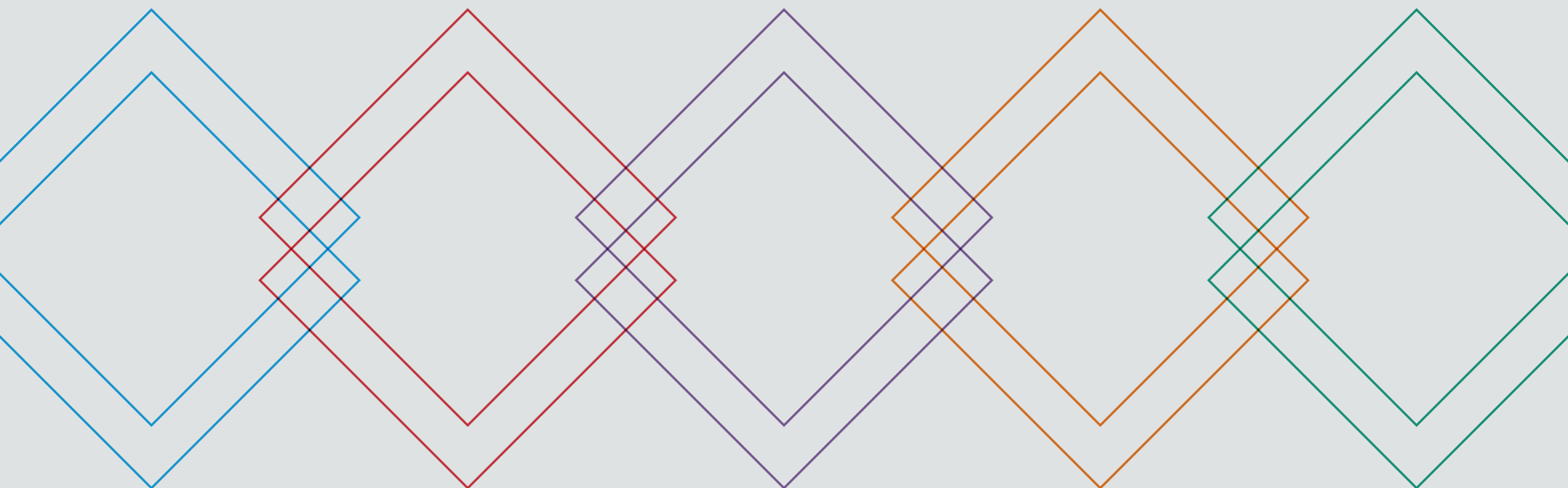




COMMISSIE
TRANSPARANTIE EN
TIJDIGHEID



Zorguitgaven sneller en beter in beeld

Eindrapport
September 2017





- ◆ Voorwoord
- ◆ Samenvatting
- ◆ De Commissie Transparantie en Tijdigheid

1 Verantwoording en rolvastheid

- 1.1 Analyse
- 1.2 Het perspectief van de burger
- 1.3 Conclusie
- 1.4 Adviezen

2 Administratieve processen

- 2.1 Analyse
- 2.2 Het perspectief van de burger
- 2.3 Conclusie
- 2.4 Adviezen

3 Werking van het stelsel

- 3.1 Analyse
- 3.2 Het perspectief van de burger
- 3.3 Conclusie
- 3.4 Adviezen

4 Bekostiging en eigen risico

- 4.1 Analyse
- 4.2 Het perspectief van de burger
- 4.3 Conclusie
- 4.4 Adviezen

5 Monitoren en ramen

- 5.1 Analyse
- 5.2 Het perspectief van de burger
- 5.3 Conclusie
- 5.4 Adviezen

- ◆ Dankwoord
- ◆ Bijlage 1: gesprekspartners
- ◆ Bijlage 2: lijst met afkortingen



Voorwoord

Drie jaar na dato stellen we in Nederland vast welke zorguitgaven in een jaar zijn gedaan. Het gaat om veel geld en raakt het besteedbaar inkomen van een groot deel van de bevolking. Om te kunnen controleren en sturen is sneller goede informatie nodig. De afgelopen jaren zijn er verschillende stuur- en werkgroepen geweest die verbeteringen hebben aangedragen voor die informatievoorziening. Het verkorten van de doorlooptijd van ziekenhuisrekeningen is daar een voorbeeld van. Maar nog steeds duurt het te lang voordat de minister en Tweede Kamer beschikking hebben over goede informatie. De Tweede Kamer heeft tijdens de begrotingsbehandeling 2015 voorgesteld een commissie met deskundigen om advies te vragen.

De ministerraad heeft vervolgens op voorstel van Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (verder: VWS) in mei 2016 ingestemd met de instelling van de Commissie Transparantie en Tijdigheid. Onze opdracht was concrete oplossingen aan te dragen om de transparantie en tijdigheid van informatie over de uitgaven voor de curatieve zorg, te verbeteren. Hierbij werd gevraagd ons vooral te richten op de uitgaven voor medisch-specialistische zorg (verder: MSZ). en curatieve geestelijke gezondheidszorg (verder: cGGZ). Een intensieve periode brak aan, waarin de commissie met veel organisaties en experts van binnen en buiten de zorg heeft gesproken.

De commissie heeft niet alleen onderzocht hoe we de beschikbaarheid van informatie kunnen versnellen, maar we hebben ons ook de vraag gesteld of de huidige informatie wel een goed beeld geeft van de zorguitgaven. Om daar een antwoord op te vinden hebben we in samenwerking met vele betrokkenen de verschillende geldstromen, werkwijzen en definities geanalyseerd. We hebben ons daarbij continu de vraag gesteld voor welk doel welke informatie nodig is. Waartoe dient de informatie? Daarbij is ook buiten de bestaande kaders gekeken. Het eerste advies van de commissie is dan ook om op basis van een andere definitie de zorguitgaven aan de Tweede Kamer te verantwoorden.

De basis voor dat advies ligt in de beantwoording van de vraag waar het de overheid primair om te doen is. Het gaat de overheid in de verantwoording aan de Tweede Kamer om de lasten die voor rekening van het collectief

komen en niet om de schadelast, die vooral van belang is voor de zorgverzekeraars. Het huidige stelsel met de verantwoordelijkheid van de Minister voor het systeem en de regierol voor de verzekeraars is ons uitgangspunt. Het verantwoorden op basis van een nieuwe definitie past in het stelsel en doet meer recht aan ieders rol.

Voor het goed functioneren van het stelsel is tegelijkertijd samenwerking essentieel. De bestaande wetgeving biedt daarvoor voldoende basis. De complexiteit van regels, declaraties en controles verhinderen echter dat partijen voldoende tijd kunnen besteden aan samenwerken aan kwaliteit, doelmatigheid en het bevorderen van gepast gebruik van zorg. Wanneer partijen meer vertrouwen krijgen en meer regelruimte, worden condities gecreëerd voor die samenwerking.

In dit rapport geven wij 13 concrete adviezen die samenhangen met vijf thema's die de commissie centraal heeft gesteld:

- Verantwoording en rolvastheid
- Administratieve processen
- Werking van het stelsel
- Bekostiging en eigen risico
- Monitoren en ramen

De commissie heeft het afgelopen jaar met vele betrokkenen gesproken en geconstateerd dat er nog altijd draagvlak is voor het stelsel zoals we dat in Nederland hebben vormgegeven. Maar er is nog een aantal stappen te zetten om het stelsel beter te laten functioneren en partijen te stimuleren hun rol vast te houden. Wij gaan ervan uit dat dit rapport helpt om de juiste stappen te zetten die nodig zijn om de transparantie en tijdigheid van de zorguitgaven structureel te verbeteren, zodat de zorgsector meer tijd en aandacht heeft voor waar het echt om gaat: goede gepaste zorg!

Micky Adriaansens

Voorzitter Commissie Transparantie en Tijdigheid





Samenvatting

Er gaat veel geld om in de curatieve zorg. De totale zorguitgaven in de MSZ en in de cGGZ zullen in 2017 zo'n € 26 miljard bedragen. De Minister is verantwoordelijk voor het functioneren van het zorgstelsel en legt hierover verantwoording af aan de Tweede Kamer.

Het huidige stelsel met de verantwoordelijkheid van de Minister voor het systeem en de regierol voor de zorgverzekeraars is het vertrekpunt geweest voor de commissie bij het formuleren van haar aanbevelingen. Voor al deze taken en verantwoordelijkheden is tijdige en goede informatie over de uitgaven van groot belang.

Op dit moment is van tijdige informatie-uitwisseling in de keten van de curatieve zorg geen sprake. Met name in de MSZ en in de cGGZ is sprake van zeer late informatievoorziening. Dit hangt samen met het feit dat de zorguitgaven momenteel worden vastgesteld op basis van de schadecijfers van zorgverzekeraars. De definitieve omvang van die schade is pas halverwege het derde jaar na afloop van het betreffende kalenderjaar bekend.

Zonder goed beeld van de zorguitgaven is er op macroniveau geen goede basis om (effecten van) beleid tijdig te beoordelen en om nieuw beleid en een nieuwe begroting te maken. Daarbij is het bovendien de vraag of de definitie die nu gehanteerd wordt voor het verantwoorden van de zorguitgaven een relevant beeld geeft. De commissie onderkent dat de overheid de Tweede Kamer in eerste instantie zicht wil geven op de lasten die voor rekening komen van het collectief. Dit past ook goed bij het sturen op het totaal aan collectieve lasten. Nu kijken we voor de verantwoording over zorguitgaven vooral naar de schadelast, de schade die verzekeraars vergoeden aan zorgaanbieders. De schade komt voor rekening van de verzekeraar binnen de kaders die de overheid daarvoor heeft gesteld. Maar wat voor rekening van het collectief komt is meer dan die schade.

De adviezen van de commissie gaan enerzijds over het anders definiëren van de zorguitgaven in de verantwoording aan de Tweede Kamer én het versnellen van de totstandkoming van deze informatie. Anderzijds geeft de commissie ook diverse adviezen die de informatie over de zorguitgaven in

termen van schade versnelt en meer transparant maakt.


Daarnaast adviseert de commissie over de stappen die te zetten zijn om het stelsel beter te laten functioneren en partijen in hun rolvastheid te stimuleren.


De commissie heeft haar adviezen onderverdeeld in vijf thema's:

- Verantwoording en rolvastheid
- Administratieve processen
- Werking van het stelsel
- Bekostiging en eigen risico
- Monitoren en ramen

In het overzicht op de volgende pagina is weergegeven of een advies primair impact heeft op de tijdigheid van het inzicht in de zorguitgaven of dat het advies primair impact heeft op de transparantie van de zorguitgaven (of een combinatie van die beiden).

Dit is te herkennen aan de volgende symbolen.

 Transparantie van de zorguitgaven

 Tijdig inzicht in de zorguitgaven

In deze samenvatting wordt beknopt ingegaan op de adviezen. In het rapport is per thema een uitgebreide analyse gemaakt, gevolgd door een beschrijving vanuit het perspectief van de burger een conclusie en adviezen.



Samenvatting

Thema	Adviezen
 Verantwoording en rolvastheid	 A Definiëring van de zorguitgaven: Gebruik een methodiek die past bij het doel
 Administratieve processen	 B Vervroeg de definitieve vereveningsronde en verminder het aantal vereveningsrondes  C Pas de contracteringsdeadline ook toe voor prijslijsten  D Verbindt consequenties aan declaratie-afspraken
 Werking van het stelsel	 E Benut hoofdlijnenakkoorden voor versnelling en verbetering  F Ondersteun sectorbrede invoering van Horizontaal Toezicht  G Formaliseer regelruimte: regelruimte geeft rust
 Bekostiging en eigen risico	 H Koppel het eigen risico los van de DBC-systematiek  I Stimuleer innovatieve resultaat-afspraken  J Ontwikkel nieuwe vormen van bekostiging en declaratie
 Monitoren en ramen	 K Verplicht de periodieke aanlevering van onderhanden werk informatie  L Standaardiseer waar mogelijk de ramingen van zorgverzekeraars  M Creëer goede toegang tot aanwezige zorggegevens

Verantwoording en rolvastheid

A Definiëring van de zorguitgaven: Gebruik een methodiek die past bij het doel

De Minister van VWS is verantwoordelijk voor het functioneren van het zorgstelsel. De Tweede Kamer controleert de Minister. De Minister en Tweede Kamer hebben tijdig goede informatie nodig om hun taken goed te kunnen uitvoeren. Op dit moment is die informatie echter pas zeer laat beschikbaar. Van belang is dat gekeken wordt naar het doel waarvoor bepaalde informatie dient. Voor de Minister is het belangrijk dat de uitgaven aan de curatieve zorg binnen het Budgettair Kader Zorg (verder: BKZ) blijven en dat eventuele overschrijdingen tijdig worden geconstateerd. De Tweede Kamer wil de werking van het stelsel en effecten van beleid kunnen monitoren en heeft informatie nodig om de begroting en het jaarverslag te kunnen beoordelen. Voor al deze taken is juiste en tijdige informatie nodig. Inzicht wordt momenteel gegeven op basis van de schadelast van de zorgverzekeraars. Volgens deze definitie wordt vooraf vastgesteld welke bedragen jaarlijks beschikbaar zijn voor de zorg en wordt achteraf vastgesteld of de uitgaven binnen het budget zijn gebleven. Betrouwbare cijfers komen echter pas drie jaar na afloop van een jaar beschikbaar en dat is te laat om deze taken goed uit te kunnen voeren.

Wanneer een andere definitie wordt gehanteerd voor de zorguitgaven dan kan de informatie die nodig is voor de verantwoording of de kosten binnen kaders blijven, aanzienlijk sneller beschikbaar zijn. Ook geeft de nieuwe definitie een beter beeld van de zorguitgaven die ten laste van het collectief komen en sluit het beter aan op de verantwoordelijkheden in het zorgstelsel. Daarom adviseert de commissie, in ieder geval voor de verantwoording over de zorguitgaven door de Minister aan de Tweede Kamer, als definitie van de zorguitgaven niet meer de 'schade' zorgverzekeraars maar de 'opbrengsten' zorgverzekeraars te gebruiken. Concreet betekent dit dat de Minister van VWS in de verantwoording aan de Tweede Kamer als definitie de som hanteert van de nominale premies, de vereveningsbijdragen en beschikbaarheidsbijdragen uit het vereveningsfonds.



Samenvatting

Deze definitie sluit ook beter aan bij de beleving van de burger over wat de zorguitgaven zijn. De nominale premie wordt immers door de burger zelf opgebracht en de bijdragen uit het fonds worden betaald uit de inkomensafhankelijke bijdrage die de werkgevers betalen over het loon. Door verschil te maken tussen de opbrengsten van verzekeraars en de schadelast wordt het onderscheid tussen de systeemverantwoordelijkheid van de Minister en de regierol van de zorgverzekeraars scherper. Het is duidelijker wie waarover gaat.

Wanneer in de verantwoording van de zorguitgaven de voorgestelde definitie zou worden gehanteerd, wordt ook duidelijker dat de schade beheerst moet worden door de zorgverzekeraars. Het is dan niet meer de overheid die het probleem van de schadelast-overschrijding helpt oplossen door de (dreigende) inzet van het MBI, maar het zijn de zorgverzekeraars die bij de financiering van zorgaanbieders voldoende rekening moeten houden met de kostenbeheersing. De overheid stuurt op andere parameters dan de schadelast van de zorgverzekeraars. De overheid kan als dat nodig is ingrijpen in het basispakket, de eigen betalingen of door het begrenzen van de nominale premie. De commissie verwacht dat het begrenzen van de premie door de onderlinge concurrentie niet nodig zal zijn.

Wanneer de voorgestelde definitie wordt gebruikt voor de verantwoording, is de informatie over zorguitgaven al in september na afloop van het jaar beschikbaar én geeft die informatie een reëler beeld van de bedragen die voor rekening van de burger komen. Bijkomend effect is dat het de rolvastheid van betrokken partijen stimuleert. Het veranderen van de definitie voor de verantwoording van de macro-zorguitgaven aan de Tweede Kamer verandert overigens niets aan de definities die de partijen zelf hanteren. Zo kunnen zorgverzekeraars nog steeds hun schade blijven definiëren zoals ze dat nu doen. Ook voor de raming van de zorguitgaven zullen de schadecijfers van groot belang blijven en binnen de Rijksbegrotingsregels zal ook het huidige onderscheid tussen uitgaven en inkomsten onveranderd blijven. De commissie adviseert om parallel aan de genoemde definitieaanpassing ook versnellingen door te voeren in het proces van raming en vaststelling van schadecijfers. Voor de meerjarenraming kan de Minister van VWS gebruik blijven maken van de schadecijfers van de zorgverzekeraars. Deze cijfers hebben een

voorspellende waarde voor de uitgaven aan zorg in de komende jaren. Zorgverzekeraars zullen dergelijke ramingen zelf ook maken om de nominale premies vast te stellen.

Administratieve processen

B Vervroeg de definitieve vereveningsronde en verminder het aantal vereveningsrondes

De commissie adviseert het proces om te komen tot definitieve verevening te versimpelen. Het aantal vereveningsrondes kan uiteindelijk zelfs worden teruggebracht van drie naar één ronde. De definitieve vaststelling van de verevening vindt dan plaats in september t+1 in plaats van in maart t+4. De schade staat daarmee 2,5 jaar eerder vast. Deze aanpassing is mogelijk omdat de ex-post vereveningen (compensatie achteraf aan verzekeraars voor een risicovolle groep verzekerden) grotendeels zijn afgeschaft.

C Pas de contracteringsdeadline ook toe voor prijslijsten

Zorgverzekeraars hebben tot 12 november om de contractafspraken met zorgaanbieders voor het daaropvolgende jaar te maken. In de praktijk wordt deze deadline voor de totaalafspraken (zoals aanneemsommen en plafonds) veelal gehaald. Voor de prijslijsten per prestatie wordt deze deadline vaak niet gehaald. De commissie adviseert deze deadline ook expliciet van toepassing te laten zijn op de prijslijsten en deze verplichting op te nemen in de betreffende regeling van de Nederlandse Zorgautoriteit (verder: NZa).

D Verbindt consequenties aan declaratie-afspraken

De commissie adviseert de afspraken over tijdig declareren te professionaliseren, zodat facturen op tijd aan de zorgverzekeraar verzonden worden. Over de termijn en de kwaliteit van de declaraties kunnen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar in de contracten onderling afspraken maken. Aan het niet nakomen van afspraken kunnen consequenties verbonden worden, zoals een uiterste indieningstermijn om betalingen tegen het volle tarief te accepteren of het uitstellen van de bevoorschotting. Op tijd declareren kan ook positief beloond worden. De Minister kan dergelijke afspraken stimuleren in de meerjarenakkoorden met zorgaanbieders en zorgverzekeraars.



Samenvatting

Werking van het stelsel

E Benut hoofdlijnenakkoorden voor versnelling en verbetering

De focus ligt in het zorgstelsel vaak op uitgavenbeheersing en rechtmatigheid. Daardoor is er minder aandacht voor kwaliteit, gepast gebruik en doelmatigheid. Partijen zouden meer ruimte moeten hebben om samen te werken aan deze thema's. Vertrouwen moet groeien om met elkaar de focus te verleggen. De overheid kan de condities daarvoor bevorderen door meer zekerheid te geven over de beschikbare kaders voor komende jaren. Het is de aanbeveling van de commissie ook in de komende jaren Hoofdlijnenakkoorden af te sluiten. De overheid stimuleert daarmee dat er meerjarige inkoopcontracten worden gesloten waarbij over kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik doorlopende afspraken gemaakt kunnen worden. Wanneer andere aanbevelingen omtrent de definiëring van de zorguitgaven worden doorgevoerd zouden toekomstige hoofdlijnenakkoorden zich meer kunnen richten op afspraken tussen de overheid en zorgverzekeraars over bijvoorbeeld de mate van premiestijging.

