

Vergaderjaar 2012–2013

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 249

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 april 2013

Met deze brief reageer ik op de onderzoeksrapportage die is opgesteld door een expertcommissie ingesteld door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de overgangsregeling voor de bekostiging van instellingen voor medisch specialistische zorg.

Ik heb u eind vorig jaar aangegeven deze eindrapportage toe te sturen vergezeld van mijn standpunt (Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 29 248 nr. 246). Bij de beantwoording in eerste termijn van de vragen over de Begroting d.d. 5 december 2012, heb ik u tevens gemeld dat de eindrapportage naar verwachting voor 1 april aan u toegestuurd zou kunnen worden.

Met de brief die ik u op 26 maart jl. heb toegestuurd over de berichtgeving over de (controle op) declaraties van zorgaanbieders (Kamerstuk 28 828, nr. 22) heb ik u deze rapportage toegestuurd en aangegeven op korte termijn mijn reactie te zullen geven.

Aanleiding

De expertcommissie is vorig jaar september gestart omdat er door zorgverzekeraars en ziekenhuizen signalen waren afgegeven dat er door betrokkenen mogelijk misbruik werd gemaakt van het transitie-model dat is gecreëerd voor de overgang van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg. De commissie constateert dat de gelijktijdige overgang per 2012 naar prestatiebekostiging, de invoering van een nieuwe productstructuur (DOT) en de toepassing van een transitie-model hebben geleid tot een veelheid aan complexe regelgeving.

In het rapport van de expertcommissie wordt ingegaan op de regelgeving en geïventariseerd welke theoretische mogelijkheden er zijn voor achtereenvolgens gebruik, creatief gebruik, oneigenlijk gebruik, misbruik en fraude. De expertcommissie heeft een zeer uitgebreide analyse gedaan

en vervolgens in de praktijk vastgesteld in hoeverre er sprake is geweest van situaties die onder één van de labels van «gebruik» tot «fraude» vallen.

Bevindingen commissie

De commissie heeft in het algemeen geconstateerd dat er gebruik is gemaakt van de ruimte die de complexe regelgeving biedt. Er is een risico van opportunistische interpretatie in een dergelijke complexe situatie. De commissie constateert dat een dergelijke opportunistische interpretatie zich slechts zeer beperkt heeft gemanifesteerd. In die gevallen is tijdens de duur van het onderzoek de contractering aangepast cq. aanpassing in onderzoek genomen.

Misbruik of fraude is door de commissie niet vastgesteld. Hierbij merkt de commissie wel op dat, getoetst aan het opgestelde normenkader, er in geval van onvoldoende duidelijke regelgeving niet snel sprake kan zijn van «misbruik». Er is ook nog een definitieve beoordeling van de contractering 2012 nodig, om te beoordelen of er consistent beleid is gevoerd.

Verdere procedure

In het rapport is een aantal conclusies en aanbevelingen opgenomen. ZN heeft aangegeven de aanbevelingen over te nemen en hier verder mee aan de slag te gaan.

Dit betreft met name de volgende aanbevelingen:

- Werken met marktconforme prijzen (aanbeveling 10.1 punt 1)
- Consistentie beleid ten aanzien van kosten kapitaallasten (aanbeveling 10.1 punt 3)
- Consistentie beleid ten aanzien van aftrekpost voor doelmatigheid (aanbeveling 10.1 punt 6)
- Controle op bewuste verschuiving van omzet van nieuwe A- en B-dbczorgproducten naar oude B-segment (A/B-schuif) (aanbeveling 10.1 punt 7)
- Consistentie beleid ten aanzien van de keuze contractvorm (lumpsum of p*q) voor UMC's (aanbeveling 10.1 punt 9)
- Administratieve afhandeling (aanbeveling 10.1 punten 11 tot en met 15)
- Uniform model ontwikkelen voor verzekerdenuitvoering (aanbeveling 10.1 punt 16)
- Aanvullende controles op werking uitvoering transitie-model (aanbeveling 11.3.2)

De overige aanbevelingen in de rapportage vereisen geen actie.

