onderdelen is verbeterd. Ik beschouw dit als een aanmoediging om door te gaan op de ingeslagen weg.

2) Stabieler ramingen door gebruikmaking van trendanalyses

Het afgelopen jaar heb ik meerjarige trendanalyses gemaakt over de uitgavenontwikkeling in diverse sectoren, waaronder de medisch-specialistische zorg. Hierdoor is het mogelijk om eerder dan in het recente verleden een betere inschatting te maken van de ontwikkeling van de uitgaven. Dit heeft onder meer geleid tot een stabieler raming voor de medisch-specialistische zorg. Hoewel de overgang naar DBC's op weg naar Transparantie (DOT) een trendbreuk veroorzaakt, bieden dergelijke analyses een basis voor het verbeteren van toekomstige ramingen.

3) Meer zicht op onderhanden werk

De schadelast die het College voor zorgverzekeringen (CVZ) elk kwartaal levert over de ziekenhuizen bestaat in de huidige situatie uit twee elementen, namelijk de door de verzekeraar ontvangen en geaccepteerde declaraties van de instellingen en daarnaast de balanspost. De balanspost is een bijschatting van de te verwachten schadelast in een jaar. De aangeleverde schadelast kent vanwege die geschatte balanspost een grote onzekerheidsmarge. Een deel van de balanspost bestaat uit verrichtingen die nog niet gedeclareerd zijn, omdat de DBC nog niet is gesloten, maar wel kunnen worden gekwantificeerd, het zogenaamde onderhanden werk. Een beter inzicht in het onderhanden werk verkleint de onzekere balanspost en verbetert het beeld over de feitelijke schadelast. Onderstaande illustratie verduidelijkt het voorgaande.

Opgave totale schadelast zonder waardering onderhanden werk

Ontvangen en geaccepteerde schadelast	Onzekere balanspost
---------------------------------------	---------------------

Opgave totale schadelast met waardering onderhanden werk

Ontvangen en geaccepteerde schadelast	Onderhanden werk	Onzekere balanspost
---------------------------------------	------------------	---------------------

In het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat zorgaanbieders binnen een maand na afloop van een kwartaal inzicht geven in de waarde van onderhanden werk aan verzekeraars. Met de betrokken partijen is overeen gekomen dat de levering van het onderhanden werk eind 2012 zal

plaatsvinden. Het onderhanden werk wordt geïnventariseerd door een speciaal gebouwd instrument, de zogenaamde grouper. Die grouper is gereed en inmiddels hebben 84 instellingen (ca 90%) de onderhanden werk module van hun ICT leverancier aangeschaft en 23 instellingen testen met aanleveringen aan de onderhanden werk grouper.

Ondanks deze stappen ben ik niet tevreden over de voortgang. In het bestuurlijk overleg over het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord van 20 november 2012 zijn de aanbieders opgeroepen haast te maken met de levering van het onderhanden werk. Zorgverzekeraars werken harde afspraken uit rondom aanlevering van het onderhanden werk die meegenomen kunnen worden in de contractering 2013. Ik ga de levering van het onderhanden werk en de informatie over contractering en productie verplicht stellen.

In het kader van het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord in de curatieve GGZ is met de veldpartijen overleg gestart om ook binnen die sector de informatievoorziening te verbeteren door inzicht te bieden in het onderhanden werk. Ook hier ga ik de levering van het onderhanden werk en de informatie over contractering en productie verplicht stellen.

4) Afspraken met College voor zorgverzekeringen (CVZ) en Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over gegevensleveringen

Met de gegevensleveranciers CVZ en NZa heb ik afspraken gemaakt over versnelling van de leveringen, over de mate van detaillering en over verbetering van de kwaliteit van de geleverde data. Dit heeft in de curatieve en de langdurige zorg geleid tot een versnelling.

