

Declaraties Beter Controleerbaar

Onderzoek naar de toepassing van declaratiebepalingen van DBC's

Nederlandse Zorgautoriteit i.o.
(CTG/ZAio en CTZ)

Declaraties Beter Controleerbaar

Onderzoek naar de toepassing van declaratiebepalingen van DBC's

augustus 2006

Inhoud

Managementsamenvatting	5
Conclusies, voornemens en aanbevelingen van de NZa	9
1. Aanleiding	11
2. Opzet onderzoek en verantwoording	13
2.1 Vraagstelling	13
2.2 Aanpak	16
2.3 Afstemming rond het onderzoek	17
3. Analyse van het onderzoek naar declaratiebepalingen dat Vektis in opdracht van ZN heeft uitgevoerd	19
3.1 Algemeen	19
3.2 Korte beschrijving van het onderzoek van Vektis	19
4. Analyse declaratiebepalingen en Instructies	21
4.1 De Instructies onder de loep	21
4.1.1 Gebruik van begrippen en Instructies	22
4.1.2 Toepassing van de Instructies	23
4.2 Confrontatie van de specifieke DBC-categorieën uit het Vektis- onderzoek met declaratiebepalingen	24
4.2.1 De categorie “Spoedeisende hulp”-DBC en eendaagse reguliere DBC tegelijkertijd.....	25
4.2.2 De categorie dubbele SEH-DBC op één dag door hetzelfde specialisme.....	26
4.2.3 De categorie klinische eendaagse DBC’s	26
4.2.4 Meerdere DBC’s met dezelfde diagnose	27
4.3 Beschouwing en algemene conclusies	28
5. Schets van de controleketen	31
5.1 Inleiding	31
5.2 Declaratieproces: de kant van de zorgaanbieder	32
5.3 Budgettaire waarborgen tegen financiële risico's	33
5.4 Controlewerkzaamheden zorgverzekeraars	35
5.5 Conclusies	40

6. Verbeterplan marktpartijen en VWS.....	41
6.1 Inleiding.....	41
6.2 Nadere beschouwing van het verbeterplan	41
6.3 Algemene conclusie over het verbeterplan.....	43
7. Conclusies en aanbevelingen.....	45
7.1 Conclusies.....	45
7.1.1 Vraagstelling	45
7.1.2 Controleketen en risico's uitgavenontwikkeling	46
7.1.3 Systeemontwikkeling en verbeterplannen	46
7.2 Aanbevelingen voor vervolgstappen.....	46
7.2.1 Systeemvereisten.....	46
7.2.2 Controletoepassingen	47
7.2.3 Toetsingskader.....	48
Bijlage 1.....	49
Bijlage 2.....	61
Bijlage 3.....	63

Managementsamenvatting

Naar aanleiding van een door Zorgverzekeraars Nederland naar buiten gebrachte rapportage en daarop gebaseerde berichten in de media over te hoge declaraties van ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg, heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Nederlandse Zorgautoriteit i.o.(NZa)¹ om onderzoek gevraagd.

De vraag aan de NZa was tweeledig:

- nagaan of declaraties van DBC's (A-segment) in strijd zijn met de daarvoor geldende bepalingen;
- nagaan of voorschriften voor de declaratie moeten worden aangepast.

De aard van de vraagstelling heeft de NZa in het begin van het onderzoek doen besluiten zich met name te richten op een kwalitatief onderzoek van de voorschriften, die voor het registreren en declareren van DBC's van kracht zijn. Analyse van handelingen en situaties bij individuele zorgaanbieders heeft alleen zin als deze tot duidelijke bevindingen over strijdigheid van gedrag met regels kan leiden. Daarop aansluitend besloot de NZa zich ook te buigen over het systeem van controle, dat onjuiste of verboden handelingen voor het declareren moet uitsluiten. De NZa kijkt daarbij naar de doelstellingen van het DBC-systeem voor de bekostiging en financiering van DBC's in een marktgeoriënteerde omgeving. In een dergelijke situatie zullen er geen budgetten meer fungeren als vangnet voor kostengevolgen, die samenhangen met eventueel onjuist declareren. De instellingsbudgettering voor de ziekenhuizen en de lumpsum voor de medisch specialisten vormen op dit moment zulke vangnetten. Ze nemen in zekere zin het zicht weg op het belang van correct declareren.

In het onderzoek zijn de bevindingen van Vektis, die Zorgverzekeraars Nederland (ZN) naar buiten heeft gebracht en die aanleiding vormden voor de berichten in de media, tegen het licht gehouden. Dit heeft meegespeeld in de analyse van de voorschriften rond het registreren en declareren.

De analyse van de voorschriften, die gelden bij het registreren en declareren, is gericht op de vraag of de 'norm' eenduidig en duidelijk is. Met name de Instructies, die de medisch specialisten en ziekenhuizen bij het typeren en declareren van DBC's hanteren, zijn tegen het licht gehouden. Daarbij is breder gekeken dan alleen de onderwerpen uit het Vektis-onderzoek, dat zich beperkt tot vier specifieke categorieën van declaraties. De NZa heeft onderzocht of er meer potentiële situaties zijn aan te wijzen waar de Instructies en typeringslijsten aanleiding kunnen vormen voor afwijkingen in declaratiegedrag.

De conclusie is dat de norm op veel onderdelen zo weinig scherp is, dat niet toe te komen is aan een oordeel of declaraties juist of onjuist zijn. Dat geldt in het bijzonder voor de vier specifieke casus uit het Vektisonderzoek, maar er zijn in de Instructies en typeringslijsten meer onduidelikheden aan te wijzen. De norm zoals deze in voorschriften voor het typeren en

¹ Formeel is vanzelfsprekend nog sprake van de organisaties College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. en College toezicht zorgverzekeringen. Nu binnenkort de Wet marktordening gezondheidszorg (die de oprichting van de NZa regelt) in werking treedt, hanteert dit rapport alvast de benaming NZa.

declareren van DBC's is opgenomen, is niet eenduidig en duidelijk. Tegelijk moet daarbij de stelling zijn, dat vage normen een te hoog declaratieniveau niet legitimeren. Daarmee concludeert de NZa ten aanzien van de eerste vraag van de minister, dat niet aantoonbaar sprake is van onrechtmatig declaratiegedrag. Dat het niet 'fout' is, houdt niet automatisch in dat het 'correct' is. In deze zin doet de NZa aanbevelingen voor verbetering van de registratie door middel van duidelijke en eenduidige definities en Instructies, waarmee een antwoord wordt gegeven op de tweede vraag van de minister. De NZa onderschrijft de stelling dat in verband met de huidige bekostigingssystemen de zorginstellingen en de medisch specialisten geen financieel voordeel bij onjuist declareren hebben.

De conclusie dat de normstelling binnen het DBC-systeem te vaag is om conclusies te trekken over onrechtmatig declareren door individuele zorgaanbieders, heeft geleid tot het besluit om geen feitenonderzoek bij instellingen uit te voeren. De consequentie daarvan is dat in de systeemanalyse wordt geconstateerd dat er risicogebieden voor declaraties bestaan. Maar er kunnen geen uitspraken worden gedaan over de omvang van het probleem van te grote interpretatieruimte in de Instructies en de frequentie van situaties, waarin het probleem optreedt.

Hoe kan een bekostigingssysteem worden gehanteerd, dat te hoge declaraties niet opmerkt? Vanuit deze vraag, die voor de NZa als toezichthouder op alle markten van zorg en verzekering relevant is, heeft het onderzoek aandacht besteed aan de controleketen. Allereerst zijn te hoge declaraties onwenselijk voor de consument. Deze is weliswaar (voor het merendeel van de zorg) verzekerd, maar wordt direct (eigen risico) of indirect (premiegevolgen) geconfronteerd met de lasten van te hoge declaraties. De zorgverzekeraar moet zich openbaar verantwoorden over de uitvoering van de zorgverzekering. Gegevens over de kosten van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg moeten ook met het oog op de verevening correct zijn. Bij het doorlichten van deze keten blijkt dat in 'opzet' sluitende regelingen tot stand zijn gebracht, maar dat deze nog niet 'werken'. Dat betreft vooral de verantwoording van het ziekenhuis. In 2005 is op grote schaal sprake van lacunes in de interne administratieve organisatie. In de kern daarvan speelt evenwel opnieuw dat waar de norm niet duidelijk is, controle achteraf onvoldoende corrigerende werking kan hebben. Vervangende controles door de zorgverzekeraar konden niet tijdig en voldoende soelaas bieden. De NZa betreft de uitvoering van de controles door zorgverzekeraars bij haar toezichtrapport over de ziekenfondsverzekering over het jaar 2005. Het versterken van de achteraf-controle is geen structurele oplossing van het probleem van een niet stabiel systeem en kan ook niet slagen als de basis niet wordt verbeterd.

Een tweede reden om naar de aspecten van controle en verantwoording te kijken, naast de taak om toezicht te houden op de verzekeringsuitvoering, ligt in de NZa-taak van markttoezicht. De centrale opdracht van de NZa is om ten behoeve van de verzekerde consument de efficiëntie van de zorg te laten toenemen. In die zin bevordert de NZa marktwerking. Ook voor de ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg telt dat uitgangspunt. In de visie van de NZa

wordt hieraan gevolg gegeven door de invoering van prestatiebekostiging in een geliberaliseerd reguleringsmodel met een prijsplafond, zoals de NZa heeft geadviseerd in haar uitvoeringstoets over de bekostiging van medisch-specialistische zorg, “De zichtbare hand”. In een dergelijk reguleringsmodel is een stabiel en solide DBC-systeem nodig, waarbinnen de prestatiebeschrijvingen voldoende eenduidig zijn. Hoewel vanzelfsprekend ook in het huidige bekostigingssysteem adequate prestatiebeschrijvingen nodig zijn, vergt een verdere introductie van marktwerking dat DBC's leiden tot gelijke prestatiebeschrijving in gelijke gevallen.

De NZa komt in deze lijn tot de aanbeveling het DBC-systeem te verbeteren en te vereenvoudigen vanuit de optiek van declareren en bekostigen. Daarbij moet niet alleen worden gekeken vanuit het blikveld van de zorgaanbieders, maar juist ook vanuit de zorgverzekeraars. Binnen het onderzoek is gekeken naar het voorstel van de verschillende marktpartijen voor de verbeteraanpak van het DBC-systeem: “DBC's eenvoudig beter”. De NZa ziet hierin goede aanknopingspunten, die qua intentie overeenkomen met de aanbevelingen van de NZa. Het totale pakket aan voorgestelde maatregelen moet echter in het licht van de geconstateerde knelpunten worden aangepast. De NZa dringt er op aan als doelstelling van het DBC-systeem voorop te zetten, dat het moet leiden tot een op duidelijke prestaties gebaseerde inkoop van zorg en betrouwbare declaraties. De conclusies en aanbevelingen uit dit onderzoeksrapport neemt de NZa mee in een op te stellen toetsingskader voor de verdere ontwikkeling en het onderhoud van het DBC-systeem.

Het is evident dat de verbetervoorstellen tijd vergen. De NZa vindt, gezien de eisen die uit de bekostiging en financiering voortvloeien, dat deze tijdspanne zo kort mogelijk moet worden gehouden. Een strakke sturing vanuit het publieke belang is daarbij hard nodig; zowel naar inhoud als naar realisatieplanning.

Op weg naar een beter systeem zal de huidige DBC-systematiek voldoende stabiel moeten zijn voor bekostiging van de ziekenhuiszorg en betrouwbare declaraties voor de consument. De NZa vindt dat al op korte termijn moet worden gekeken naar de voortgang van de verbetermaatregelen van ziekenhuizen voor de werking van de Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC/registratie en facturering. Toepassing van regels, Instructies voor de DBC-registratie en -validering komen samen in werkprocessen, waarvoor de ziekenhuisorganisatie verantwoordelijkheid moet nemen. Indien bevindingen daarover tot de conclusie leiden dat ook voor de komende tijd de AO/IC niet op orde is, doet de NZa de aanbeveling te bestuderen of tijdelijk een maatregel nuttig kan zijn om de zorgverzekeraars meer informatie te laten verschaffen door de zorgzorgaanbieders over de profielen van de gedeclareerde DBC's. Hoewel zo'n maatregel op zich een afwijking vormt in het gekozen systeem van controle, schept het tijdelijk mogelijkheden voor de controles van zorgverzekeraars en draagt het langs die weg bij aan de stabiliteit van het systeem.

Conclusies, voornemens en aanbevelingen van de NZa

1. Met betrekking tot de vraag of declaraties van DBC's in strijd zijn met de geldende bepalingen concludeert de NZa het volgende. De normen in het typeren van DBC's zijn dermate onduidelijk dat niet is vast te stellen, dat in het geval van DBC's die in het Vektis-rapport zijn geanalyseerd, onrechtmatig is gedeclareerd. Om die reden heeft de NZa vooral de normstelling onderzocht.
2. Het DBC-systeem in zijn huidige vorm staat zoveel vrijheidsgraden toe aan de zorgaanbieder bij het typeren van de DBC, dat controle door de zorgverzekeraar en het toezicht ernstig worden bemoeilijkt. Hieruit volgt naar de mening van de NZa dat de publieke belangen, met name de doelmatigheid, onvoldoende tot hun recht komen in het DBC-systeem.
3. Het hoge niveau van declaraties (2005) wordt niet door middel van controles gecorrigeerd. De instellingsbudgettering en lumpsum voor medisch specialisten die in de visie van de minister van VWS en de NZa in de toekomst verdwijnen, werken in de huidige situatie als correctiemechanisme.
4. Door het gebrek aan eenduidige prestatiebeschrijvingen leidt een overstap naar een andere vorm van regulering van de markt met doelmatigheidsprikkels tot onnodige risico's, tenzij aanvullende controlemaatregelen worden geëffectueerd. Een betrouwbaar DBC-systeem is voorwaarde voor verdere liberalisering.
5. Het DBC-systeem moet in zijn opzet worden verbeterd om knelpunten weg te nemen en te komen tot DBC's die elk een voldoende duidelijke prestatiebeschrijving bevatten. Vanuit het publiek belang moeten de criteria worden vastgelegd waaraan het systeem moet voldoen. Het opstellen hiervan past bij de toezichthoudende en regulerende taken die de NZa heeft op basis van de huidige Wet tarieven gezondheidszorg en die ook in de Wet Marktordening Gezondheidszorg zijn opgenomen. Het verbeterplan van de veldpartijen is een stap in de goede richting, maar is in zijn huidige vorm nog niet voldoende. Dit plan zal ook aan deze criteria moeten voldoen.
6. Onderdeel van de benodigde verbeteringen zijn uniformering en aanscherping van de declaratiebepalingen waar de Instructies voor het typeren een cruciaal onderdeel van zijn. Ook moet, gezien het doel van het gebruik van het DBC-systeem, het aantal DBC's worden ingeperkt. Instructies en typeringslijsten moeten door verschillende zorgaanbieders steeds uniform worden toegepast. De NZa is voornemens om door toetsing van de Instructies en typeringslijsten en vaststelling daarvan in beleidsregels of nadere regels correcte toepassing voor te schrijven. De NZa regelt daarbij ook versiebeheer van de Instructies.
7. De besturen van de instellingen die DBC's declareren, dragen zelf verantwoordelijkheid voor de aanwezigheid en het functioneren van een adequate AO/IC. Ook afgezien van vage normen voor eenduidig typeren en declareren van DBC's waren de administratieve procedures van de instellingen en de daarbij horende controlesystemen in 2005 niet op orde. Dit is in 2005 al gebleken, ondanks de stelling van de zorgaanbieders in 2004 dat men klaar was voor de DBC-invoering. De NZa vindt het noodzakelijk dat de externe accountants van de zorginstellingen op korte

termijn onderzoek doen naar de stand van zaken bij de AO/IC van de zorgaanbieders in 2006 en de voortgang van verbeteringen die moeten worden uitgevoerd als gevolg van het ontbreken van goedkeurende verklaringen over 2005. In het kader van de bevindingen in dit rapport is het voor de NZa niet vanzelfsprekend dat de coulanceregeling, zoals voor 2005 is toegepast, in 2006 wordt voortgezet.

8. Voordat de aanpassingen in het DBC-systeem zijn gerealiseerd, beveelt de NZa in de tussentijd aan om extra maatregelen te treffen om te voorzien in voldoende controle.
9. De NZa heeft het voornemen om, ten behoeve van de borging van de publieke belangen die met het DBC-systeem zijn gemoeid, een toetsingskader te ontwikkelen. Daarmee wordt beoogd de ruimte die het huidige systeem biedt te normeren. De NZa zal de marktpartijen consulteren bij het ontwikkelen van dit kader.