Reactie

Ik ben verheugd dat ZN eind vorig jaar de expertcommissie heeft ingesteld. Hiermee heeft ZN haar verantwoordelijkheid genomen als vertegenwoordiger van één van de partijen die bij de contractering medisch specialistisch zorg betrokken is. Er is door de commissie een normenkader ontwikkeld en de feitelijke situatie is onderzocht en tegen het ontwikkelde normenkader beoordeeld. Er zijn tussentijds aanpassingen door individuele verzekeraars en aanbieders gedaan of in onderzoek genomen op punten waar mogelijk misbruik aan de orde zou kunnen zijn. Tevens zijn er een aantal aanbevelingen gedaan waar zorgverzekeraars mee aan de slag gaan.

Met deze rapportage, de hiervoor genoemde tussentijdse aanpassingen en de toezegging de aanbevelingen op te pakken, wordt het (mogelijke)

strategische gedrag van zorgverzekeraars en ziekenhuizen ten aanzien van het transitie­model mijns inziens goed opgepakt.

Ik betreur het dat er mogelijk sprake is geweest van opportunistische interpretatie, maar ik stel vast dat inmiddels de nodige herstelacties hebben plaats gevonden. Deze herstelacties waren nodig en het is goed dat partijen dit zelf hebben aangepakt.

Ik kan mij verder vinden in de genoemde aanbevelingen en ik zal er scherp op toe zien dat deze aanbevelingen ook daadwerkelijk worden opgevolgd.

Op dit moment zijn er nog een aantal onzekerheden. Een compleet beeld van het beroep op de transitieregeling en de budgettaire consequenties zal eerst in 2014 gegeven kunnen worden nadat de transitiebedragen zijn vastgesteld. In het bestuurlijk overleg over het hoofdlijnenakkoord zal ik de voortgang ten aanzien van de te nemen vervolgstappen blijven volgen. Ik zeg u hierbij toe u van de ontwikkelingen op de hoogte houden.

Ook andere partijen zijn eind vorig jaar aan de slag gegaan het aanpakken van de complexe materie rondom de bekostiging van medisch specialistische zorg. Ik verwijs u hiervoor naar de brieven over de jaarrekening ziekenhuizen (Tweede Kamer, 32 620 nr. 79) en over de berichtgeving over de (controle op) declaraties zorgaanbieders (Z-3160061).

Ten slotte wil ik nog ingaan op de opmerkingen in het rapport dat we de relevante regelgeving met alle betrokken partijen behoorlijk complex hebben gemaakt en dat bepaalde onderdelen soms niet duidelijk (genoeg) zijn. Ik zie dat als een consequentie van een heel complex overgangstraject dat is ingezet in 2012, van DBC's (ca. 44.000) naar DOT-zorgproducten (ca. 4.400) en van de gelijktijdige overgang van 35% vrije prijzen naar 70%. Hiermee is er een ander financieel model van toepassing dat grote consequenties kan hebben voor individuele ziekenhuizen. Dat is ook de reden voor het transitie­model dat twee jaar van toepassing zal zijn. Dit is mijn verantwoordelijkheid. De invoering van prestatie­bekostiging binnen de medisch specialistische zorg is mijns inziens nog steeds de juiste keuze geweest. Dat een dergelijke invoer gepaard gaat met problemen en complex is, is inherent aan een dergelijke majeure wijziging. Ook de GGZ kent een transitie­model, maar dat is eenvoudiger vormgegeven. Binnen de bekostiging van de medisch specialistische zorg is 2013 een veel minder complex jaar.

Als laatste wil ik u er nog op wijzen dat in de rapportage wordt uitgegaan van een definitieve afrekening van het transitie­model in het jaar t+2, in casu 2014. Ik ben inderdaad voornemens de definitieve afrekening in 2014 te laten plaatsvinden. Dan wordt ook het budgettaire effect op macro-niveau definitief in beeld gebracht.

Over het verschuiven van de afrekening naar 2014 heb ik u geïnformeerd per brief van 15 februari 2013 (Tweede Kamer, 32 620 nr. 79). Achtergrond is dat er eerst dan een volledig inzicht is op alle gedeclareerde DBC-zorgproducten over 2012. Betrokken partijen achten de aanpassing naar 2014 nodig om tot een correcte afwikkeling van het transitie­model te komen en tot een correcte verantwoording daarvan in de jaarrekeningen.

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