5) Monitor Langdurige Zorg (voorheen Azoris)

Vorig jaar heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) in opdracht van VWS de pilot Azoris uitgevoerd, waarbij een prototype van een AWBZ-ketenmonitor is ontwikkeld. Doel van deze pilot was het bijeenbrengen van de (veelal versnipperde) beschikbare beleidsinformatie en het verbeteren van de managementinformatie over de AWBZ. Het doel van de Monitor Langdurige Zorg is om informatie te verschaffen over de aanspraken, gebruik, productie en kosten van de langdurige zorg die voor een reeks van gebruikers nuttig is voor het verkrijgen van inzicht in de keten van de langdurige zorg. De monitor moet dé bron (autoriteit) worden op het gebied van gegevens over de langdurige zorg.

De meerwaarde van een systeem als de Monitor Langdurige Zorg is dat gegevens uit de AWBZ-keten bij elkaar staan en gemakkelijk toegankelijk zijn.

Bovendien zijn de gegevens over aanspraak en gebruik op cliëntniveau aan elkaar gekoppeld en in relatie gebracht tot demografische gegevens. De gegevens hebben betrekking op de verschillende onderdelen van de beleidsketen. Binnen de keten worden diverse thema's onderscheiden die onderling met elkaar samenhangen: bevolking – aanspraak – gebruik – productievolume – uitgaven/opbrengsten.

Het CBS is gevraagd de monitor structureel vorm te geven en toegankelijk te maken.

6) Ontsluiten data Zorgprisma

Samen met Vektis werkt VWS aan een systeem om de volumedata (de «q») van Vektis aan te sluiten op de financiële gegevens waarover VWS op macroniveau beschikt. Op dit moment constateert VWS aan de hand van de leveringen van CVZ en NZa een afwijking in de uitgaven ten opzichte van het BKZ. Over de achtergronden van de afwijkingen binnen die sectoren is in de meeste gevallen nog te weinig bekend. Om daar meer inzicht in te krijgen, krijgt VWS de mogelijkheid om via een binnen Vektis

(Zorgprisma) specifiek voor VWS gebouwde dataset nadere informatie in te winnen. Daarmee ontstaat meer inzicht dan thans in de verklarende informatie. Medio 2013 start een eerste proef, die zich uitstrekt over de sectoren huisartsen, medisch-specialistische zorg en curatieve GGZ.

Aanvullende acties

Het afgelopen jaar heb ik, mede op advies van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven¹, een tweetal opties laten onderzoeken die perspectief boden op een aanzienlijke versnelling in de definitieve vaststelling van de zorguitgaven.

• Wijziging van het schadebegrip

In de tussenrapportage van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven is voorgesteld om de huidige wijze van schadelastberekening binnen de medisch-specialistische zorg aan te passen. In de toekomst zou de schadelast over een kalenderjaar worden bepaald door het moment van sluiten van de DBC. Dit in tegenstelling tot de huidige situatie waarin de DBC wordt toegerekend aan het jaar van openen. In mijn brief van 7 november 2011² ben ik daar uitgebreid op ingegaan. Door ook het BKZ te baseren op het nieuwe schadebegrip zou een boekhoudkundige versnelling worden gerealiseerd waardoor veel eerder dan thans de schadelast over een uitvoeringsjaar bekend zou komen. Naar verwachting zou de schadelast over het jaar t eind maart t+1 bekend worden. Aan deze maatregel kleven echter bezwaren in de verzekeringstechnische sfeer en vooral op het gebied van de contractering. Daarom is het hiernavolgende alternatief in overleg met zorgverzekeraars verkend.

• Verkorten duur van de vervolg-DBC

Door de doorlooptijd van DBC's te verkorten kan mogelijk een versnelling van de informatievoorziening worden gerealiseerd. Op dit moment kunnen DBC's maximaal een jaar open staan. De mogelijkheden en de gevolgen van het verkorten van de doorlooptijd naar bijvoorbeeld een half jaar zijn onderzocht. Een eerste analyse laat zien dat het verkorten van de doorlooptijd mogelijk is, maar dat dit behoorlijke aanpassingen vergt in de DBC-productstructuur en de regelgeving van de NZa. De exacte impact en reikwijdte van deze aanpassingen worden in kaart gebracht. Op basis van de uitkomsten van de analyse kan worden bepaald of en, zo ja, wanneer tot verkorten van de doorlooptijd van DBC's overgegaan kan worden.