1. Aanleiding

Op 15 juni 2006 heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een onderzoek naar buiten gebracht, waarin gewag werd gemaakt van mogelijk oneigenlijke declaraties over 2005 door ziekenhuizen en medisch specialisten. Het ging daarbij om declaraties van DBC's uit het A-segment, die naar de mening van ZN niet in overeenstemming zijn met de geest van het DBC-systeem.

Naar aanleiding van dit bericht heeft de minister van VWS op 21 juni 2006 een brief aan de Tweede Kamer gestuurd, waarin hij een aantal maatregelen aankondigde. Dat betrof het instellen van een Taskforce met alle marktpartijen onder leiding van VWS, alsmede een verzoek aan de NZa om een onderzoek in te stellen naar de vraag of instellingen in strijd met vigerende declaratiebepalingen hebben gehandeld.

Op 7 juli 2006 heeft de minister een formeel verzoek aan de NZa gestuurd (bijlage 1).

In dit rapport wordt verslag gedaan van het onderzoek dat de NZa heeft uitgevoerd.

2. Opzet onderzoek en verantwoording

2.1 Vraagstelling

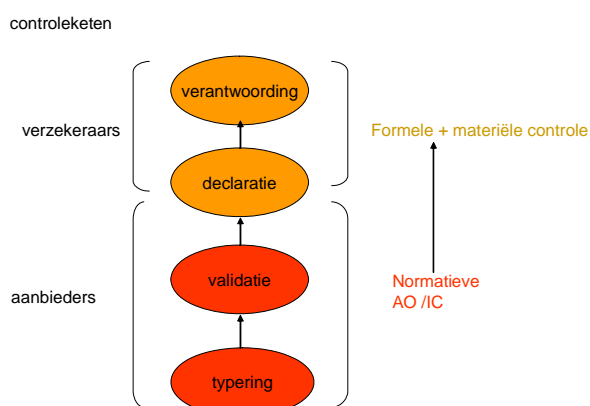
In het verzoek van de minister van VWS van 7 juli 2006 is sprake van een tweeledige vraagstelling. De minister vraagt de NZa om te onderzoeken of ziekenhuizen en medisch specialisten in strijd met geldende declaratiebepalingen hebben gedeclareerd en daarnaast te onderzoeken of de declaratiebepalingen aanscherping behoeven.

De beantwoording van de vragen van de minister moet naar de mening van de NZa worden gezien tegen de achtergrond van de doelstellingen van het DBC-systeem. Uiteindelijk moet het DBC-systeem introductie van prestatiebekostiging en marktwerking mogelijk maken. Dat stelt eisen aan het tariefsysteem. Het DBC-systeem moet stabiel zijn, eenduidige prestatiebeschrijvingen leveren en daarmee een instrument bieden dat zowel voor consumenten, zorgaanbieders als zorgverzekeraars betrouwbaar is en de goede prikkels geeft voor doelmatigheidsbevordering. Vanuit die optiek is ook de publieke toetsing en borging van het systeem van belang.

Onrechtmatig declaratiegedrag houdt in dat er door zorgaanbieders wordt afgeweken van vastgestelde (wettelijke) normen voor declaraties. Dat vergt dus primair een analyse van de normen, i.c. de Instructies en declaratiebepalingen, om te bepalen of de normstelling voldoende duidelijk is.

Daarnaast heeft de NZa vooral gekeken naar de mogelijke gevolgen voor de zorgverzekeraars en de risico's die het declaratiegedrag met zich meebrengt voor de verantwoording van de uitgaven van zorgverzekeraars. In onderstaand schema is de samenhang weergegeven tussen typeringsinstructies en de verantwoording van de zorguitgaven.

Figuur: controleketen



Het proces van administreren en declareren start bij de typering van de DBC door de specialist. De Instructies en typeringslijsten bepalen in het bovenstaande schema de eerste schakel in de

keten. Na afsluiten van de DBC vindt binnen het ziekenhuis een controle plaats op de juistheid ervan, de zogenaamde validatie. Deze validatie maakt gebruik van een aantal regels en van te voren gedefinieerde kenmerken van de DBC, waarbij vooral de kenmerkende verrichtingen ('essentiële verrichtingen') van belang zijn. Dit zijn verrichtingen die, simpel gezegd, in het profiel van de DBC moeten voorkomen om deze te kunnen goedkeuren. Na de validatie kan de DBC aan de zorgverzekeraar worden gedeclareerd.

De typering van de DBC vindt plaats aan de hand van typeringslijsten en Instructies. De inhoud daarvan wordt vastgesteld door de stichting DBC-Onderhoud, waarbij de Wetenschappelijke Verenigingen in overleg met DBC-Onderhoud de inhoud bepalen. Daarmee is een praktijk gegroeid waar de facto sprake is van zelfregulering door de betrokken beroepsgroep.

Vanuit het oogpunt van regulering is voor het declareren van DBC-tarieven artikel 2 van de Wet tarieven gezondheidszorg leidend. Dat zegt, kort samengevat, dat het verboden is een tarief (of prestatiebeschrijving zonder tarief) te declareren, dat niet is goedgekeurd door CTG/ZAio. Op grond van de WTG kan CTG/ZAio, straks de NZa, ook nadere regels of beleidsregels vaststellen voor de declaratie van tarieven. Voor de DBC-declaraties zijn dergelijke declaratiebepalingen vastgesteld. Deze bepalingen verwijzen naar de geldende typeringsinstructies. Daarmee hebben de typeringsinstructies het karakter van een wettelijk voorschrift en is afwijking daarvan aan te merken als een overtreding van artikel 2 van de WTG. De typeringslijsten en Instructies hebben dus geen vrijblijvend karakter, maar zijn wettelijk verankerd. De praktijk laat zien dat er geen inhoudelijke toets op de Instructies en typeringslijsten plaatsvindt en dat geen sprake is van een autorisatieprocedure bij het publiceren van wijzigingen en aanvullingen op de Instructies.

Naast de declaratiebepalingen heeft CTG/ZAio een nadere regel vastgesteld, die zorgaanbieders verplicht de administratieve organisatie en interne controle rond het declaratieproces volgens bepaalde normen in te richten. Dit is de zogenaamde kaderregeling AO/IC.

De controlewerkzaamheden van de zorgverzekeraars op declaraties rusten in belangrijke mate op deze kaderregeling.

Uit de schematische weergave van de controleketen blijkt dat problemen met betrekking tot de typering van DBC's de basis van de controleketen aantasten. Immers, met een goed functionerende AO/IC is te verifiëren of de typeringsinstructies correct worden nageleefd. Indien deze echter ruimte voor interpretatie open laten vindt verderop in het proces geen correctie plaats. Datzelfde geldt voor de voorgeschreven validatie. Die berust op het uitgangspunt dat de volgens de Instructies getypeerde DBC's worden getoetst aan een aantal vooraf gedefinieerde kenmerken zoals bepaalde verrichtingen.

De WTG en straks de Wmg kennen de NZa de bevoegdheid toe regels vast te stellen zoals declaratiebepalingen.² Materieel wordt de inhoud van de typeringslijsten en Instructies echter

² WTG-beleidsregels en nadere regels worden bij de invoering van de Wmg overgenomen en waar nodig later aangepast.

door de wetenschappelijke verenigingen bepaald. In onderstaande tabel is de formele basis en de inhoudelijke invulling van de regelgeving weergegeven.

Regel	Wettelijke basis	Inhoudelijke invulling	Controle/handhaving
typeringsinstructie	Beleidsregel declaratiebepalingen Art. 11 WTG/ 35, 36,37 Wmg	Privaat: SDO en WV	Via AO/IC en externe accountant
Validatie	Beleidsregel declaratiebepalingen Art. 11 WTG/35, 36, 37 Wmg	Privaat : SDO, zorgaanbieders en ICT- leveranciers	Via AO/IC en externe accountant
Kaderregeling normatieve AO/IC	Nadere regel Art. 11 WTG/35, 36, 37 Wmg	Publiek/privaat zorgaanbieders	Bestuursverklaring en accountantsverklaring, bestuurlijke handhaving

Bij de invoering van het DBC-systeem is onder regie van het ministerie van VWS voor een beheersing van risico's gekozen, die uitgaat van zelfregulering door partijen. Bij die insteek hebben veldpartijen in belangrijke mate een rol vervuld bij het opstellen van specificaties, waaronder de typeringslijsten en Instructies. Bij het stellen van regels heeft het toenmalige CTG daarop aangesloten.

Het ontbreken van een toetsing en goedkeuring voor publicatie kan er toe leiden dat de typeringslijsten en Instructies een te vage 'norm' definiëren. Zonder concrete normen kan ook geen doeltreffende validatie plaatsvinden. Vanwege de invloed van de typeringsinstructies op de gehele controleketen heeft de NZa besloten om in het kader van dit onderzoek de vraagstelling te verbreden en de risico's voor de controleketen mede in beeld te brengen. De NZa heeft op grond van de beschreven werking van het declaratieproces besloten om primair de basiselementen, i.c. de Instructies, te onderzoeken. Immers, die bepalen het reguleringsmodel en daarmee de normen waarmee het gedrag van individuele zorgaanbieders dient te worden vergeleken. Dit deel van het onderzoek heeft vooral bestaan uit desk research. In tweede instantie zou een feitenonderzoek bij individuele zorgaanbieders moeten volgen. In verband hiermee heeft de NZa ook bij Vektis nadere gegevens opgevraagd over de instellingen die waren betrokken in het onderzoek dat Vektis in opdracht van ZN heeft uitgevoerd. Vektis heeft daarbij gezegd dat zij geen aanleiding zag de namen van de instellingen vrij te geven.

Bij de afronding van het primaire onderzoek naar de inhoud van de regelgeving is gebleken dat hieruit geen eenduidige normen konden worden bepaald waartegen het gedrag van individuele zorgaanbieders kan worden afgezet. Met andere woorden, de normen zijn dermate ruim dat geen afwijking van de norm kan worden vastgesteld. In hoofdstuk 4 wordt dit uitgebreid beargumenteerd. Om die reden heeft de NZa besloten geen nader feitenonderzoek bij

individuele instellingen te doen. Ook is er om die reden van afgezien om verder bij Vektis aan te dringen op het overhandigen van de instellingsgegevens.

Dit is de reden dat in dit onderzoek geen uitspraken worden gedaan over het vóórkomen van onrechtmatige declaraties bij individuele instellingen. Dit kan met de gevolgde methode niet worden aangetoond. Daarmee is echter onrechtmatig declareren door individuele instellingen en specialisten op grond van dit onderzoek ook niet volledig uit te sluiten.

Een tweede beperking van de gekozen aanpak is dat het bestaan van risico's vanwege te ruime interpretatiemogelijkheden van de Instructies en typeringslijsten kan worden aangetoond, maar dat geen uitspraken kunnen worden gedaan over de omvang van het probleem en de frequentie van situaties waarin problemen optreden.

2.2 Aanpak

Het onderzoek van de NZa kent de volgende elementen:

- beoordeling Vektis-onderzoek;
- analyse van de relevante declaratiebepalingen en Instructies;
- analyse van de controleketen;
- beoordeling van het onlangs door veldpartijen en het ministerie van VWS vastgestelde verbeterplan voor de DBC-systematiek.

Aan de hand van deze stappen heeft de NZa een aantal algemene conclusies en aanbevelingen geformuleerd.

Beoordeling Vektis-onderzoek

De beoordeling van het Vektis-onderzoek heeft plaatsgevonden aan de hand van de eerste rapportage van Vektis van 15 juni 2006 en de door Vektis aangeleverde definitieve vervolgrapportage d.d. 21 juli 2006. Op 10 juli en op 17 juli 2006 hebben gesprekken met respectievelijk ZN en Vektis plaatsgevonden, waarin de NZa aanvullende vragen heeft gesteld.

Bij de beoordeling van de onderzoeksresultaten heeft de NZa niet zelfstandig een kwantitatieve analyse van declaratiegegevens uitgevoerd.

Een aanvullende vraag van de NZa betrof de kwestie of uit de geanonimiseerde scores in de analyses van Vektis naar DBC's een patroon valt waar te nemen in de DBC-declaraties van ziekenhuizen. Een patroon behelst dat een 'slechte' score op één onderwerp samenhangt met een 'slechte' score op een ander onderwerp. In een brief van 17 augustus 2006 heeft Vektis aangegeven dat zo'n patroon niet uit de scores blijkt.

Analyse relevante declaratiebepalingen en Instructies

Teneinde de rapportages van Vektis te kunnen beoordelen en antwoord te geven op de vragen van de minister zijn de bestaande declaratiebepalingen doorgenomen op onduidelijkheden en interpretatieproblemen.

Analyse van de controleketen

Het declaratiegedrag beïnvloedt uiteindelijk de zorguitgaven van de zorgverzekeraars en heeft consequenties voor consumenten. Om in beeld te brengen wat de risico's zijn voor de uitgaven ten laste van de Ziekenfondswet (Zfw) respectievelijk de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de controleketen beschreven. In verband met de wijzigingen als gevolg van de invoering van de Zvw is er onderscheid gemaakt tussen 2005 en 2006. Verder is gekeken naar onderscheiden risico's in het A- en B-segment en de verschillen tussen gebudgetteerde zorgaanbieders (ziekenhuizen in A-segment) en niet gebudgetteerde zorgaanbieders (B-segment, ZBC's). Dit is relevant in verband met de voorgenomen uitbreiding van het B-segment en de toekomstige wijziging in de bekostiging van de medisch-specialistische zorg.

Beschouwing over het verbeterplan

Op 12 juni 2006 heeft de minister van VWS een brief aan de Tweede kamer gestuurd, waarin het plan 'DBC's eenvoudig beter' is gepresenteerd. In dit plan zijn aanpassingen in de DBC-systematiek opgenomen voor 2007 en verder. De NZa is nagegaan in hoeverre de voorstellen uit dit plan tegemoetkomen aan de knelpunten die zijn signaleerd in de declaraties en de controleketen.

2.3 Afstemming rond het onderzoek

Aan het begin van het onderzoek is op ambtelijk niveau met VWS gesproken over de aanpak die de NZa in het onderzoek zou volgen in reactie op het verzoek van de Minister van VWS. Ook is het ministerie van VWS geïnformeerd over de voortgang in het onderzoek.

Er is voor gekozen niet met vertegenwoordigers van zorgaanbieders over de onderzoeksonderwerpen te spreken. Reden hiervoor is dat over individuele zorgaanbieders geen concrete uitspraken worden gedaan.

Een concept van twee hoofdstukken van het onderzoeksrapport is voorgelegd aan Vektis met de vraag of de weergave in het concept van hun analyses correct was (hoofdstukken 3 en 4). Opmerkingen van Vektis zijn in het rapport verwerkt. De NZa is vanzelfsprekend verantwoordelijk voor de conclusies die zij trekt.

3. Analyse van het onderzoek naar declaratiebepalingen dat Vektis in opdracht van ZN heeft uitgevoerd

3.1 Algemeen

De directe aanleiding voor het verzoek van VWS aan de NZa was een onderzoek naar ingediende declaraties dat in opdracht van ZN door Vektis bv is uitgevoerd. De resultaten van dit onderzoek zijn voor het eerst op 16 juni 2006 naar buiten gebracht. ZN heeft op 21 juli 2006 de definitieve rapportage aangeboden aan de taskforce en aan de NZa.

3.2 Korte beschrijving van het onderzoek van Vektis

In de loop van 2006 werd duidelijk dat de uitgaven van zorgverzekeraars aan ziekenhuiskosten over 2005 hoger waren dan op grond van de budgetten kon worden verwacht. Voor ZN is dit aanleiding geweest om Vektis in te schakelen om meer inzicht te krijgen in deze schadelastontwikkeling.

Volgens de rapportage, die Vektis in opdracht van ZN heeft opgesteld, is het onderzoek beperkt van opzet geweest. In de definitieve rapportage zijn alleen algemene ziekenhuizen opgenomen en de onderzochte declaraties hebben alleen betrekking gehad op het A-segment. Voor een beschouwing over de potentiële risico's van het B-segment verwijzen wij naar hoofdstuk 5 van dit rapport.