F Ondersteun sectorbrede invoering van Horizontaal Toezicht

De commissie adviseert de Minister de verdere ontwikkeling van Horizontaal Toezicht te ondersteunen zodat dit in de hele curatieve zorg kan worden gerealiseerd. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (verder: NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (verder: ZN) en Nederlandse Federatie van UMC's (verder: NFU) hebben een intentie- overeenkomst ondertekend waarin is afgesproken dat per 2020 80% van de ziekenhuizen en UMC's over zijn op Horizontaal Toezicht. De NZa onderschrijft de doelstellingen van het traject Horizontaal Toezicht Zorg en verwacht dat uiteindelijk de gehele ziekenhuissector de meerwaarde daarvan inziet. De commissie adviseert op deze weg door te gaan en Horizontaal Toezicht ook voor andere sectoren (zoals de curatieve GGZ) te stimuleren. Horizontaal Toezicht vergt investeringen en zal veel tijd in beslag nemen, maar levert ook veel op. Het is van belang dat er ruimte wordt geboden Horizontaal Toezicht goed in te voeren en de invoering te volgen en te evalueren.

G Formaliseer regelruimte: regelruimte geeft rust

De commissie adviseert verder in de regelgeving meer ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders te geven om samen oplossingen te implementeren die voldoen aan de basiscriteria van de Zorgverzekeringswet (medische noodzaak en bewezen effectief). Nu wordt die ruimte vaak als te beperkt ervaren door de strikte registratie- en declaratiebepalingen die op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) worden opgelegd. De commissie adviseert om zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte te geven om samen het begrip rechtmatigheid op een juiste manier in te vullen. Bijvoorbeeld door het verruimen of afschaffen van (te) strikte spelregels. Wanneer de regeldruk rondom het begrip rechtmatigheid wordt verlicht zal dit ruimte geven aan partijen om aan de slag te gaan met onderwerpen zoals gepast gebruik.

Verder zouden zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen afspraken moeten kunnen maken om maximaal 2% van de jaarschade met zelf in te vullen prestaties te kunnen declareren. Daar waar zorgverzekeraar en zorgaanbieder een contractuele relatie met elkaar aangaan zouden bijvoorbeeld ook afspraken kunnen worden gemaakt over het buiten werking zetten van specifieke regels die innovatie in de uitvoering van zorg belemmeren, al dan niet met tussenkomst van de NZa. Zo zou de NZa kunnen overwegen rulings te verstrekken indien zorgaanbieder en zorgverzekeraars een tweezijdig verzoek indienen voor het buiten werking stellen van een bepaalde regel. Deze rulings zouden dan wel voorafgaand aan een jaar verstrekt moeten worden, om niet lopende een jaar wijzigingen door te hoeven voeren.



Samenvatting

Bekostiging en eigen risico

H Koppel het eigen risico los van de DBC-systematiek

De commissie adviseert een eenvoudig systeem in te voeren voor het verrekenen van het eigen risico binnen de specialistische sectoren (MSZ, cGGZ). Koppel het eigen risico los van de DBC-systematiek en breng het in rekening voor handelingen die voor de patiënt herkenbaar zijn. Breng bijvoorbeeld een vaste eigen bijdrage per soort gebruik van zorg in rekening, bij voorkeur op het moment van gebruik (of zo snel mogelijk daarna). Het eigen risico moet herkenbaar zijn en in verhouding staan tot de kosten van de genoten zorg. Bovendien moet er bij voorkeur een beperkt aantal parameters zijn. Te denken valt binnen de MSZ aan parameters als een spoedeisende hulp bezoek, polikliniekbezoek, dagopname, klinische opname, dure diagnostiek of een ingreep zonder opname (geselecteerde groep ingrepen). Voor de cGGZ zou aangesloten kunnen worden bij de nieuwe declaratie-eenheden die per 2020 ingevoerd zullen worden, mits deze voldoende herkenbaar zijn voor de burger. Deze aanpassingen in de verrekening van het eigen risico sluit meer aan bij de beleving en mogelijk ook bij het rechtvaardigheidsgevoel van de burger. Het eigen risico wordt sneller in rekening gebracht en de opbrengst is beter voorspelbaar.

I Stimuleer innovatieve resultaat-afspraken

Voor innovatieve vormen van zorg is er een speciale beleidsregel op basis waarvan experimenten kunnen worden uitgevoerd. Er is echter ook behoefte om een nieuwe manier van financieren, met positieve prikkels als het gaat om gezondheidswinst of uitkomsten van zorg, mogelijk te maken. Voor innovatieve afspraken tussen zorgverzekeraar en aanbieder(s), bijvoorbeeld op basis van uitkomsten van behandelingen of gezondheidswinst, dienen binnen de contractering afspraken gemaakt te kunnen worden. Daar waar regelgeving als belemmerend wordt ervaren zou de NZa deze kunnen aanpassen om deze afspraken te stimuleren.

J Ontwikkel nieuwe vormen van bekostiging en declaratie

De declaratie betreft de factuur voor de feitelijke betalingen voor zorg op basis van declaratie-eenheden. De bekostiging is de vergoeding voor zorg waarover zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar afspraken maken. De commissie adviseert bij de doorontwikkeling naar nieuwe systemen voor de MSZ en cGGZ een onderscheid te maken in het declaratiesysteem, het bekostigingssysteem en de informatie-uitwisseling. Daarbij adviseert de commissie het declaratiesysteem eenvoudig te houden en te baseren op prestaties die per dag kunnen worden afgerekend. Ook adviseert de commissie in de bekostiging het contracteren voor ketenzorg en tussen sectoren makkelijker te maken, zodat bijvoorbeeld ook vormen van populatiebekostiging mogelijk zijn. Dit helpt de zorg te bieden op de beste plek (doelmatig en gepast gebruik) en bevordert mogelijk ook preventie.

Monitoren en ramen

K Verplicht de periodieke aanlevering van onderhanden werk informatie

Zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg leveren informatie over de zorgproductie die nog niet gefactureerd is aan de zorgverzekeraars, het onderhanden werk (OHW). Deze informatie is van groot belang voor de zorgverzekeraars om een goede inschatting te kunnen maken van de jaar-schade. Op dit moment is de aanlevering van OHW-informatie nog niet volledig, tijdig en van goede kwaliteit. De commissie adviseert alle zorgaanbieders te verplichten maandelijks OHW-informatie van goede kwaliteit aan te leveren.



Samenvatting

L Standaardiseer waar mogelijk de ramingen van zorgverzekeraars
Zorgverzekeraars bepalen nu zelf hoe zij hun raming voor de jaarschade maken die zij moeten aanleveren aan het Zorginstituut Nederland (verder: ZiNL). Daarbij moeten ze aan een aantal uitgangspunten voldoen, maar daarmee is de kwaliteit, die voor de overheid van groot belang is, onvoldoende gewaarborgd. De commissie adviseert de raming van de jaarschade waar mogelijk te standaardiseren. Op basis van de OHW-informatie is het mogelijk een goede raming te maken van het volume per zorgaanbieder en de verwachte zorguitgaven.

M Creëer goede toegang tot aanwezige zorggegevens
De commissie adviseert goede toegang tot de aanwezige zorggegevens mogelijk te maken wanneer de overheidspartijen die gegevens nodig hebben voor hun wettelijke taak. Dit advies sluit aan bij de afspraken die VWS, Inspectie voor de Gezondheidszorg (verder: IGZ), NZa, ZiNL, ZN en Vektis hebben gemaakt in het memorandum van overeenstemming. De invoering van het Zorgdataplatform is hierin de eerste stap. Op de wat langere termijn zou de informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheidspartijen en andere partijen (brancheorganisaties, onderzoeksinstituten) zo ingericht moeten worden dat daadwerkelijk sprake is van eenmalig vastleggen, meervoudig gebruiken. Daarmee kunnen de administratieve lasten verlaagd worden en kan de informatie beter en sneller beschikbaar zijn.



De Commissie Transparantie en Tijdigheid

Achtergrond

Een van de speerpunten van het kabinetsbeleid op het gebied van de zorg is het verbeteren van de informatievoorziening over de zorguitgaven. Enkele jaren geleden is daartoe door de Minister van VWS een stuurgroep ingericht. Dit heeft geleid tot een aantal verbeteracties zoals de verkorting van de doorlooptermijnen van de Diagnose Behandeling Combinatie (verder: DBC) binnen de MSZ. Maar verdere verbetering is nog steeds noodzakelijk. Een voorstel van de Tweede Kamer, tijdens de begrotingsbehandeling 2016, om een commissie van (financieel) experts nog eens goed naar deze problematiek te laten kijken is door het kabinet overgenomen en het kabinet heeft op voorstel van de Minister van VWS ingestemd met de instelling van de Commissie Transparantie en Tijdigheid.

Commissie

mr. drs. M.A.M. Adriaansens, voorzitter

Micky Adriaansens is directievoorzitter van organisatie- en adviesbureau Twynstra Gudde en lid van de Raad van Toezicht van GGNet en Amsta. Voorheen was Micky voorzitter van de Raad van Bestuur van Triade, directeur van thuiszorgorganisatie Amant en directeur van het KNGF.



dr. P. van der Knaap

Peter van der Knaap is directeur-bestuurder van SWOV – instituut voor wetenschappelijk verkeerveiligheidsonderzoek en voorzitter van Vide, de beroepsvereniging van toezichthouders en evaluatoren. Voorheen was Peter directeur doelmatigheidsonderzoek bij de Algemene Rekenkamer en hoofd beleidsevaluatie bij het Ministerie van Financiën.



dr. C.B. Leerink

Bas Leerink is voorzitter van de Raad van Bestuur van het Medisch Spectrum Twente en lid van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Voorheen was Bas lid van de Raad van Bestuur van Menzis.

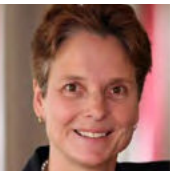


Opdracht

De Commissie Transparantie en Tijdigheid heeft van de Minister van VWS als opdracht gekregen concrete oplossingen aan te dragen om de transparantie en tijdigheid van informatie over de uitgaven voor de curatieve zorg te verbeteren. De eerder aangedragen knelpunten door de Algemene Rekenkamer (verder: ARk) en de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) dienen meegenomen te worden in het onderzoek van de commissie. De commissie dient zich te richten op de curatieve zorg, in het bijzonder op de MSZ en de curatieve geestelijke gezondheidszorg (verder: cGGZ). Deze onderdelen bepalen samen een groot deel van de uitgaven aan curatieve zorg en leveren momenteel ook de grootste onzekerheid in de uitkomst op. De commissie hanteert daarbij als hoofdvraag: **Welke concrete oplossingen geven eerder en beter inzicht in de uitgaven voor de curatieve zorg?**

drs. C.M.S. Smits-Nusteling

Carla Smits-Nusteling is lid van de Raad van Commissarissen en voorzitter van het audit committee bij ASML. Verder is Carla Non-Executive Director bij NOKIA en TELE2. Bij TELE2 is zij eveneens voorzitter van het audit committee. Andere functies zijn bestuurslid van de Stichting Administratiekantoor Unilever en Raad/plaatsvervanger bij de Ondernemingskamer van het gerechtshof Amsterdam. Voorheen was Carla CFO en lid van de Raad van Bestuur van KPN en lid van de commissie van Dijkhuizen (belastingstelsel).



drs. J.A. Walhout RA

Marco Walhout is accountant en partner bij Deloitte. Marco is lid van de RJ-werkgroep Gezondheidszorg en de sectorcommissie Coziek van de NBA. In de periode 2011-2015 was hij voorzitter van de sectorcommissie Coziek van de NBA.





Aanpak

De commissie heeft haar onderzoek onafhankelijk van het ministerie van VWS uitgevoerd. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in een aantal fasen. Tijdens de probleemanalyse heeft de commissie de knelpunten van de informatievoorziening in de curatieve zorg in kaart gebracht. Hiervoor was al veel informatie beschikbaar, maar deze informatie was vaak vormgegeven in lijvige of technische rapporten en versnipperd. Door deze informatie toegankelijker te maken konden de gesprekspartners van de commissie op een effectievere manier betrokken worden. In de verkenningsfase is een brede inventarisatie gehouden in het veld van de knelpunten die omtrent dit thema worden ervaren. Ook is partijen gevraagd naar hun ideeën voor oplossingen. De commissie heeft haar analyse daarop verder uitgewerkt, evenals de mogelijke oplossingsrichtingen. In de ontwikkelfase zijn door de commissie vervolgens oplossingsscenario's uitgewerkt omtrent een vijftal thema's, voorzien van zo concreet mogelijke adviezen. Deze adviezen zijn besproken met diverse stakeholders. Tot slot heeft de commissie haar analyse en de adviezen uitgewerkt in deze eindrapportage.

In dit traject zijn tientallen interviews gehouden met stakeholders en andere experts van binnen of buiten de zorg. Ook zijn er diverse rondetafelbijeenkomsten georganiseerd om het veld zo goed mogelijk bij dit onderzoek te betrekken. De commissie heeft met vertegenwoordigers gesproken van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, koepelorganisaties, overheid en diverse andere betrokkenen. In [bijlage 1](#) is aangegeven met welke personen de commissie heeft gesproken.

Secretaris

De commissie is in dit traject ambtelijk ondersteund door Philip ten Cate van het ministerie van VWS (ambtelijk secretaris). Ook heeft de commissie een extern secretaris aangesteld om haar te ondersteunen in de uitvoering van de opdracht: Cornelis Jan Diepeveen (extern secretaris).



Verantwoording en rolvastheid

1.1 Analyse

1.2 Het perspectief van de burger

1.3 Conclusie

1.4 Adviezen



1.1 Analyse

1.1.1 Inleiding

De Minister is verantwoordelijk voor het functioneren van het zorgstelsel en legt hierover verantwoording af aan de Tweede Kamer. Daarnaast stuurt zij op de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg, maar ook op de ontwikkeling van de zorgpremies als onderdeel van de collectieve lasten. De zorguitgaven nemen een bijzondere plaats in binnen de openbare financiën. De ARk controleert de juistheid van inkomsten en uitgaven van de rijksoverheid én of de rijksoverheid het beleid uitvoert zoals het bedoeld is.

Voor al deze taken en verantwoordelijkheden is tijdige en goede informatie over de uitgaven van groot belang. Op dit moment is van tijdige informatie in de curatieve zorg¹ geen sprake. Met name in de MSZ en in de cGGZ is sprake van zeer late informatievoorziening. Dit hangt samen met het feit dat de zorguitgaven momenteel worden vastgesteld op basis van de schade-cijfers van zorgverzekeraars. De definitieve omvang van die schade is pas halverwege het derde jaar na afloop van het betreffende kalenderjaar bekend (juni t+3).² Wel zijn eerder voorlopige cijfers beschikbaar, maar deze geven niet voldoende zekerheid. Zonder goed beeld van de zorguitgaven is er geen goede basis om (effecten van) beleid tijdig te beoordelen, nieuw beleid en een begroting te maken. Daarbij is het de vraag of de definitie die nu gehanteerd wordt een goed beeld geeft van de zorguitgaven.

In dit hoofdstuk kijken we naar de verschillende geldstromen en definities die we hanteren voor de zorguitgaven.

1.1.2 Definities van zorguitgaven

In figuur 1 zijn de geldstromen voor de zorguitgaven Zorgverzekeringswet (verder: Zvw) gevisualiseerd. Daarin zijn de kernactoren zichtbaar:

- Minister van VWS
- Verzekerde/patiënt
- Zorgverzekeraar
- Zorgaanbieder
- Tweede Kamer

Tussen deze actoren zijn met pijlen de geldstromen zichtbaar gemaakt. De Tweede Kamer kijkt voor de beheersing van de zorguitgaven momenteel naar de geldstroom die in het schema is weergegeven onder "1".

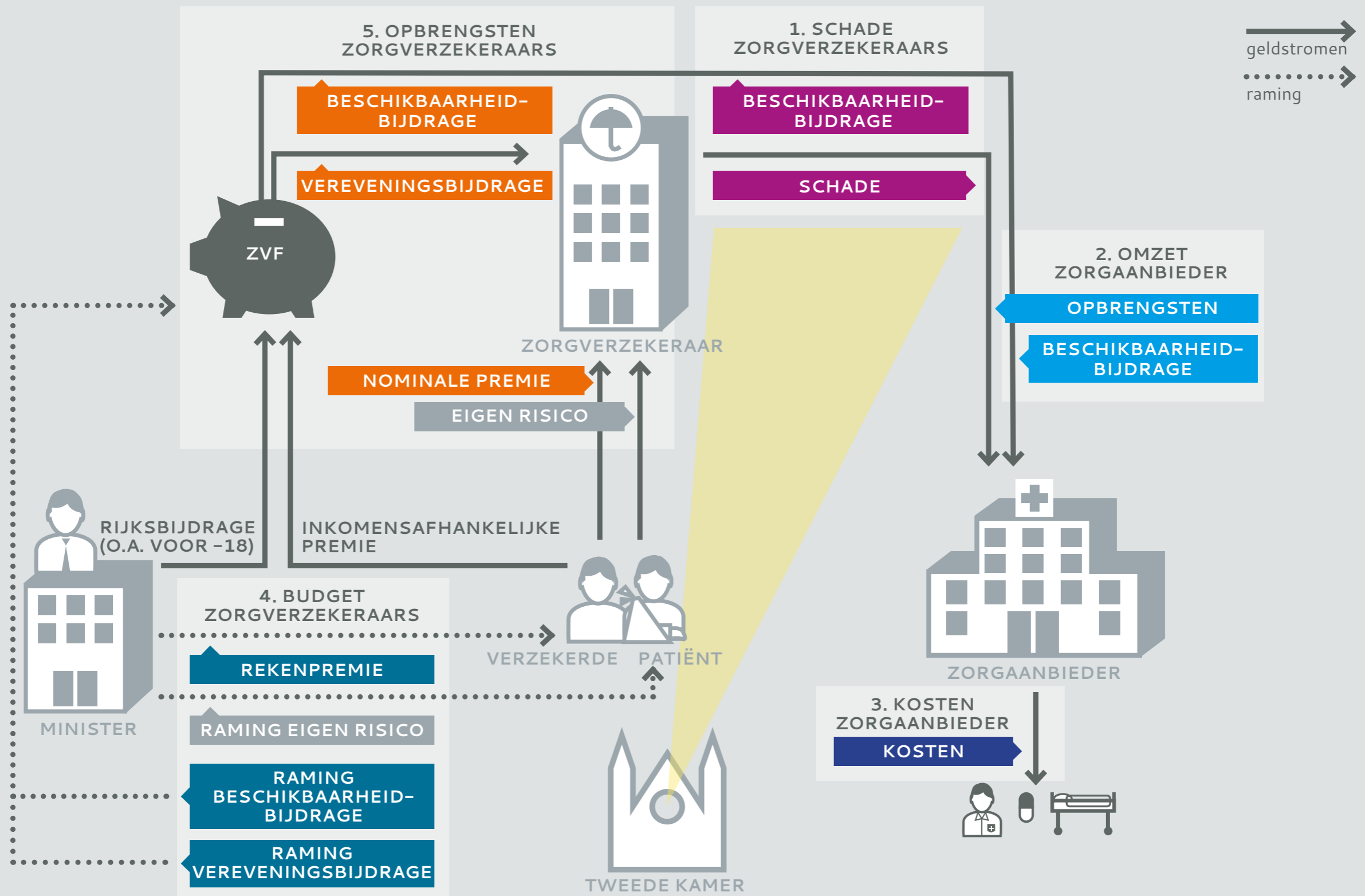
De vraag is welk uitgavenbegrip het meest geschikt is om de Minister en de Tweede Kamer informatie te verschaffen over de uitgaven in de zorg en welke bron van gegevens daarbij hoort:

1. Schade zorgverzekeraars
(dit is de huidige definitie van curatieve zorgkosten)
2. Omzet zorgaanbieders
3. Kosten zorgaanbieders
4. Geraamde opbrengsten zorgverzekeraars
5. Opbrengsten zorgverzekeraars

1 Onder curatieve zorg verstaan we de zorg gericht op genezing, zoals de ziekenhuiszorg en curatieve GGZ. Deze zorg valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw).

