

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

880

Vragen van het lid **Van der Veen** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *artsen die 1 miljard Euro extra declareren* (ingezonden 9 november 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 9 december 2011).

Vraag 1

Weet u dat artsen tussen 2006 en 2008 voor 1 miljard Euro extra inkomsten bij elkaar sjoemeldent?¹ Wat vindt u hiervan?

Antwoord 1

Ik heb kennis genomen van het door het lid Van der Veen aangehaalde Volkskrant-artikel waarin gerefereerd wordt aan een promotieonderzoek van dr. Hasaart. Laat ik vooropstellen dat ik het woord «sjoemelen» in de kop van dit artikel misplaatst vind. De onderzoeker spreekt zelf over onbedoelde en onjuiste declaraties. Daarbij mist het artikel belangrijke nuances die wel zijn gemaakt in het eigenlijke onderzoek, waar ik inmiddels eveneens kennis van heb mogen nemen. De 1 miljard Euro betreft een cumulatief en een geëxtrapoleerd bedrag tussen 2006 en 2008 waar nog niet de gebruikelijke controles door de onderzochte verzekeraar over hadden plaatsgevonden. Zorgverzekeraars hebben op grond van dergelijke controles een deel van dit bedrag teruggevorderd.

Vraag 2

Wat vindt u ervan dat 5% van de zorg die artsen en ziekenhuizen in rekening brachten dubbel werd gedeclareerd?

Antwoord 2

Het onderzoek richt zich in feite op twee verschillende soorten onwenselijk declaratiegedrag van ziekenhuizen: upcoding en overdeclaratie. Bij upcoding wordt er een duurdere DBC gekozen dan strikt medisch noodzakelijk. Bij overdeclaratie worden meerdere DBC's geopend bij een bepaalde behandeling, waardoor sommige activiteiten dubbel worden gedeclareerd. Als dit opzettelijk gebeurt, is er sprake van fraude. Verzekeraars voeren formele en materiële controles uit om te kijken of er juist wordt gedeclareerd. In de formele controles wordt gecheckt of de declaraties

¹ de Volkskrant, 4 november 2011.

juist zijn ingediend volgens de wet en regelgeving. In de materiële controles gaat de zorgverzekeraar na of de gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk is geleverd. Van zorgverzekeraar CZ heb ik vernomen dat er over het algemeen geen sprake bleek van kwade opzet, dus van fraude, maar dat onduidelijkheden in het declaratieproces de oorzaak waren van veel dubbele declaraties. Meestal komen de verzekeraar en de specialist er in hoor en wederhoor samen uit en wordt het teveel gedeclareerde bedrag teruggestort. Ik acht het van groot belang dat eventuele verkeerde prikkels of onduidelijkheden in het systeem weggenomen worden. Met de invoering van DOT worden de prikkels voor dergelijk declaratiegedrag voor een belangrijk deel ondervangen, onder andere door de invoering van vaste afsluitregels en automatische afleiding van het juiste DOT-zorgproduct. Medisch specialisten kunnen straks niet meer zelf een DBC sluiten en een nieuwe openen voor dezelfde zorgvraag: de DBC sluit 42 (operatief) of 90 dagen (poliklinisch) na het laatste contact met de patiënt. Daarbij wordt het DOT-zorgproduct niet meer door de medisch specialist gekozen, maar leidt een onafhankelijk computersysteem (de Grouper) af welk DOT-zorgproduct het best past bij de geregistreerde diagnose en zorgactiviteiten.

Ook de rol van de verzekeraar wordt steeds belangrijker in de afspraken en controle bij ziekenhuizen. Verzekeraars krijgen meer belang en mogelijkheden bij de kostenbeheersing. De invoering van prestatiebekostiging, het vervallen van de collectieve afspraken, de vergroting van de mogelijkheden tot prijsonderhandeling, het vergroten van de risicodragendheid van verzekeraars, zullen alle leiden tot een actievere rol voor verzekeraars. Dit is ook bevestigd in het hoofdlijnenakkoord dat ik enkele maanden geleden met veldpartijen heb gesloten. Hiernaast ben ik samen met veldpartijen een project «intensivering controle en toezicht» gestart om de mogelijkheden tot verbetering van het systeem vanuit het controle- en toezichtperspectief te bezien.

Vraag 3

Wat vindt u ervan dat medische ingrepen die relatief veel geld opleveren met de huidige Diagnose Behandeling combinatie (dbc) structuur, zoals heupoperaties, vaker werden uitgevoerd dan behandelingen waarop niet wordt verdiend?

