

Vergaderjaar 2011–2012

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 219

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 november 2011

Hierbij stuur ik u een notitie over de verbetering van de financiële informatievoorziening cure en care.

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

Notitie verbetering financiële informatievoorziening cure en care

1. Aanleiding en leeswijzer

Bij diverse gelegenheden en laatstelijk op 6 april 2011 (Kamerstuk 29 248, nr. 206) tijdens het Algemeen Overleg met uw Kamer over de medisch specialistische zorg, heb ik toegezegd u te informeren over initiatieven om de financiële informatie over de uitgavenontwikkeling in de cure en de care zodanig te verbeteren zodat er sneller dan nu inzicht ontstaat in de feitelijke lasten over een uitvoeringsjaar. Daarbij ligt de nadruk vooral op de financiële informatie over de medisch specialistische zorg. Met deze brief stel ik u op de hoogte van de ontwikkelingen op dat terrein. Daaraan voorafgaand schets ik eerst de huidige situatie en welke initiatieven in het recente verleden zijn ontplooid waarmee al een versnelling in de informatievoorziening is gerealiseerd.

In deze brief ga ik achtereenvolgens in op:

- De al gerealiseerde versnellingen;
- De aanbevelingen van de Taskforce;
- Het bestuurlijke hoofdlijnenakkoord;
- Inspanningen informatievoorziening curatieve GGZ.

De bewindspersonen van VWS en de minister van Financiën hebben op 1 december 2010 de Taskforce beheersing zorguitgaven in het leven geroepen. Deze ambtelijke Taskforce zal voor de zomer van 2012 nadere voorstellen ontwikkelen, die de beheersing op middellange termijn kunnen vergroten en komt tevens met aanbevelingen die de houdbaarheid op langere termijn bevorderen c.q. die leiden tot een lager groeipad van de collectieve zorguitgaven. Een onderdeel daarvan is de verbetering van de informatievoorziening. De Taskforce heeft mij op het gebied van de informatievoorziening al een aantal voorstellen gedaan.

Niet alleen in het kader van de Taskforce, maar ook in het kader van het bestuurlijk akkoord tussen ziekenhuizen, verzekeraars en mij is de financiële informatievoorziening nadrukkelijk aan de orde gekomen. In het bestuurlijk akkoord gaat het dan vooral over informatie over het onderhanden werk. In dat verband heeft Zorgverzekeraars Nederland in nauwe samenwerking met de Nederlandse vereniging van Ziekenhuizen en VWS een onderzoek uitgezet. Dat onderzoek richt zich vooral op de verbetering van de informatievoorziening zoals die in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord is afgesproken.

Daarnaast worden ook bij de GGZ inspanningen verricht om de productie gedurende het jaar te monitoren. Het gaat daarbij om informatie over een inschatting van de totale kosten op basis van productieafspraken en informatie over onderhanden werk bij aanbieders.

Voorafgaand wil ik er graag op wijzen dat ik stelselverantwoordelijke ben, maar dat andere partijen binnen het stelsel de verantwoordelijkheid hebben gekregen om de feitelijke uitgaven te doen. Het stelsel is zo ingericht, dat de verzekeraar, het zorgkantoor zorg inkoop bij aanbieders, de patiënt/cliënt vraagt zorg bij de aanbieders, de aanbieder levert de zorg en declareert deze bij verzekeraars/zorgkantoren, die de declaraties controleren en betalen en pas daarna komt informatie over zorguitgaven voor mij beschikbaar. Ik ben daarbij van mening dat de informatievoorziening fors moet worden versneld en meer actueel moet zijn dan in de huidige situatie. Ook dient er in de loop van het jaar goede en bruikbare informatie te komen om al tijdens de loop van het uitvoeringsjaar het beleid zo nodig bij te buigen. Daarbij moet echter telkens een gedegen

afweging worden gemaakt tussen de wensen over de financiële informatie en de daarmee samenhangende administratieve lasten.