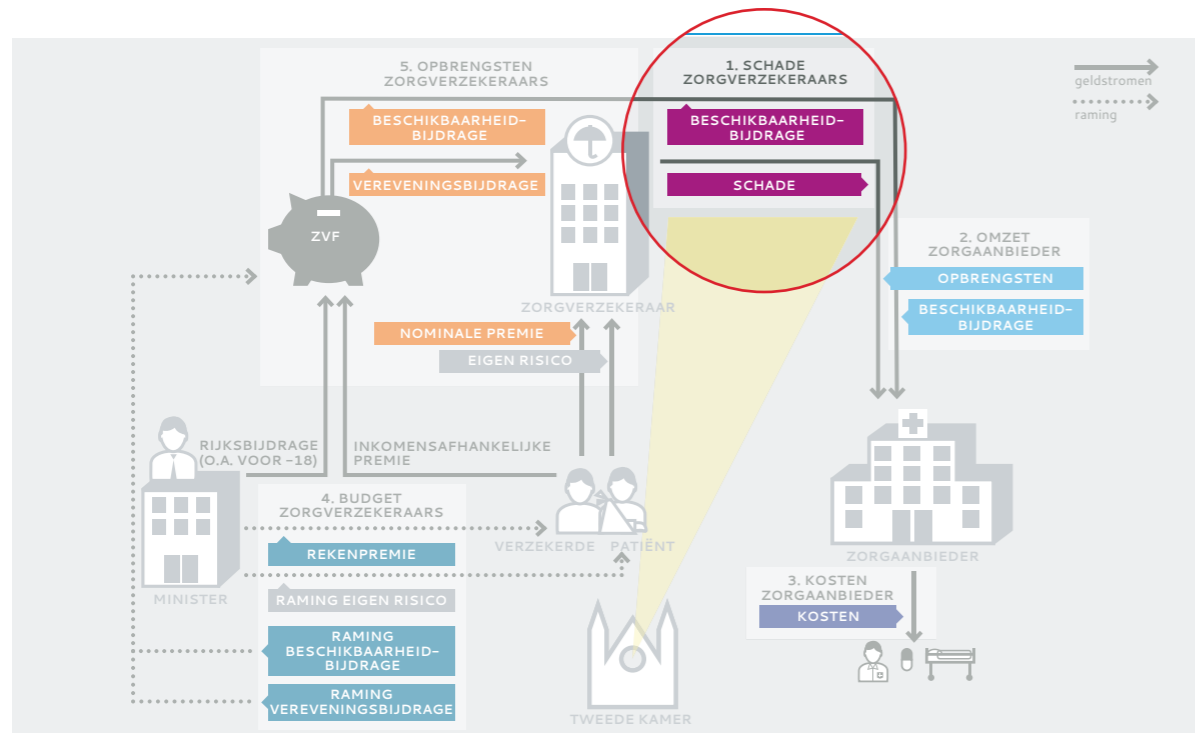
2 De definitieve omvang van de schade wordt vastgesteld op basis van de door zorgverzekeraars bij Zorginstituut Nederland in juni t+3 ingediende jaarstaten. Deze worden tevens gebruikt voor het vaststellen van de definitieve vereveningsbijdrage in maart t+4. De eerste voorlopige vereveningsbijdrage wordt vastgesteld in september t+1 (op basis van ingediende jaarstaat in juni t+1), de tweede voorlopige vereveningsbijdrage in september t+2 (op basis van ingediende jaarstaat in juni t+2).

Definitie zorguitgaven ZVW



figuur 1 Definitie zorguitgaven ZVW

Huidige definitie van zorguitgaven: schade zorgverzekeraars (variant 1)



Verzekerden zijn per geheel kalenderjaar verzekerd bij een zorgverzekeraar. De schade voor de zorgverzekeraar bestaat uit alle kosten van zijn verzekerden die aan dat kalenderjaar moeten worden toegeschreven. De 'schade' wordt toegerekend aan de verzekeraar waarbij (en aan het schadejaar waarin) de patiënt verzekerd is op het moment dat de zorg wordt geleverd. Voor de sectoren waar de DBC-systematiek van toepassing is (de MSZ en de cGGZ) gaat het om het moment dat de DBC wordt geopend.

Voor de Minister en de Tweede Kamer is dit schadebegrip momenteel het uitgangspunt voor het bepalen van de zorguitgaven op basis van de Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Zie variant 1 ('schade zorgverzekeraars'). Dit is opvallend aangezien de politieke sturing plaatsvindt op elementen die te maken hebben met de opbrengsten van zorgverzekeraars, zoals de nominale premie, het eigen risico en de vereveningsbijdrage.

In de huidige praktijk duurt het tot halverwege het derde jaar na afloop van het betreffende kalenderjaar (juni t+3) voordat de definitieve schadecijfers bekend zijn. De (voorlopige) verantwoording over jaar t aan de Tweede Kamer in mei t+1³ is gebaseerd op voorlopige cijfers. Er kunnen echter nog aanzienlijke mutaties plaatsvinden tussen de voorlopige en de definitieve cijfers.⁴

Dit heeft niet alleen gevolgen voor de verantwoording aan de Tweede Kamer, maar ook voor de besluitvorming door het kabinet over het te voeren beleid. Voor het maken van beleid is het van belang dat er een goed beeld is van de ontwikkeling van de zorguitgaven. Het kabinet moet kunnen beoordelen of de zorguitgaven binnen de afgesproken kaders (BKZ) blijven, of het beleid van de Minister van VWS adequaat is en wat dit betekent voor het geheel van het kabinetsbeleid en het budgettaire kader.

Ook voor het corrigeren van overschrijdingen, door het inzetten van het macrobeheersingsinstrument (verder: MBI), moet er eerst voldoende zekerheid zijn over de hoogte van de zorguitgaven. Bij inzet van het MBI geeft de Minister van VWS aan de NZa de opdracht om bij elk van de zorginstellingen achteraf een deel van de omzet (opbrengst) terug te vorderen. Dat bedrag moet de zorginstelling afdragen aan het zorgverzekeringsfonds. Daardoor wordt de overschrijding in de schade-uitbetalingen van de zorgverzekeraars met terugwerkende kracht gecorrigeerd. Momenteel kan pas laat worden besloten tot inzet van het MBI, omdat het lang duurt voordat de definitieve zorguitgaven vaststaan. Zorginstellingen blijven daardoor lang in onzekerheid over een mogelijk nog af te dragen bedrag.

³ Evenals de bedragen in de verantwoordingen in de twee daaropvolgende jaren.

⁴ De relatieve mutaties zijn weliswaar beperkt tot enkele procenten, maar in absolute zin gaat het om vele miljoenen euro's. De totale uitgaven MSZ en cGGZ bedragen in 2017 ongeveer € 26 miljard.



Opmerkingen bij het MBI

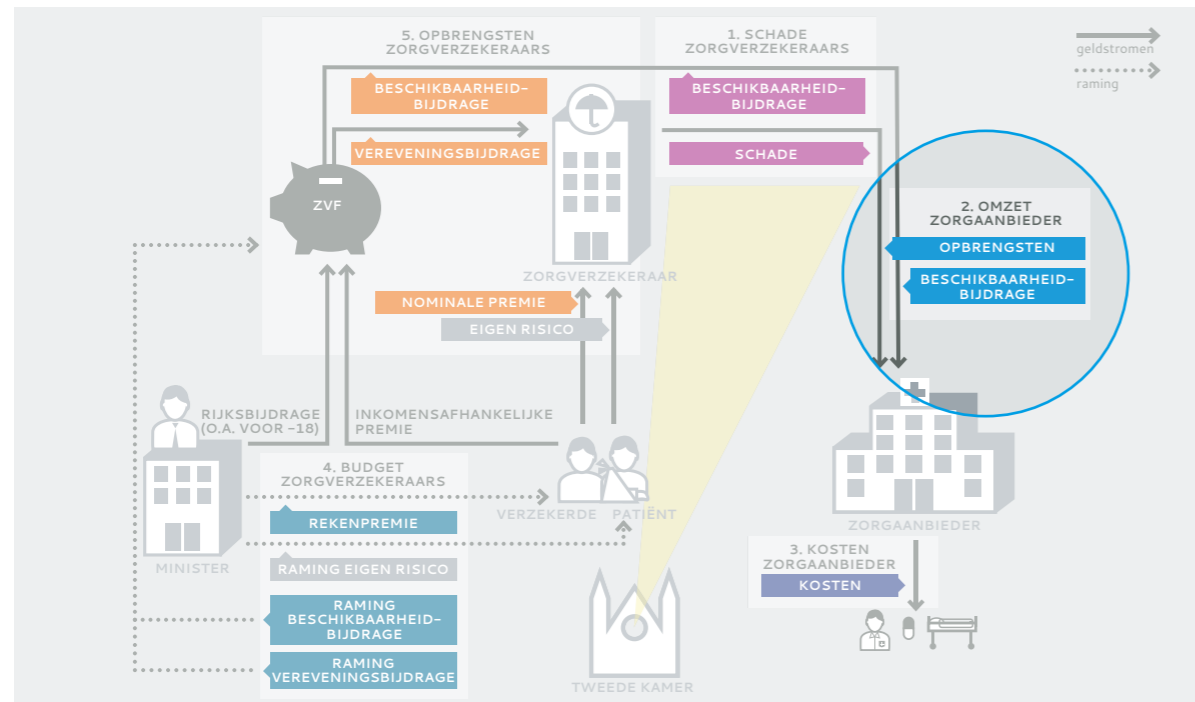
Wanneer er macro meer dan het BKZ is uitgegeven dan kan de overschrijding worden teruggevorderd bij de zorgaanbieders met het MBI. Omdat de zorgverzekeraar alleen grip heeft op gecontracteerde zorg⁵ en niet op ongecontracteerde zorg⁶ is ervoor gekozen de terugvordering toe te passen op de zorgaanbieder en de taak tot terugvordering bij de NZa te beleggen. Tot op heden is het MBI overigens nog niet toegepast. De sector benoemt een aantal problemen met betrekking tot het MBI:

- De zorgverzekeraar is in belangrijke mate verantwoordelijk voor de uitgavenbeheersing, maar het MBI richt zich op zorgaanbieders.
- Het MBI wordt achteraf ingezet. Wanneer het MBI zou worden ingezet voor de overschrijding in een bepaald jaar, heeft die terugvordering voor de zorgaanbieder op zijn vroegst drie jaar later pas effect. Er is zo jarenlange onzekerheid bij de zorgaanbieders over mogelijke naheffingen.
- Het huidige MBI is niet gericht op de oorzaak van de overschrijding, maar richt zich op de gevolgen.
- Het MBI is generiek en niet gedifferentieerd: Bij alle zorgaanbieders wordt evenredig naar hun omzet een bedrag teruggevorderd. De instellingen die de overschrijding hebben veroorzaakt worden niet harder aangepakt dan instelling die binnen het afgesproken budget zijn gebleven. Redenen voor overschrijdingen kunnen divers zijn en het is dan ook lastig individuele instellingen aan te wijzen als veroorzaker van een macro-overschrijding
- Het MBI is een incidentele maatregel die niet leidt tot structurele besparing (CPB, 2014).

5 Zorg waarvoor een zorgverzekeraar ten behoeve van zijn verzekerden een contract heeft gesloten met een zorgaanbieder. Ingeval van een naturapolis hebben verzekerden recht op zorg en dienen verzekerden, willen zij voor volledige vergoeding in aanmerking komen, zich tot een gecontracteerde zorgaanbieder te wenden.

6 Zorg waarvoor een zorgverzekeraar ten behoeve van zijn verzekerden geen contract heeft gesloten met een zorgaanbieder. Ingeval van een restitutiepolis hebben verzekerden recht op vergoeding van zorg en kunnen zij zich ook wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Omzet zorgaanbieders (variant 2)



De geldstroom van de zorgverzekeraar naar de zorgaanbieders wordt door de zorgverzekeraar gedefinieerd in termen van schade. Zie [variant 1](#).

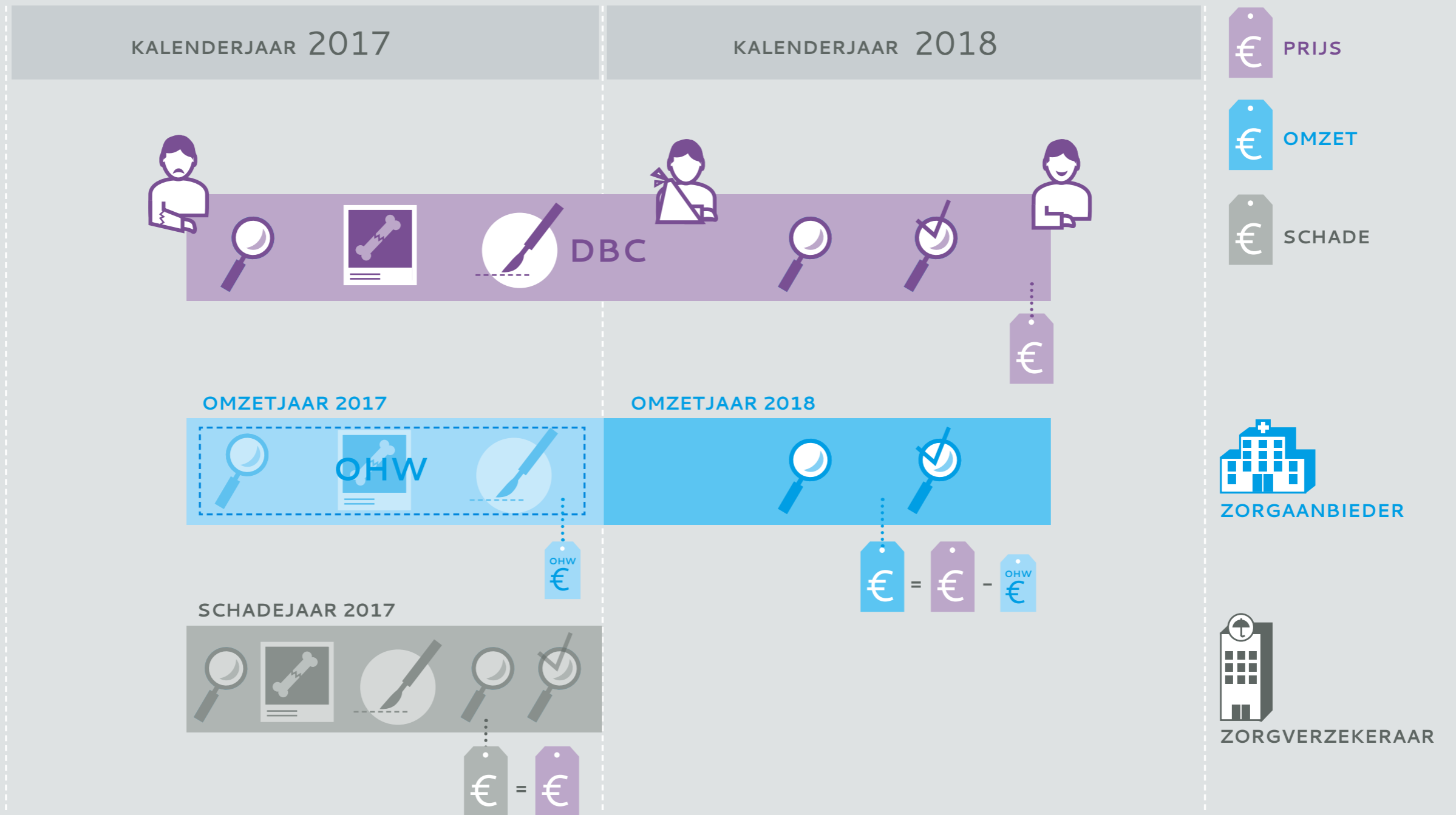
Zorgaanbieders rekenen de omzet en kosten toe aan het betreffende kalenderjaar, het boekjaar. De jaaronzet wordt, voor wat betreft de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet, bepaald door de declaraties die zorgaanbieders versturen aan de verzekeraar (of patiënt) voor de behandelingen die hebben plaatsgevonden in dat kalenderjaar. Zie variant 2. De DBC's die op 31 december nog 'open staan' en nog niet zijn gedeclareerd, worden gewaardeerd op basis van de reeds uitgevoerde zorgactiviteiten en als onderhanden werk (OHW) toegerekend aan de jaaronzet.

De zorgverzekeraar en zorgaanbieder hanteren voor dezelfde geldstroom dus een andere (voorgeschreven) boekhoudkundige systematiek.⁷ De plaat op de volgende pagina ([figuur 2](#)) illustreert dat. De bovenste balk laat de DBC zien die gestart is in 2017 en doorloopt in 2018. De zorgverzekeraar rekt deze hele DBC toe aan het schadejaar 2017. De zorgaanbieder rekt het 2017-deel (als OHW) toe aan het boekjaar 2017. Het 2018-deel rekt de aanbieder toe aan het boekjaar 2018. In de BKZ-uitgaven is dus de schade zichtbaar die de zorgverzekeraar toerekent aan 2017, terwijl misschien wel de meeste kosten door de zorgaanbieder gemaakt worden in 2018.

Contractonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vinden plaats in termen van schade, terwijl voor de zorgaanbieders niet de schade maar de omzet het relevante begrip is. Het hanteren van verschillende begrippen voor dezelfde geldstroom kan met name voor de zorgaanbieders verwarrend werken. Hun omzet sluit namelijk niet aan bij de contractafspraken. Zorgaanbieders moeten de contractafspraken vertalen naar hun systematiek. Dat veroorzaakt naast onduidelijkheid ook administratieve lasten.

