

Vergaderjaar 2012–2013

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 253

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 juni 2013

Op 14 april 2011 heeft de Kamer de regering verzocht (motie Dijkstra, Kamerstuk, 29 248, nr. 194) om specifieke, meetbare, realistische en tijdgebonden doelstellingen te formuleren voor de periode 2011–2015 en jaarlijks tussentijds te rapporteren over de voortgang van de invoering van prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg. In de motie is mij gevraagd om de doelstellingen ten minste betrekking te laten hebben op de volgende onderwerpen (deel A motie Dijkstra):

- de implementatiegraad en stabiliteit van DOT-zorgproducten;
- de implementatiegraad van uitkomstindicatoren in de ziekenhuiszorg;
- de ontwikkeling van evenwichtige marktverhoudingen;
- de te bereiken prijsdaling(en) en volumebeperking(en) in het vrije segment.

In deze brief zal ik u eerst informeren over de voortgang van de invoering van prestatiebekostiging. Vervolgens zal ik ingaan op de onderwerpen implementatie en stabiliteit DOT, uitkomstindicatoren en de ontwikkelingen inzake de prijzen, het volume en de marktverhoudingen.

In bijlage 1 treft u in een tabel aan met de stand van zaken bij de doelstellingen die op basis van de motie in de vorige voortgangsrapportages zijn uitgewerkt¹. Daarnaast is ter informatie meegestuurd de Update doorontwikkelagenda DOT van de Nederlandse Zorgautoriteit (bijlage 2)².

1. Prestatiebekostiging en transitieperiode

Op 1 januari 2012 is de medisch specialistische zorg overgegaan van een budgetsystematiek naar prestatiebekostiging op basis van DBC-zorgproducten. Daarmee is een belangrijk doel bereikt. In overleg met de

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

ziekenhuissector is er voor de jaren 2012 en 2013 een transitie­model ingesteld om omzetschommelingen voor ziekenhuizen te compenseren die puur afhankelijk zijn van de overgang naar de nieuwe bekostiging. Hoewel het transitie­model bijdraagt aan een zorgvuldige overgang naar prestatie­bekostiging, heeft het in combinatie met de invoering van het DOT-systeem ook gezorgd voor een complexe periode. Dit is terug te zien in de tijd die genomen is voor de contractering en de extra aandacht die nodig was voor de jaarrekeningen van ziekenhuizen. Het aflopen van het transitie­periode aan het eind van dit jaar en de ervaring die wordt opgedaan met het DOT-systeem (in combinatie met de doorontwikkeling) zorgen voor meer eenvoud in het bekostigingssysteem. Ik zie het blijven werken aan eenvoud in de bekostigingssystematiek als belangrijk doel voor de komende jaren.

Contractering

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat de contractering voor het jaar 2013 sneller verloopt dan voor het jaar 2012. De laatste inventarisatie is uitgevoerd op peildatum 1 april 2013. Daaruit blijkt dat over 75% van de potentiële contracten tussen algemene ziekenhuizen en verzekeraars een mondeling akkoord is bereikt. Samen met het veld streef ik er naar om in de komende jaren de contractering verder te versnellen. Het doel is om de contractering 15 november van het jaar t-1 af te ronden, zodat verzekerden vóór het afsluiten van een zorgverzekering weten waar ze aan toe zijn. Een snellere afronding van de contractering vereist bijvoorbeeld dat de mutaties in de DOT-productstructuur en de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit eerder bekend zijn. Over deze en andere noodzakelijke verschuivingen in het tijdspad ben ik in gesprek met veldpartijen. Deze versnelling past in mijn streven de informatievoorziening te versnellen. Zoals aangekondigd in mijn brief van 29 november 2012 stuur ik u over het pakket aan maatregelen dat ik hier toe inzet voor de zomer een separate brief.

Aanpak oneigenlijk gebruik

De aanpak van oneigenlijk gebruik van zorgmiddelen heeft voor mij topprioriteit. Dit gaat over het tegengaan van fraude, maar ook over het terugdringen van andere vormen van ongewenst gedrag, zoals ongepast gebruik van zorg. Zoals toegezegd in het debat over fraude in de zorg van 23 mei 2013 zal ik na de zomer de Kamer informeren over het vervolg van de aanpak van fraude. Dit zal ik onder andere doen in september met een actieplan en in december 2013 met voortgangsrapportage.