Met de motie Van der Veen, TK vergaderjaar 2010–2011, 32 710 XVI, nr. 7, heeft u mij verzocht de financiële informatievoorziening over de zorguitgaven te verbeteren en de Rekenkamer hierbij te betrekken. De Rekenkamer heeft inmiddels zelf een onderzoek uitgevoerd naar kostenbeheersing in de zorg, waarin ook het vraagstuk van de informatievoorziening aan bod komt. Met dit rapport acht ik de betrokkenheid van de Rekenkamer bij dit onderwerp voldoende gewaarborgd.

2. Gerealiseerde versnellingen binnen de huidige systematiek

De afgelopen periode is er intensief overleg geweest met de gegevensleveranciers over de kwaliteit en gedetailleerdheid van de data en het tijdstip van aanlevering. Dit heeft in 2010 en 2011 geleid tot een belangrijke stap in de versnelling van de informatie bij vooral de AWBZ. In 2010 is de aanlevering van de financiële informatie over de AWBZ namelijk sterk verbeterd en deze sluit nu aan op de begrotingscyclus. Belangrijk winstpunt is dat de voorlopige realisatiegegevens over het jaar t-2 nu in februari t voor meer dan 90% beschikbaar komen. In het verleden kwamen die gegevens pas na de voorjaarsbesluitvorming in juni van het jaar t en voor een veel geringer deel beschikbaar.

De huidige situatie is echter nog niet optimaal, vooral wat de medisch specialistische zorg betreft. In de optimale situatie zou de feitelijke informatie over jaar t-1 direct aan het begin van jaar t beschikbaar zijn. Een definitief inzicht zou dan beschikbaar zijn bij de voorjaarsbesluitvorming in het jaar t.

3. Taskforce

De Taskforce heeft onlangs aanbevelingen gedaan op een drietal terreinen, namelijk:

- a. versnelling van de financiële informatie over de uitgaven in het medisch specialistisch kader en de curatieve GGZ en het behoud van de informatievoorziening in de AWBZ;
- b. de ontwikkeling van een systeem van early warning;
- c. verklarende informatie (koppeling van financiële informatie aan achterliggende zorgprestaties).

ad a Versnelling financiële informatie

Algemeen

VWS ontvangt meerdere malen per jaar (realisatie)gegevens van onder meer het CVZ en de NZa ten behoeve van het bepalen van de hoogte van de uitgaven onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ). In dit kader zijn vooral de uitgaven in de medisch specialistische zorg relevant. Het betreft hier de medisch specialisten, ziekenhuisuitgaven (algemeen en academisch) in het A en B-segment, ZBC's, overig curatieve zorg en curatieve GGZ.

Huidige systematiek

In de huidige situatie wordt door de verzekeraars de schade toegerekend aan het jaar waarin de DBC wordt geopend. Dus een DBC die in september 2009 is geopend, vervolgens in september 2010 is gesloten, in december 2010 is gedeclareerd en in januari 2011 is afgerekend, wordt als schade toegerekend aan het jaar 2009. Ook het BKZ is voor wat de B-DBC's betreft, gerelateerd aan de DBC's in het jaar van opening. Voor A-DBC's sluit het BKZ thans aan op budgetinformatie van de NZa. Ook die informatie komt met een flinke vertraging beschikbaar. Overigens vervalt

de mogelijkheid om te werken met budgetinformatie van de NZa met het verdwijnen van de FB-systematiek. Hierdoor zal ook voor het A-deel gebruik moeten worden gemaakt van informatie van verzekeraars.