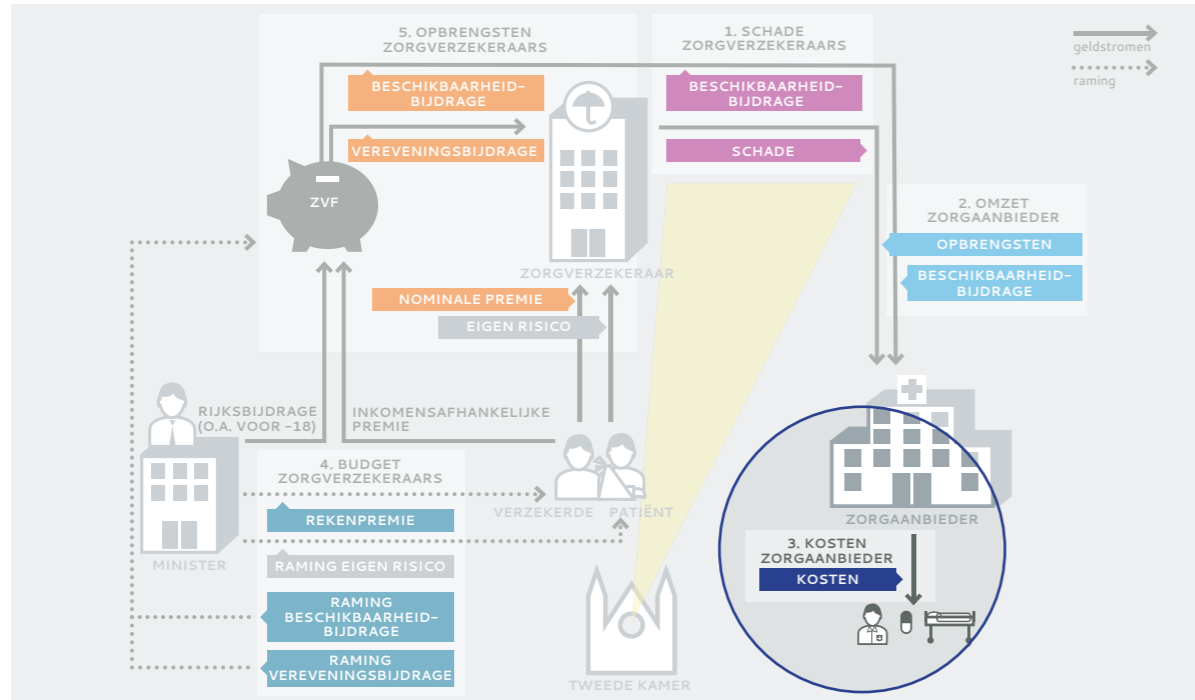
⁷ Dat de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder een andere boekhoudkundige systematiek hanteren volgt uit het huidige systeem waarin de declaratie-eenheid de DBC is. Voor de verzekeraar is van belang welke schade vergoed moet worden voor de verzekerdenpopulatie in het schadejaar. Omdat de opening van de DBC wordt gezien als moment waarop de schade ontstaat moet de hele DBC worden meegenomen; dat is immers de verwachte schade. Voor de zorgaanbieder is het logisch om de zorgactiviteiten in het boekjaar als basis te nemen. Dat zijn immers de activiteiten die de aanbieder in het boekjaar uitvoert en waarvoor in het boekjaar kosten worden gemaakt.

Omzet en schade



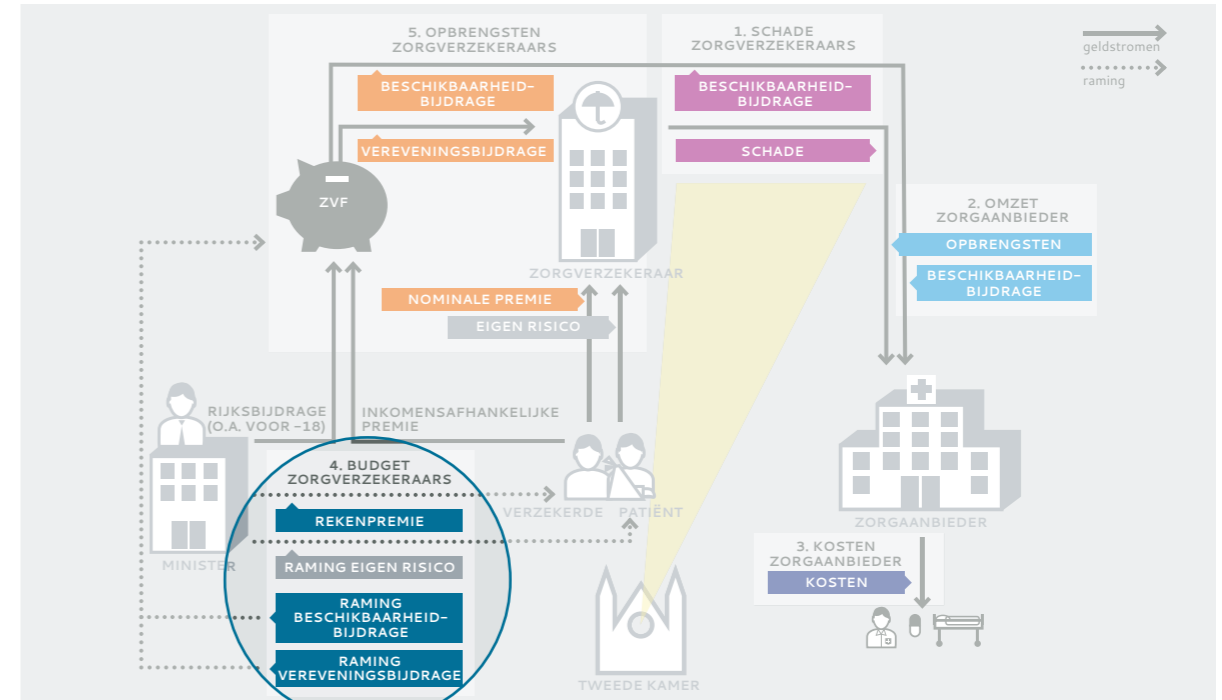
figuur 2 Omzet en schade

De kosten van zorgaanbieders (variant 3)



De omzet van de zorgaanbieder bestaat uit de vergoeding van de declaraties voor de geleverde zorg en beschikbaarheidsbijdragen op basis van de Zvw en overige omzet, die niet onder de basisverzekering valt. Dat kunnen bijvoorbeeld particuliere betalingen zijn van de patiënt, zoals voor parkeerkosten en horeca. Ook kan het gaan om betalingen voor zorg die niet onder de basisverzekering vallen. Verder zijn er nog andere inkomstenbronnen zoals subsidies of onderzoeksgelden. De inkomsten, financieringsbronnen en kosten kunnen transparant in de jaarrekening zijn weergegeven, maar welke (exploitatie-)kosten toegerekend moeten worden aan welke financieringsbronnen is minder duidelijk. De kosten worden in de jaarrekening weergegeven onder posten als 'personele kosten', 'materiële kosten' e.d. en niet direct gekoppeld aan een financieringsbron zoals de DBC's. Dat maakt dat de kosten van zorgaanbieders (zie variant 3) niet goed bruikbaar zijn om iets te zeggen over het soort consumptie en slechts in algemene termen iets zeggen over de zorguitgaven Zvw, namelijk welke middelen zijn ingezet om de zorg te leveren.

De geraamde opbrengsten van zorgverzekeraars (variant 4)

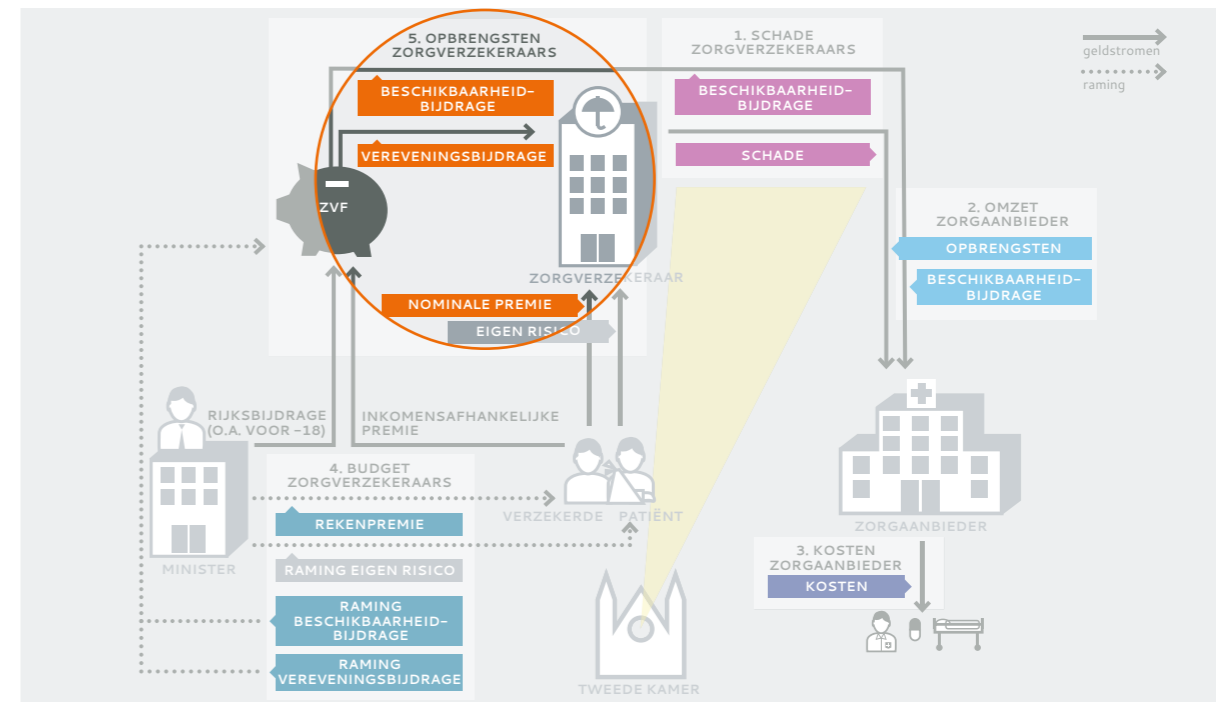


De Minister van VWS maakt in iedere begroting voor het komende jaar een raming van de zorguitgaven. Op basis van de 50/50-verdeling wordt afgeleid welk bedrag zorgverzekeraars kunnen verwachten in de vorm van de vereveningsbijdrage en welk bedrag daarboven nog nodig is ter dekking van hun Zvw-schade. Een deel daarvan zal via directe betalingen van de verzekerde worden ontvangen, het andere grote deel moeten de zorgverzekeraars in rekening brengen via de nominale premie. De raming van die premie wordt de nominale rekenpremie genoemd. Zie variant 4.

De raming van de totale zorgschade Zvw voor de zorgverzekeraars wordt het macroprestatiebedrag (mpb) genoemd. Dit bedrag, verminderd met de geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie en het geraamde eigen risico, wordt als vereveningsbijdrage uitgekeerd aan de verzekeraars uit het zorgverzekeringsfonds. Het mpb geeft daarmee ook de opbrengsten weer die de zorgverzekeraars kunnen verwachten op basis van de vereveningsbijdrage, de eigen bijdragen en de nominale rekenpremie.

Wanneer een zorgverzekeraar meer schade verwacht dan de hiervoor genoemde opbrengsten kan hij ter dekking van het verschil zijn nominale premie verhogen. Dit wordt dan ook wel de 'nominale opslagpremie' genoemd. De nominale opslagpremie is dan ook het ventiel voor de zorgverzekeraar om eventuele tekorten te compenseren. Ook tekorten of overschotten uit het verleden, gewenste of noodzakelijke mutaties in reserves en de administratiekosten van de zorgverzekeraars berekent de zorgverzekeraar door in de nominale opslagpremie. De wet- en regelgeving limiteert de (collectieve) omzet van zorgverzekeraars namelijk niet. De concurrentie tussen zorgverzekeraars moet tegendruk geven aan nominale premieverhogingen.

De opbrengsten van zorgverzekeraars (variant 5)



Met de invoering van de zorgverzekeringswet (Zvw) hebben de zorgverzekeraars een regiepositie in het zorgstelsel gekregen.⁸ Zij hebben een zorgplicht voor hun verzekerden en worden gestimuleerd om zo doelmatig mogelijk zorg in te kopen, dus met een zo gunstig mogelijke prijs/prestatieverhouding. Eén van de redenen voor de invoering van de Zvw is dat kostenbeheersing in de gezondheidszorg in hoge mate een zaak was van centrale aanbodregulering en tariefstelling door de overheid.⁹ In de Zvw heeft de overheid een aantal taken gedecentraliseerd naar de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft daarmee als taak gekregen om

8 "De zorgverzekeraars vervullen de door de regering gewenste centrale rol in het model van gereguleerde concurrentie als zij optreden als doelmatige, klantgerichte regisseurs van de zorg. Om dat te bevorderen, hebben de zorgverzekeraars een wettelijke zorgplicht. De financiering van zorgverzekeraars wordt bovendien zo ingericht dat zij zich vooral op zorgregie gaan richten en niet op het selecteren van verzekerden op basis van hun gezondheidsvooruitzichten. Daarvoor is nodig dat ze in voldoende mate risicodragend zijn, dat er een adequaat risicovereeningssysteem is en dat er gezonde concurrentieverhoudingen zijn." Bron: memorie van toelichting, Zorgverzekeringswet.

9 Memorie van toelichting, Zorgverzekeringswet.



de zorguitgaven te beheersen (o.a. door doelmatige inkoop van zorg). Een zorgverzekeraar is een private partij, vaak zonder winstoogmerk. Dat geldt in ieder geval voor de zorgverzekeraars die voor 2006 een ziekenfonds waren. De wetgever heeft destijds besloten om de ziekenfondsreserves vanaf 1 januari 2006 voor tien jaar te reguleren. Op deze manier werd gewaarborgd dat de reserves van de voormalige ziekenfondsen niet op korte termijn aan de zorg konden worden onttrokken.¹⁰ Dit verbod zou oorspronkelijk op 1 januari 2018 aflopen. Een initiatief-wetsvoorstel voor een algemeen verbod op winstuitkering heeft een ruime meerderheid in de Tweede Kamer gekregen en ligt nu voor in de Eerste Kamer (zie kader).

Initiatiefwetsvoorstel verbod op winstuitkering

In dit wetsvoorstel staat dat zorgverzekeraars geen winst mogen uitkeren aan aandeelhouders of leden. Winst mag alleen aangewend worden voor het aanvullen van de reserves of voor de zorg zelf. Omdat het wetsvoorstel ook voorziet in een bevoegdheid voor de NZa om deze wet te handhaven is advies gevraagd aan de NZa. In een recent uitgebracht advies geeft de NZa aan dat deze wet naar haar mening niet te handhaven is.¹¹

Citaat: Gezien de gevolgen van het initiatiefwetsvoorstel voor het toezicht en de handhaving van de NZa en de verwachte effecten op het stelsel, vindt de NZa dit wetsvoorstel onvoldoende helder in wat geregeld wordt, juridisch kwetsbaar en niet passen binnen het huidige private zorgverzekeringsstelsel.¹²

Zorgverzekeraars zijn financiële instellingen die onder toezicht staan van De Nederlandse Bank (verder: DNB) op basis van de Wet financieel toezicht (verder: Wft). Deze wet schrijft voor aan welke verplichtingen financiële instellingen, zoals zorgverzekeraars, moeten voldoen. Dit betekent o.a. dat een zorgverzekeraar voldoende reserves moet hebben.

Om de zorgkosten (Zvw) te dekken, ontvangen zorgverzekeraars de nominale premie van verzekerden en een vereveningsbijdrage uit het zorg-

verzekeringsfonds. In de Zvw is vastgelegd dat evenveel inkomsten worden gegenereerd via de inkomensafhankelijke bijdrage als via de nominale premie, de eigen betalingen en de rijksbijdrage kinderen samen (de 50/50-verdeling). De 50% voor in het zorgverzekeringsfonds wordt gevuld met inkomensafhankelijke bijdragen (ongeveer 45%) en een rijksbijdrage (ongeveer 5%). Zie [variant 5](#).

Risicokenmerken van de verzekerdenpopulatie¹³ en aan verzekerden gekoppeld zorggebruik¹⁴ zijn bepalend voor de ex-antevergoeding¹⁵ uit dit fonds aan de zorgverzekeraars. Voor een beperkt deel van de kosten vindt er op basis van de definitieve schade nog een verrekening achteraf met het fonds plaats (ex-postvergoeding¹⁶). Dit proces wordt de risicoverevening genoemd. De gerealiseerde schade wordt gecontroleerd door de accountant en de NZa. De zorgverzekeraar verstrekt de informatie aan het Zorginstituut Nederland (de fondsbeheerder van het zorgverzekeringsfonds). In eerste instantie zijn dit voorlopige opgaven. Pas na 3 jaar vindt de definitieve verrekening uit het fonds plaats. Dan is namelijk ook pas definitief bekend wat de zorguitgaven in het betreffende jaar zijn geweest. Zie meer daarover in [hoofdstuk 3](#).

10 Advies 'Wetsvoorstel verbod winstuitkering door zorgverzekeraars', https://www.nza.nl/1048076/1048181/Advies_wetsvoorstel_verbod_winstuitkering_door_zorgverzekeraars.pdf

11 <https://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-wetsvoorstel-verbod-op-winstuitkering-niet-te-handhaven/>

12 Advies 'Wetsvoorstel verbod winstuitkering door zorgverzekeraars', https://www.nza.nl/1048076/1048181/Advies_wetsvoorstel_verbod_winstuitkering_door_zorgverzekeraars.pdf

13 Zoals leeftijd, geslacht en sociaal-economische status.

14 Zoals diagnosekostengroepen, farmaceutische kostengroepen en meerjarige hoge zorguitgaven van verzekerden uit het verleden.

15 Ex ante betekent dat de vereveningsbijdrage voorafgaand aan het kalenderjaar waarop de vereveningsbijdrage betrekking heeft wordt vastgesteld. Met deze bijdrage moet de zorgverzekeraar de verwachte kosten, gegeven het risicoprofiel van zijn verzekerden, kunnen betalen. Ex ante verevening prikkelt de zorgverzekeraar om zo doelmatig mogelijk met de verkregen middelen om te gaan. (bron: Zorginstituut Nederland).

16 Wanneer het risicovereveningsmodel ex ante tekortschiet, kunnen ex post compensaties worden ingezet. De Minister van VWS stelt jaarlijks voorafgaand aan het vereveningsjaar per deelbedrag vast welke ex post compensaties worden ingezet. (bron: Zorginstituut Nederland).



1.2 Het perspectief van de burger

De burger wordt op verschillende manieren geconfronteerd met de kosten van de zorg, bijvoorbeeld door de nominale premie, de inkomensafhankelijke premie en het eigen risico.

Op het moment dat de zorgverzekeraar de nominale premie (uiterlijk) in november bekend maakt, weet de burger wat de hoogte is van de premie voor de basisverzekering volgend jaar. Een verhoging of verlaging van die premie heeft impact voor de burger en kan een reden zijn om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar.

De werkgever van diezelfde burger draagt ook bij via de inkomensafhankelijke premie die wordt geheven over het loon van de werknemer. Dit bedrag komt via het zorgverzekeringsfonds bij de zorgverzekeraar terecht. Ondernemers en gepensioneerden betalen zelf een inkomensafhankelijke bijdrage via de inkomstenbelasting. De inkomensafhankelijke premie krijgt vaak minder aandacht van de burger en van de media. Dat zijn immers kosten die de werkgever betaalt.

Burgers die gebruik maken van zorg krijgen vaak te maken met een verplicht eigen risico. Bij de meeste vormen van zorg die vallen onder de basisverzekering (Zvw) is het eigen risico van toepassing. Uitzondering zijn bijvoorbeeld het bezoek aan de huisarts, de zorg voor kinderen onder de 18 jaar, wijkverpleging, verloskundige zorg en kraamzorg. In 2017 bedraagt het verplichte eigen risico € 385,- over de eerst gemaakte zorgkosten.

De verzekeraar waar iemand verzekerd is op moment van het ontstaan van de schade verrekent het eigen risico. Over het eigen risico wordt verder gesproken in [hoofdstuk 4](#).

Tot slot zijn er nog eigen bijdragen. Voor sommige vormen van zorg is wettelijk bepaald dat er door de patiënt een eigen bijdrage moet worden betaald. Het gaat dan bijvoorbeeld om hulpmiddelen of kraamzorg. De kosten die de burger direct zelf betaalt voor de zorg zijn de nominale premie en de eigen betalingen (zoals het eigen risico en eigen bijdragen).