Jaarrekeningen ziekenhuizen

In mijn brief van 15 februari 2013 (Kamerstuk 32 620, nr. 79) heb ik uw Kamer geïnformeerd over de complexiteit en de gevolgen die dat heeft voor de financiële verantwoording van instellingen. Ik heb u tevens geïnformeerd over de genomen maatregelen:

- het uitbrengen van het document «handreiking omzetverantwoording 2012»;
- het definitief vaststellen van het transitiebedrag is verschoven naar 2014;
- het uitvoeren van audit op de Grouper;
- het opzetten van een platform met accountants voor resterende vraagstukken.

Om het proces van de jaarrekeningen voor 2013 soepel te laten verlopen, zal ik ook gedurende de rest van dit jaar in gesprek blijven met de betrokken partijen.

Met brieven van 26 maart 2013 (Kamerstuk 28 828, nr. 22) en van 9 april 2013 (Kamerstuk 29 248, nr. 249) heb ik u geïnformeerd over de bevindingen van de onafhankelijke commissie die door Zorgverzekeraars Nederland is geïnitieerd, om onderzoek te doen naar de mogelijkheden voor strategisch gedrag ten aanzien van het transitie-model. Zorgverzekeraars Nederland heeft alle aanbevelingen overgenomen en neemt deze in overleg met het veld en het ministerie van VWS, ter hand. Een groot deel van de aanbevelingen kan pas na definitieve afrekening van het transitie-model, dat wil zeggen na de zomer van 2014, daadwerkelijk worden uitgevoerd.

Macrobeheersinstrument

Over het macrobeheersinstrument 2014 en de relatie met het advies van de commissie Baarsma, stuur ik u een separate brief.

2. Implementatiegraad en stabiliteit DOT-zorgproducten

Met het project DBC's Op weg naar Transparantie (DOT) zijn de circa 44.000 DBC's vervangen door 4.400 DOT-zorgproducten. Project DOT heeft gezorgd voor prestaties die beter medisch herkenbaar zijn en de kosten van een behandeling beter representeren. Een belangrijke verbetering is de wijze waarop een DOT-zorgproduct wordt bepaald. In de DBC-systeematiek registreerde de medisch specialist vóór de start van de behandeling de best passende DBC bij een zorgvraag. In de DOT-systeematiek wordt de DBC (of DOT-zorgproduct) achteraf bepaald door een landelijk uniform afleidingssysteem (grouper) op basis van de aangeleverde diagnose en zorgactiviteiten. Dit maakt misbruik van het systeem moeilijker. In het kader van het tegengaan van misbruik is het goed om aan te geven dat het DOT-systeem op het punt van transparantie, ondanks de indikking van het aantal producten, niet inboet. De indikking van het aantal producten heeft kunnen plaats vinden door onzinnige combinaties van DBC's te schrappen en DBC's specialisme overstijgend te maken.

In de voortgangsrapportage invoering medisch specialistische zorg 2012 heb ik aangegeven dat de Nederlandse Zorgautoriteit een doorontwikkelagenda heeft opgesteld voor DOT. Sinds het opstellen van de doorontwikkelagenda en nu zijn er belangrijke doorontwikkelingen doorgevoerd in de producten voor kindergeneeskunde, neurologie, cardiologie en complexe longfalen. De betreffende aanpassingen in de DOT-productstructuur hebben geleid tot het vergroten van de medische herkenbaarheid van de topreferente behandelingen binnen deze specialismen. Een belangrijk nieuw doorontwikkelpunt is de aanpak van onbedoelde prikkels in het DOT-systeem. Zoals in elk bekostigingssysteem kent ook DOT onbedoelde prikkels die kunnen leiden tot ondoelmatig gebruik van de zorgmiddelen. Een voorbeeld hiervan is het geval dat het niet duidelijk is wanneer er sprake is van een lichte of zware variant van een zorgactiviteit. De keuze voor de zware variant is dan, gezien het financiële gewin, gemakkelijker gemaakt. Het heeft de prioriteit van de Nederlandse Zorgautoriteit en die van mij om deze prikkels zoveel mogelijk weg te nemen. Deze aanpak is onderdeel van een breder pakket aan maatregelen tegen oneigenlijk gebruik van zorgmiddelen, waar ik na de zomer nader op in zal gaan. Tot slot. De Nederlandse Zorgautoriteit geeft aan dat op het punt van zorgzwaarte met de stappen die gezet zijn per 2013 er geen fundamentele problemen meer zijn in de productstructuur. Dat neemt niet weg dat eventuele verzoeken en suggesties vanuit veld op dit punt worden overwogen.