De onderzochte data hebben allemaal betrekking op 2005 (afgesloten, gevalideerde en gedeclareerde DBC's, waarvan de declaratieperiode is afgesloten na het eerste kwartaal 2006). Het gaat daarbij om de data van vijf zorgverzekeraars. Vektis heeft niet bekend gemaakt van welke ziekenhuizen de data in het onderzoek zijn betrokken. De macrokostengevolgen die door Vektis zijn genoemd en die medio juni 2006 naar buiten zijn gebracht, worden in de definitieve rapportage genuanceerd. Vektis heeft de 26 ziekenhuizen in het onderzoek geselecteerd op voldoende volume in de declaratiedata. Er kan op grond van deze cijfers daarom geen harde uitspraak worden gedaan over de totale potentiële macrokostengevolgen. Het onderzoeksrapport heeft, zo blijkt uit een toelichting van Vektis, niet de pretentie een gedetailleerde studie rond DBC-declaraties op te leveren. De opdracht van ZN aan Vektis was om een signalerend onderzoek uit te voeren.

In het onderzoek zijn vier verschillende situaties door Vektis geanalyseerd. Er is bij iedere vraag een andere rangschikking van zorgaanbieders weergegeven, waardoor niet is vast te stellen of er in het declaratiegedrag van zorgaanbieders sprake is van systematische afwijkingen ten opzichte van het landelijk gemiddelde.

Vektis heeft tenslotte een aantal hypothesen in de rapportage uitgewerkt over wat naar de mening van ZN een juiste interpretatie van de typering en de bijbehorende declaratiebepalingen zou zijn. De cijfermatige analyse is daar volledig op gebaseerd.

In paragraaf 4.1 van dit rapport gaan wij verder in op de declaratiebepalingen en typeringsinstructies. Het blijkt dat een aantal interpretaties, dat Vektis heeft gehanteerd bij zijn analyse, naar de letter van de typeringsinstructie niet zo strikt kan worden uitgelegd. In de publicatie van de bevindingen door ZN op 16 juni 2006 zijn conclusies gepresenteerd, die deden voorkomen dat in strijd met declaratiebepalingen zou zijn gedeclareerd. Bij de aanbieding van de definitieve rapportage aan VWS en de marktpartijen op 21 juli 2006 heeft ZN het beeld van onrechtmatig declareren, dat uit de presentatie van 16 juni 2006 naar voren kwam, genuanceerd.

De belangrijkste conclusie uit het ZN-rapport, is dat zorgaanbieders op verschillende manieren omgaan met typeringsinstructies en declaraties van geleverde producten. De analyses van Vektis laten zien dat de spreiding in aantallen DBC's tussen zorgaanbieders bij dezelfde aard van behandelingen erg groot is. Omdat de exacte diagnose en individuele gevallen niet nader onderzocht zijn, kan niet worden geconcludeerd of individuele declaraties van ziekenhuizen in strijd zijn met wettelijke bepalingen.

4. Analyse declaratiebepalingen en Instructies

4.1 De Instructies onder de loep

De minister van VWS heeft de NZa verzocht om op basis van de gegevens van Vektis te onderzoeken of ziekenhuizen en medisch specialisten bij de genoemde vier categorieën DBC's in strijd hebben gehandeld met de vigerende (declaratie)bepalingen en of deze eventueel aanpassing behoeven.

In het Vektis-onderzoek is een beperkt aantal verschillende soorten DBC's onder de loep genomen. Voor deze DBC's is bekeken of eenduidig is vast te stellen wat de 'regel' of 'norm' is die een declarant moet volgen. Bindend voor het declareren door ziekenhuizen (en daarbinnen medisch specialisten) zijn de door CTG/ZAIo vastgestelde declaratiebepalingen (voor een toelichting verwijzen wij naar hoofdstuk 2). Deze declaratieregels bevatten enkele algemene bepalingen over de declaratiewijze bij DBC's, waaronder bepalingen over begin en einde van een DBC. Daarnaast verwijzen declaratiebepalingen rechtstreeks naar de zogenoemde 'Instructies' en 'typeringslijsten'. De Instructies schrijven voor hoe de medisch specialist en de instelling tot de omschrijving en dus registratie van een DBC komen in een specifiek geval³. Er zijn Instructies en typeringslijsten voor 24 medische specialismen voor de hele range van DBC's. De typeringslijsten en Instructies zijn specifiek voor een bepaald specialisme. De NZa heeft onderzocht of de norm die door de Instructies wordt gevormd duidelijk en eenduidig is voor de registratie en declaratie van een DBC. De NZa acht onderzoek naar strijdigheid tussen declaratiegedrag en norm alleen mogelijk, als is vastgesteld dat de norm voldoende eenduidig is gedefinieerd en de interpretatieruimte binnen aanvaardbare grenzen blijft.

De NZa heeft deze vraag naar duidelijkheid van de norm breed opgevat. Gelet op de vraag van de minister van VWS naar eventuele aanpassingen, heeft de NZa niet alleen gekeken naar de diverse niveaus van regels, maar ook breder gekeken dan de vier categorieën DBC's die in het Vektis-onderzoek in het vizier waren. Deze analyse is evenwel niet uitputtend.

Onderstaand volgen in 4.1.3 de bevindingen bij het bestuderen van de Instructies. Eerst komt in 4.1.2 een aantal algemene opmerkingen aan bod. Deze vormen geen uitputtende inventarisatie van de grijze gebieden in de typering, maar illustreren de tekortkomingen en lacunes in het gebruik van het DBC-systeem. In 4.2 volgen de bevindingen over de DBC-categorieën uit het Vektis-onderzoek.

³ In de tekst wordt verder kortheidshalve de aanduiding 'Instructies' gebruikt omdat die materieel bepalen welke DBC uiteindelijk tot declaratie komt.

4.1.1 Gebruik van begrippen en Instructies

Hieronder wordt een indruk gegeven van een algemene analyse van de Instructies. Het overzicht is niet uitputtend, maar geeft een algemene indruk van het open karakter van de normen.

1. De definitie van een DBC biedt vanuit zichzelf onvoldoende houvast voor de interpretatie. Zo zou één zorgepisode gepaard gaan met één DBC. In dat geval moet een tweede DBC niet zomaar te openen zijn. De Instructies laten zien dat vooral de meerdere zorgtypen die onderdeel uitmaken van de DBC-omschrijving, aanleiding kunnen vormen voor het openen van meer DBC's. De NZa is van mening dat, indien de hoofdregel is dat steeds één DBC een zorgepisode omvat, uitzonderingen op deze regel limitatief moeten worden benoemd en omschreven. Dat gebeurt in onvoldoende mate.

2. De regels voor het openen en sluiten van DBC's zijn niet voor alle specialismen identiek. Bovendien kennen ze specialismespecifieke uitzonderingen en laten in de praktijk ruimte voor verschillende interpretaties.

3. De DBC-definitie laat het toe om 'diagnostiek op verzoek van derden' (bijvoorbeeld de huisarts) verschillend te benaderen en als DBC aan te merken. De discussies hierover tussen zorgverzekeraars en de NZa met zorgaanbieders tonen dit aan. Een aanvullende eis volgens het principe van face-to-face-contact, met nadruk op de verantwoordelijkheid van de specialist voor de behandeling, ontbreekt.

4. In alle Instructies zijn de passages over multidisciplinaire DBC's voor meerdere interpretaties vatbaar. Dit heeft overigens geen praktische gevolgen, omdat deze vorm in de praktijk niet wordt gehanteerd.

5. In de Instructies van verschillende specialismen wordt verschillend omgegaan met het begrip 'zorgvraag'. Van de 24 specialismen hanteren zeven dit begrip om uiteenlopende redenen. De zorgvraagclassificatie blijkt bij enkele specialismen niet of nauwelijks tot financieel onderscheid te leiden. (Zo kent urologie in het B-segment bijvoorbeeld bijna 1100 DBC's).

6. In geval van parallelle DBC's is de vuistregel in de Instructies dat sprake moet zijn van "substantiële extra inzet van medisch specialisten c.q. kosten van het ziekenhuis". Het begrip substantiële inzet is echter niet voldoende scherp gedefinieerd. Het is volgens de tekst van de Instructies mogelijk om dit alleen te relateren aan de inzet van de specialist (overigens zonder specifiek aan normtijden o.i.d. te refereren) of aan de kosten van het ziekenhuis. Verder kan hier worden opgemerkt dat de regels voor parallelle DBC's bij 'andere zorgvragen' of nevendiaagnosen bij verschillende specialismen verschillen. Het begrip 'nevendiagnose', zoals dat bij cardiologie bijvoorbeeld wordt gehanteerd, leidt tot onduidelijkheid. Een scherpe norm vergt een keuze: blijft de al geopende DBC met eerdere diagnose gelden of is het nodig uit te gaan van een nieuwe diagnose terwijl tegelijkertijd een nieuwe DBC wordt geopend? Dat wordt

uit de Instructie niet duidelijk. Gelet op de gemiddelde verhouding tussen kosten ziekenhuis en honorarium specialist⁴ ligt het naar de mening van de NZa meer voor de hand dat hetzij de kosten van het ziekenhuis, hetzij de integrale kosten (incl. honorarium) bepalend zijn voor het criterium wanneer een parallelle DBC wordt geopend. Dat zou een nadere precisering van de norm vergen. Zoals de instructie nu is vormgegeven ligt de beslissing bij de specialist, die immers verantwoordelijk is voor de typering. Deze heeft echter een inkomensprikkel naast de doelmatigheid die in het integrale tarief (kosten en honorarium) is besloten.

7. De verschillen tussen de Instructies van de verschillende specialismen hebben deels te maken met verschillen tussen de typeringslijsten. Onder punt 5 is al ingegaan op het verschil in omgaan met 'zorgvraag'. Datzelfde geldt voor 'zorgtypen'. Behandelassen verschillen op belangrijke aspecten, bijvoorbeeld geneesmiddelen. Een voorbeeld van verschillend gebruik van typeringslijsten is kindergeneeskunde. Hier worden twee lijsten gehanteerd, een algemene lijst en één voor neonatologie. De typeringslijst voor neonatologie kent een van alle andere typeringslijsten afwijkende modulaire opbouw, waarbij de indeling in categorieën meer is gebaseerd op honorariumaspecten dan op ziekenhuiskosten. De categorieën verschillen onderling nauwelijks in kosten, maar wel in honorarium.

4.1.2 Toepassing van de Instructies

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de toepassing van de Instructies zoals die uit de inhoud van de Instructies zelf is af te leiden.

1. In alle Instructies wordt in het inleidende gedeelte gesteld dat de exacte wijze van registreren per ziekenhuis kan verschillen, al naar gelang de interne afspraken en de mogelijkheden van de DBC-registratiemodule. Hier zit potentieel een fors probleem voor de toepassing van het systeem voor een aantal doelen. Wil het systeem drager zijn voor de bekostiging, dan moeten de DBC's voor gelijke gevallen onder gelijke omstandigheden uniform zijn. Het systeem moet dus zo worden toegepast, dat de wijze van registreren uniform is en dus onafhankelijk van een ziekenhuis en de daar geldende afspraken. Tevens moet het systeem onafhankelijk zijn van de maatregelen die lokaal in automatiseringsvoorzieningen worden getroffen.

2. In alle Instructies staat dat er moet worden gekozen voor de meest juiste diagnose en zodoende voor een DBC. Dit laat erg veel interpretatieruimte. In het geval van heelkunde staat bijvoorbeeld expliciet dat uitgegaan moet worden van een "alsof"-variant, dat wil zeggen een qua honorarium en kosten geschikte maar inhoudelijk onjuiste DBC, indien de juiste typering niet kan worden gevonden. Een dergelijke benadering doet af aan het uitgangspunt van maximale transparantie. Het is in een dergelijke situatie naar onze mening logischer om, indien er geen geschikte diagnose te kiezen is, een categorie 'restgroep' beschikbaar te hebben. Latere analyses kunnen zondig leiden tot een nieuwe categorie DBC's.

⁴ Landelijk is de verhouding ca. 85% kosten en 15% honorarium vrijgevestigde specialisten

3. De Instructies wijken onderling sterk af. Bij interne geneeskunde bijvoorbeeld is de instructie dat als de behandeling wijzigt, de lopende (initiële/vervolg)-DBC wordt gesloten en een nieuwe vervolg-DBC wordt geopend. Bij onder meer orthopedie is de Instructie dat geen nieuwe DBC wordt geregistreerd wanneer gedurende de looptijd van de DBC de inhoud van de behandeling zich wijzigt. In een overzicht van stichting DBC-Onderhoud van medio 2005 (Algemene toelichting op de Instructies) zijn bijlagen opgenomen met verschillen in typeringsinstructies. Deze inventarisatie is echter niet uitputtend. De leesbaarheid van de Instructies is door de vele specialismespecifieke uitzonderingen matig. De Algemene toelichting van medio 2005 en de aanvullingen van eind 2005 hebben de leesbaarheid niet verbeterd, waardoor de toepasbaarheid in het gedrang komt.

Inconsistentie in Instructies tussen specialismen werkt verwarring bij het toepassen van het DBC-systeem in de administratie van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar in de hand.

Algemene opmerkingen over interpretatieruimte kunnen niet tot de Instructies beperkt worden, maar hebben ook gevolgen voor het validatieproces:

4. De inhoud van de validatiemodule blijkt per specialisme verschillend te zijn ingevuld. Die invulling is bepalend voor de interpretatie van de DBC-registratie. Het geven van ongelijke interpretatieaanwijzingen via deze validatietabellen is ongewenst. Het validatieproces moet vanzelfsprekend uitgaan van uniforme normen. Overigens is in de praktijk de werking van de validatiemodule behalve specialismegebonden ook instellingsgebonden. Een proces van valideren behoort tot geldige en eenduidige uitkomsten te leiden ongeacht de uitvoerder of de plek van valideren.

Een algemene tekortkoming van de validatiemodule is dat deze per DBC valideert en niet in staat is om combinaties van meerdere DBC's per patiënt te valideren op onderlinge strijdigheid. Met name de combinatie van verschillende DBC's per patiënt is de insteek geweest van het Vektis-onderzoek.

4.2 Confrontatie van de specifieke DBC-categorieën uit het Vektis-onderzoek met declaratiebepalingen

Het onderzoek van Vektis heeft betrekking op declaratiegegevens, die een periode beslaan van begin 2005 tot en met het eerste kwartaal van 2006. De gegevens van DBC-declaraties zijn op gelijke wijze verwerkt. De Instructies en typeringslijsten voor DBC's zijn in dezelfde periode op enkele onderdelen gewijzigd. In het onderzoek van Vektis is niet duidelijk van welke periode de onderzochte declaraties van DBC's zijn. Daarnaast is niet te zeggen met welke Instructies en typeringslijsten de DBC's zijn geregistreerd en gedeclareerd. Immers, de DBC wordt pas bij de afsluiting definitief. Wijzigingen van Instructies en typeringen hebben hier invloed op, temeer omdat in de onderzochte periode tijdsafhankelijkheid van tabellen nog niet was ingevoerd (voor de validatie geldt die overigens nog steeds niet). Afhankelijk van het tijdstip van afsluiten bestaat dus de kans dat DBC's met een gelijke openingsdatum dus verschillend worden getypeerd.

4.2.1 De categorie “Spoedeisende hulp”-DBC en eendaagse reguliere DBC tegelijkertijd

De verwachting is dat de beide soorten DBC's (zorgtype 12–spoedeisende hulp (SEH) en zorgtype 11–reguliere zorg (RZ)) in geval van spoedeisende zorg niet tegelijkertijd geregistreerd mogen worden. Deze zorgtypen kunnen volgens ZN alleen naast elkaar bestaan als de reguliere DBC een langere looptijd heeft dan één dag. Deze verwachting is in het Vektis-onderzoek het uitgangspunt geweest voor een kwantitatief onderzoek. De vraag is derhalve of verwachting en (formele) norm samenvallen.