De combinatie van – en het verschil tussen – die verschillende zorgkosten maken het voor de burger ingewikkeld om te begrijpen wat de echte zorgkosten zijn. Zeker wanneer ontwikkelingen in deze zorgkosten voor de burger niet in lijn zijn met de ontwikkelingen van de schadecijfers waarover in de media wordt bericht.



1.3 Conclusie

De Minister van VWS heeft een stelselverantwoordelijkheid als het gaat om de borging van de kwaliteit, toegankelijkheid én betaalbaarheid van de zorg en stuurt op de collectieve lasten. De Tweede Kamer controleert de Minister en beoordeelt of de Minister deze verantwoordelijkheden goed invult. Ook monitort de Tweede Kamer de werking van het stelsel en de effecten van beleid. De Tweede Kamer behandelt tevens jaarlijks de begroting. Om zowel deze inhoudelijke als financiële taak goed te kunnen uitvoeren, dient de Tweede Kamer te beschikken over relevante en actuele informatie. De Minister van VWS moet ervoor zorgdragen dat de Tweede Kamer van deze informatie wordt voorzien.¹⁷ De Minister (en daarmee dus ook de Tweede Kamer) beschikt in de huidige situatie echter pas laat over relevante en actuele informatie, mede omdat het schadebegrip (in combinatie met de DBC-systematiek) als uitgangspunt wordt genomen voor de definiëring van de uitgaven aan zorg.

De Minister heeft ook de verantwoordelijkheid om de totale uitgaven in de zorg te beheersen en hierover verantwoording af te leggen aan de Tweede Kamer. In het stelsel is deze beheersingstaak gedelegeerd aan de zorgverzekeraars die het beschikbare budget en de schade-uitgaven in een gezonde balans moeten houden. Opvallend is dat de Minister verantwoording aflegt over een begrip waarin de schade-uitgaven van de zorgverzekeraar centraal staan (variant 1) en niet over de bedragen die vanuit het collectief aan de verzekeraar beschikbaar worden gesteld (zoals het geval is in variant 5). Zowel de Minister als de zorgverzekeraar sturen nu dus primair op het schadebegrip.¹⁸

Dat is extra opvallend omdat juist besluiten met impact, zoals over het eigen risico, de inkomensafhankelijke bijdrage, de zorgtoeslag en het vaststellen van de risicoverevening allemaal met variant 5 te maken hebben. Bovendien wordt de Minister in de taakuitoefening belemmerd doordat definitieve informatie over de schade-uitgaven (variant 1) pas drie jaar na dato beschikbaar is.

De kosten die ten laste van het collectief komen (variant 5) zijn voor de burger relevanter dan de huidige definitie. Voor de individuele

burger bestaan de zorguitgaven uit de nominale premie die hij direct betaalt aan de zorgverzekeraar. De inkomensafhankelijke bijdrage die de werkgever betaalt en de rijksbijdrage waaraan de burger via de belastingen een bijdrage levert vullen samen het zorgverzekeringsfonds. Vanuit het zorgverzekeringsfonds worden de vereveningsbijdragen en de beschikbaarheidsbijdragen betaald. De burger die zorg ontvangt kan ook nog te maken krijgen met eigen bijdragen of het eigen risico.

In het zorgstelsel hebben de zorgverzekeraars een regiepositie. Zij hebben een zorgplicht voor hun verzekerden, maar ook een verantwoordelijkheid om de zorguitgaven te beheersen.

De zorgverzekeraar heeft een private taak (uitvoering van de verzekeringsovereenkomst) en een publieke taak (bewaking en bevorderen van kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg). Voor het uitvoeren van de private verzekeringsactiviteit zijn de premie en de schade passende begrippen. Om de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid te kunnen beoordelen, kijkt de zorgverzekeraar naar de zorgaanbieder: welke behandelingen worden in een bepaald jaar, tegen welke kosten en met welke kwaliteit uitgevoerd. Tevens dient de verzekeraar te bewaken dat verzekerden in voldoende mate (tijdig) bij een zorgaanbieder terecht kunnen. Hiervoor heeft de zorgverzekeraar nadere informatie nodig van de zorgaanbieder.

Door de verschillen die er in de praktijk zijn tussen 'schade' en 'omzet' wordt de interpretatie van de data en het gesprek over doelmatigheid, bemoeilijkt. Zo moet de verzekeraar eerst een vertaalslag maken om de cijfers van de zorgaanbieder te kunnen vergelijken met zijn schadecijfers. Voor de zorgaanbieder geldt het omgekeerde. DBC's die de jaargrens overschrijden worden door de zorgverzekeraar immers gerekend tot schade over jaar t, terwijl de zorgaanbieder de kosten en de opbrengsten

¹⁷ Zie ook rapport 'Uitgavenbeheersing in de zorg', ARk, 2011

¹⁸ Als de Minister via het MBI wil ingrijpen in de schadestroom, doet zij dat strikt genomen niet via de uitgaven van de zorgverzekeraar, maar via de prijzen. Het MBI is in feite een prijsmaatregel met terugwerkende kracht.



van diezelfde DBC's voor zover die in jaar t+1 worden gemaakt, als omzet boekt in jaar t+1. Dat maakt een goede analyse van de uitgaven aan zorg (kosten van behandelingen) in een bepaald jaar ingewikkeld. Transparantie is gebaat bij eenduidige informatie.

Budgettair Kader Zorg (BKZ)

Bij het begin van een kabinetsperiode worden afspraken gemaakt over het BKZ. De zorguitgaven moeten binnen dat kader passen. Op dit moment worden de curatieve zorguitgaven berekend door de schade-uitkeringen ten laste van de Zvw van zorgverzekeraars op te tellen bij de rechtstreekse betalingen uit het Zorgverzekeringsfonds, verminderd met de eigen betalingen van de zorggebruikers (o.a. eigen risico). Dit noemen we ook wel de netto BKZ-uitgaven. Voor aftrek van de eigen betalingen spreken we over bruto BKZ-uitgaven.

*Curatieve zorguitgaven (netto BKZ uitgaven) =
schade uitkeringen verzekeraars + betalingen Zorgverzekeringsfonds –
eigen betalingen*

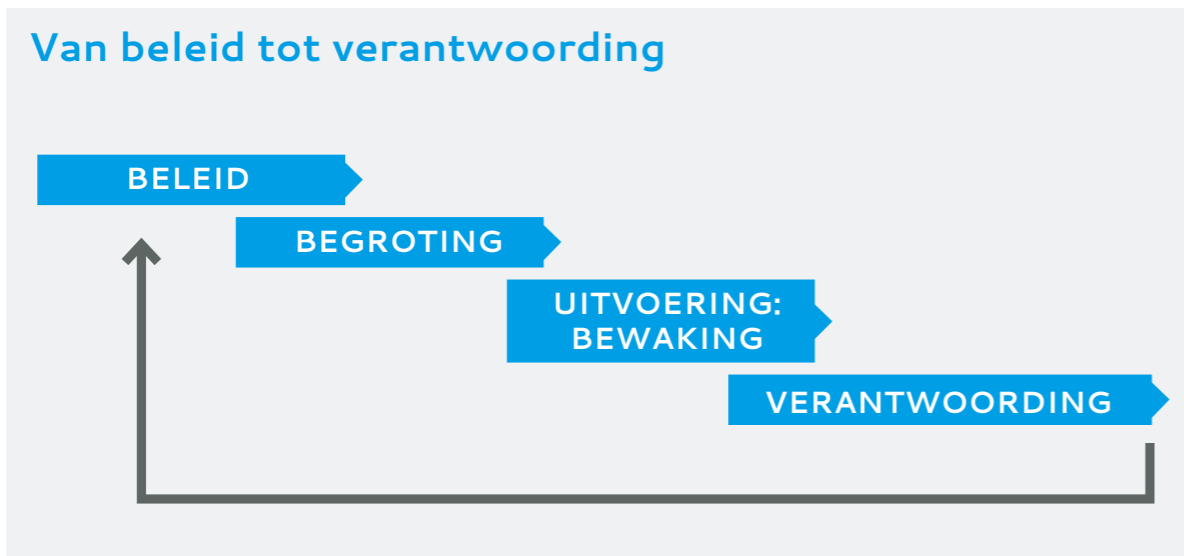
Wanneer de uitgaven voor en over een bepaald jaar worden getoetst, wordt mede gekeken naar de jaren die sindsdien verstreken zijn en wat de toekomstverwachtingen zijn. Op basis daarvan wordt bepaald of er noodzaak is voor maatregelen.

Tussen het BKZ, dat jaarlijks wordt vertaald naar een 'begroting', en de uitgaven, de 'realisatie', kunnen verschillen optreden. Deze verschillen worden bijvoorbeeld veroorzaakt door de loon- en prijsontwikkeling, de gevolgen van –tussentijdse– beleidsmaatregelen en technische mutaties (bijvoorbeeld overhevelingen), maar ook door de zorgconsumptie.

1.4 Adviezen

1.4.1 Definiëring van de zorguitgaven: Gebruik een methodiek die past bij het doel

Tijdige en juiste informatie over de zorguitgaven is nodig voor verschillende doelen. In figuur 3 is een beleids- en verantwoordingscyclus weergegeven. Afhankelijk van het doel is er behoefte aan bepaalde informatie.



figuur 3 Van beleid tot verantwoording

De Minister en de Tweede Kamer hebben informatie nodig over de (te verwachten) uitgavenontwikkeling om onderbouwde besluiten te kunnen nemen over het te voeren beleid. Daarvoor is relevant welke zorgkosten in voorgaande jaren gemaakt zijn en welke voor het komende jaar verwacht worden. Die informatie is ook van belang om zicht te hebben op de lasten die de burgers in de komende jaren moeten dragen. De zorgkosten volgens variant 1 zijn op dit moment echter niet tijdig genoeg beschikbaar en prognoses zijn onvoldoende betrouwbaar. De commissie doet voorstellen voor verbetering in de volgende hoofdstukken.

Een ander doel is de verantwoording over de zorguitgaven. Voor de Minister is het belangrijk dat de uitgaven aan de curatieve zorg binnen het BKZ blijven en dat eventuele overschrijdingen tijdig worden geconstateerd. De

Tweede Kamer wil de werking van het stelsel, effecten van beleid en de uitgavenontwikkeling kunnen monitoren en heeft informatie nodig om de begroting te beoordelen. Voor al deze taken is juiste en tijdige informatie nodig. Inzicht wordt momenteel gegeven op basis van de huidige informatie over schadelast vanuit de zorgverzekeraars (variant 1). Betrouwbare cijfers komen echter te laat beschikbaar om deze taken goed uit te kunnen voeren.

De verzekeraar heeft de regierol in het stelsel. De schadelast geeft het handelen van de zorgverzekeraar weer. Wanneer de uitgaven te hoog zijn ten opzichte van de raming/doelstelling kan er in het huidige model bij de zorgaanbieders ingegrepen worden, terwijl het de zorgverzekeraar is die invloed heeft op de collectieve lasten (door de nominale premie) en de taak heeft om doelmatig in te kopen.

Daarom adviseert de commissie om, in ieder geval voor de verantwoording over de zorguitgaven door de Minister aan de Tweede Kamer, als definitie van de zorguitgaven niet meer de 'schade' zorgverzekeraars (variant 1) maar de 'opbrengsten' zorgverzekeraars (variant 5) te gebruiken. Concreet betekent dit dat de Minister van VWS in de verantwoording aan de Tweede Kamer als definitie hanteert de som van:¹⁹

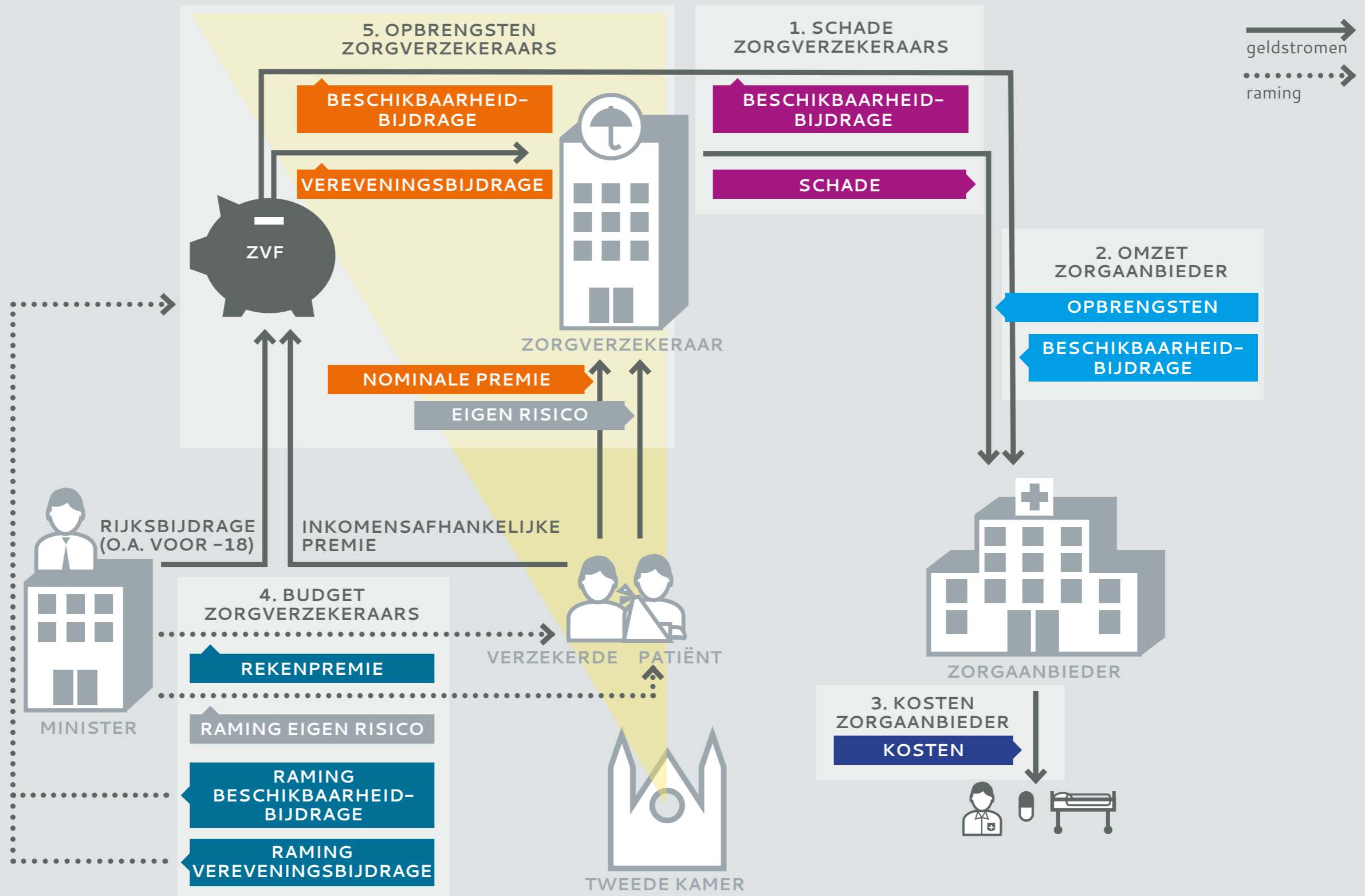
- nominale premies
- vereveningsbijdrage vanuit het vereveningsfonds²⁰
- beschikbaarheidsbijdragen vanuit het vereveningsfonds

Zie [figuur 4](#) op volgende pagina.

¹⁹ Bij al deze bedragen gaat het om de bedragen die volgen uit de jaarstaat van juni t+1, oftewel die gelijk staat aan de eerste voorlopige vereveningsronde in september t+1. Mutaties daarna kunnen in latere jaren worden gecorrigeerd. Wanneer deze oplossing wordt gecombineerd met het advies uit [paragraaf 2.4.1](#) staat dit gelijk aan de definitieve verevening zoals in de eindsituatie wordt voorzien.

²⁰ In deze vereveningsbijdrage is reeds rekening gehouden met het geraamde eigen risico en de nominale rekenpremie. Dit betreft een vereveningsbijdrage die gebaseerd is op het werkelijke aantal verzekerden.

Aangepaste definitie zorguitgaven ZVW



figuur 4 Aangepaste definitie zorguitgaven ZVW



Door op overheidsniveau de definitie van variant 5 te hanteren ('opbrengsten zorgverzekeraars') wordt een realistisch en bovendien tijdig beeld verkregen over de macro-uitgaven van burgers en rijksoverheid aan curatieve zorg in een bepaald jaar. Deze definitie beschrijft de meest concrete uitgaven aan zorg bekeken vanuit het perspectief van de burger (collectief) en de Tweede Kamer. Ook wordt met deze definitie een aanzienlijke tijdswinst geboekt.

Door het onderscheid te maken met de schadelast van de zorgverzekeraars (variant 1) wordt meer recht gedaan aan het onderscheid tussen de systeemverantwoordelijkheid van de Minister en de regierol van de zorgverzekeraars.

Op het gebied van 'tijdigheid' wordt hiermee een grote stap gezet. Van een situatie waarin in juni t+3 vastgesteld wordt wat de zorguitgaven zijn, gaan we met deze definitie naar definitieve cijfers op uiterlijk september t+1.²¹ Immers, er kan snel na afloop van het jaar bepaald worden hoeveel premies (nominaal) zijn afgedragen aan de zorgverzekeraars en wat de ex-ante-vereveningsbijdragen zijn geweest in het betreffende jaar. In het jaarverslag van VWS, dat in mei t+1 verschijnt, kan al een heel accurate raming van de uitkomst worden opgenomen.

De zorgverzekeraars hebben een regierol in het stelsel om zorg van goede kwaliteit zo doelmatig mogelijk in te kopen voor hun verzekerden. Het bedrag dat zorgverzekeraars hiervoor beschikbaar hebben (bestaand uit nominale premies, eigen risico en vereveningsbijdragen uit zorgverzekeringsfonds) kan worden gezien als zorgkosten, ook al wordt daarvan niet alles besteed aan zorgconsumptie.

Door een verplaatsing van de focus naar de geldstroom die de feitelijke zorguitgaven vanuit het perspectief van de burger weergeven, zijn verantwoordingscijfers ook meer herkenbaar voor de burger en de overheid. Zwaarwegende besluiten over het verzekerde pakket, de vormgeving en hoogte van het eigen risico komen in deze definitie tot uitdrukking. Daarmee geeft deze definitie meer dan de huidige een beeld van de werking van het stelsel. Deze definitie van zorguitgaven sluit dus beter aan bij de beleving van de burger. De verzekerde ziet de nominale premie, de

inkomensafhankelijke premie en het eventuele eigen risico, als kosten van de zorg. Dit zijn (al dan niet via het vereveningsfonds) tegelijk ook opbrengsten voor de zorgverzekeraar.

Relatie met de begrotingssystematiek van de Rijksoverheid

In de begrotingssystematiek van de Rijksoverheid is een scheiding aangebracht tussen inkomsten en uitgaven. Voor beide gelden kaders die aan het begin van de kabinetsperiode worden vastgesteld. De zorguitgaven volgens de huidige definitie vallen onder het uitgavenkader en de zorgpremies onder het inkomstenkader. De beheersing van de uitgaven en inkomsten van de Rijksoverheid binnen de kaders is een belangrijke hoeksteen in het realiseren van de doelen budgettaire houdbaarheid, automatische stabilisatie en efficiënte allocatie van schaarse middelen.²² Voor de afwegingen in het kabinet blijft deze systematiek van groot belang. Daarmee blijft ook een verbetering van de tijdigheid van informatie over de schade van groot belang.