Deze methode van schadetoerekening door verzekeraars leidt ertoe dat pas twee jaren na de feitelijke overschrijding een nagenoeg definitieve vergelijking kan worden gemaakt met het BKZ en de overschrijding vast staat. Tot die tijd wordt gewerkt met voorlopige cijfers die over tijd sterk kunnen veranderen. Dit heeft dus ook tot gevolg dat het cijferbeeld tussen voorjaarsnota en miljoenennota sterk wijzigt en maakt het beheersen van de uitgaven lastig. De vertraging in het vaststellen van de feitelijke jaarschade wordt dus veroorzaakt door de DBC's die in jaar t zijn geopend maar pas ruim na afloop van jaar t worden gesloten en gedeclareerd en afgerekend. Deze nog openstaande DBC's vormen het zogenaamde onderhanden werk. Dit onderhanden werk vormt een inschatting van de nog te verwachten schade. De eventuele overschrijding die over jaar t wordt vastgesteld vindt dus de eerste jaren plaats op basis van schattingen door verzekeraars. Hoe sneller de feitelijke uitgaven over een jaar bekend zijn, hoe kleiner het onderhanden werk is. Dat levert dus een veel reëler beeld op over de vergelijking van de uitgaven in de medisch specialistische sector met de in het BKZ beschikbare middelen. Uiteindelijk zijn alle partijen daarbij gebaat, omdat VWS, verzekeraars, medisch specialisten en instellingen om uiteenlopende redenen zo snel mogelijk inzicht willen in de feitelijke schade over jaar t.

Voorstel Taskforce

De taskforce heeft voorgesteld de DBC-schade niet langer toe te rekenen aan het jaar van openen van een DBC, maar aan het jaar van sluiten. Daarnaast houdt het voorstel in dat de schade via de methode van het verschoven kasjaar niet langer wordt bepaald door de gesloten DBC's in de periode 1 januari t/m 31 december, maar over de periode 1 oktober t-1 t/m 30 september t.

Bij invoering per 1-1-2013 zou dan al in de Voorjaarsnota 2014 een voor meer dan 95% betrouwbaar beeld kunnen worden gegeven over de realisatie 2013. In de huidige situatie is dit minder dan 25%. Daarmee wordt tegemoet gekomen aan een uitdrukkelijke wens van de Tweede Kamer. Deze wijziging wordt zodanig vormgegeven dat deze geen gevolgen heeft voor het schadebegrip zoals dat door instellingen en verzekeraars wordt gehanteerd. De door de Taskforce voorgestelde wijziging is slechts relevant voor het BKZ.

Op dit moment laat ik een nadere verkenning uitvoeren naar de mogelijkheden tot invoering van een dergelijk, door de Taskforce geadviseerd systeem. Bij die verkenning worden alle relevante partijen betrokken en wordt ook bezien of en zo ja welke effecten deze wijziging zou hebben op het BKZ en de berekening van het EMU-saldo. Ik laat in dit verband ook voor het einde van dit jaar een onderzoek uitvoeren naar de statistische gevolgen voor de schadelast van de voorstellen van de Taskforce. In het voorjaar van 2012 zal ik dan een definitieve beslissing nemen over het invoeren van dit voorstel per 1 januari 2013. Bij die beslissing zal een eventueel effect op het EMU-saldo en het BKZ in de afweging worden betrokken.

Verkorting duur DBC/DOT

Doordat DBC's lang openstaan is er pas laat inzicht in de kosten, door verkorting van de duur van een DBC zal dus eerder zicht zijn op de kosten. Bij de invoering van DOT wordt de duur voor veel DOT-zorgproducten beperkt. Een klinisch subtraject moet maximaal 42 dagen na ontslagdatum worden afgesloten. Een niet-klinisch subtraject (dagopname of

polikliniek) met een conservatieve behandeling mag maximaal 90 dagen openstaan. De overige zorgproducten (o.a. vervolg DOT's) mogen maximaal een jaar openstaan. De taskforce heeft voorgesteld na een jaar te bezien of het wenselijk is om met het oog op de versnelling in de financiële informatievoorziening de duur van die vervolg DOT's in de toekomst te bekorten. Ik neem dat voorstel over. Na evaluatie van het eerste jaar van invoering zal een dergelijke bekorting niet voor 1 januari 2014 kunnen worden ingevoerd.