Uit de diverse Instructies blijkt geen ondubbelzinnige norm. De basisteksten over Spoedeisende hulp zijn niet in alle Instructies identiek. De teksten in de Instructies over het openen en sluiten van DBC's zijn niet bij alle specialismen gelijklopend en kennen per specialisme verschillende uitzonderingen. De teksten in de diverse Instructies over SEH-DBC's (zorgtype 12), samen met of gevolgd door een DBC reguliere zorg (zorgtype 11), zijn niet identiek bij diverse specialismen. Daarbij lopen de teksten uiteen voor de combinatie SEH en reguliere zorg; er is sprake van *erna* d.w.z. in hetzelfde DBC-traject of *ernaast* als parallelle DBC's. Aan de ene kant wordt geschreven: "er kan zowel een spoedeisende zorg-DBC als een reguliere DBC worden geopend binnen een zorgtraject", dus *na elkaar*. Dit lijkt dan de hoofdregel, maar tegelijk vermeldt de 'Algemene toelichting op de Instructies' van medio 2005 in de algemene toelichting dat parallelle DBC's hier kunnen voorkomen, dus *naast elkaar*.⁵

Nergens in de Instructies wordt expliciet vermeld dat er nooit meerdere SEH-DBC's per patiënt per dag bij hetzelfde specialisme kunnen voorkomen. Er staat evenwel ook niet dat het wel is toegestaan. De in Instructies opgenomen passages over parallelle DBC's bij substantiële meerkosten bieden ruimte om meerdere SEH-DBC's tegelijkertijd wel toe te staan.⁶

Vijf specialismen kennen het zorgtype SEH niet (dermatologie, radiotherapie, klinische genetica, revalidatie en neonatologie), alhoewel spoedeisende zorg bij de eerste drie kan voorkomen.

Bij het specialisme gynaecologie wordt SEH afwijkend gedefinieerd (van 8.00 tot 18.00 uur is alleen van reguliere zorg sprake m.u.v. weekends en erkende feestdagen). Alleen daarbuiten is sprake van spoedeisende hulp voor echte 'eerste hulp'. Dit is een duidelijk voorbeeld van een specifieke afwijking van algemene regels.

In de Instructies voor het specialisme cardiologie staat het uitgangspunt uitgewerkt dat "niet meer dan één lopende DBC per patiënt/instelling open kan staan", behoudens drie limitatieve uitzonderingen. Dit houdt de mogelijkheid van verscheidene seriële DBC's per patiënt in, in tegenstelling tot de meeste andere specialismen.

Het zorgtype 12 (SEH) wordt afhankelijk van het specialisme gevolgd door diverse, meestal poliklinische behandelitems; bij enkele specialismen zijn dagbehandeling - en klinische behandelitems mogelijk (Algemene toelichting op de Instructies 1 juli 2005).

⁵ Zie voor volledige tekst website DBC-Onderhoud algemene toelichting Instructies v20050701, blz. 2.

⁶ De standaardtekst voor parallelle DBC's is: voor zorgvragen met een eigen zorgtraject bestaande uit diagnostiek en behandeling waarmee substantiële kosten van het ziekenhuis c.q. inzet van de medisch specialist zijn gemoed, kan een nieuwe parallelle DBC worden geopend.

Een specifiek voorbeeld van een afwijkende en onduidelijke tekst in dit kader:

- orthopedie: "bij de DBC's SEH zoals deze uiteindelijk worden gedeclareerd, is gezien bovenstaande uitleg alleen de setting poliklinisch mogelijk. Een eventuele (dag)opname volgend op een SEH-presentatie dient immers altijd in een afzonderlijke DBC te worden ondergebracht".

Deze tekst maakt een SEH-DBC plus eendaagse reguliere DBC mogelijk, immers dagopname is ook eendaags; dit past niet bij de omschrijving van dagverpleging "in het algemeen voorzienbaar...etc".

Constatering

Hoewel de verwachting in het Vektis-onderzoek over het niet samen kunnen lopen van SEH-DBC en eendaagse reguliere DBC plausibel is, laten de 'instructie'-teksten interpretatieruimte. De algemene, toelichtende tekst mag aangeven dat geen aansluitende, reguliere DBC kan worden geopend als er geen sprake is van voortgezette behandeling, de specialismespecifieke Instructies zelf laten uitzonderingen toe. De NZa is dan ook van mening dat de norm te vaag geformuleerd is om vast te kunnen stellen of er sprake is van normafwijkend gedrag.

4.2.2 De categorie dubbele SEH-DBC op één dag door hetzelfde specialisme

De verwachting ten aanzien van deze categorie is dat het niet mogelijk is op een dag bij een patiënt meerdere SEH-DBC's van hetzelfde specialisme te openen en te sluiten. In het Vektis-onderzoek is dit verder verkend, waarbij bleek dat meestal een andere diagnose de aanleiding vormde voor opening van een nieuwe SEH-DBC, maar in enkele gevallen ging het om dezelfde diagnose. De vraag is of wat als verwachting geldt, ook overeenkomt met een eenduidige norm.

De afzonderlijke Instructies en de algemene toelichting sluiten niet expliciet uit dat voor meerdere diagnoses meerdere SEH-DBC's per patiënt mogen worden geopend. Voor ernstige gevallen, waarbij meerdere aandoeningen elk afzonderlijk met spoed klinische behandeling vereisen, bestaan de multitrauma-DBC's (overigens alleen bij heelkunde en orthopedie).

Constatering

Ook voor de categorie Dubbele SEH-DBC geldt dat de verwachting zoals in het Vektis-onderzoek gehanteerd, op zijn minst plausibel is. De logica van het systeem leidt tot de constatering dat bij een spoedeisende presentatie bij een specialisme niet meer dan een SEH-DBC wordt geopend. Het niet expliciet vermelden van dat uitgangspunt moet niet kunnen leiden tot het declareren van meerdere DBC's bij een bezoek aan de afdeling Eerste Hulp. De Instructieteksten laten echter interpretatieruimte.

4.2.3 De categorie klinische eendaagse DBC's

De stelling ten aanzien van deze categorie DBC's is dat deze eigenlijk niet zou kunnen voorkomen. Of er is sprake van een (voorzienbare) dagverpleging of er is een klinische DBC die

meer dan een dag duurt. De uitzonderingen op de regel kunnen niet anders dan beperkt zijn. De vraag is of deze verwachting ook gestaafd wordt door de definities die van kracht zijn.

Door verschillende zorgverzekeraars is al gewezen op de problematiek van de te hanteren definities. Bij de start van het DBC-systeem zijn de definities van dagverpleging, opname en verpleegdag zoals die voor de FB-budgettering (en tarifiering) onveranderd gebleven. Deze definities laten van oudsher enige interpretatieruimte toe. De discussies hierover hebben zich nu naar het DBC-systeem verplaatst. Daarbij kan het gaan om situaties op de grens van dagverpleging en opname, zoals een uitgebreide observatie op een afdeling van het ziekenhuis, of een PTCA (dotterbehandeling van het hart) binnen één dag. Daarbij laat de tarifiering voor de dagverplegings-DBC's en de klinische varianten grote verschillen zien⁷. Ten dele betreft dit de categorie eendaagse klinische DBC's naast SEH-DBC's, zoals die hiervoor onder 4.2.1 werd genoemd. Omdat niet steeds bij voorbaat duidelijk is welke kwestie zich voordoet, zou nader onderzoek moeten uitwijzen om welke praktijksituaties het gaat en hoe deze zich met de van oudsher bestaande definities verhouden.

Bij de definities die voor de budgettering worden gehanteerd, is geen tijdsduur gespecificeerd voor een klinische opname. Omdat het begrip dagverpleging is gekoppeld aan 'in het algemeen voorzienbaar' ontstaan nogal eens discussies bij acute zorg.

Constatering

De uitgangstelling dat een klinische eendags-DBC eigenlijk niet mag voorkomen, is vanwege de bestaande definities niet overeind te houden. Overigens is dit niet alleen een probleem aan de systeemkant (definiëring), maar ook aan de tariefkant. De constatering in het Vektis-onderzoek leidt dus niet ten algemene tot een conclusie dat onterecht is gedeclareerd. Er is een verduidelijking of aanscherping van bestaande definities nodig.

4.2.4 Meerdere DBC's met dezelfde diagnose

Het gaat om onderscheiden DBC's met hetzelfde zorgtype en dezelfde diagnose. Aangezien het in het DBC-systeem gaat om registratie en declaratie van één zorgperiode door middel van een combinatie van diagnose en behandeling, is de verwachting dat het eigenlijk niet mogelijk moet zijn om per patiënt bij een specialisme meerdere DBC's met dezelfde diagnose en hetzelfde zorgtype binnen een jaar te declareren.

Het Vektis-onderzoek laat echter zien dat relatief vaak sprake is van grote aantallen DBC's per verzekerde. De vraag is hoe scherp de genoemde verwachting in de Instructies is weergegeven.

Over deze groep DBC's zijn enkele opmerkingen te maken. In de eerste plaats dat de verwachting als zodanig niet altijd terecht is. Dit geldt bijvoorbeeld voor DBC's die betrekking hebben op operaties op dubbele organen dus met name bij snijdende specialismen. Deze

⁷ Bij PTCA's (dotterbehandelingen van het hart) gaat het om dagverpleging-DBC's met ziekenhuiskosten van € 5908 versus klinische DBC's met een kostenbedrag van € 8377. Ook hier is overigens bij de indeling van PTCA-DBC's in klassen meer rekening gehouden met de honoraria dan met de kosten.

uitzondering heeft Vektis in zijn onderzoek genoemd (een voorbeeld is de behandeling van staar aan beide ogen die twee DBC's oplevert. Overigens heeft heelkunde hiervoor een andere oplossing, namelijk een apart behandelitem voor dubbelzijdige behandeling).

In de tweede plaats is niet voor alle specialismen eenzelfde registratiewijze gekozen.

Cardiologie kent de ingrijpende uitzondering dat opeenvolgend in de tijd dezelfde DBC's bij een patiënt worden geopend. Andere specialismen komen bij parallelle DBC's uit.

Tenslotte kunnen op basis van de regels meerdere identieke vervolg- en exacerbatie-DBC's voorkomen. Hier zou door middel van (profiel)onderzoek moeten worden nagegaan of dat wenselijk is. Er is voor 2007 een wijziging van de definitie van exacerbatie in de maak.

Constatering

Ook bij dit onderwerp uit het Vektis-onderzoek is sprake van een aanzienlijke 'gap' tussen wat verwacht mag worden van het systeem en de huidige werking. Voor een belangrijk deel wordt het bestaan van de kloof in de hand gewerkt door onduidelijke Instructies. Dat voor sommige diagnoses in de DBC's rekening wordt gehouden met dubbele organen spreekt voor zich. Uniformering van tekst in de Instructies moet hier een oplossing bieden. Ook het punt van meerdere DBC's per patiënt (zowel parallel als volgtijdelijk) kan hier worden meegenomen. Maar de voorschriften voor parallelle DBC's verschillen per specialisme, zoals hierboven opgemerkt.

4.3 Beschouwing en algemene conclusies

Conclusies over de vier declaratiecasus

De categorieën die Vektis in zijn onderzoek aan de orde heeft gesteld zijn te grofmazig om te kunnen worden gebruikt voor het trekken van harde conclusies. Uitgaande van de door Vektis gebruikte brede categorieën moet in elk geval worden geconstateerd dat interpretatie van verschillende onderwerpen zoveel ruimte laat dat van strijdigheid tussen wijze van declareren en de declaratiebepalingen strikt genomen niet kan worden gesproken. Om strijdigheid aan te tonen moet in de eerste plaats de normstelling duidelijk zijn en in de tweede plaats de soort declaraties die onder verdenking staan. Dat laatste kan alleen op basis van nieuwe analyses op nieuw bronmateriaal. De conclusie is dan ook dat op basis van het door ZN en Vektis beschikbaar gestelde materiaal geen fraude is aan te tonen. De ruimte binnen de Instructies is echter van dien aard dat de 'mogelijkheid van strijdigheid met regels' ook niet geheel is uit te sluiten. Daarmee heeft het ZN-rapport over het onderzoek van Vektis naar de mening van de NZa terecht de aandacht gevestigd op een belangrijke tekortkoming van het DBC-systeem in zijn huidige vorm. Immers, de toepassing van DBC's als tariefsysteem veronderstelt dat registraties uniform geschieden en dat een adequate controle van de geleverde en gedeclareerde zorg mogelijk is. De voorbeelden tonen aan dat dat niet het geval is. Het systeem laat een dermate grote vrijheid dat doeltreffende controle door zorgverzekeraars vrijwel niet mogelijk is. Zorgelijk daarenboven is de grote spreiding tussen zorgaanbieders, die duidt op feitelijk verschillend declaratiegedrag. Specifieke zorg wordt niet in alle gevallen op dezelfde manier getypeerd en geregistreerd, en dus ook niet op dezelfde manier gedeclareerd.

Algemene conclusies en aanbevelingen voor het DBC-systeem

Het bedoeld of onbedoeld meer prestaties in rekening brengen dan noodzakelijk of een duurdere prestatie dan geleverd, is een achilleshiel van elk tarief- en bekostigingssysteem. De uitgevoerde analyse toont aan dat deze mogelijkheid binnen het huidige DBC-systeem ruim voorhanden is. Hier raakt het systeem ook direct aan de publieke belangen. Een te grote volume prikkel in de declaraties leidt immers tot te hoge zorguitgaven.

Voor een groot deel berust de ruimte op onduidelijkheden in de basisteksten van de Instructies. Voor een ander deel berust deze op discutabele specialisme specifieke regels in de Instructies. Het algemene beeld dat ontstaat is dat geen sprake is van één DBC-systeem, maar van 24 naast elkaar bestaande DBC-systemen die op de verschillende specialismen zijn toegesneden.

Langs deze lijn is het probleem wel duidelijk. De oplossing ervan moet bestaan in het zo snel mogelijk vereenvoudigen, uniformeren en verduidelijken van de Instructies. Gelet op de verwevenheid van typeringslijsten Instructies en de validatiemodules dient dit tegelijkertijd met uniformering en vereenvoudiging van de typeringslijsten en validatiemodules aangepakt te worden.

De NZa is van mening dat een aantal belangrijke stappen in onderlinge samenhang moet worden gezet. Daarbij is gebleken dat de huidige praktijk waarbij de inhoud van de basiselementen van het DBC-systeem door de zorgaanbieders zelf is bepaald, tot een onevenwichtig systeem heeft geleid. Daarmee zijn uiteindelijk de publieke belangen niet gediend. Ten behoeve van de bouw van het DBC-systeem is gekozen voor een model waarbij de zorgaanbieders een bepalende rol hebben gespeeld bij het opstellen van de systeemspecificaties. Daarbij is gekozen voor een systeem van zelfregulering door het veld, met een marginale toetsing achteraf. Destijds heeft CTG/Zaio inzake de systeemverantwoordelijkheid gewezen op het feit dat daardoor het DBC-systeem meer als een compromisemodel dan als een expertisemodel is ontworpen. Nu het DBC-systeem in de praktijk wordt getest, komen zwakke punten van dit model en het daarop gebaseerde systeem tot uiting. In een nieuwe afweging van risicobeheersing in het systeem vindt de NZa de marginale toetsing achteraf niet langer voldoende. Partijen hebben vanzelfsprekend hun eigen verantwoordelijkheid, maar de NZa stelt de kaders en voorwaarden waarbinnen zij opereren, vast vanuit haar taak de publieke belangen te behartigen. De aanpassingen van het systeem dienen naar de mening van de NZa dan ook plaats te vinden onder publieke toetsing en borging. Dat leidt tot een aantal aanbevelingen.

Basis van het systeem:

- De definities en begrippen dienen te worden aangescherpt;
- De Instructies moeten eenduidig worden geformuleerd waarbij één algemeen toepasbare hoofdregel wordt gehanteerd;
- Uitzonderingen op hoofdregels moeten worden beperkt tot het hoogst noodzakelijke; uitzonderingen dienen bovendien limitatief benoemd te worden en gebaseerd zijn op concreet geformuleerde criteria.

Deze aanpassingen zouden door de stichting DBC-Onderhoud moeten worden opgepakt. Het aanpassen van de Instructies heeft niet tot doel om in te grijpen in de professionele inhoudelijke autonomie van de specialist en diens oordeel over de behandeling van de patiënt. Het doel is om in de declaratiesfeer meer evenwicht te brengen in de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Administratief proces en toepassing van de regels:

- De zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de inrichting van een adequaat functionerende administratieve organisatie en een systeem van interne controle;
- Een dergelijk systeem moet gebaseerd zijn op uniforme toepassing van Instructies. Dat wil zeggen dat alleen geautoriseerde versies geldend zijn. De stichting DBC-Onderhoud mag alleen geautoriseerde versies publiceren, die daarmee onderdeel zijn van de wettelijke declaratiebepalingen;
- Zorgaanbieders dienen zich te houden aan landelijke Instructies. Verschillen in lokale uitwerking door softwareleveranciers mogen niet voorkomen (certificering).

In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op de risico's van de vrije interpretatieruimte voor de controle en verantwoording van uitgaven van zorgverzekeraars.

