

**Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden**

**2453**

Vragen van het lid **Smilde** (CDA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de DBC-administratie (Diagnose Behandeling Combinatie)*. (Ingezonden 31 maart 2009)

1  
Kent u het bericht «DBC-administratie is onder de maat», waarin gemeld wordt dat de Nederlandsche Bank deze constatering heeft gedaan in zijn jaarverslag?<sup>1</sup>

2  
Deelt u de mening van de Nederlandsche Bank? Zo ja, kunt u aangeven waarom de administratie te kort schiet en voor welke ziekenhuizen dit geldt?

3  
Deelt u de mening van de Nederlandsche Bank dat zorgverzekeraars te weinig materiële controles over de DBC's verrichten? Zo ja, kunt u aangeven waarom dit niet of te weinig gebeurt en voor welke verzekeraars dit geldt?

4  
Bent u met de Nederlandsche Bank van mening dat de cijfers voor de risicoverevening traag beschikbaar komen? Zo ja, wat kan hieraan gedaan worden?

5  
Deelt u de mening dat het belangrijk is deze conclusies van de

Nederlandsche Bank te analyseren en, waar mogelijk, snel verbeteringen aan te brengen, gezien de omvang van het B-segment naar 35%, waarbij een goede en adequate administratie van het B-segment van groot belang is?

<sup>1</sup> Skipr, 30 maart 2009.  
<http://www.skipr.nl/actueel/%e2%80%98dbc-administratie-is-onder-de-maat%e2%80%99-24606.html>

**Antwoord**

Antwoord van minister **Klink** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 22 april 2009)

1  
Ja, ik ken dit bericht en het jaarverslag 2008 van de Nederlandsche Bank (DNB) waarop dit bericht is gebaseerd.

2  
Door de complexiteit van de huidige DBC-systeem kan de kwaliteit van administraties bij ziekenhuizen te kort schieten. Door het in gang gezette traject «DBC's op weg naar Transparantie» (DOT) en de inrichting van een basisregistratie bij ziekenhuizen is de verwachting dat deze kwaliteit aanzienlijk verbetert. Bij DOT gaat het om de invoering van een nieuwe vereenvoudigde productstructuur van DBC's (reductie van 30.000 naar maximaal 3000 DBC's). Daarnaast is de verwachting dat ziekenhuizen de komende jaren over zullen gaan tot de inrichting van een basisadministratie, waarbij het

invoeren van gegevens eenmalig aan de bron plaatsvindt. De kans op fouten neemt hierdoor af. De ziekenhuizen zijn zelf verantwoordelijk voor de invoering. Dit wordt evenwel gestimuleerd door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Ik beschik niet over gegevens van individuele ziekenhuizen en kan dan ook niet aangeven bij welke ziekenhuizen de administraties te kort schieten.

3  
Gedeclareerde DBC's vormen een belangrijk onderdeel van de schadelast, en daarmee van de kosten, van een zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar dient na te gaan of: a. de prestatie die hij vergoedt, ook daadwerkelijk door de zorgaanbieder is verricht (rechtmatigheid); b. de geleverde prestatie het meest aangewezen was gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde (doelmatigheid) Dit wordt materiële controle genoemd. Het «Protocol materiële controle», dat Zorgverzekeraars Nederland heeft opgesteld, geeft aan de zorgverzekeraar de noodzakelijke handvatten voor de verschillende instrumenten, die hij bij de controle kan gebruiken. Uitgangspunt hierbij is, dat er geen zwaardere of ingrijpender instrumenten worden ingezet, dan gezien de concrete omstandigheden noodzakelijk is, en gezien de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de

verzekerde gerechtvaardigd is. Op basis van een risicoanalyse stelt de zorgverzekeraar een controleplan op. Daarin geeft hij aan met welke mix van instrumenten hij een bepaald object gaat controleren. Voorbeelden van de instrumenten zijn: de statistische analyse, de verbandscontrole en de detailcontrole. Deze laatste, waarbij tot op persoon herleidbare gegevens betreffende iemands gezondheid worden gebruikt, dient vooral om de bevindingen die met andere controle-instrumenten zijn vastgesteld, te kunnen verifiëren. Daarbij kan gedacht worden aan: het oproepen van een verzekerde door een medisch specialist na afloop van een behandeling, het controleren van de afsprakenkalender bij een zorgaanbieder of een aselect dossieronderzoek.