Doorwerking naar curatieve GGZ

Ook in de curatieve GGZ wordt gewerkt met DBC's. De Taskforce stelt voor om ten aanzien van deze sector de DBC's te boeken op jaar van sluiting in plaats van jaar van opening. Ook het verschoven kasjaar kan binnen de curatieve GGZ worden toegepast. Ik betrek de voorstellen over de curatieve GGZ bij de verkenning over het door de Taskforce voorgestelde systeem in de medisch specialistische zorg.

Behoud informatievoorziening AWBZ

In het Regeer- en Gedoogakkoord is opgenomen dat de uitvoering van de AWBZ overgaat naar zorgverzekeraars en is besloten tot invoering van prestatiebekostiging op basis van ZZP's. Bij deze overgang is het essentieel dat de informatievoorziening goed wordt geregeld zodat minimaal een net zo snel, actueel en betrouwbaar beeld beschikbaar is als in de huidige situatie. Bij de inrichting van de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars zal de organisatie van de informatievoorziening een essentieel thema zijn zodat VWS haar systeemverantwoordelijkheid adequaat kan uitoefenen.

ad b. Inrichting systeem early warning

Om tijdens het jaar inzicht te krijgen in de ontwikkelingen en eventuele afwijkingen van de uitgaven ten opzichte van de ramingen zal een early warning systeem worden ontwikkeld voor zowel de curatieve als langdurige zorg. De focus zal in eerste instantie liggen op de deelsectoren ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg, ZBC's en curatieve GGZ. Doel van een early warning systeem is snel inzicht te krijgen in de uitgavenontwikkeling. Op basis van een signaal kan nader worden onderzocht wat de onderbouwing is (het objectiveren van het signaal), wat de risico's zijn en welke maatregelen tijdig te treffen zijn.

In dit kader laat ik mogelijkheden tot het inrichten van een systeem van early warning verkennen. Momenteel loopt een project voor de ontwikkeling van een AWBZ-ketenmonitor. Het CBS is in dit kader gevraagd een pilot op te zetten. In de monitor worden gegevens over de keten (aantallen indicaties, gebruik van zorg en productie en kosten) samengebracht. Naar verwachting is de pilot eind 2011 gereed. Daarna wordt besloten over structurele vormgeving en inbedding. Voor de ZVW wordt een daarmee vergelijkbaar systeem verkend. Input voor dat systeem kan zijn een afslag van bepaalde informatie uit de grouper en het registreren van een eerste contact tussen zorgvrager en medisch specialist. Zodoende kan meer inzicht in de loop van het jaar worden ontvangen over het onderhanden werk.

ad c. verklarende informatie

Voor de beheersing van de zorguitgaven is het niet alleen nodig om tijdig financiële informatie te hebben, maar is het ook nodig inzicht te krijgen in de oorzaken van de ontwikkeling van de uitgaven. Dit snel na afloop van het financiële jaar als ook in het lopende jaar zelf. Dit is verklarende informatie («productie achter de cijfers») zoals volume en prijsontwikke-

lingen per specialisme en op instellingsniveau). Deze informatie is nu niet structureel beschikbaar op centraal niveau. Indien de financiële informatie daartoe aanleiding geeft wordt zo nodig nader onderzoek gedaan. Verklarende informatie is nodig voor alle deelsectoren, ook om substitutie tussen sectoren te begrijpen. Het kan nodig zijn om na constatering van een overschrijding of bij grote ondoelmatigheid een diepteanalyse uit te voeren.

Ook hier laat ik onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om de verklarende informatie te verbeteren. Zo wordt verkend of de toegangsrechten van VWS tot informatie in het DIS (DBC informatie systeem) kan worden uitgebreid tot het niveau van de instelling. Daarnaast onderzoek ik of het mogelijk is om het DIS initieel te laten vullen door de grouper om zodoende de volledigheid, juistheid en tijdigheid van het DIS te verbeteren. Voor een inhoudelijke verbetering van verklarende informatie ligt het in mijn voornemen om de medische diagnoses te laten registeren volgens de internationale ICD10-classificatie en deze te koppelen aan de bekostiging via DOT. Hiermee wordt de huidige registratie van een declaratiediagnose vervangen door een medisch inhoudelijke diagnose die bruikbaar is voor internationale vergelijkingen.