Antwoord 3

De onderzoeker noemt in haar onderzoek geen oorzaak voor het vaker uitvoeren van bepaalde behandelingen: «De volume-effecten die we hebben gevonden kunnen we niet direct interpreteren als overproductie. Er kunnen ook andere redenen zijn voor de toename in volume zoals eerder bestaande wachtlijsten, onderbehandeling of verschillen in behandelstijl.» Als de uitgevoerde behandelingen hebben geleid tot overbehandeling, dan is dat geen goede zaak, zowel vanuit financieel oogpunt, als vanuit kwaliteits-oogpunt. Ten algemene laat dit het belang zien van het inrichten van de juiste financiële prikkels in het bekostigingssysteem. Dit vraagt om passende tarieven voor de DBC's. Ik ben van mening dat die voor een groot deel in de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars het beste tot stand kunnen komen. De afgelopen overgangsjaren is er veel ervaring opgedaan met het onderhandelen over DBC's. Met de uitbreiding van het vrije segment naar 70% krijgt de sector de ruimte om over meer zorg goede prijsafspraken te maken. De invoering van DOT helpt hierbij. De nieuwe DOT-zorgproducten zijn medisch herkenbaarder en kostenhomogener. Dit draagt bij aan goede onderhandelingen over kwaliteit, volume en prijs. Ik ben me er wel van bewust dat bij de invoer van een nieuw systeem er altijd opstartproblemen zijn, en onduidelijkheden. Partijen hebben nog geen ervaring opgedaan met het declareren van DOT-zorgproducten. Ik houd een vinger aan de pols hoe het loopt. In dit verband wijs ik u er graag op dat het bevorderen van gepast gebruik en het terugdringen van praktijkvariatie en daarmee van onnodige zorg, een belangrijk speerpunt is in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord dat ik met de sector heb gesloten. Overigens geeft de NZa via het vereveningsonderzoek extra aandacht aan gepast gebruik ten behoeve van de controle op de middelen die ten laste van het zorgvereveningsfonds mogen worden gebruikt. Tot slot wil ik u wijzen op het convenant over gepast gebruik dat ondertekend is door de NPCF, de KNMG, ZN, DBC-Onderhoud, de Nza, de

Regieraad Kwaliteit van Zorg, ZonMw en het CVZ. Deze partijen hebben de intentie uitgesproken om gezamenlijk inzicht te krijgen in de aard en omvang van ongepast gebruik en welke verbeteringen hiervoor zouden moeten worden doorgevoerd.

Vraag 4

Wat is volgens u de reden dat op locaties met vrijevestigde artsen vaker duurdere behandelingen, zoals operaties met overnachting, werden ingezet dan in ziekenhuizen met artsen in loondienst?

Antwoord 4

In het onderzoek wordt geconcludeerd dat er een variatie bestaat tussen ziekenhuizen in de verhouding goedkopere en duurdere DBC's bij een aantal aandoeningen. Hierbij spelen patiëntenkenmerken een rol. De onderzoeker wijst echter terecht ook op andere kenmerken die van invloed zijn op de mate waarin upcoding voorkomt. De «declaratiecultuur» van een ziekenhuis wordt hierbij genoemd. Het is daarom van belang dat zorgverzekeraars naast het maken van prijsafspraken ook toezicht houden en acties ondernemen bij onjuist declaratiegedrag, door bijvoorbeeld de verhouding tussen bepaalde DBC's te benchmarken tussen ziekenhuizen. Zorgverzekeraars zijn hier steeds beter toe in staat.

Het is van belang om de financiële prikkels in de zorg in balans te brengen. Beter kwaliteit en het wegwerken van wachtlijsten door extra inspanningen moeten beloond worden. Daar staat tegenover dat dit niet moet doorslaan naar uitsluitend omzetgedreven zorgaanbod. Met het invoeren van het beheersmodel voor medisch specialisten per 2012 wordt de prikkel om «te veel» te declareren beperkt. Meer verrichtingen doen levert vrijevestigd medisch specialisten boven de honorariumgrens niet meer honorariumomzet op, aangezien er in dat beheersmodel een vast plafond geldt voor de honorariumomzetten van alle medisch specialisten werkzaam in een instelling. Er blijft echter wel een prikkel bestaan voor individuele specialisten om meer te declareren. Met de invoering van de grouper en de vereenvoudiging van de productstructuur verwacht ik evenwel dat de mogelijkheden hiertoe verkleind worden. Ook de zorgverzekeraar heeft hier, zoals gezegd, een belangrijke rol.

Vraag 5

Wie is er verantwoordelijk voor het beperken en controleren van het sjoemelen met declaraties? Zijn dat de zorgverzekeraars, de artsen zelf, of de minister van VWS?

Antwoord 5

Juist registreren en declareren van de geleverde zorg is een verantwoordelijkheid van de arts en andere registrerende zorgprofessionals alsmede van de organisatie waarbinnen de arts of andere zorgprofessionals werken. De wijze waarop geregistreerd en gedeclareerd dient te worden is vastgelegd in de registratie- en declaratieregels van de NZa.