Het advies van de commissie is erop gericht om de financiële uitkomsten van de stelselverantwoordelijkheid van de Minister tijdig aan de Tweede Kamer te kunnen verantwoorden, volgens een definitie die aansluit bij de beleving van de burger en bij de rolverdeling binnen het zorgstelsel én een definitie waarmee de uitkomst tijdig en met voldoende zekerheid beschikbaar is. In de aangepaste definitie zijn onderdelen opgenomen die onder het uitgavenkader vallen en onderdelen die onder het inkomstenkader vallen.

²¹ Dat bedrag bevat dan ook de administratiekosten en het rendement dat verzekeraars eventueel maken of het aanwenden van reserves.

²² Zie ook het advies van de Studiegroep begrotingsruimte 15: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/07/01/15e-rapport-studiegroep-begrotingsruimte-van-saldosturing-naar-stabilisatie>.



Nieuwe definitie in relatie tot het MBI

Wanneer in de verantwoording van de zorguitgaven de voorgestelde definitie zou worden gehanteerd, wordt duidelijker dat de schade beheerst moet worden door de zorgverzekeraars. Het is dan niet meer de overheid die het probleem van de schadelast-overschrijding helpt oplossen door de (dreigende) inzet van het MBI, maar het is de zorgverzekeraar die bij de financiering van zorgaanbieders voldoende rekening moet houden met de kostenbeheersing. De overheid stuurt immers op andere parameters dan de schadelast van de zorgverzekeraars.²³ Wanneer een ultimatum remedium moet worden ingezet ligt het meer voor de hand in te grijpen in de opbrengsten van zorgverzekeraars in plaats van in de opbrengsten van zorgaanbieders (zoals nu het MBI).

Een hogere schade dan verwacht kan tot uitdrukking komen in een hogere nominale premie. Dat verandert niet door een andere definitie van de zorguitgaven. In de huidige definitie leidt een schadetegenvaller tot een uitgavenoverschrijding. In de voorgestelde definitie zou de tegenvaller alleen een overschrijding veroorzaken wanneer die door de zorgverzekeraars wordt vertaald in een hogere nominale premie.

Een grotere stijging van de nominale premie is echter ook bij de huidige definiëring mogelijk. In 2017 zijn de nominale premies beduidend hoger vastgesteld dan dat de gemiddelde premie die door VWS was geraamd. Een stijging van de nominale premie heeft logischerswijs budgettaire gevolgen, omdat de zorgtoeslag gebaseerd is op de werkelijke nominale premie.²⁴

Wanneer de overheid het risico op ongewenste premiestijging te groot vindt, dan kan zij ingrijpen, zie kader hiernaast. De commissie verwacht echter dat een dergelijk instrument niet nodig zal zijn, omdat zorgverzekeraars elkaar zullen blijven beconcurreren op onder andere de hoogte van de premie.

Maximering nominale zorgpremie

Een recent uitgebracht rapport van IMBG en KPD²⁵ schrijft over 'Regulering van de inkomsten van verzekeraars: maximering nominale zorgpremie' het volgende:

Uitgangspunt is nog steeds vraagsturing door verzekeraars, maar in deze beleidsoptie worden de inkomsten van de verzekeraars begrensd door een maximering van de nominale premie. Voor het reguleren van de nominale premie is een wijziging van de Zvw nodig. Het opleggen van een maximumpremie beperkt de ruimte voor prijsconcurrentie tussen verzekeraars. Naarmate immers het macrobudget krappere wordt, zal de ruimte voor lagere premies dan het wettelijke maximum afnemen. Wanneer de premieverschillen afnemen, wordt het voor verzekerden minder aantrekkelijk om van verzekeraar te veranderen. Dit kan de nog aanwezige premieverschillen verder doen afnemen omdat het voor verzekeraars bij een geringe overstapbereidheid financieel niet langer aantrekkelijker is om een lagere dan de maximumpremie te vragen. De maximumpremie kan dan gaan fungeren als eenheidsprijs waarbij de zorgverzekeringsmarkt min of meer tot stilstand komt.

Kortom, naarmate het macrobudget knellender en de maximumpremie restrictiever wordt, neemt de conformiteit met het stelsel van gereguleerde concurrentie af.

²³ Het MBI zou ook gebruikt kunnen worden om eventuele premiestijgingen te vermijden. Ook blijft het altijd nog mogelijk om prijzen te reguleren om marktfalen te voorkomen. Traditionele tariefkortingen als gevolg van BKZ-overschrijdingen verliezen echter op deze manier hun functie.

²⁴ Hier zou het kabinet overigens een andere keuze in kunnen maken.

²⁵ Rapport 'Beleidsalternatieven voor het stimuleren van gunstige zorgcontracten onder de restrictie van een macrobudget', februari 2017.



Zorguitgaven onder nieuwe definitie

In de nieuwe definitie is ook duidelijk of zorgverzekeraars reserves inzetten voor het dekken van de zorgkosten en wat hun uitvoeringskosten zijn. De uitvoeringskosten bedragen nu zo'n 1.1 miljard per jaar. In onderstaande voorbeeld worden de zorgkosten 2017 volgens de huidige en de nieuwe definitie vergeleken:

Totaal zorguitgaven 2017 op basis van huidige definitie:	€ 43,3 miljard
Totaal uitgaven 2017 bij gewijzigde definitie:	€ 42,1 miljard
Verskil:	€ 1,2 miljard

Dit verschil bestaat uit € 1,1 miljard (+) uitvoeringskosten en € 2,3 miljard (-) ingebrachte reserves door zorgverzekeraars.

Afweging varianten

De 5 varianten voor de definitie van zorguitgaven uit figuur 4 zijn in de volgende pagina's beschreven met kwalitatieve voor- en nadelen.

Het veranderen van de definitie voor de verantwoording van de macro-uitgaven aan zorg verandert niets aan de definities die de partijen zelf hanteren. Zo kunnen zorgverzekeraars nog steeds hun schade blijven definiëren zoals ze dat nu doen.

Ook voor de raming van de zorguitgaven zullen de schadecijfers van groot belang blijven. Daarom adviseert de commissie ook om parallel aan bovengenoemde aanpassing het proces om te komen tot definitieve schadecijfers te versnellen. Zie [hoofdstuk 2](#).

Voor de meerjarenraming kan de Minister van VWS gebruik blijven maken van de schadecijfers van de zorgverzekeraars. Deze cijfers hebben een voorspellende waarde voor de uitgaven aan zorg in de komende jaren. Zorgverzekeraars zullen dergelijke ramingen zelf ook maken om de nominale premies vast te stellen.

Variant 1: schade zorgverzekeraars

VOORDELEN

- Geen verandering ten opzichte van huidige definitie;
- Betreft informatie van de regievoerder (zorgverzekeraar);
- Toepassing van nieuwe regels hangt net als het schadejaar vaak samen met de start van het behandeltraject (in de specialistische zorg: de openingsdatum van een DBC).

NADELEN

- Groot tijdigheidsprobleem, definitieve cijfers worden pas laat bekend;
- Tijdig anticiperen (door Tweede Kamer) op ontwikkelingen is moeilijk;
- Afhankelijk van bekostigingssysteem en wijzigingen daarin (aanpassing van doorlooptijd DBC heeft direct effect op toedeling aan jaren);
- Sluit niet aan bij boekhouding ziekenhuizen;
- Sluit niet aan bij de kosten die in een jaar ten laste van de burger of van het collectief komen (via normale premie, inkomensafhankelijke bijdrage of eigen risico);
- Afhankelijk van vergoedingsmodel zorgaanbieders.



Variant 2: opbrengsten zorgaanbieders

VOORDELEN

- Betreft inkomsten voor geleverde zorg;
- Publieke en private opbrengsten zijn goed te onderscheiden;
- Bij jaarrekening definitief inzichtelijk.

NADELEN

- Sluit niet aan bij definitie schade van zorgverzekeraar;
- Past minder bij stelsel omdat deze definitie aansluit bij de wereld van de zorgaanbieder en niet van de verzekeraar die regievoerder is;
- Niet alle opbrengsten zijn via verplichte aanlevering jaarrekening beschikbaar. Daarom is dit ook geen oplossing voor gehele cure, mogelijk wel voor deelsectoren. Bepaalde groepen zijn immers vrijgesteld van publicatie;
- Sluit niet aan bij de kosten die in een jaar ten laste van de burger (het collectief) komen (via nominale premie, inkomensafhankelijke bijdrage of eigen risico);
- Afhankelijk van vergoedingsmodel zorgaanbieders.

Variant 3: kosten zorgaanbieders (optelsom kosten jaarrekeningen)

VOORDELEN

- Geen jarenlange onzekerheid over omvang: bij jaarrekening definitief inzichtelijk;
- Geen afhankelijkheid van bekostigingssystemen of wijzigingen daarin.

NADELEN

- Publieke en private kosten worden vermengd. Kosten voor Zvw-zorg zijn voor een ziekenhuis niet goed te onderscheiden van overige kosten. Registratie van kosten vindt immers plaats in kostensoorten en niet in DBC's;
- Marge/winst wordt in deze definitie niet meegenomen. Het zegt dus niets over de macro uitgaven aan zorg, maar enkel over de kosten van aanbieders;
- Kosten zijn beïnvloedbaar, afhankelijk van keuzes, strategisch gedrag;
- Kosten geven geen beeld van structurele macro-ontwikkeling (incidentele factoren kunnen grote rol spelen);
- Past niet bij stelsel. De regievoerder (zorgverzekeraar) heeft hier geen grip op;
- Niet alle zorgaanbieders moeten de jaarrekening publiceren. Daarom geen oplossing voor gehele cure, mogelijk wel voor deelsectoren;
- Sluit niet aan bij de kosten die in een jaar ten laste van de burger (het collectief) komen (via nominale premie, inkomensafhankelijke bijdrage of eigen risico).



Variant 4: budget zorgverzekeraars

VOORDELEN

- Voorafgaand aan het jaar bekend;
- Het onderscheid tussen de systeemverantwoordelijkheid van de Minister en de regierol van de zorgverzekeraars wordt scherper;
- Sluit aan bij de kosten die in een jaar ten laste van het collectief komen (via normale premie en inkomensafhankelijke bijdrage);
- Geeft de Minister de gelegenheid zich tijdig te verantwoorden aan de Tweede Kamer;
- Onafhankelijk van vergoedingsmodel zorgaanbieders.

NADELEN

- Betreft een raming, geen werkelijkheid;
- Geen direct verband met consumptie van zorg;
- Geen rechtstreekse relatie met deelsectoren van zorg;²⁶
- Betreft nog altijd een raming die kan afwijken van de uiteindelijke realisatie;
- Nog onbekend wat precies de omvang is van de populatie verzekerden.

Variant 5: opbrengsten zorgverzekeraars

VOORDELEN

- Sluit aan bij de kosten die in een jaar ten laste van het collectief komen (via normale premie en inkomensafhankelijke bijdrage);
- Onderscheid tussen de systeemverantwoordelijkheid van de Minister en de regierol van de zorgverzekeraars scherper. Het is duidelijker wie waarover gaat;
- Het wordt duidelijker dat de schade beheerst moet worden door de zorgverzekeraars. De rolvastheid van betrokken partijen wordt gestimuleerd;
- Geeft de Minister de gelegenheid zich tijdig te verantwoorden aan de Tweede Kamer;
- In de loop van het uitvoeringsjaar al een goed beeld. Informatie over zorguitgaven al in september na afloop van het jaar definitief beschikbaar.
- Ten opzichte van variant 4 (raming vooraf) zijn dit wel werkelijke opbrengsten;²⁷
- Onafhankelijk van vergoedingsmodel zorgaanbieders.

NADELEN

- Geen direct verband met consumptie van zorg;
- Geen rechtstreekse relatie met deelsectoren van zorg;²⁸
- In de uitkomst kunnen fluctuaties optreden waarop de Minister op dit moment geen invloed heeft (premiestelling zorgverzekeraars).

²⁶ De macrobedragen zijn niet aan deelsectoren binnen de Zvw te relateren. Via de schadecijfers van de zorgverzekeraar is het inzicht in uitgaven aan deelsectoren er nog steeds.

²⁷ Ervan uitgaande dat de ex-postverevening buiten beschouwing wordt gelaten. Deze is immers zo goed als afgeschaft.

²⁸ De macrobedragen zijn niet aan deelsectoren binnen de Zvw te relateren. Via de schadecijfers van de zorgverzekeraar is het inzicht in uitgaven aan deelsectoren er nog steeds.



Administratieve processen

2.1 Analyse

2.2 Het perspectief van de burger

2.3 Conclusie

2.4 Adviezen



2.1 Analyse

2.1.1 Inleiding

Het huidige administratieve proces begint bij het vaststellen van de macrokaders en regels voorafgaand aan het jaar en loopt door tot alle declaraties en contractafspraken zijn verwerkt, gecontroleerd en zo nodig gecorrigeerd. Dit is een langdurig proces dat jaren in beslag neemt.

De complexiteit van het proces, de samenloop van deelprocessen en het detailniveau van de regulering is een belangrijke reden dat de definitieve schadecijfers over jaar t pas in jaar $t+3$ bekend zijn. In dit hoofdstuk wordt het administratieve proces geschetst en worden voorstellen gegeven die kunnen bijdragen aan versnelling.

2.1.2 De huidige financiële administratieve processen

Het huidige financieel-administratieve proces is op te delen in 6 hoofdprocessen (zie kader). Deze hoofdprocessen zijn sterk met elkaar verbonden. Sommige processen kunnen pas starten als andere zijn afgerond. Andere processen verlopen iteratief.

Zo moeten eerst de regels en de budgettaire macroruimte duidelijk zijn voordat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun contractafspraken kunnen afronden. Het inrichten van de financiële systemen is afhankelijk van de regels en de afspraken.

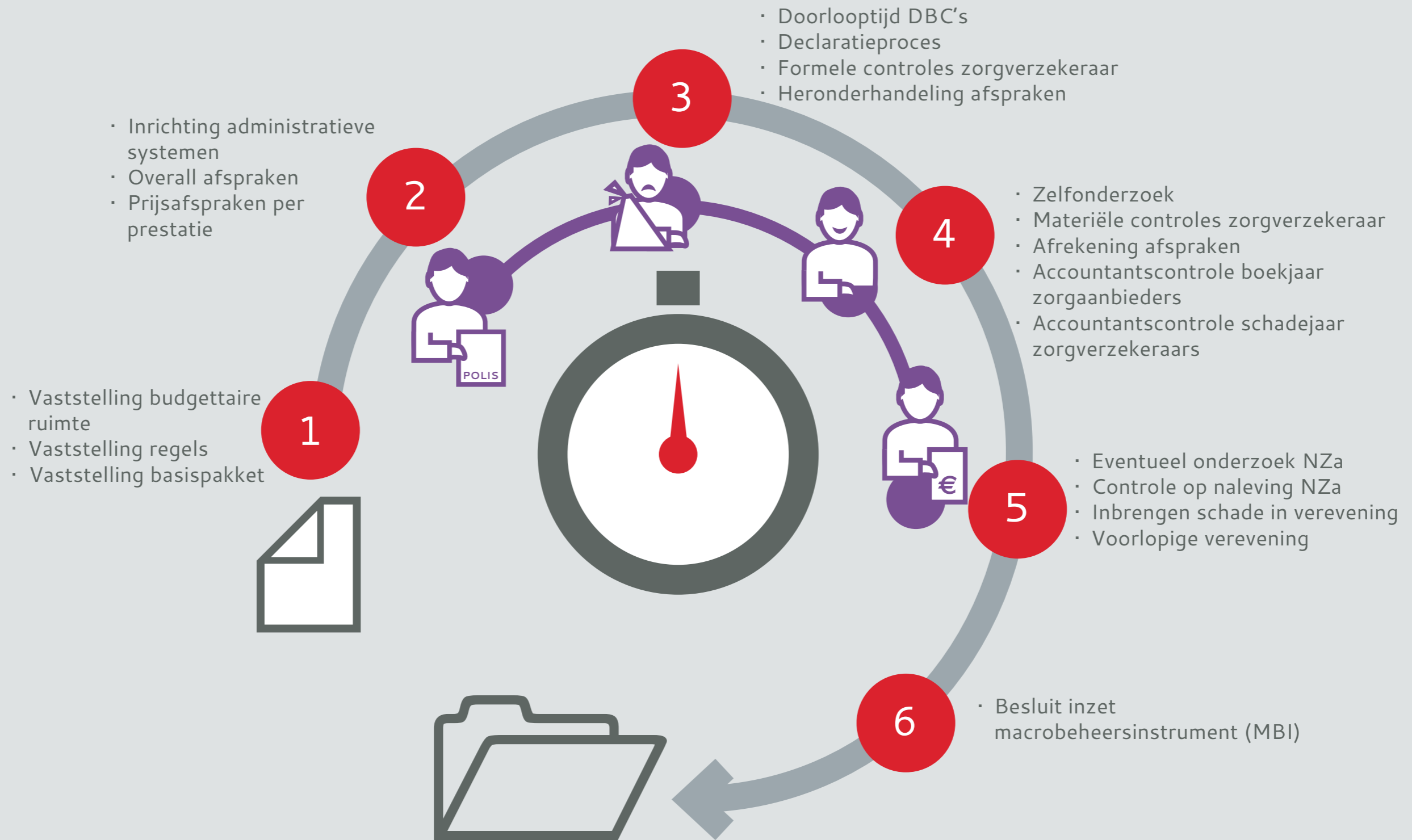
Voor het indienen van declaraties is het nodig dat er prijsafspraken per prestatie zijn.

Omdat de zorgverzekeraar voor 12 november duidelijkheid moet geven over de gecontracteerde zorgaanbieders, is het voor de zorgverzekeraar belangrijk om in ieder geval een plafond of aanneemsom af te spreken en is het minder belangrijk dat alle specifieke prijzen van de behandelingen bekend zijn. In de praktijk kan het echter nog lang duren voor de prijsafspraken zijn gemaakt en daardoor komt de declaratiestroom pas laat op gang.

Er vinden in deze hoofdprocessen vele controles plaats op de juistheid en rechtmatigheid van de declaratie, door de zorgaanbieder, door zorgverzekeraars, door accountants en door de NZa. Onder andere vanwege de

complexiteit van het declaratiesysteem worden veel fouten gevonden, die gecorrigeerd moeten worden. Belangrijk in het proces is de afrekening van de contractafspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Daarvoor is nodig dat de omzet op declaratieniveau bekend is. Wanneer er sprake is van overproductie en terugbetaling door aanbieders dient er namelijk een bijstelling plaats te vinden over de toerekening van de schade op verzekerdenniveau. Deze bijgestelde totaalschade telt vervolgens mee in de BKZ-uitgaven en de verevening en is bepalend voor de eventuele inzet van het MBI.

Interactie en administratieve processen



figuur 5 Administratieve proces



Toelichting op deze deelprocessen:

Ad 1

De Minister stelt jaarlijks vast welk bedrag beschikbaar is voor de zorg. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheid hebben in een bestuurlijk hoofdlijnenakkoord met elkaar afgesproken dat dit BKZ niet overschreden zal worden. Dit speelt een rol bij de contractonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Voorafgaand aan een jaar worden regels vastgesteld voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders door onder andere de NZa.