5. Schets van de controleketen

5.1 Inleiding

De vraag of er sprake is van strijdigheid van DBC-declaraties met regels roept de vraag op hoe het systeem in elkaar steekt, waar risico's zich voordoen dat het systeem onvoldoende werkt, welke gevolgen dat heeft en wat is gedaan om risico's van tevoren te beperken. Een dergelijke schets creëert de mogelijkheid na te gaan of de signalen uit het Vektis-onderzoek wijzen op risico's die niet eerder in beeld waren en bij welke onderdelen uit de keten maatregelen nodig zijn.

De schets geeft alleen de hoofdlijnen weer en omvat de hele keten. Deze start bij het openen van een DBC tot aan de betaling van de verzekeraar die op zijn beurt verantwoording aflegt over de verzekering die hij uitvoert. Voor de bekostiging van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg gold in 2005 voor het grootste deel van de bevolking nog de ziekenfondsverzekering. Anderen waren hoofdzakelijk aangewezen op particuliere ziektekostenverzekeringen. Het onderzoek van Vektis heeft grotendeels op die situatie betrekking. Vanaf 2006 geldt voor iedereen de zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Aanbevelingen voor de toekomst moeten bij die nieuwe verzekering aansluiten.

Voor de ziekenfondsverzekering geldt dat deze wordt uitgevoerd op basis van een wet en dat de overheid als het ware garantie moet bieden dat het premiegeld goed wordt beheerd en alleen volgens de regels wordt besteed. Voor de Zvw geldt deze laatste eis niet. Naast nominale premie-inkomsten is sprake van inkomsten uit een vereveningsfonds waarvan de omvang gekoppeld is aan het totaal van de uitgaven. Onnodige uitgaven laten de hoogte van uitgaven stijgen, maar ook doemt de vraag op of verdeling van onnodige uitgaven en dekking daarvan via het vereveningsfonds over alle zorgverzekeraars gelijk is verdeeld. Los van de eis dat zorgverzekeraars moeten zorgen voor vertrouwen in de verzekering door alleen werkelijke 'schade' te vergoeden, moeten zij via maatschappelijke verantwoording zekerheid bieden dat verzekerden via hun premie geen zorgkosten betalen die niet in het systeem terecht horen te komen.

Voor in 2005 afgesloten DBC's is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar te preciseren vanuit de Ziekenfondswet en de daarop gebaseerde regels. Het gaat dan onder meer om voorschriften voor de financiële verantwoording en de daarvoor uit te voeren controlewerkzaamheden. Voor 2006 geldt de eis voor de financiële verantwoording niet op dezelfde wijze en gaat het niet langer om het vaststellen van de rechtmatigheid van uitgaven. Wel moeten in het kader van de verantwoording via de jaarrekening en ten behoeve van het Vereveningsfonds controlewerkzaamheden worden verricht.

Het toepassen van een DBC-systeem moet niet alleen leiden tot een transparante prestatiebekostiging van ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg, maar ook bijdragen

aan een heldere verantwoording van zorgverzekeraars over de uitvoering van de verzekering. Daar komt bij dat partijen, ten behoeve van gewenste marktwerking, moeten kunnen vertrouwen op de juistheid van gegevens over geleverde zorg en de daarop aansluitende zorginkoop.

5.2 Declaratieproces: de kant van de zorgaanbieder

In hoofdstuk 2 is de controleketen getypeerd: typering – validatie – declaratie – verantwoording. Deze paragraaf concentreert zich op het deel van de keten bij de zorgaanbieder dat wordt afgerond met de declaratie. We onderscheiden daarin de volgende stappen om de risico's bij het declareren in beeld te krijgen.

- Het openen van de DBC, waarbij diagnose en (voorlopige) typering worden vastgelegd. Hiervoor zijn vooral de typeringsinstructies van belang;
- Het afsluiten van de DBC. Het moment waarop de DBC kan worden afgesloten is beschreven in de typeringsinstructies en in de declaratiebepalingen;
- Het valideren van de DBC. Hiervoor is in de ziekenhuizen een validatiemodule in gebruik;
- De declaratie van de DBC aan de zorgverzekeraar. Hiervoor gelden voor een instelling vaste procedures.

Dit proces kent meerdere vrijheidsgraden voor de toepassing in de praktijk van Instructies en declaratiebepalingen.

Ten principale doet het risico zich voor bij het niet eenduidig registreren van DBC's dat elke prestatie één keer in rekening wordt gebracht en dat ook alleen een DBC in rekening wordt gebracht indien de prestatie daadwerkelijk is geleverd. De Instructies en declaratiebepalingen behoren te leiden tot eenduidige registratie. Daadwerkelijke risico's ontstaan, als de sturende werking van de Instructies en andere bepalingen onvoldoende is en geen eenduidige registratie plaatsvindt. De analyse uit dit rapport zoals in hoofdstuk 4 gegeven, maakt duidelijk dat de Instructies onvoldoende functioneren.

In een tweede stap zou het geschetste risico moeten worden beperkt door de geregistreerde DBC's in lijn met de Instructies te valideren.

Te constateren is dat de werking van deze validatie niet voldoende is. De validatiemodule die vooral valideert op de behandel-as, kan alleen naar 'losse' DBC's kijken. De module kan niet toetsen op het onderlinge verband tussen verschillende DBC's per patiënt. Het eventueel onterecht declareren van meerdere DBC's per patiënt per periode wordt niet door de validatiemodule afgevangen. In de praktijk van werken is er een per ziekenhuis wisselende zogenoemde 'uitval'. Deze uitval kan handmatig worden opgelost.

Bovendien is er geen sprake van landelijk gestandaardiseerde validatiemodules. Er zijn modules per ziekenhuis en deze zijn afhankelijk van de keuzes die het ziekenhuis respectievelijk zijn softwareleverancier maakt. Bij elkaar genomen heeft dit tot gevolg dat de uitkomsten van de validatie per aanbieder tot andere resultaten kunnen leiden. In een derde

stap zouden de geregistreerde en gevalideerde DBC's conform vaste procedures moeten leiden tot declaraties. Wanneer deze procedures overeenkomstig vooraf gestelde eisen worden gevolgd, kan erop worden vertrouwd dat risico's met betrekking tot onterechte declaraties zich niet zullen voordoen. Dan moeten de procedures in opzet goed zijn en moet de instelling de procedures ook goed volgen. In de regelgeving is deze aanpak gevolgd met de 'Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC registratie en facturering'. Deze regeling bestaat uit een aantal eisen aan de administratieve organisatie en interne controle bij de aanbieder. Het bestuur van de instelling moet een bestuursverklaring opstellen over de naleving van de kaderregeling. De externe accountant van de instelling geeft bij de bestuursverklaring een accountantsverklaring af. De doelstelling is dat de zorgverzekeraars kunnen steunen op de bestuursverklaringen over naleving van de eisen uit de kaderregeling. Met een goedkeurende verklaring heeft een zorgverzekeraar in beginsel voldoende zekerheid over de zorgkosten ten laste van de zorgverzekering, ten behoeve van zijn eigen verantwoording.

Bij het aanpakken van risico's door het stellen van eisen is niet alleen van belang dat de opzet deugt, maar ook dat deze goed werkt. Het functioneren van de kaderregeling komt aan bod in paragraaf 5.4. Daaraan voorafgaand worden in een afzonderlijke paragraaf de financiële gevolgen van de risico's van onjuist declareren van DBC's belicht en de waarborgen die daartegen werken.

5.3 Budgettaire waarborgen tegen financiële risico's

Bij de invoering van de DBC-systematiek is gekozen voor een zodanige aanpak dat zich slechts beperkt risico's konden voordoen, zowel aan de kant van de zorgaanbieder als aan de kant van de zorgverzekeraar. Dat heeft vooral te maken met de bekostigingswijze. Er is onderscheid te maken tussen:

- A-segment ziekenhuizen en lumpsum medisch specialisten;
- B-segment ziekenhuizen en specialisten;
- Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) en extramurale specialisten, alsmede specialisten buiten lumpsum (Voor A- en B-segment is de omzet bepalend).

Daarnaast zijn aan de kant van de zorgverzekeraars maatregelen genomen rond de zorgverzekeraarbudgettering, mede in verband met de overgang naar de Zvw in 2006. Deze blijven in dit rapport verder buiten beschouwing.

A-segment ziekenhuizen en lumpsum specialisten

Voor het grootste deel van het zorgaanbod is sprake van budgetfinanciering waarbij de DBC-omzet als dekking van het budget fungeert. Voor de honoraria van medisch-specialisten is daarenboven in de meeste gevallen sprake van een lokaal initiatief met een lumpsum voor de honoraria, waarbij de DBC-omzet ook alleen ter dekking van die lumpsum fungeert. Bij zowel budget- als lumpsumfinanciering wordt een te hoge DBC-omzet per definitie terugbetaald aan

zorgverzekeraars. Het budget wordt in het lokaal overleg bepaald. Het financiële risico is door voortzetting van de budgettering op dit moment nog beperkt.

Er doen zich enkele bijzondere risico's voor:

- Het declareren van meer DBC's dan op zich te verwachten valt, kan ook plaatsvinden om meer FB-parameters te registreren en op te voeren die, gezien de budgetteringsregels, consequenties hebben voor het budget. Er is geen rechtstreekse controle meer mogelijk op de FB-parameters, omdat deze niet meer afzonderlijk worden gedeclareerd. Budgetafpraak en declaratie kunnen dus uit de pas gaan lopen omdat deze op verschillende dragers worden gebaseerd. Uiteindelijk wordt dit (via de nacalculatie op budget en opbrengsten) gecorrigeerd, maar de controle is lastiger voor de zorgverzekeraars.
- Een risico voor de controle op declaraties in het A-segment is verder dat geen individuele DBC-tarieven worden gedeclareerd, maar dat sprake is van productgroeptarieven. Dat maakt het belang van controle op de juiste DBC groter.

B-segment ziekenhuizen en specialisten

In het B-segment is geen sprake meer van budget en lumpsum. Een algemene risicofactor is dat hoge omzetten meer kosten betekenen en een te hoog declaratievolume betekent meer inkomsten voor de aanbieder en een hogere schadelast voor de verzekeraar en patiënt. Het risico is dat er meer wordt gedeclareerd dan geleverd.

Het risico wordt beperkt door de volgende factoren:

- De omvang van het B-segment is relatief beperkt;
- Het B-segment wijkt qua DBC's af van het A-segment. Er komen in het B-segment minder of geen DBC-groepen voor waarvoor problemen met registratie te verwachten zijn, zoals de DBC's voor spoedeisende hulp. Het declareren van SEH-DBC's is een van de door Vektis onderzochte probleemcategorieën;
- Het B-segment bestaat voor een relatief groot deel uit eenvoudige behandelingen die duidelijk afgebakend en gedefinieerd zijn en is als zodanig niet representatief voor het overige zorgaanbod;
- Zorgverzekeraars maken afzonderlijke prijs- en volumeafspraken in termen van DBC's voor dit B-segment en kunnen daardoor ook eenvoudiger een toename in gedeclareerd volume constateren.

Vooralsnog zijn de risico's beperkt. Als het B-segment in omvang gaat toenemen wordt het algemene risico van meer en hogere declaraties bij ongewijzigd beleid uiteraard navenant groter.

ZBC's en extramurale specialisten, specialisten buiten lumpsum

Ook hier komt het risico rechtstreeks voort uit het gegeven dat het declaratievolume de omzet en inkomsten van de zorgaanbieders bepaalt. Het risico is derhalve dat meer wordt gedeclareerd dan (reëel gesproken) is geleverd.

Voor dit risico gelden als beperkende factoren:

- De omzet is relatief klein en heeft een beperkte invloed op de schadelast van zorgverzekeraars;
- Er is geen SEH-productie;
- Een ZBC mag geen klinische productie leveren met uitzondering van het B-segment.

Het onderzoek van Vektis heeft zich beperkt tot het A-segment. Er is niet gekeken naar de productie in ZBC's en de extramurale en 'buiten lumpsum'-declaraties. Als we kijken naar de macrogevolgen in financiële zin is dat voor de korte termijn geen grote ommissie. Dit verandert als naar de gevolgen van systeemfalen op langere termijn wordt gekeken. Immers, dan zal grotendeels sprake zijn van variabele prestatiebekostiging zonder budgettaire waarborgen, ook voor de ZBC's.

5.4 Controlewerkzaamheden zorgverzekeraars

Uitgangspunt voor de bekostiging op basis van DBC-declaraties is geweest dat de declaraties voor de verzekeraar controleerbaar moeten zijn. Dit is onder meer nodig voor de verantwoording van de zorgverzekeraaruitgaven ten laste van de Zfw (2005) en vanaf 2006 de Zvw. Daarnaast is sprake van controle door CTG/ZAio /de NZa voor de instellingsbudgettering van de zorgaanbieders. Deze laatste controle gaat niet over de rechtmatigheid van declaraties (de vraag of een declaratie terecht ten laste van de zorgverzekering is vergoed). Voor de nacalculatie op de budgettering is primair de volledigheid van de declaraties ter dekking van het budget van groter belang dan de rechtmatigheid van de declaratie.

Voor 2005 moeten de ziekenfondsen (zorgverzekeraars) zich verantwoorden over de rechtmatigheid van de uitgaven ten laste van de ziekenfondsverzekering. Dit doen zij door middel van het Financieel Verslag, waarbij een verklaring van een externe accountant wordt gevoegd. Om te komen tot een verklaring over de rechtmatigheid (overeenkomstig de regels) moet een zorgverzekeraar controles uitvoeren. Aanlevering van het Financieel Verslag is geprotocolleerd waarbij ook is uitgewerkt waaraan de controles moeten voldoen.

De controle van zorgverzekeraars moet in opzet kunnen steunen op een normatieve AO/IC-beschrijving. Dat is zoals in paragraaf 5.2. weergegeven de 'Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC registratie en facturering'. Deze bestaat uit een aantal eisen aan de administratieve organisatie en interne controle bij de zorgaanbieder. De doelstelling voor 2005 was dat de zorgverzekeraars konden steunen op de bestuursverklaringen over het naleven van deze eisen. Onderstaand wordt ingegaan op de werking van de opzet van controles in 2005. Vervolgens wordt aandacht besteed aan 2006.

Situatie 2005: werking van de controleopzet via verantwoording door de instellingen

In het Controleprotocol rechtmatigheidsonderzoek ZFW 2005 heeft het CTZ/de NZa opgenomen dat voor het uitvoeren van de materiële controle de ziekenfondsen (gedeeltelijk) gebruik kunnen maken van de verantwoordingsconstructie van de ziekenhuizen inzake DBC's.

Het ziekenfonds geeft voor de materiële controle op de DBC's gemotiveerd aan of, en in hoeverre het gebruikmaakt van de naleving van de Kaderregeling door de ziekenhuizen en welke materiële controle het zelf aanvullend heeft verricht om aan de Regeling administratie en controle ziekenfondsen Zfw te kunnen voldoen.

In het najaar van 2005 is duidelijk geworden dat de instellingen over 2005 niet zouden kunnen voldoen aan de eisen van de Kaderregeling AO/IC. Vervolgens heeft ZN voor 2005 de zorgverzekeraars/ziekenfondsen geadviseerd om de formele controles op de declaratieverwerking zelf uit te voeren en nog geen gebruik te maken van de bestuursverklaring en de daarbijbehorende accountantsverklaring van de ziekenhuizen over de naleving van de Kaderregeling AO/IC.

Over 2005 voldoen in het algemeen de instellingen niet aan de gestelde eisen in de kaderregeling. Dit komt tot uitdrukking in de strekking van de bestuursverklaringen van de instellingen. De zorgverzekeraars kunnen hierdoor in het algemeen niet steunen op de ontvangen bestuursverklaringen. In een aantal gevallen zijn de bestuursverklaringen ook niet tijdig ontvangen.

De NZa vraagt de instellingen om de bestuursverklaringen te overleggen. In onderstaande tabel zijn de resultaten weergegeven.

Verklaringen ziekenhuizen 2005

Aantal ziekenhuizen	99
Ingeleverde bestuursverklaringen 2005	66
Daarvan goedkeurende verklaringen	1

Uit de tabel blijkt dat het merendeel van de instellingen over 2005 geen goedkeurende verklaring heeft kunnen overleggen⁸.

Een en ander heeft tot gevolg dat de door de zorgverzekeraars zelf uit te voeren controles behoren toe te nemen.

Formele controles

Ziekenfondsen hebben in het overgangsjaar 2005 de formele controles op de DBC-declaraties uitgevoerd. Voor de reikwijdte van de formele controles op de DBC-declaraties zijn in het algemeen de voorwaarden van toepassing waaraan minimaal voldaan moet zijn voor een rechtmatige verstrekking, zoals vastgelegd in het Controleprotocol rechtmatigheidsonderzoek bij het Maatschappelijk verslag 2005.