De zorgverzekeraars controleren de declaraties. Zij willen alleen correcte declaraties vergoeden vanwege de premiestelling en omdat zij alleen correcte declaraties ten laste van de Zvw mogen brengen. Hiertoe voeren zorgverzekeraars formele controles (voldoet de declaratie aan de voorwaarden?) en materiële controles (is de gedeclareerde zorg daadwerkelijk en doelmatig geleverd?) uit. Dit geldt ook voor de controle op de DBC's waarbij met name gekeken wordt of voldaan wordt aan de registratieregels en declaratiebepalingen van de NZa.

Vraag 6

Bent u het ermee eens dat patiënten vaak niet in staat zijn dit sjoemelen te ontdekken en te stoppen, zelfs als ze de dbc rekening ontvangen hebben?

Antwoord 6

Het is de verantwoordelijkheid van aanbieders om goed te declareren. Daarna is het de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om de gedeclareerde zorg te controleren op onrechtmatigheden en van de NZa om toezicht te houden op hoe de zorgverzekeraars deze taak uitvoeren.

Patiënten hebben een signaalfunctie en kunnen misstanden melden bij de zorgverzekeraar en/of de toezichthouders. Ik ben het met u eens dat het voor patiënten lastig is om op basis van de zorgrekening onjuiste declaraties te ontdekken. Dit heb ik ook in de begrotingsbehandeling aan de orde gesteld. Het heeft voor een patiënt weinig zin als er een rekening wordt opgestuurd waarop alleen maar codes staan. Sommige verzekeraars doen dit al heel goed, maar de meeste hebben hier nog echt een verbeteringslag te maken.

Vraag 7, 8 en 9

Bent u het eens met de conclusie van econome Hasaart dat de financiering van het zorgstelsel, sinds 2005 op basis van dbc's, strategisch gedrag uitlokt bij artsen en zorginstellingen om hun inkomen op te krikken? Vindt u deze conclusie in lijn met waarschuwingen dat de dbc's zouden leiden tot onnodige productie bij vrijgevestigde specialisten? Hoe gaat u ervoor zorgen dat er een beloningssysteem komt dat ziekenhuizen en artsen op behaalde gezondheidswinst beloont en niet vooral omzet stimuleert?

Antwoord 7, 8 en 9

In het onderzoek wordt geconcludeerd dat de invoering van het DBC-systeem een effect heeft op het gedrag van medisch specialisten en ziekenhuizen. Het is van belang dat we de prikkels juist leggen. Dat houdt in dat extra inzet met als doel meer gezondheidswinst wordt beloond. Afgezien van de gezondheidswinst hebben we de laatste jaren enorme verschillen in de honorering van medisch specialisten geconstateerd. De DBC-systematiek die in 2005 is ingevoerd heeft veel positieve effecten. De DBC-systematiek maakt de zorg transparant, beloont extra inzet van zorgaanbieders, heeft positief effect op wachtlijsten gehad en stimuleert doelmatigheid in de zorg. Ieder systeem heeft risico's. Binnen de DBC-systematiek en prestatiebekostiging bleek er een risico te zijn dat DBC's leidden tot overproductie. Ik verwacht dat door DOT dergelijke risico's beperkt worden. De NZa zal de werking van DOT in de praktijk gaan monitoren. Er is ook een rol voor zorgverzekeraars. Door het vrije segment uit te breiden naar 70% kunnen zorgverzekeraars over meer zorg voor een countervailing power zorgen. Door de toenemende rol van verzekeraars, zoals het onderhandelen over prijzen en de vergrootte risicodragendheid, worden zorgverzekeraars hier ook meer toe gestimuleerd. Naast een goede DBC-systematiek zijn hier ook goede richtlijnen en behandelprotocollen voor nodig. Met de komst van het Kwaliteitsinstituut wordt samen met het veld gewerkt aan betere richtlijnen en behandelprotocollen. Kwaliteit is natuurlijk primair de verantwoordelijkheid van de professionals. Als professionals komen tot richtlijnen, dan zijn die via de kwaliteitswetgeving algemeen verbindend verklaard. Blijven de professionals in gebreke, dan hebben we een Kwaliteitsinstituut met doorzettingsmacht. Ik doe mijn uiterste best het Instituut in de loop van 2013 operationeel te maken.

Vraag 10

Hoeveel premie heeft de belastingbetaler sinds 2005 onnodig betaald, omdat 5% dubbel werd gedeclareerd, medische ingrepen die relatief veel geld opleverden vaker werden uitgevoerd, en er bij vrijgevestigde specialisten in hogere mate een prikkel was om strategisch hun inkomen op te krikken?

Antwoord 10

Het is niet mogelijk om aan te geven of en hoeveel premie onnodig is betaald. Zoals aangegeven in het antwoord op de eerste twee vragen, betreft de 1 miljard Euro een cumulatief en een geëxtrapoleerd bedrag tussen 2006 en 2008 waar nog geen controles over hadden plaatsgevonden. Zorgverzekeraars hebben een deel van dit bedrag teruggevorderd.