Ad 2

Zorginstellingen en zorgverzekeraars maken afspraken over de te leveren zorg en de vergoeding daarvan. Doorgaans zijn deze afspraken tweeledig; er wordt een totaalafpraak gemaakt (bijvoorbeeld een omzetplafond of lumpsum) en er worden specifieke prijsafspraken gemaakt per prestatie. Doorgaans vallen de prijsafspraken onder de totaalafpraak, maar er kan ook een aparte p*q-vergoeding worden afgesproken (nacalculatie).

Zorgverzekeraars hebben tot 12 november de tijd om bij de polis duidelijkheid te geven met welke zorgaanbieders een contract is afgesloten. Het kan dan echter nog maanden en soms wel langer dan een jaar duren voordat ook de prijsafspraken (prijzlijsten) rond zijn.

Ad 3

Pas wanneer de prijsafspraken per prestatie zijn afgesproken kan de instelling declareren. De declaratie van zorg kan na sluiting van de DBC plaatsvinden. Omdat DBC's een maximale doorlooptijd van 120 dagen hebben, kan het 120 dagen duren voordat een DBC afgesloten wordt. Ook tussen afsluiting van de DBC en declaratie kan soms veel tijd zitten, bijvoorbeeld wanneer zorgactiviteiten of DBC's in de bronregistratie niet goed zijn vastgelegd. Declaraties kunnen ook worden afgewezen op basis van formele controles door zorgverzekeraars. Ook een eventuele heronderhandeling tussen partijen kan gevolgen hebben voor de declaraties. Heronderhandeling kan bijvoorbeeld plaatsvinden wanneer een afgesproken lumpsum niet toereikend blijkt te zijn.

Ad 4

Wanneer een DBC eenmaal is gedeclareerd wordt deze nog op verschillende manieren gecontroleerd of gecorrigeerd. Het zelfonderzoek van zorginstellingen naar de rechtmatigheid van declaraties levert doorgaans achteraf nog vele correcties in declaraties op. Correcties kunnen ook voortkomen uit de jaarlijkse accountantscontrole of uit formele of materiële controles van de zorgverzekeraars. Onderzoek van de NZa kan ook correcties tot gevolg hebben. Al deze controles vinden (soms jaren) na afloop van het betreffende jaar plaats.



Ad 5

Een zorgverzekeraar ontvangt een deel van zijn benodigde middelen uit de (nominale) verzekeringspremie en een deel uit het Zorgverzekeringsfonds. Risicokenmerken van de verzekerdenpopulatie zijn bepalend voor de ex-antevergoeding uit dit fonds aan de zorgverzekeraars. Voor een beperkt deel van de kosten vindt er op basis van de definitieve schade nog een verrekening achteraf met het fonds plaats (ex-postvergoeding). Voor het inbrengen van zorgschade voert zowel de accountant als de NZa controles uit. Er vinden jaarlijks opgaven plaats. Pas na 3 jaar kan de definitieve afrekening met het fonds plaatsvinden. Dan is ook pas definitief bekend wat de zorguitgaven in het betreffende jaar zijn geweest.

Ad 6

De Minister van VWS kan besluiten om bij overschrijdingen van het BKZ het MBI in te zetten. Het overschreden bedrag wordt dan teruggehaald bij de zorginstellingen naar rato van hun omzet. Instellingen met hoge omzet moeten in absolute zin meer terugbetalen. Zie hiervoor ook [paragraaf 1.1.2.](#)

In het huidige risicovereveningsproces worden jaarlijks vereveningsrondes uitgevoerd om de vereveningsbijdrage te bepalen en om informatie te verzamelen voor actualisatie van het vereveningsmodel. In september t+1 vindt een eerste voorlopige verevening over het jaar t plaats (gebaseerd op de jaarstaat ingediend in juni t+1) en in september t+2 een tweede voorlopige verevening (gebaseerd op de jaarstaat ingediend in juni t+2). De definitieve verevening vindt plaats in maart t+4 (na opgave van de jaarstaat in juni t+3).

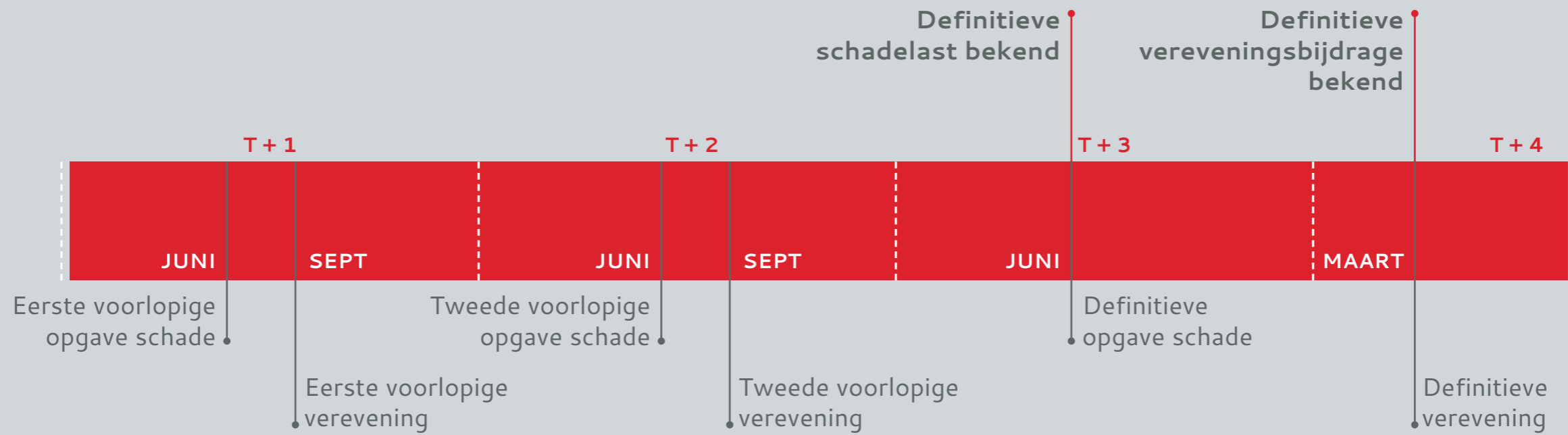
Deze verschillende vereveningsrondes betreffen grotendeels een herberekening van de ex-anteverevening. Daarbij gaat het om de kenmerken van de verzekerdenpopulatie. De herberekening wordt t.o.v. de eerste berekening bijgesteld in verband met de mutaties in de populatie. Voor een beperkt deel betreft het ex-postvereveningen.²⁹ Voor de curatieve somatische zorg vinden die in 2017 alleen nog plaats voor een specifieke groep dure geneesmiddelen. Zorgverzekeraars zijn in de laatste jaren veel meer risicodragend geworden. Het belang van meerdere vereveningsrondes wordt hierdoor minder groot, omdat het zwaartepunt ligt op de ex-anteverevening.³⁰

²⁹ Ex-postrisicoverevening is het achteraf (gedeeltelijk) compenseren van verliezen op de zorgkosten die resteren op bepaalde vormen van zorg na toepassing van de ex-anteverevening. In de praktijk gebeurt dit op twee manieren: via nacalculatie van verliezen op bepaalde vormen van zorg en via een compensatie voor verzekerden met extreem hoge zorgkosten (hogekostenverevening). (bron: BMG)

³⁰ Ex-anteverevening is het vooraf op basis van risicofactoren als leeftijd, geslacht, medicatiegebruik, aandoeningen en sociaal economische status toekennen van op/afslagen op basis van de verzekerdenpopulatie van iedere zorgverzekeraar. Doel is risicoselectie onder verzekerden voorkomen. (bron: BMG)



Huidig vereveningsproces



figuur 6 Huidig vereveningsproces





2.2 Het perspectief van de burger

De administratieve processen hebben gevolgen voor de patiënt. Pas wanneer prijsafspraken per prestatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder rond zijn, de DBC is gesloten en gedeclareerd en de zorgverzekeraar dit in zijn administratie heeft verwerkt, ontvangt de patiënt de rekening van de kosten die onder zijn eigen risico vallen. Er kan meer dan twee jaar tijdsverschil zitten tussen het moment dat de zorg is geleverd en het moment dat het eigen risico wordt verrekend (bijvoorbeeld vanwege de maximale doorlooptijd van 365 dagen bij de GGZ-DBC's). Het langdurige administratieve proces is hier mede debet aan.

De verschillende vormen van controles op de nota's van een zorgaanbieder kunnen ook gevolgen hebben voor de patiënt. Wanneer een verzekeraar of zorgaanbieder achteraf een fout ontdekt in een nota op basis waarvan ook het eigen risico is ingehouden, en deze nota wordt gecorrigeerd, kan er ook een herrekening plaatsvinden bij de burger. Dit leidt dan tot een nog latere afrekening van het eigen risico.

Wanneer een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar afspraken hebben gemaakt over een plafond en dit plafond wordt overschreden, moet er een neerwaartse correctie verdeeld worden over de declaraties. Hier zijn geen specifieke voorschriften voor. Om dit niet onnodig complex te maken worden die verrekeningen vaak niet toegepast op nota's waar een (verplicht en vrijwillig) eigen risico op kan worden ingehouden (dus facturen onder de € 885). Het voordeel komt zo geheel terecht bij de zorgverzekeraar en niet bij de betaler van het eigen risico, de patiënt.



2.3 Conclusie

Het totale administratieve proces is langdurig. Dit heeft te maken met de veelheid van stappen, de interactie daartussen en met het feit dat de actoren individueel onvoldoende invloed kunnen uitoefenen op een versnelling van het totale proces.

Alle actoren hebben hun eigen rol in het proces, niemand is voor het totale proces verantwoordelijk.

De procesinrichting leidt in combinatie met de complexiteit van het DBC-systeem tot een trage afwikkeling van zorgnota's. Dat heeft vervelende gevolgen voor de burger (zoals een late verrekening van het eigen risico) en leidt ertoe dat de definitieve zorguitgaven pas in het jaar $t+3$ bekend zijn.

Ondanks het grotendeels afschaffen van ex-postvereveningen zijn er nog steeds drie vereveningsrondes om de definitieve uitkering uit het zorgverzekeringsfonds vast te stellen. De voorlaatste vereveningsronde wijkt in de praktijk echter weinig af van de definitieve verrekening. In combinatie met het gegeven dat de ex-postverevening grotendeels is afgeschaft lijkt het mogelijk de laatste vereveningsronde een jaar te vervroegen.



2.4 Adviezen

2.4.1 Vervroeg de definitieve vereveningsronde en verminder het aantal vereveningsrondes

De commissie adviseert de definitieve vaststelling van de verevening 1,5 jaar eerder te laten plaatsvinden (dus in september t+2 i.p.v. in maart t+4). Dit betekent dat zorgverzekeraars in juni t+2 de definitieve schade in de jaarstaten moeten hebben aangeleverd bij het ZiNL.

Op deze manier kan één vereveningsronde vervallen en staat de schade daarmee 1,5 jaar eerder vast. Dit is nu al goed mogelijk aangezien er weinig mutaties plaatsvinden in het laatste jaar. Met de doorvoering van de andere voorstellen in dit rapport zou in de toekomst verdere vervroeging mogelijk zijn en kan worden volstaan met één vereveningsronde.³¹

In die eindsituatie vindt de definitieve verevening plaats in september t+1 (op basis van de jaarstaat die aangeleverd is in juni t+1).³²

Dit heeft als extra voordeel dat deze definitieve verevening dan één op één overeenkomt met de aangepaste definitie voor de verantwoording van de zorguitgaven zoals de commissie heeft voorgesteld in paragraaf 1.4.

2.4.2 Pas de contracteringsdeadline ook toe voor prijslijsten

Op grond van de Zvw maken zorgverzekeraars uiterlijk zeven weken voor het begin van het polisjaar, dat is uiterlijk op 12 november, bekend welke nominale premie voor het polisjaar gaat gelden.³³ De zorgverzekeraars moeten op dat moment ook aangeven welke zorg bij welke zorgaanbieders in dat jaar gecontracteerd is.³⁴ De verzekerde weet dan welke zorg (ingeval natura) of vergoeding (ingeval restitutie) hij op basis van de polis kan verwachten bij de verschillende zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars hebben in de praktijk dus de tijd om tot 19 november de contractafspraken voor het daaropvolgende jaar rond te maken.

In de praktijk wordt deze deadline veelal gehaald als het gaat om de totaalafspraken, maar niet voor de prijslijsten per prestatie. Deze verplichtingen voor de informatievoorziening door de zorgverzekeraars zijn vastgelegd in NZa-regels, namelijk de 'regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten'.³⁵

De commissie adviseert deze deadline ook expliciet van toepassing te laten zijn voor de prijslijsten en de NZa dit te laten opnemen in deze regeling. Dit kan een groot effect hebben op de tijdigheid van het administratieve proces.

2.4.3 Verbindt consequenties aan declaratie-afspraken

De commissie adviseert de afspraken over tijdig declareren te professionaliseren. Het is mogelijk bij overeenkomst af te wijken van de standaardbepalingen die in het Burgerlijk Wetboek vermeld staan. Aan de termijn en de kwaliteit van de declaratie kunnen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar in de contracten onderling afspraken maken en aan het niet nakomen van afspraken kunnen consequenties verbonden worden, zoals een uiterste indieningstermijn om betalingen tegen het volle tarief te accepteren. Ook de Minister kan hierover in de meerjarenakkoorden afspraken maken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

31 Voor specifieke sectoren zou in bijzondere situaties kunnen worden afgesproken dat mutaties die buiten het beïnvloedingsterrein van de zorgverzekeraar liggen meegenomen mogen worden in het volgende schadejaar.

32 De commissie schat in dat deze procedure nog wel met één of twee maanden versneld kan worden.

33 Artikel 17 lid 7 van de Zorgverzekeringswet.

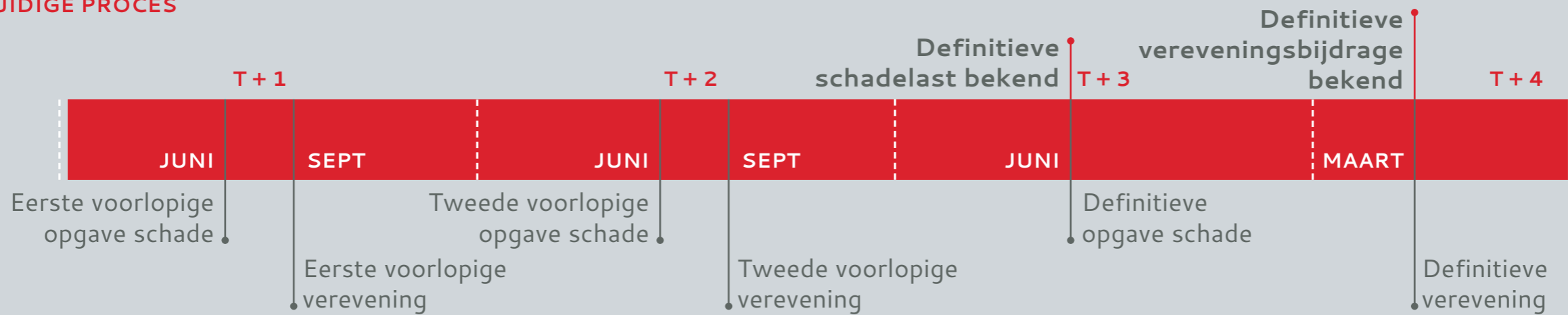
34 Op grond van art. 40 van de Wet marktordening gezondheidszorg en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-007) van de NZa

35 https://www.nza.nl/regelgeving/nadere-regels/TH-NR-007--Informatieverstrekking-ziektekostenverzekeraars_aan_consumenten



Advies vervroeging vereveningsproces

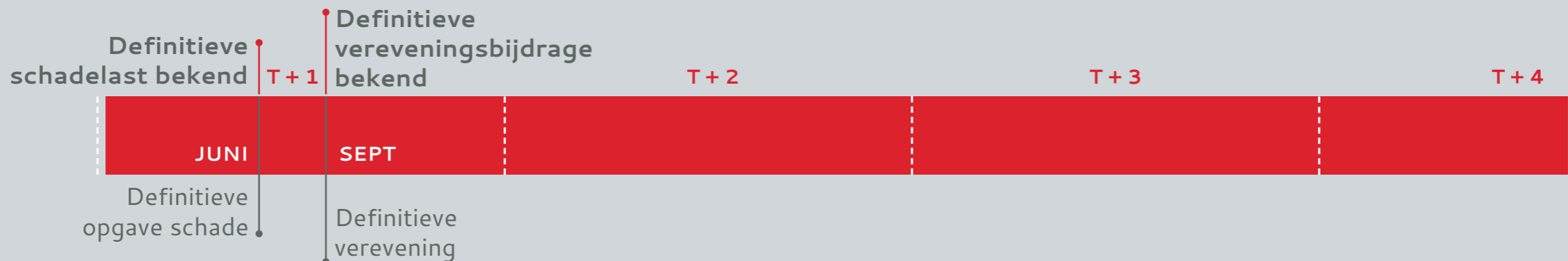
HUIDIGE PROCES



VERVROEGING DEFINITIEVE VEREVENINGSRONDE



MOGELIJKE EINDSITUATIE VEREVENINGSPROCES



figuur 7 Advies vervroeging vereveningsproces





Werking van het stelsel

3.1 Analyse

3.2 Het perspectief van de burger

3.3 Conclusie

3.4 Adviezen

3.1 Analyse

3.1.1 Inleiding

De Zorgverzekeringswet regelt de verzekering van een breed basispakket voor de curatieve zorg voor iedere Nederlander en laat de uitvoering daarvan over aan private, elkaar beconcurrerende zorgverzekeraars. Het systeem kent publieke en private elementen en verschillende actoren. Er is sprake van gereguleerde marktwerking met publieke randvoorwaarden. Deze combinatie maakt de werking van het stelsel complex.

In het stelsel maken partijen contractafspraken met elkaar, wordt zorg geleverd, in rekening gebracht en vergoed, wordt verantwoording afgelegd, wordt het eigen risico verrekend, worden de publieke middelen verdeeld met behulp van het vereveningssysteem en proberen we de uitgaven binnen de budgettaire kaders te houden. Al die zaken willen we regelen met één financieel systeem. En met die systeembril kijken we dan ook vaak naar de zorg en daarmee ligt de focus vaak op uitgavenbeheersing en rechtmatigheid.

3.1.2 Focus op uitgavenbeheersing en rechtmatigheid



Uitgavenbeheersing

In de afgelopen jaren zijn de uitgaven aan zorg niet harder gestegen dan van tevoren was begroot. Een belangrijke oorzaak hiervan waren de bestuurlijke akkoorden tussen de Minister van VWS en de partijen in het zorgveld.³⁶ Zo mocht de maximale groei in 2014 1,5% bedragen en vanaf 2015 1%. Als stok achter de deur werd het MBI ingericht. Met het MBI kunnen overschrijdingen op afzonderlijke BKZ-kaders door de overheid teruggevorderd worden bij de zorgaanbieders. Het MBI is nog niet ingezet.

Rechtmatigheid

Over de rechtmatigheid van declaraties is in de afgelopen jaren veel te doen geweest. Na de geruchtmakende berichten over verkeerd registratie- en declaratiegedrag zijn zorginstellingen binnen de medisch-specialistische zorg en de curatieve ggz gestart met uitgebreide zelf-onderzoeken. Zorgverzekeraars hebben een wettelijke plicht te controleren op rechtmatigheid en voeren jaarlijks ook talrijke controles uit om dit vast te stellen.

Rechtmatigheid kan ook gaan over gepast gebruik van de zorg. Patiënten die niet aan de criteria voldoen of bepaalde zorg niet nodig hebben, hebben geen recht op vergoeding van deze zorg uit de basisverzekering. In die situatie is de zorg niet alleen ongepast, maar ook onrechtmatig.