In het bijzonder gaat het om de volgende criteria voor DBC-declaraties:

- De DBC-declaratie heeft betrekking op een persoon die als verzekerde in het verzekerdenbestand Zfw is opgenomen;
- Er is sprake van een overeengekomen (B-segment) en/of door het CTG/ZAio goedgekeurd tarief (A-segment);

⁸ De peildatum voor de genoemde aantallen is 15 juli 2006

- De DBC-behandeling maakt deel uit van het verstrekkingenpakket Zfw;
- Aan de DBC-declaratie ligt een overeenkomst met een zorgverlener ten grondslag.

De formele controles hebben betrekking op enkele algemene eisen van rechtmatigheid van de uitgaven.

Voor 2005 komen in het algemeen uit de uitgevoerde formele controles geen bijzonderheden naar voren. Op beperkte schaal worden onzekerheden over de rechtmatigheid van de DBC-uitgaven geconstateerd doordat controles op rode en oranje DBC's (DBC's die niet behoren tot het wettelijk verzekerd pakket dan wel daartoe onder voorwaarden behoren) nog niet volledig zijn afgerond.

Overigens moet hierbij worden aangetekend dat de hier vermelde formele controle uitgaat van de DBC's zoals ze worden geregistreerd in de instellingen en vervolgens worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraars. Een dergelijke opmerking moet ook worden gemaakt voor de Kaderregeling AO/IC. Deze gaat uit van de geldende typeringsinstructies en declaratiebepalingen. Indien die ruimte laten voor interpretatieverschillen, wordt dat per definitie door de AO/IC-voorschriften niet gecorrigeerd.

Materiële controles

Bij de materiële controle wordt onderscheid gemaakt tussen materiële controle gericht op de daadwerkelijke levering aan de verzekerde en materiële controle gericht op de 'terechte' levering. Vaak vinden deze controles plaats na afloop van het jaar waarop de kosten zijn geboekt. Ze worden gericht uitgevoerd op basis van bestandsanalyses. De uitkomsten van materiële controles hebben niet direct invloed op de rechtmatigheid van de uitgaven, maar wel op de getrouwheid van de kosten. De beoordeling van de materiële controles door de toezichthouder kunnen aanleiding tot opmerkingen geven in het kader van de rechtmatigheid van de uitvoering.

Bij veel ziekenfondsen zijn de materiële controles (nog) niet volledig uitgevoerd. Mede hierdoor ontstaan er onzekerheden over de kosten van DBC's. Overigens is de mogelijkheid tot het uitvoeren van materiële controles in 2005 door de zorgverzekeraar ook beperkt omdat op last van het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) niet de volledige DBC-prestatiecode op de declaratie mocht worden vermeld. De diagnosecode mocht slechts ten dele worden vermeld. Vanaf 2006 is dat veranderd en kunnen per DBC de volledige prestatiecodes op de declaratie worden vermeld. Beperkende factor blijft dat in de declaraties de verrichtingsprofielen niet worden opgenomen, waardoor de DBC-declaratie voor de verzekeraar lastig te controleren is.

Andere redenen voor de onzekerheid over de hoogte van de DBC-kosten zijn onder andere:

- de ziekenhuizen voldoen in overgrote meerderheid niet (of gedeeltelijk niet) aan de kaderregeling AO/IC;
- een aantal ziekenfondsen had niet de beschikking over de bestuursverklaringen van de instellingen ten tijde van de opmaak van de jaarcijfers van de ziekenfondsen;

- de DBC's worden pas gefactureerd bij sluiting van de DBC's, waardoor de declaratiestroom laat op gang is gekomen, met minder tijd voor materiële controles en een hoger aandeel van ramingen in het totaal van de kosten;
- er zijn geen ervaringsgegevens beschikbaar voor de raming van het onderhanden werk DBC's.

De externe accountants van de ziekenfondsen hebben, zonder afbreuk te doen aan het oordeel over de verantwoording van het ziekenfonds, in de accountantsverklaringen een toelichtende paragraaf opgenomen en de aandacht gevestigd op de toelichting in het Financieel Verslag. De ziekenfondsen hebben in de toelichting uiteengezet dat door de invoering van de DBC's de hoogte van de kosten DBC's en de technische voorziening DBC's met onzekerheid is omgeven. Deze onzekerheden zal de NZa (het CTZ) aan de orde stellen in haar algemeen rapport over de uitvoering Zfw 2005. Dat uitgaven onzeker zijn (uitgedrukt in een percentage van het totaal), drukt uit dat over de juistheid van de weergegeven kosten geen oordeel kan worden gegeven.

Situatie 2006

Voor de zorgverzekeraars is met de inwerkingtreding van de Zvw een nieuwe situatie ontstaan. In de verslaglegging zal de rechtmatigheidsverantwoording over de bestedingen geen rol meer spelen⁹. De verantwoording van het nakomen van wettelijke verplichtingen speelt wél een rol. Daarnaast moeten zorgverzekeraars de juistheid van gegevens aantonen die nodig zijn in het kader van de verevening. De zorgaanbieder behoort op basis van de Zvw de gegevens te leveren die de zorgverzekeraar voor zijn controles nodig heeft. De mogelijkheden van controles volgens een werkwijze die is afgestemd met het CBP, zijn vastgelegd in de "Wijziging Regeling zorgverzekering ter uitvoering Zorgverzekeringswet" van 15 december 2005. Een andere wijziging voor de zorgverzekeraar is de marktgerichte benadering waarvan de Zvw uitgaat. Meer dan tijdens de periode van de Zfw ondervindt de zorgverzekeraar prikkels om efficiënte zorg in te kopen en te doen leveren. Een en ander veronderstelt dat bekostigingssystemen in de zorg deze werking van het verzekeringssysteem ondersteunen. Tegelijk moeten zorgverzekeraars zorgen dat zij daarmee kunnen werken, onder meer door zich van de goede gegevens te voorzien.

De verklaringen over het (niet) voldoen aan de Kaderregeling AO/IC zijn gepaard gegaan met verbetervoorstellen aan de besturen van de instellingen. Het is niet bekend wat de stand van zaken is met betrekking tot het realiseren van deze verbetervoorstellen. Het is een verantwoordelijkheid van de aanbieder om ten behoeve van de publieke verantwoording in overleg met de controlerend accountant de verbeteringen in de AO/IC te realiseren zodat over 2006 een goedkeurende verklaring kan worden verkregen.

⁹ De onzekerheid de uitgaven van zorgverzekeraars heeft wel invloed op de resultaten en kan gevolgen hebben voor de financiële positie van zorgverzekeraars. Die valt onder het toezicht van DNB.

De zorgverzekeraars zijn beter dan vorig jaar voorbereid op het uitvoeren van controles om voldoende zekerheid over de uitgaven te krijgen. De aanpak van ZN om via kwantitatief onderzoek van Vektis greep op de declaraties te krijgen bevestigt dit beeld. Overigens zal voor de beoordeling over 2006 ook de NZa als toezichthouder na beoordeling van 2005 meer zicht hebben op het al dan niet uitvoeren van controles door zorgverzekeraars.

5.5 Conclusies

Vanuit het oogpunt van risico's voor macrokosten zijn de kansen op grote gevolgen door onterechte declaraties beperkt. Dat komt grotendeels door de bekostigingsvangnetten die ook als plafond werken. Voor de niet-gebudgetteerde zorgsectoren ontbreken cijfers, maar op basis van een kwalitatieve analyse kan worden geconstateerd dat de risico's daar beperkt van aard zullen zijn, zowel op macro- als microniveau.

Voor de nabije toekomst met een gewenste overgang naar variabele prestatiebekostiging ligt dat echter anders. Als dan geen sprake is van eenduidige productdefinities zodat afnemers niet kunnen controleren wat wordt geleverd, is de overstap naar prestatiebekostiging niet verantwoord.

De controles op uitgaven en declaraties steunen vrijwel volledig op het correct functioneren van de interne administratieve processen in het ziekenhuis. Die processen zijn op hun beurt weer afhankelijk van een juiste toepassing van de DBC-registratie en -validatie. Met andere woorden: als de basis niet deugt, wankelt het hele bouwwerk, terwijl dat overeind wordt gehouden door de budgetteringssystematiek. Dat is materieel gezien de situatie in 2005 en naar verwachting ook in 2006.

Om deze knelpunten te kunnen oplossen is een parallelle aanpak nodig:

- systeemverbeteringen aan de basis: in hoofdstuk 4 is hiervoor een aantal aanbevelingen aangedragen;
- versterken van de controleketen;
- voor de korte termijn het opstellen van een aantal richtlijnen voor de interpretatie van typeringsinstructies;
- handhaving van de Kaderregeling AO/IC;
- nadere maatregelen en instructies voor accountantscontrole;
- onderzoek door de externe accountants van de instellingen naar de stand van zaken AO/IC 2006 en de voortgang in het realiseren van de verbeterplannen;
- het (tijdelijk) verplicht aanleveren van profielgegevens aan zorgverzekeraars (de toezichthouder krijgt die data via het DIS aangeleverd en kan op grond daarvan ook achteraf onrechtmatige declaraties constateren. Dit is in de praktijk onvoldoende op gang gekomen).

Het versterken van de achteraf-controle is geen structurele oplossing voor het probleem van een instabiel systeem en kan bovendien niet slagen indien de basis niet wordt verbeterd. Dat betekent naar de mening van de NZa dat het DBC-systeem aan de basis sterk vereenvoudigd en verduidelijkt moet worden.

6. Verbeterplan marktpartijen en VWS

6.1 Inleiding

De marktpartijen hebben in overleg met het ministerie van VWS een verbeterplan opgesteld onder de naam 'DBC's eenvoudig beter'. In dit hoofdstuk volgt een korte samenvatting van dit plan en wordt gekeken naar het verwachte effect op de hiervoor in hoofdstuk 5 beschreven controlerisico's.

In het verbeterplan worden de volgende stappen aangekondigd:

- enkelvoudige vastlegging ten behoeve van meervoudig gebruik;
- verbeteren basisregistratie;
- ICD-codering koppelen aan DBC-registratie;
- de specialist typeert alleen de diagnose en waar nodig de behandeling;
- de validatie van de DBC die achteraf plaatsvindt wordt vervangen door afleiden van de DBC uit de basisregistratie;
- beter gebruik maken van ICT-mogelijkheden;
- ICT-infrastructuur moet beter en slimmer;
- reële tarieven voor herkenbare producten;
- declaratie op DBC-niveau, onderhandelen op clusterniveau;
- clusteren op basis van de diagnose.

6.2 Nadere beschouwing van het verbeterplan

Het verbeterplan bestaat grofweg uit drie categorieën maatregelen: registratie en validatie, technische maatregelen en maatregelen voor tarifiering en prijsonderhandeling.

Registratie en validatie

In het verbeterplan wordt onder de noemer basisregistratie een aantal onderwerpen meegenomen:

- uniformeren definities en typeringslijsten;
- uitbreiden aantal verrichtingen en activiteiten die het zorgprofiel bepalen;
- uniformeren toepassingsregels;
- invoeren ICD-codering als basisregistratie;
- afleiden van DBC's uit basisregistratie.

Het is evident dat een uniforme toepassing van de DBC's afhangt van een uniforme registratie van diagnoses en verrichtingen in het medisch dossier. De vraag of dat een registratie van diagnoses moet zijn die is gebaseerd op de ICD-9 (zoals in de Landelijke Medische Registratie) of een andere vorm, is voor de bekostiging van zorg op basis van eenheden als DBC's minder relevant. Centrale eis is dat uniforme definities en typeringen worden gehanteerd. Uiteindelijk moet eenzelfde diagnose en behandeling bij alle zorgaanbieders tot dezelfde DBC leiden.

De validatie of het afleiden van DBC's kennen allebei dezelfde achilleshiel: er zijn uniforme typeringsalgoritmes noodzakelijk, die door alle zorgaanbieders uniform worden toegepast. Als deze typeringsalgoritmes ontbreken, zoals in de huidige situatie het geval is, zal het afleiden van DBC's geen verbetering met zich meebrengen. De rol van de specialist ten aanzien van de registratie van de diagnose spreekt voor zich, maar in de hoofdstukken 4 en 5 is aangetoond dat juist de Instructies en typeringslijsten die door specialisten zijn opgesteld, voor de interpretatieproblemen zorgen. De vraag is dan ook of achteraf fiatteren van afgeleide DBC's door de specialist de structurele problemen oplost. Essentieel is dat de ruimte voor lokale interpretatie uit de typering wordt gehaald. Ten aanzien van het systeem van afleiden wordt in het verbeterplan opgemerkt dat de verantwoordelijkheid van de specialist 'door mandatering of anderszins lokaal ingevuld (kan) worden'. Daarmee wordt opnieuw de deur opengezet voor variatiebreedte in het declaratiegedrag en daar schiet het verbeterplan in het licht van de analyse en conclusies van hoofdstuk 4 dan ook tekort.

Technische maatregelen

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn in toenemende mate afhankelijk van ICT-toepassingen. De DBC-systematiek zou zonder ICT-ondersteuning ondenkbaar zijn. Het is echter primair de verantwoordelijkheid van marktpartijen om hun ICT-ondersteuning zo in te richten dat daarmee aan vigerende regelgeving kan worden voldaan. Voor het invoeren van regelgeving is het dan relevant dat voldoende tijd wordt geboden om aanpassingen in regelgeving in de ICT-systemen te implementeren. Dat houdt meteen ook in, dat wijzigingen in het DBC-systeem pas kunnen ingaan als is aangetoond dat alle systemen werken. Ten aanzien van het verbeterplan zou naar de mening van de NZa veel meer centraal moeten staan hoe uniformering van de ICT-software tot stand kan komen. In het verbeterplan wordt die vraag niet beantwoord. Er wordt gesproken over een gecertificeerde validatiemodule, maar men zou bijvoorbeeld kunnen denken aan toepassing van een certificeringssysteem voor de integrale ICT-ondersteuning.

Declaratie en onderhandelingen

Het huidige tariefsysteem kent een tarifiering die is gebaseerd op productgroeptarieven. Die productgroeptarieven zijn op hun beurt gebaseerd op de landelijke gemiddelde productmix per productgroep. Alle DBC's uit een productgroep hebben hetzelfde tarief. Er worden individuele DBC's gefactureerd. Als gesproken wordt over individueel declareren, dan wordt in het algemeen bedoeld dat de DBC's ook een eigen tarief krijgen. In het B-segment zijn geen landelijke productgroepen gedefinieerd en kunnen nu al prijzen per DBC worden afgesproken. Aannemende dat per 1 januari 2008 de prijsvorming wordt geliberaliseerd en het systeem van vaste tarieven wordt losgelaten, zal dus de productstructuur voor de tariefbepaling geen rol meer spelen. Maar ook voor de onderhandelingen ligt het dan meer voor de hand dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar zelf bepalen over welke DBC's individueel wordt onderhandeld en welke DBC's tegen een gemiddelde (cluster-)prijs worden aangeboden. Het tariefsysteem hoeft dat dan niet meer voor te schrijven. Een probleem daarbij is het grote (en toenemende) aantal DBC's. Dat wordt in het verbeterplan niet aangepakt.

Het is nu overigens zo dat de tariefberekening van de zorg helemaal aan het eind van het systeem zit. De casemix (het relatieve aandeel van iedere DBC in het totale productaanbod) wordt bepaald door het gerealiseerde volume en dat staat of valt met de typeringsinstructies zoals elders in dit rapport is aangetoond. Verbetering van het DBC-systeem kan op zich los worden gezien van de wijze van tarifiering.

6.3 Algemene conclusie over het verbeterplan

Onderdelen van het verbeterplan dragen bij aan de door de NZa voorgestelde oplossingsrichting van het DBC-systeem. Het is nuttig dat de bekostiging van zorg nog eens als de essentie van het DBC-systeem voorop is gezet. De elementen uit het plan die de NZa vooral positief waardeert, zijn de vereenvoudigingen en uniformering van de Instructies en het realiseren van uniforme basisregistraties met eenduidige begrippen. Daarnaast zijn echter ook doelen opgenomen die als randvoorwaarden gezien kunnen worden, maar die *au fond* niets te maken hebben met de verbetering van de basis van het DBC-systeem als drager van tarieven en prestaties. Dat betreft onderdelen over de tarifiering. Het huidige reguleringssysteem kan niet bindend zijn. Als structurele oplossing voor de knelpunten rond de controle op declaraties die elders in dit rapport zijn beschreven, zijn nog verbeterstappen te zetten. Het plan zou moeten worden aangevuld met maatregelen die de controle vergemakkelijken én criteria om de mate van detaillering van het DBC-systeem aan banden te leggen. Het plan moet voorkomen dat in de toekomst nieuwe knelpunten ontstaan. Tenslotte moet het plan worden voorzien van concrete mijlpalen en condities voor vervolgstappen. De NZa ontwikkelt hiertoe zelf een toetsingskader voor de systeemontwikkeling.

7. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk vat de NZa de belangrijkste conclusies uit het rapport nog eens samen en worden aanbevelingen gedaan voor vervolgstappen.

7.1 Conclusies

7.1.1 Vraagstelling

De vraag in het verzoek van de minister van VWS was om na te gaan of er door zorgaanbieders in strijd met declaratiebepalingen is gedeclareerd. In het verlengde daarvan heeft de minister gevraagd of aanpassingen in de declaratiebepalingen noodzakelijk zijn.

Ten aanzien van de vraag of door zorgaanbieders onrechtmatig is gedeclareerd, concludeert de NZa dat het op grond van de door ZN aangeleverde gegevens niet mogelijk is om conclusies te trekken over al dan niet onrechtmatig declareren. Bij onderzoek naar onrechtmatigheid moeten bovendien de normen duidelijk zijn. Daarover gaat een belangrijk deel van het onderzoek van de NZa.

Bij nadere analyse van de materie en de onderliggende regelgeving heeft de NZa het volgende geconcludeerd. Het blijkt op grond van de vigerende typeringsinstructies niet mogelijk om vast te stellen of er sprake is van onrechtmatig declaratiegedrag. De typeringsinstructies bieden daarvoor op een groot aantal punten eenvoudigweg een te vrijblijvend geformuleerde norm en ze laten te veel ruimte voor een eigen interpretatie door de aanbieder. De normen zijn daardoor te vaag om normafwijkend gedrag te kunnen vaststellen. Verder is de afhankelijkheid van de ICT-systemen zorgelijk, aangezien de verschillende softwareleveranciers verschillende toepassingen bij de zorgaanbieders implementeren. Daarmee neemt het risico op (onaanvaardbare) spreiding in het declaratiegedrag sterk toe.

Naar mening van de NZa kan nader onderzoek bij individuele zorgaanbieders bij gebrek aan concrete normen geen helderheid verschaffen over de vraag of al of niet onrechtmatig i.c. in strijd met de declaratiebepalingen is gedeclareerd. Op grond van de analyse kan worden vastgesteld dat er een risico bestaat vanwege te ruime interpretaties van Instructies. Er kan geen uitspraak worden gedaan over frequentie en omvang bij individuele zorgaanbieders. De NZa voegt daaraan toe dat met betrekking tot het huidige bekostigingsregime niemand voordeel trekt uit onjuiste declaraties.

Ten aanzien van de vraag of declaratiebepalingen moeten worden aangescherpt, concludeert de NZa dat het noodzakelijk is om te komen tot een universele normstelling die controle op de declaraties mogelijk maakt. Daaruit volgt de noodzaak tot het uniformeren en verduidelijken van typeringsinstructies en declaratiebepalingen die refereren aan de Instructies.

7.1.2 Controleketen en risico's uitgavenontwikkeling

In het kader van het onderzoek is door de NZa behalve naar de vraagstelling van de minister van VWS in enge zin naar de controleketen gekeken. Dat is gebeurd vanwege de inherente risico's die de DBC-typering met zich meebrengt voor de verantwoording van de zorguitgaven. Daarbij heeft de NZa geconstateerd dat de controleketen over 2005 onvoldoende heeft gefunctioneerd. In 2005 heeft 98% van de zorgaanbieders niet voldaan aan de eisen van de AO/IC. Dit was op voorhand bekend en er zijn met de betrokken toezichthouders en externe accountants afspraken gemaakt over de wijze waarop hiermee moet worden omgegaan. Het is echter niet duidelijk of er in 2006 daadwerkelijk verbetering zal optreden. Hierop zal de NZa in het bijzonder alert moeten zijn.

De risico's die hieruit voortvloeien ten aanzien van de uitgaven ten laste van de Zvw worden nog grotendeels ondervangen door het budget- en lumpsumsysteem. Dat is materieel het enige vangnet aan de kant van de zorgaanbieders. Hiermee worden risico's van 90% van het zorgaanbod afgevangen.

Kijkend naar controles om zekerheid over de weergave van de uitgaven te verkrijgen, zou het ontbreken van voldoende controles bij de ziekenhuizen moeten worden gecompenseerd door een (tijdelijke) toename van controlemogelijkheden bij zorgverzekeraars.

7.1.3 Systemontwikkeling en verbeterplannen

De aanpassingen die sinds de invoering van het DBC-systeem in 2005 zijn aangebracht, hebben niet geholpen om de knelpunten die in dit rapport zijn gesignaleerd weg te nemen. Integendeel, de toenemende mate van detaillering maakt toepassing van het DBC-systeem complexer en de foutenkans groter.

Het verbeterplan, dat recent door marktpartijen en VWS is vastgesteld, kent een aantal elementen die tegemoet komen aan de genoemde bezwaren. Naar de mening van de NZa is het echter nog onvoldoende gericht op de eisen die vanuit controle en verantwoording aan het DBC-systeem moeten worden gesteld.

7.2 Aanbevelingen voor vervolgstappen

Om tot een evenwichtig DBC-systeem te komen dat voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars en consumenten voldoende zekerheden biedt, beveelt de NZa het volgende aan.

7.2.1 Systemvereisten

In het DBC-systeem moet een aantal aanpassingen worden ingevoerd.

- Het uniformeren van Instructies en typeringslijsten en het aanscherpen van declaratiebepalingen zowel binnen specialismen als over specialismen heen. Instructies dienen een eenduidige hoofdregel te bevatten en alle toegelaten uitzonderingen moeten limitatief worden benoemd;

- Het beperken van het aantal DBC's. De NZa beveelt in lijn daarmee aan dat in afwachting van de uniformering het aantal DBC's niet wordt uitgebreid;
- Bij toekomstige systeemontwikkeling moet nadrukkelijk worden gekeken naar gevolgen voor het volume aan (declarabele) prestaties;
- De typeringsinstructies en bijbehorende declaratiebepalingen moeten landelijk uniform worden toegepast door het inrichten van versiebeheer en het verplicht gebruik van voorgeschreven versies;
- De ICT-toepassingen van zorgaanbieders, gericht op registratie en validatie in het kader van DBC's, moeten worden gecertificeerd om te controleren of deze aan de gestelde eisen voldoen.

7.2.2 Controletoeepassingen

De aanpassingen in het DBC-systeem vergen geruime tijd. In afwachting van realisatie daarvan moeten in de controle maatregelen worden genomen om onzekerheden in de betalingen danwel fouten daarin tot een vooraf vastgestelde grens te voorkomen. Daar waar maatregelen moeten worden genomen neemt de NZa het voortouw.

- Er moet een onderzoek worden uitgevoerd door de externe accountants van de zorgaanbieders naar de stand van zaken met betrekking tot de AO/IC in 2006 en de voortgang met de verbeterplannen die uitgevoerd moeten worden als gevolg van het ontbreken van goedkeurende verklaringen over 2005. Bij gebrek aan voldoende voortgang moet de NZa met duidelijke maatregelen komen en sancties in haar afweging betrekken;
- De AO/IC wordt uitgebreid met eisen ten aanzien van lokale toepassingen van informatievoorziening op het vlak van DBC's;
- Overwogen moet worden of ten behoeve van de controle een aantal maatregelen voor de korte termijn dwingend moet worden voorgeschreven:
 - voor het beoordelen van declaraties worden voorlopige landelijke interpretaties van de Instructies vastgesteld;
 - de zorgverzekeraars krijgen de beschikking over landelijke profielen voor het A-segment alsmede gemiddeld declaratiegedrag van zorgaanbieders voor 'multi interpretabele declaraties';
 - de zorgaanbieders zijn verplicht om profielinformatie aan de zorgverzekeraars te geven. Hiermee wordt meer inzicht in de geleverde prestaties mogelijk.
- Bij die overwegingen kan de NZa betrekken dat zij een generieke versoepeling van deze maatregelen afhankelijk stelt van het realiseren van de landelijke systeemvereisten;
- Op het niveau van de individuele aanbieder (instelling en de aldaar toegelaten specialisten) kunnen de maatregelen worden versoepeld, indien voldaan is aan de AO/IC-eisen;

- In overleg met organisaties van accountants wordt de toetsing van registratie- en informatiesystemen bepaald.

Deze maatregelen kunnen worden genomen op grond van de mogelijkheid binnen de Wmg om administratievoorschriften uit te vaardigen. Door deze in de vorm van een nadere regel vast te stellen, heeft de NZa instrumenten voor de handhaving ervan.

7.2.3 Toetsingskader

De NZa acht het van belang dat in het DBC-systeem de publieke belangen voldoende tot hun recht komen. Bij de uitwerking van bovenstaande aanbevelingen zal vanuit die doelstelling door de NZa een toets worden uitgevoerd. Hiertoe ontwikkelt de NZa een toetsingskader waarmee wordt beoogd de ruimte in het systeem te normeren. Bij de ontwikkeling van dat toetsingskader zal de NZa de marktpartijen consulteren.

Bijlage 1

CTG/ZAio
T a v. de Voorzitter
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Ons kenmerk CZ/2697001	Inlichtingen bij M. Verbeek	Doorkiesnummer 070-3407070	Den Haag - 7 JUL 2006
Onderwerp Taskforce declaraties		Bijlage(n) 2	Uw brief

Op donderdag 15 juni 2006 ontving ik van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een powerpointpresentatie van uitkomsten van een onderzoek door Vektis in opdracht van ZN. De uitkomsten spreken van vier categorieën 'verdachte' DBCs waarvoor instellingen in 2005 566 mln. euro teveel gedeclareerd zouden hebben. Tevens werd een grote variatie zichtbaar in de wijze waarop instellingen DBCs uit de vier categorieën gedeclareerd hebben. Deze resultaten zijn 16 juni 2006 in de pers uitgebreid aan de orde gesteld. De resultaten, en de wijze waarop deze door de pers geïnterpreteerd zijn, hebben tot de nodige beroering geleid. De minister heeft de voorzitter van de Tweede Kamer per brief geïnformeerd over de resultaten, en aangegeven onmiddellijk actie te nemen om de gerezen problematiek adequaat aan te pakken. Ik heb deze brief bijgevoegd.

De aanpak van de minister is tweeledig:

- een in te stellen taskforce, tenminste bestaande uit CTG/ZAio, NVZ, NFU, OMS en ZN, zal, ondersteund door de veegploeg, de uitkomsten nader verifiëren en analyseren, en tevens nagaan of er naast de vier genoemde categorieën DBCs nog andere DBC declaraties zijn waar te veel variatie voorkomt in de wijze van declareren
- het CTG-Zaio wordt verzocht om op basis van de gegevens van Vektis te onderzoeken of ziekenhuizen en medisch specialisten bij de genoemde vier categorieën DBCs in strijd hebben gehandeld met de vigerende (declaratie)bepalingen, en of deze eventueel aanpassing behoeven.

De minister acht de betrokkenheid van CTG/Zaio in de taskforce van groot belang. De taskforce zal bij het nader analyseren en verifiëren van de uitkomsten, en het op basis daarvan verklaarbaar en 'normaal' achten van variatie in declaraties, snel stuiten op de vigerende (declaratie)bepalingen, en eventueel gebrek aan eenduidigheid daarin. Op dat moment is de inbreng van de materiedeskundigheid van het CTG/Zaio van groot belang. Daarbij kunt u zich onafhankelijk opstellen, zodat u zich richting de minister onverminderd onafhankelijk kunt uitspreken over het handelen van ziekenhuizen en medisch specialisten. Daarnaast kan het één in de praktische uitvoering moeilijk los gezien worden van het ander.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

2

Kenmerk

CZ/ 2697001

VAFOS

De oprichting van de taskforce wordt op dit moment geconcipieerd. De gedachtevorming hieromtrent wordt vastgelegd in een oprichtingsnotitie. Een concept-versie treft u bijgaand aan. In de notitie zal de onafhankelijkheid van CTG/Zaio, met name als het gaat om de beoordeling omtrent de rechtmatigheid van de declaraties, ondubbelzinnig helder moet zijn. Ik vraag u dan ook te participeren in de verdere vorming van de oprichtingsnotitie.

Ik hoop dat u snel overgaat tot participatie in de taskforce, teneinde deze problematiek die de vereenvoudiging en de doorontwikkeling van de DBCs hindert, snel het hoofd te bieden.

De Directeur-Generaal Gezondheidszorg,



drs M J van Rijn

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk
CZ 2693780

Inlichtingen bij

Doorkiesnummer

Den Haag

21 JUN 2006

Onderwerp

Bijlage(n)

Uw brief

Teveel betaalde DBC-declaraties

1

In de Voortgangsrapportage van 12 juni jongstleden (DBO-CB-U-2682919) heb ik u geïnformeerd over de uitkomsten van het onderzoek naar overdekking bij ziekenhuizen. Het onderzoek laat zien dat er sprake is van een substantiële overdekking. Geraamd wordt dat voor het jaar 2005 de inkomsten van ziekenhuizen op grond van DBCs ongeveer € 1 à 2 miljard hoger uitkomen dan de vastgestelde budgetten. De inkomsten omvatten de opbrengsten van gedeclareerde DBCs (inclusief verrekenpercentages) aangevuld met het zogenaamde 'onderhandenwerk'. De belangrijkste oorzaak voor deze overdekking is dat de verrekenpercentages per ziekenhuis te hoog zijn vastgesteld. Tevens is uitgegaan van een te lage raming van het aantal te declareren DBCs in 2005. De raming was gebaseerd op een steekproef.

Ik heb donderdag 15 juni jongstleden van ZN een powerpointpresentatie ontvangen van uitkomsten van onderzoek door Vektis. De presentatie is bijgevoegd. De uitkomsten verklaren mogelijk een deel van de overdekking. Ik heb tot op heden geen onderbouwing van de uitkomsten ontvangen. Vektis stelt dat 'door analyse van de DBC-declaraties is gebleken dat er voor vier categorieën van DBC-declaraties €566 miljoen teveel is gedeclareerd'. De analyse van Vektis laat op grond van een steekproef een grote variatie zien in de wijze waarop ziekenhuizen in 2005 vier specifieke categorieën DBCs hebben gedeclareerd. Dat kan verschillende oorzaken hebben. De registratievoorschriften kunnen onvoldoende eenduidig zijn, waardoor verschillend met registratievoorschriften om wordt gegaan. Dit betekent niet noodzakelijkerwijs dat betreffende DBC declaraties ook onrechtmatig zijn. Een andere oorzaak kan zijn dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars onvoldoende controleren of het naast elkaar declareren van meerdere DBC-combinaties wel terecht is. De indicaties van Vektis zijn nog niet bij individuele ziekenhuizen getoetst op oorzaken en achtergrond. Een verdieping van de analyse is noodzakelijk om tot een onderbouwd inzicht te komen in de aard en de oorzaken van de geschetste problematiek.

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend
richten aan het postadres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief

Internetadres:
www.minvws.nl

Aangezien het grootste gedeelte van de ziekenhuisproductie en de inzet van medisch specialisten gebudgetteerd is, is het niet waarschijnlijk dat er fraude in het spel is. Daarnaast zijn de financiële gevolgen minimaal.

Immers, de budgetsystematiek zorgt er voor dat eventueel teveel gedeclareerde DBCs worden verrekend. Niettemin is een te grote variatie in het declaratiesysteem onacceptabel en vereisen de uitkomsten van de analyse van Vektis onmiddellijke actie. Met het oog op het Algemeen Overleg ziekenhuiszorg van 27 juni aanstaande informeer ik u over de afspraken die naar aanleiding hiervan zijn gemaakt met ZN, de NVZ, de NFU, de OMS en de NPCF.