4. Afspraken en onderzoek op basis van Bestuurlijk akkoord

In het bestuurlijk akkoord zijn op het gebied van de informatievoorziening de volgende afspraken gemaakt. De zorgaanbieders dienen minimaal per kwartaal de volgende gegevens aan te leveren:

- a. DOT zorgproducten die zijn gesloten en gefactureerd;
- b. DOT zorgproducten die zijn gesloten en nog niet gefactureerd (dit valt eigenlijk onder het onderhandenwerk);
- c. Het overige onderhandenwerk (lopende DBC's en naar verwachting nog te openen DBC's).

Deze informatie geeft de verzekeraar meer zicht op het onderhanden werk. Ook in de situatie waarin de BKZ-schade wordt uitgedrukt in gesloten DBC's, is deze informatie voor VWS nog steeds relevant voor inzicht in de te verwachten ontwikkelingen.

Naast de verkenning van de voorstellen zoals die door de Taskforce zijn gedaan, wordt via een door Zorgverzekeraars Nederland verstrekte opdracht door KPMG onderzoek gedaan naar mogelijkheden tot versnelling van de financiële informatievoorziening. Dit onderzoek sluit aan bij de verbetering van de informatievoorziening zoals opgenomen in het in juli 2011 tussen de ziekenhuizen en mij gesloten Hoofdlijnenakkoord over de kostenbeheersing in de ziekenhuissector. Dat onderzoek richt zich voor de korte termijn meer op het verbeteren van inzicht in het onderhanden werk. Uiterlijk eind oktober wordt gerapporteerd aan de opdrachtgever.

5. Inspanningen informatievoorziening curatieve GGZ

Een van de maatregelen binnen de curatieve GGZ betreft de scherpere inkoop door verzekeraars. In overleg met betrokken partijen is de invulling van deze maatregel nader uitgewerkt waarbij ook afspraken zijn gemaakt op het terrein van monitoren. Het betreft dan informatie over een inschatting van de totale kosten onder andere op basis van productieafspraken en informatie over onderhanden werk bij aanbieders. Een en ander wordt momenteel nog verder uitgewerkt.

Naast de verkenning van de voorstellen zoals die door de Taskforce zijn gedaan, wordt via een door Zorgverzekeraars Nederland verstrekte opdracht door KPMG onderzoek gedaan naar mogelijkheden tot versnelling van de financiële informatievoorziening. Dit onderzoek sluit aan bij de verbetering van de informatievoorziening zoals opgenomen in het in juli 2011 tussen de ziekenhuizen en mij gesloten Hoofdlijnenakkoord over de kostenbeheersing in de ziekenhuissector. Dat onderzoek richt zich voor de korte termijn meer op het verbeteren van inzicht in het onderhanden werk. Uiterlijk eind oktober wordt gerapporteerd aan de opdrachtgever.

6. Ten slotte

Zoals al aangegeven bevindt de uitwerking van de voorstellen van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven zich in de verkennende fase. Naar het zich thans laat aanzien zal op korte termijn het onderzoek naar het effect van de maatregelen op de uitgaven (ad a.) worden gestart. Tegelijkertijd zullen ook de eventuele gevolgen voor de instellingen en de verzekeraars nader worden bestudeerd, uiteraard in nauw overleg met de betrokken partijen. Gelet op het belang dat ook de Tweede Kamer aan de versnelling van de informatievoorziening hecht, zal ik de Kamer van de ontwikkelingen op dit gebied periodiek op de hoogte stellen. Een vervolgrapportage kunt u in het voorjaar van 2012 tegemoet zien. Bij die gelegenheid zal ik u ook op de hoogte stellen over de definitieve beslissing om het voorstel over de versnelling van de financiële informatie in te voeren.