Het Protocol beoogt niet om regels op te stellen waaruit voor elk geval dwingend aan de zorgverzekeraar wordt voorgeschreven welk instrument hij moet inzetten. Iedere individuele zorgverzekeraar bepaalt dus zelf in welke gevallen hij welke mix van controle-instrumenten inzet. Op basis van de risicoanalyse kan zelfs geheel worden afgezien van de inzet van verdere instrumenten. De zorgverzekeraar maakt hiervoor zelf een afweging tussen de kosten en de baten. Ik beschik niet over informatie van individuele zorgverzekeraars hierover. Wel rondt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op dit moment een thematisch onderzoek af, naar de invulling die zorgverzekeraars aan de hand van het Protocol geven aan de materiële controles.

De juistheid van de schades die de zorgverzekeraar inbrengt bij de risico-verevening worden gecontroleerd door zijn externe accountant. De NZa houdt hierop toezicht.

In zijn algemeenheid deel ik de mening van DNB dat regelmatige en strikte controles de druk op de zorgaanbieder verhoogt om zijn administratie, en daarmee de kwaliteit van DBC-gegevens, te verbeteren. Deze controles zouden dan ook in de bedrijfsvoering van de zorgverzekeraar moeten worden ingebed. De bevindingen van DNB bevestigen de urgentie van een aantal verbetertrajecten die ik heb genoemd in mijn antwoord op vraag 2.

4  
Bent u met de Nederlandsche Bank van mening dat de cijfers voor de risicoverevening traag beschikbaar komen? Zo ja, wat kan hieraan gedaan worden?

4  
Volgens de Zorgverzekeringswet moet in jaar t+2 de risicovereveningsbijdrage waar een zorgverzekeraar recht op heeft, definitief zijn vastgesteld. Deze wettelijke termijn biedt de zorgverzekeraar op tijd inzicht in de inkomsten waar hij op basis van het risicovereveningssysteem recht op heeft. De definitieve vaststelling van de risicovereveningsbijdrage voor het jaar 2006 heeft helaas niet binnen deze wettelijke termijn plaatsgevonden. De doorlooptijd leidt er toe, dat veel DBC's die in het jaar 2006 zijn geopend, pas in het jaar 2008 worden gedeclareerd en betaald. Het is gebleken dat het om een zeer aanzienlijk bedrag gaat. Zou de wettelijke termijn zijn gevolgd, dan zou een groot gedeelte van deze declaraties te laat zijn binnengekomen om nog te kunnen worden meegenomen bij de definitieve vaststelling 2006. De onzekerheid die dit oplevert voor zorgverzekeraars, was voor Zorgverzekeraars Nederland reden om mij onlangs met klem te verzoeken om de definitieve vaststelling zodanig uit te stellen, dat alle declaraties 2006 daarin kunnen worden meegenomen. Ik ben van plan om dit verzoek in te willigen. Daarbij denk ik er aan, om aan het CVZ te vragen uiterlijk voor 1 oktober 2009 (t+3) een (tweede) voorlopige vaststelling uit te voeren. Ervaring leert dat deze tweede voorlopige vaststelling materieel niet veel zal afwijken van de definitieve vaststelling. Door deze tweede voorlopige vaststelling 2006 voor 1 oktober 2009 uit te voeren, kunnen de zorgverzekeraars de financiële informatie die daar uit komt, nog verwerken in hun premievaststelling voor 2010. De definitieve vaststelling 2006 zou dan plaatsvinden vóór 1 maart 2010, nadat de Nederlandse Zorgautoriteit de tweede voorlopige vaststelling 2006 heeft gecontroleerd. Ik heb hierover contact gehad met DNB. Gezien de geschetste omstandigheden kunnen zij mijn voornemen billijken, mits er

additionele inspanningen worden verricht om het declaratieverkeer verder te verbeteren.

5  
Ik heb de conclusies van DNB geanalyseerd. Zoals ik in de antwoorden op de vragen 2 en 3 al heb aangegeven, bevestigen zij de urgentie en het belang van de ingezette verbeteringen.