Instellen Stuurgroep

Vanwege het belang dat ik hecht aan de verbetering van de informatievoorziening, heb ik besloten een zware ambtelijke stuurgroep in te stellen. De opdracht aan de stuurgroep is het komend jaar voorstellen te doen en concrete resultaten te boeken op het gebied van versnelling van de informatievoorziening over de zorguitgaven, het verbeteren van de monitorfunctie en de verklarende informatie. Deze stuurgroep bestaat naast ambtenaren van mijn eigen ministerie uit vertegenwoordigers van het ministerie van Financiën, het CVZ, de NZa en een externe deskundige. De stuurgroep zal zich primair richten op de informatievoorziening in de curatieve zorg (medisch-specialistische zorg, eerstelijnszorg en GGZ). De informatievoorziening in de langdurige zorg zal worden betrokken bij de uitwerking van de hervormingen in de AWBZ en de Wmo op basis van het Regeerakkoord. De stuurgroep wordt periodiek op de hoogte gehouden van de stand van zaken in de langdurige zorg.

¹ Tussenrapportage (TK 2011–2012, 29 248, nr. 219) en eindrapport «Naar beter betaalbare zorg» (TK 2011–2012, 29 689, nr. 395)

² Notitie over de verbetering van de financiële informatievoorziening cure en care (TK 2011–2012, 29 248, nr. 219).

De stuurgroep dient zorg te dragen voor voldoende focus en draagvlak. Bij het ontwikkelen van alternatieven is samenwerking met en

medewerking van alle partijen in de zorg onontbeerlijk. Die samenwerking zal worden gezocht door aansluiting bij al bestaande overlegstructuren. Het bestuurlijk overleg over het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord zal als platform voor (eventueel minder vrijblijvende) maatregelen dienen. De taakopdracht van de stuurgroep treft u in de bijlage aan (Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer). Ik verwacht de Tweede Kamer voor de zomer van 2013 te kunnen informeren over de eerste resultaten.

Betrokkenheid Algemene Rekenkamer

Evenals de Tweede Kamer heeft ook de Algemene Rekenkamer op verschillende momenten aandacht gevraagd voor de informatiehuishouding in de zorg¹. In haar brief van 26 oktober 2012 over aandachtspunten bij de VWS-begroting 2013 heeft de Algemene Rekenkamer een aantal suggesties gedaan. In de afgelopen periode is door VWS op verschillende niveaus regelmatig overleg gevoerd met de Algemene Rekenkamer over de informatievoorziening. Daarbij zijn ideeën uitgewisseld over mogelijke oplossingsrichtingen. De Algemene Rekenkamer heeft mij verzocht om toegang te verlenen tot de databronnen van CVZ en NZa die VWS ter beschikking staan bij het opstellen van de begrotingstukken, evenals tot het DBC Informatiesysteem (DIS) met als doel het in kaart brengen van de financiële stromen in de zorg. Ik heb mijn volledige medewerking aan dit onderzoek toegezegd. In de afgelopen weken hebben ambtenaren van mijn ministerie medewerkers van de Algemene Rekenkamer ondersteund bij het interpreteren van de data.

De Algemene Rekenkamer zal periodiek geïnformeerd worden over de stand van zaken met betrekking tot de werkzaamheden van de stuurgroep. Op die manier kan de Algemene Rekenkamer in overeenstemming met haar taken en bevoegdheden participeren in dit traject. Ik wil er hierbij ook op wijzen dat ten tijde van de invoering van Zorgverzekeringswet uitvoerig met de beide Kamers en de Algemene Rekenkamer is gesproken over de bevoegdheden van de Algemene Rekenkamer ten aanzien van het zorgstelsel², dit heeft geresulteerd in artikel 121 van de Zorgverzekeringswet.

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

¹ Rapport «Uitgavenbeheersing in de zorg», (TK 2011–2012 33 060, nr. 1).

² TK, 2004/05, 29 763, nr. 7, p. 18

TK, 2004/05, 29 762 en 29 763, nr. 25, p. 43

TK, 2004/05, 29 762 en 29 763, nr. 28, p. 32

TK, 2004/05, 29 763, nr. 35, p. 2339

EK, 2004/05, 29 763, E, p. 109