Nader onderzoek en analyse van de gegevens

Onder mijn leiding wordt een taskforce, bestaande uit CTG/ZAio, NVZ, NFU, OMS en ZN, ingesteld die verantwoordelijk is voor een adequate aanpak van de gerezen problematiek. In eerste instantie richt de taskforce zich op verificatie en nadere analyse van de uitkomsten van Vektis. Ten behoeve hiervan zijn de volgende afspraken gemaakt:

1. ZN stelt de rapportage en brongegevens beschikbaar aan de NVZ, OMS, NFU, NPCF, CTG/ZAio en mijn departement ter verificatie en nadere analyse van de uitkomsten;
2. Het ministerie verzoekt CTG/ZAio om met gegevens van Vektis te onderzoeken of ziekenhuizen en medisch specialisten bij de genoemde vier categorieën DBCs in strijd hebben gehandeld met de vigerende (declaratie)bepalingen. Mogelijkerwijs dienen de registratie- en declaratievoorschriften aangescherpt te worden. CTG/ZAio rapporteert aan het ministerie zijn bevindingen;
3. De taskforce, ondersteund door de veegploeg, onderzoekt op grond van gegevens van Vektis, het DBC Informatiesysteem en de gegevens van de veegploeg of er naast de vier categorieën uit de analyse van Vektis nog andere DBC declaraties zijn waar (te) veel variatie voorkomt tussen ziekenhuizen en specialismen.

Daarnaast zijn de volgende afspraken gemaakt:

- Alle DBCs die vanaf 1 januari 2006 zijn gedeclareerd worden door ziekenhuizen en verzekeraars opnieuw gecontroleerd. Hier wordt nadrukkelijk ook gekeken naar controles, die zich richten op het aantal gedeclareerde DBCs per patiënt en de onderlinge logica daarvan. De huidige validatiemodule schiet hierin mogelijk tekort.
- CTG/ZAio beziet of de registratie- en declaratievoorschriften aangescherpt moeten worden.
- Op grond van gegevens van Vektis benadert de veegploeg in opdracht van VWS ziekenhuizen die het meest afwijkende registratiegedrag vertonen.
- Voor 2005 zijn naar aanleiding van signalen dat ziekenhuizen geen volledige goedkeurende bestuurs- en accountantsverklaring voor de administratieve processen konden overleggen nadere controleafspraken gemaakt. Onderdeel hiervan is dat ziekenhuizen in 2006 een verbeterplan voor de administratieve processen moeten opstellen. Onderzoek wordt uitgezet naar de werking van de Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle bij ziekenhuizen en de voortgang van de verbeterplannen.
- De verrekentarieven worden door het CTG/ZAio aangepast om overdekking voor het jaar 2006 te voorkomen.

VVFJS

Financiële gevolgen

In de inleiding is gesteld dat de financiële gevolgen van de declaratieproblematiek miniem zullen zijn. Dit licht ik hier verder toe.

Als gevolg van het huidige budgetsysteem heeft een grote meerderheid van ziekenhuizen en medisch specialisten geen belang bij meer declareren.

In het zogenaamde A-segment bepaalt de budgetsysteem (FB-systeem en lumpsummen) de inkomsten van ziekenhuizen en (vrijgevestigde) specialisten. Te veel gedeclareerde DBCs worden bij specialisten en ziekenhuizen verrekend. Meer declareren dan het budget heeft voor ziekenhuizen en voor specialisten werkzaam in loondienst of vrijgevestigd binnen een lumpsum geen zin. Alleen vrijgevestigde specialisten zonder lumpsum en zelfstandige behandelcentra hebben baat bij meer declareren. Naar raming werkt ongeveer 10% van de vrijgevestigde specialisten zonder lumpsum. De zelfstandige behandelcentra nemen ongeveer 1 à 2% van de gehele ziekenhuisproductie voor hun rekening. Gesteld kan worden dat de financiële gevolgen van een (mogelijke) overdekking miniem zijn. Ik zal op grond van de gegevens van Vektis specifiek de financiële gevolgen onderzoeken bij vrijgevestigde specialisten zonder lumpsum en de zelfstandige behandelcentra.

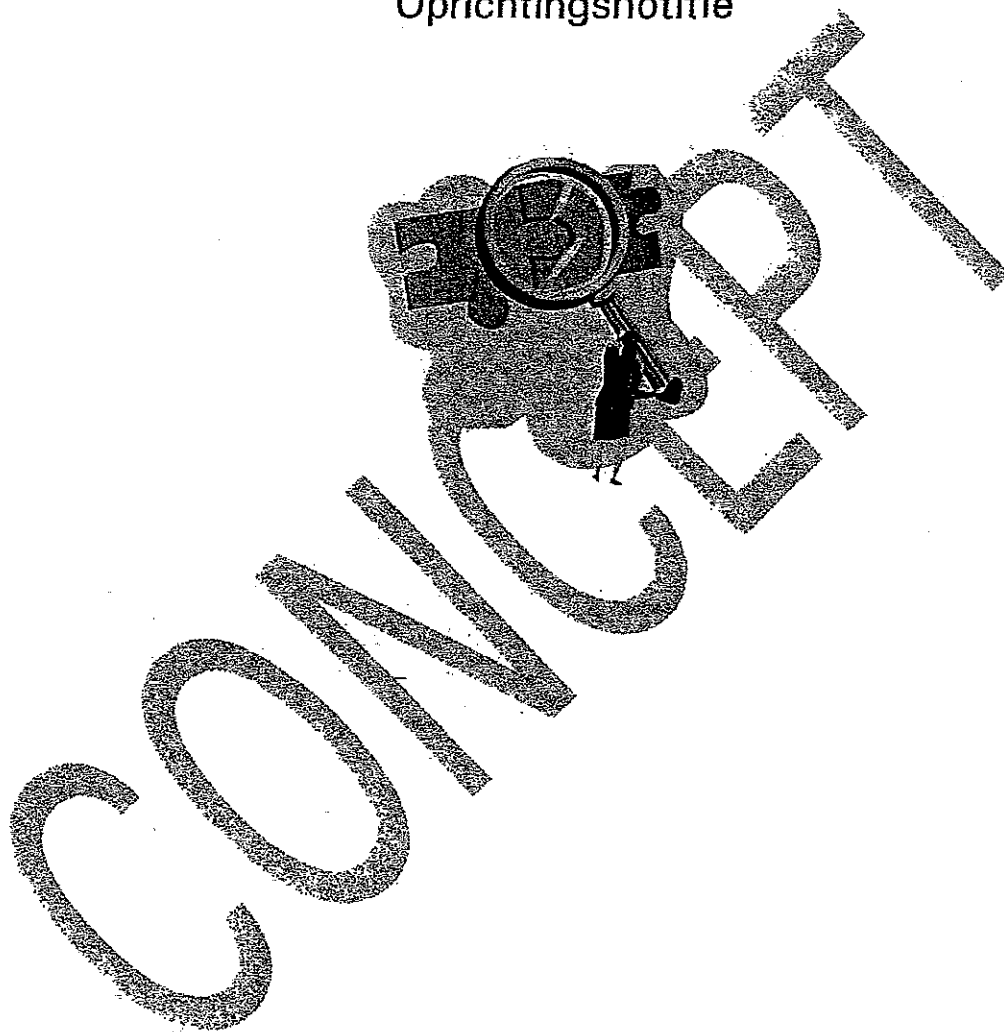
Het B-segment met vrije prijsvorming valt buiten de budgetsysteem. In de contractuele verplichtingen zijn afspraken over volume en daarmee aantallen te declareren DBCs vastgelegd. Uit de analyse van Vektis kan worden opgemaakt dat een belangrijk deel van de constateringen geen betrekking heeft op het B-segment. Zo maken spoedeisende hulp DBCs deel uit van het gebudgetteerde deel van het ziekenhuis (A-segment). De eventuele effecten van de analyse op het B-segment kunnen alleen met nader onderzoek van het bronmateriaal in beeld worden gebracht.

In de voortgangsrapportage van 12 juni jongstleden heb ik u geïnformeerd over de oplossing voor de overdekking voor het jaar 2005, waarbij zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor de overdekking. Hierdoor heeft deze geen invloed op de premies van verzekerden en het budgettaire kader zorg.

De analyse van Vektis suggereert dat er mogelijk teveel DBCs en in verkeerde combinaties in rekening zijn gebracht. Bij de onderzochte categorieën gaat het niet om een eerste DBC, maar een tweede of volgende. Met andere woorden, een patiënt zal altijd één DBC gedeclareerd hebben gekregen. Deze komt ten laste van de no-claim. Aangezien in 2005 de DBC-tarieven (inclusief verrekkentarieven) in vrijwel alle gevallen boven de €255 lagen en de patiënt daarnaast nog andere zorg (bijvoorbeeld medicatie) kan hebben gekregen, is het effect op de no-claim van verzekerden naar alle waarschijnlijkheid nihil. Bovendien lijkt, hoewel nadere informatie niet voorhanden is, circa driekwart van het bedrag dat Vektis noemt betrekking te hebben op relatief dure dagopname en klinische DBCs. De tarieven van deze DBCs liggen in het algemeen zeer veel hoger dan de no-claim grens van €255. Hierdoor kan een tweede gedeclareerde DBC geen substantieel effect meer hebben op de no-claim. Ook ZN verwacht niet dat de analyse van Vektis de no-claim afrekening van 2005 beïnvloedt. Zoals gezegd, heb ik voor het jaar 2006 afgesproken dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars de gedeclareerde DBCs opnieuw controleren. Hierdoor zal de verzekerde geen nadelige effecten in de no-claim teruggevoel ervaren.

Taskforce declaraties

Oprichtingsnotitie



Pieter Hooftman
29 juni 2006
versie 0 2

Inleiding

Op vrijdag 16 juni hebben de resultaten van een onderzoek, door Vektis uitgevoerd in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), naar de declaratie van bepaalde categorieën DBCs uitgebreid de aandacht van de media gehad. Vektis stelt in dit onderzoek dat 'door analyse van de DBC-declaraties is gebleken dat er voor vier categorieën van DBC-declaraties €566 miljoen teveel is gedeclareerd'. De analyse van Vektis laat op grond van een steekproef een grote variatie zien in de wijze waarop ziekenhuizen in 2005 vier specifieke categorieën DBCs hebben gedeclareerd

In antwoord op de ontstane commotie heeft de minister op woensdag 21 juni een brief naar de Tweede Kamer gestuurd waarin de instelling van een taskforce genoemd staat teneinde nader onderzoek te doen naar de bevindingen in het onderzoek, en eventuele correctieve en preventieve maatregelen te treffen. In de taskforce nemen vertegenwoordigers plaats van CTG-Zaio, NVZ, OMS, NFU en ZN. De taskforce staat onder leiding van VWS.

Dit document beschrijft de oprichting van de taskforce, middels de opdrachtformulering aan de taskforce, de kaders waarbinnen de opdracht uitgevoerd dient te worden, de beoogde samenstelling van de taskforce en een tijdsplanning

Opdracht

In de brief aan de Tweede Kamer heeft de Minister de volgende opdrachten geformuleerd:

In eerste instantie:

1. taskforce: verificatie en nadere analyse van de uitkomsten van het onderzoek. Onderzoek met behulp van de brongegevens is nodig om beter zicht te krijgen op onderbouwing en omvang van het probleem.
2. CTG-Zaio: met gegevens van Vektis onderzoeken of ziekenhuizen en medisch specialisten bij de genoemde vier categorieën DBCs in strijd hebben gehandeld met de vigerende (declaratie)bepalingen.
3. taskforce: onderzoeken, ondersteund door de veegploeg, of er op grond van gegevens van Vektis, het DBC Informatiesysteem en de gegevens van de veegploeg naast de vier categorieën uit de analyse van Vektis nog andere DBC categorieën zijn waar (te) veel variatie voorkomt in de wijze waarop ziekenhuizen en specialisten declareren.

Tevens wordt beoogd dat de taskforce de uitvoering van de volgende afspraken bewaakt:

1. ZN stelt de rapportage en brongegevens beschikbaar aan de NVZ, OMS, NFU, NPCF, CTG/ZAio en VWS ter verificatie en nadere analyse van de uitkomsten;
2. Alle DBCs die vanaf 1 januari 2006 zijn gedeclareerd worden door ziekenhuizen en verzekeraars opnieuw gecontroleerd. Hier wordt nadrukkelijk ook gekeken naar controles, die zich richten op het aantal gedeclareerde DBCs per patiënt en de onderlinge logica daarvan. De huidige validatiemodule schiet hierin mogelijk tekort.
3. CTG/ZAio beziet of de registratie- en declaratievoorschriften aangescherpt moeten worden.
4. Op grond van gegevens van Vektis benadert de veegploeg in opdracht van VWS ziekenhuizen die het meest afwijkende registratiegedrag vertonen.
5. Voor 2005 zijn naar aanleiding van signalen dat ziekenhuizen geen volledige goedkeurende bestuurs- en accountantsverklaring voor de administratieve processen konden overleggen nadere controleafspraken gemaakt. Onderdeel hiervan is dat ziekenhuizen in 2006 een verbeterplan voor de administratieve processen moeten opstellen. Onderzoek wordt uitgezet naar de werking van de Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle bij ziekenhuizen en de voortgang van de verbeterplannen.

Kaders

De kaders van de opdracht worden gevormd door de volgende onderwerpen:

1 De brief van de Minister aan de Tweede Kamer. In deze brief worden de volgende kaders gesteld:

- a) samenstelling taskforce uit NVZ, OMS, NFU, ZN en CTG-Zaio;
- b) CTG-Zaio beziet of ziekenhuizen en specialisten in strijd met vigerende (declaratie)regels gehandeld hebben, en beziet of deze eventueel aangescherpt moeten worden;
- c) in eerste instantie richt de taskforce zich op de huidige uitkomsten van het onderzoek door Vektis

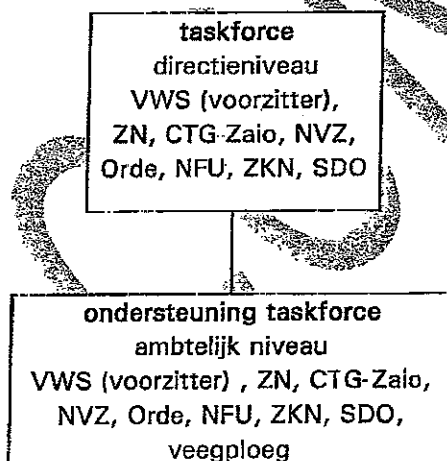
2 De powerpoint presentatie 'Eerste analyse verdachte DBC-declaraties' dd. 15 juni 2006 Deze adresseert de vier categorieën DBC's waar de taskforce zich in eerste instantie op richt

3. Voor het bepalen of er nog andere DBC categorieën zijn waar (te) veel variatie voorkomt in de wijze waarop ziekenhuizen en specialismen declareren worden o.a. de bevindingen van de veegploeg betrokken

4. De taskforce richt zich niet op het overdekking vraagstuk, als kunnen constatering van de taskforce wel overdekking in bepaalde mate verklaren.

Beoogde samenstelling

Rond de taskforce wordt de volgende structuur voorgesteld:



Tijdsplanning

De resultaten van de taskforce dienen ruim voor de begrotingsbehandeling in het najaar van 2006 beschikbaar te zijn

VWS

Tot slot

De analyse van Vektis lijkt declaratieproblemen aan te tonen op vier categorieën DBCs. Onderzoek met behulp van de brongegevens is nodig om beter zicht te krijgen op onderbouwing en omvang van het probleem. De geconstateerde problemen dienen met spoed aangepakt te worden. In deze brief heb ik aangegeven welke afspraken ik hierover met partijen heb gemaakt.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,



H. Hoogervorst

Bijlage 2

Samenstelling projectteam NZa:

Fred Visser (projectleider)

Rob Braat

Johan van Manen

Johan Visser

Marcel Vrijhoeven

Bijlage 3

Afkorting

AO/IC	Administratieve organisatie en interne controle
A-segment	Het deel van de medisch specialistische zorg waarvoor tariefregulering resp. budgettering van toepassing is
B-segment	Het deel van de medisch specialistische zorg waarvoor vrije prijzen van DBC's gelden
CPB	College Bescherming Persoonsgegevens
CTG/ZAio	College tarieven gezondheidszorg / Zorgautoriteit in oprichting
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DNB	De Nederlandsche Bank
FB	Functiegerichte Budgettering
FIOD/ECD	Fiscale Inlichtingen- en OpsporingsDienst / Economische Controledienst
ICD-9	International Classification of Diseases
ICT	Informatie- en Communicatie Technologie
NZa i.o.	Nederlandse Zorgautoriteit in oprichting
SDO	stichting DBC-Onderhoud
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WV	Wetenschappelijke Vereniging (van medisch-specialismen)
ZBC's	Zelfstandige BehandelCentra
Zfw	Ziekenfondswet
ZH-psychiatrie	Ziekenhuis-psychiatrie
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11

E info@nza.nl

I www.nza.nl