Voor een compleet overzicht van uitgevoerde en geplande doorontwikkelingen verwijs ik u naar bijlage 1 bij deze brief.

3. Implementatiegraad uitkomstindicatoren

Het programma Zichtbare Zorg is eind 2012 beëindigd, zoals gemeld in de voortgangsrapportage medisch specialistische zorg 2012. Het programma is ondergebracht in het Kwaliteitsinstituut. Het wetsvoorstel tot oprichting van het Kwaliteitsinstituut is door de Eerste Kamer in behandeling genomen. Het wetsvoorstel regelt de bevoegdheid van het Kwaliteitsinstituut om te toetsen of professionele standaarden zijn voorzien van een meetinstrument waarmee de kwaliteit van de geleverde zorg kan worden gemeten. Door de meetinstrumenten op te nemen in het register van het Kwaliteitsinstituut worden zorgaanbieders verplicht deze gegevens beschikbaar te maken. De indicatoren die zijn ontwikkeld in het ZiZo-programma worden overgenomen in het register zodat er geen gat valt. Het Kwaliteitsinstituut zal de veldpartijen vragen om meetinstrumenten die niet voldoen aan het toetsingskader aan te passen. Dat kan bijvoorbeeld aan de orde zijn omdat indicatoren onvoldoende doeltreffend zijn gebleken. Transparantie van kwaliteit is noodzakelijk om de stap naar uitkomstbekostiging te kunnen zetten.

4. Ontwikkeling van evenwichtige marktverhoudingen, prijzen en volume

Over de prijs- en volumeontwikkelingen en de ontwikkeling van de marktverhoudingen informeer ik u aan de hand van de marktscans van de NZa³. Vorig jaar heb ik u in december de marktscan medisch specialistische zorg 2012 toegestuurd. De Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2012 heb ik u in november van dat jaar toegezonden. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft, onder andere, gemeld dat voor het jaar 2010–2011 in de ziekenhuiszorg een omzetontwikkeling van 3,4% is geconstateerd. Deze ligt een stuk lager dan in voorgaande jaren. In de periode 2006–2010 bedroeg deze groei immers 6% á 7%. In de marktscan medisch specialistische zorg 2012 heeft de NZa voor het eerst gekeken naar de specialisatiegraad van ziekenhuizen en van de spreiding van specialismen over ziekenhuizen. Door deze analyse structureel onderdeel te laten zijn van deze marktscan is het (op termijn) mogelijk de voortgang te monitoren van de spreiding en concentratie van zorg. Voor de overige relevante ontwikkelingen verwijs ik u naar de tabel in bijlage 1.

5. Ter afsluiting

Over de voortgang van de invoering van de prestatiebekostiging kan ik ter afsluiting aangeven dat we een complexe periode achter de rug hebben. Met name de contractering en de financiële verantwoording van ziekenhuizen hebben extra inspanning vereist. De uitdaging voor de komende jaren is het blijven werken aan een bekostigingstelsel dat aanzet tot meer kwaliteit en efficiëntie, en dat tegelijk zo eenvoudig mogelijk is. Dit laatste is van belang om meerdere redenen. Eenvoud verhoogt de controleerbaarheid, verlaagt de administratieve lasten en draagt bij aan versnelling in het proces van contractering en de informatievoorziening.

De afgelopen jaren heb ik uw Kamer met deze jaarlijkse rapportage geïnformeerd over de voortgang van de invoering van prestatiebekostiging in de medisch specialistische zorg. Inmiddels is de invoering gerealiseerd en zal het transitieproces eind dit jaar aflopen. Na 2013 lijkt een integrale voortgangsrapportage over de *invoering* van prestatiebekos-

³ Kamerstuk 29 689, nr. 420 (brief van 26 november 2012 inzake aanbieding Rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2011 en Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2012 van de NZa); Kamerstuk 29 248, nr. 248 (brief van 20 december 2012 inzake aanbieding Marktscan medisch specialistische zorg 2012 van de NZa).

tiging niet langer het geëigende instrument om uw Kamer te informeren. Ik vind het niettemin erg belangrijk uw Kamer te blijven informeren over de verschillende onderwerpen in deze brief. Ik zal dit dus – hoewel niet in de vorm van een voortgangsrapportage – blijven doen.

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