Doelmatigheid

Wanneer we kijken naar de doelmatigheid van de zorg, dan zijn er verschillende factoren die dat beïnvloeden, zoals het inzetten van gepaste procesinnovaties en het handelen conform medische richtlijnen. Bij het maken van de keuzes van zorgverleners spelen de prikkels van het financiële systeem een rol. Die prikkels bevorderen niet altijd de doelmatigheid.

Ten algemene is doelmatigheid een ondergeschikt onderwerp als het gaat om de werking van het financiële systeem. In beginsel levert meer productie immers meer opbrengst op voor de zorgaanbieder. Verrichtingen worden beloond.

Zorgverzekeraars zien het wel als hun taak om zich te richten op doelmatigheid en hier bij de inkoop rekening mee te houden. Hierop is binnen de Zvw echter geen publiekrechtelijk toezicht van toepassing (door de NZa). Dit in tegenstelling tot in de Wlz.

³⁶ Zie ook rapport ARK, Zorgakkoorden, Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4, 2016.



Gepast gebruik

Op diverse zorgterreinen spreken de professionals met elkaar over gepast gebruik van zorg. Wanneer is het zinvol om een behandeling in te zetten met dure geneesmiddelen? Welke zorg is passend bij de laatste levensfase? Hoe kunnen we met minder behandelingen toch hetzelfde resultaat bereiken? Het gaat in deze vraagstukken vaak om effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandelingen. Het financiële systeem levert echter slechts beperkt prikkels om gepaste zorg te leveren. Gepast gebruik van zorg gaat ook over rechtmatigheid. De Zvw schrijft immers voor dat alleen behandelingen die bewezen effectief zijn én waar de patiënt redelijkerwijs op is aangewezen mogen worden vergoed uit de basisverzekering. Hier wordt in de praktijk echter onvoldoende mee gedaan. De focus ligt op de 'harde rechtmatigheid', zoals het voldoen aan allerlei registratie- en declaratievoorschriften.

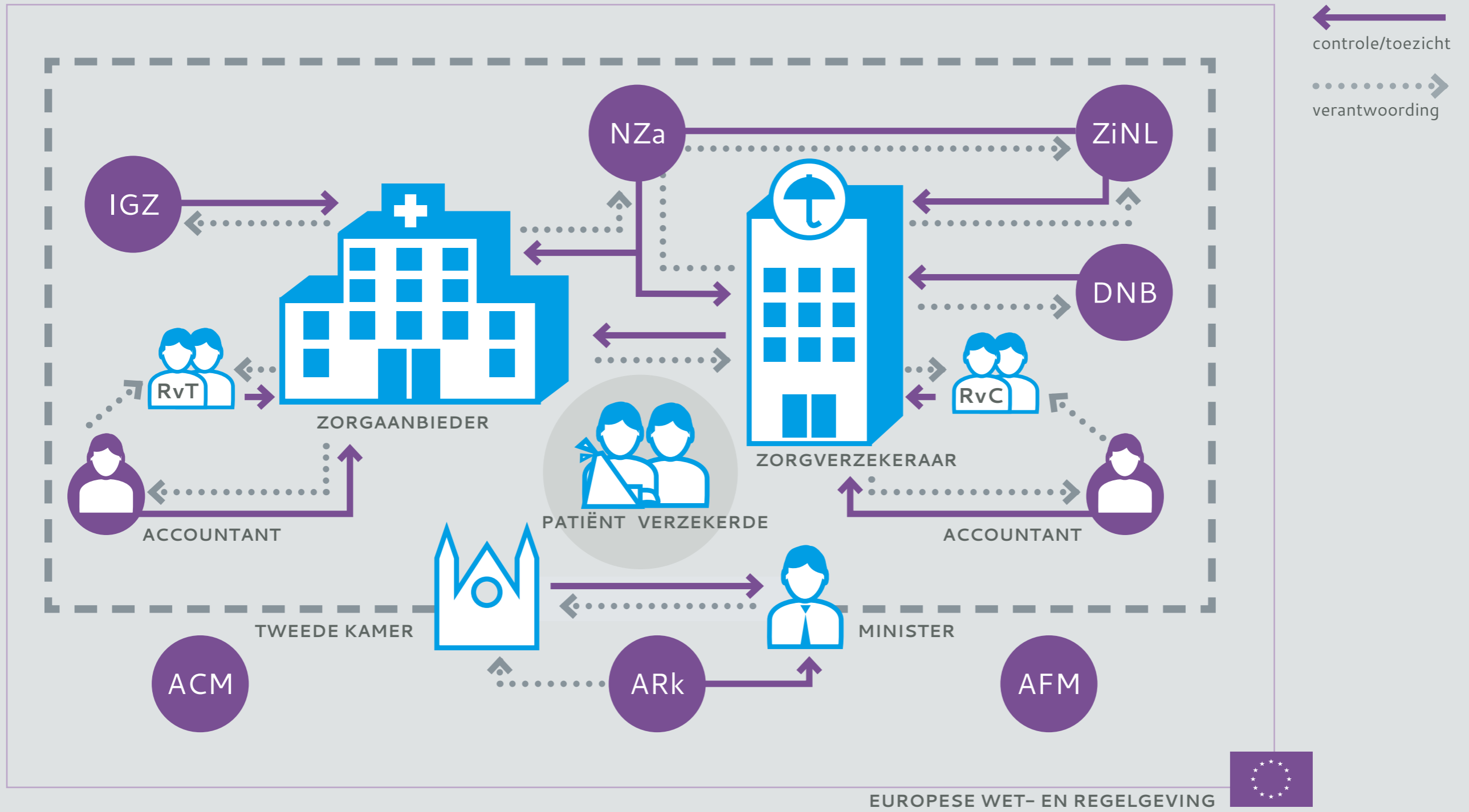
Kwaliteit

Zorgprofessionals zijn gericht op het leveren van kwalitatief goede zorg aan hun patiënten. Om dit te bevorderen worden richtlijnen en protocollen ontwikkeld. De relatie met het financiële systeem is er niet direct. Kwaliteitsindicatoren zijn geen financiële afrekeneenheden. Het is zelfs mogelijk dat bepaalde handelwijzen niet leiden tot een declarabel product, terwijl die wel in het belang van de patiënt zouden kunnen zijn en tot lagere zorguitgaven kunnen leiden.

3.1.3 Controle en verantwoording

In het belang van de publieke doelen (betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit) heeft de overheid in wet- en regelgeving waarborgen opgenomen om deze doelen te bevorderen. Dit zorgt er wel voor dat er sprake is van een grote controle- en verantwoordingsdruk op zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheid.

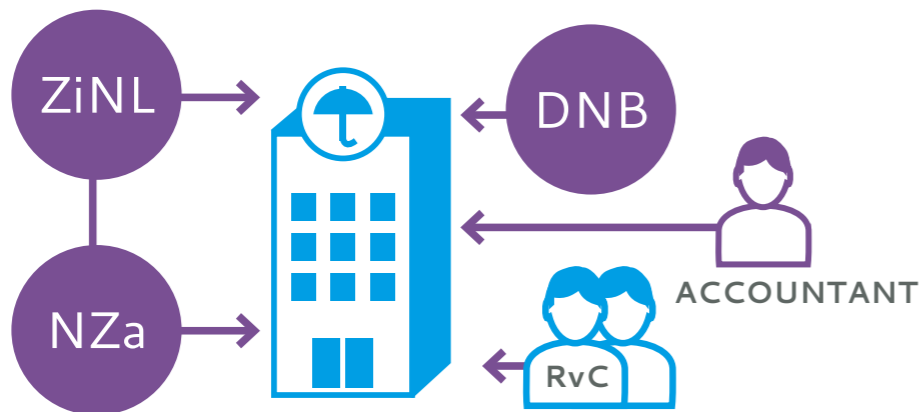
Controle en verantwoording



figuur 8 Controle en verantwoording

Toezicht op de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar is de uitvoerder van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw schrijft voor dat iedereen die in Nederland woont of werkt zich verplicht verzekert voor zorgkosten. De Zvw en de onderliggende wetgeving (Besluit zorgverzekering en Regeling zorgverzekering) beschrijven ook op welke zorg deze verplichte verzekering van toepassing is en hoe de zorgverzekeraar aan zijn taak invulling moet geven. Zo geldt voor de zorgverzekeraar een acceptatieplicht voor de basisverzekering. Verzekerden mogen niet geweigerd worden. Verzekeraars hebben ook een zorgplicht voor de zorg die valt onder de basisverzekering: zij moeten zorgen dat de zorg van het basispakket beschikbaar is voor hun verzekerden (natura) of voor hen wordt vergoed (restitutie). De zorgverzekeraar is bovendien verplicht om formele en materiële controles uit te voeren om de rechtmatigheid van zorg vast te stellen. Met formele controles toetsen zij of voldaan is aan de wet- en regelgeving. Bij materiële controles onderzoekt de zorgverzekeraar onder meer of de in rekening gebrachte zorg ook feitelijk is geleverd. In deze controles is het onderwerp gepast gebruik sterk onderbelicht. Bij verdenking van fraude start de zorgverzekeraar een fraudeonderzoek.



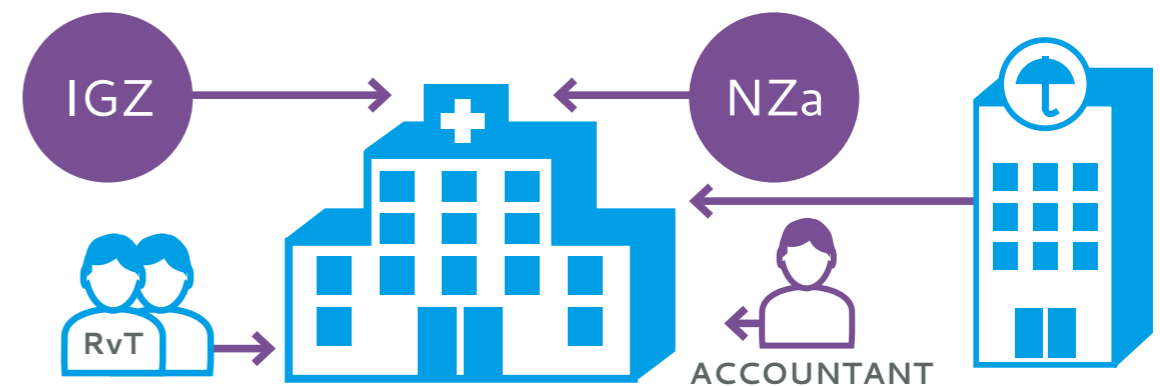
De NZa houdt toezicht op zorgverzekeraars op basis van de Wmg en de Zvw. Zo beoordeelt de NZa onder andere of de zorgverzekeraar zijn controle- en verantwoordingstaken op een verantwoorde manier heeft ingevuld. Na een positieve beoordeling door de NZa zal het ZiNL de verdere uitvoering van de risicoverevening en de uitbetaling

uit het zorgvereveningsfonds naar de zorgverzekeraar op zich nemen. Daarvoor worden door de individuele zorgverzekeraars elk schadejaar opgaven gedaan. Deze opgaven moeten voorzien zijn van de benodigde assuranceverklaringen van de externe accountant. Ook houdt de NZa toezicht op transparantieplichtingen en het gedrag van zorgverzekeraars ten aanzien van de basisverzekering (onder andere naleving zorgplicht).

De DNB controleert financiële instellingen die onder haar toezicht staan op basis van de Wft. Deze wet schrijft voor aan welke verplichtingen financiële instellingen, zoals zorgverzekeraars, moeten voldoen. Dit betekent bijvoorbeeld dat een zorgverzekeraar voldoende reserve moet hebben.

De Autoriteit Financiële Markten (verder: AFM) is de gedragstoezichthouder van de financiële sector. Met name de zorgverzekeraars hebben met deze toezichthouder te maken als het gaat om de aanvullende verzekering. Voor de basisverzekering ligt deze functie primair bij de NZa. Verder houdt de AFM toezicht op bemiddelaars en accountants.

Toezicht op de zorgaanbieder

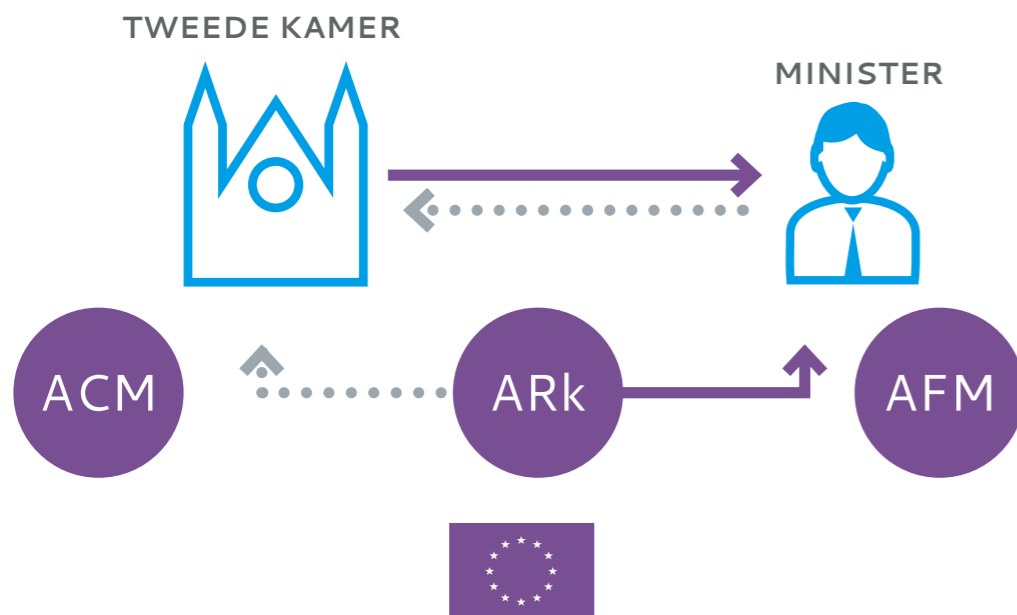


De zorgaanbieder levert zorg en brengt deze in rekening bij de zorgverzekeraar. Om de rechtmatigheid van de in rekening gebrachte zorg aan te tonen doen veel zorgaanbieders mee aan het zelfonderzoek naar de correctheid van declaraties. De externe accountant voert controles uit en stelt de jaarrekening vast. De zorgverzekeraar controleert de

zorgaanbieder en stelt onder meer de rechtmatigheid van zorg vast. Ook de NZa houdt toezicht op de zorginstellingen. Zo controleert de NZa of zorgaanbieders zich aan de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en bijbehorende NZa-regelingen houden en kan er bij een verdenking een onderzoek plaatsvinden. Naast het toezicht op rechtmatigheid is er ook het toezicht op de kwaliteit van zorg. Daarvoor is er de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ houdt toezicht op de naleving van zo'n 20 kwaliteitswetten in de zorg, waaronder bijvoorbeeld het toezicht op het bestuur van een zorginstelling.

De Minister en de Tweede Kamer

De Minister van VWS is verantwoordelijk voor een goed werkend en samenhangend stelsel voor de curatieve zorg. Deze stelselverantwoordelijkheid vult de Minister in door te stimuleren, te financieren en te regisseren.³⁷ De Minister ontwerpt het beleid en legt dit met de financiële consequenties voor aan de Tweede Kamer, onder andere in de begroting. De Minister monitort en legt uiteindelijk ook verantwoording af aan de Tweede Kamer. De Tweede Kamer controleert de Minister. De ARk controleert de juistheid van de verantwoorde inkomsten en uitgaven van de overheid én of de overheid het beleid uitvoert zoals het bedoeld is.



³⁷ Zie ook rapport Algemene Rekenkamer, Zorgakkoorden, Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4, 2016.



3.2 Het perspectief van de burger

De burger heeft er belang bij dat de zorg betaalbaar en toegankelijk blijft. Het is voor de burger eveneens van belang dat deze zorg ook van goede kwaliteit is.

De burger heeft invloed op de kwaliteit door van zorgaanbieder of zorgverzekeraar te wisselen. De burger stemt 'met de voeten'. De informatie die de burger daarvoor ter beschikking heeft, komt uit verschillende bronnen. Deze informatie wordt door de burger als onvoldoende ervaren om een gefundeerde keuze te maken op basis van kwaliteit.³⁸

Door de eenzijdige focus op rechtmatigheid en uitgavenbeheersing blijft de kwaliteit van de zorg bij het maken van afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders vaak onderbelicht. Voor de kwaliteit bestaan wel minimum-eisen en er wordt op toegezien dat de zorg aan die eisen voldoet, maar het financiële systeem bevat geen prikkels om boven de minimumeisen uit te komen. De burger is erbij gebaat dat het financiële systeem ook kwaliteit en gepast gebruik beloont en bevordert.

Bij gepast gebruik komen rechtmatigheid en uitgavenbeheersing en de kwaliteit van zorg bij elkaar. Consumenten zijn immers niet gebaat bij zorg die geen nut heeft. In november 2016 hebben artsen aan de Minister een lijst aangeboden met 1300 behandelingen die niet nodig zijn.³⁹ Naar aanleiding van een onderzoek hebben onderzoekers van het Radboudumc een 'beter laten'-lijst opgesteld met behandelingen die niet nodig of zelfs schadelijk kunnen zijn.⁴⁰

38 <https://www.patiëntenfederatie.nl/themas/ziekenhuis-kiezen/ervaringen>

39 <http://www.volkskrant.nl/wetenschap/artsen-zeggen-van-1-300-behandelingen-deze-zijn-onnodig~a4421821/>

40 <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/06/28/verpleegkundige-handelt-vaak-onnodig-11334204-a1564931>



3.3 Conclusie

Door het systeem aangemoedigd focussen partijen te veel en te eenzijdig op rechtmatigheid en uitgavenbeheersing. Veel tijd wordt bovendien besteed aan de administratieve beheersing en de controleketen. Ieder jaar is er verder de druk om tijdig te komen tot financiële afspraken voor het volgende jaar. Onderwerpen als kwaliteit en gepast gebruik blijven zo onderbelicht.

Er wordt een grote controledruk ervaren ten aanzien van de rechtmatigheid van de zorguitgaven. Die is het meest te zien in de opeenstapeling van controles:

- Accountants van zorgaanbieders controleren de zorgnota's ten behoeve van de jaarrekening.
- Zorgaanbieders controleren de zorgnota's in een zelfonderzoek ten behoeve van de verantwoording aan de zorgverzekeraars. Accountants toetsen de opzet van deze controles.
- Zorgverzekeraars reviewen het zelfonderzoek van de zorgaanbieders en waar nodig worden aanvullende werkzaamheden uitgevoerd.
- De accountants van zorgverzekeraars controleren de controlewerkzaamheden van zorgverzekeraars. Dit betreft de zelfonderzoeken, maar ook andere formele en materiële controles.
- De NZa controleert de zorgverzekeraars, mede op basis van de toetsing door de accountants.



3.4 Adviezen

3.4.1 Benut hoofdlijnenakkoorden voor versnelling en verbetering

De focus ligt in het zorgstelsel te vaak op uitgavenbeheersing en rechtmatigheid. Het stelsel heeft baat bij meer samenwerking op basis van een vertrouwensrelatie met een duidelijke focus op kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik. Vertrouwen moet groeien om met elkaar de focus te verleggen. Van belang is daarbij dat er ook vanuit de overheid meerjarig zekerheid gegeven wordt over de beschikbare kaders voor komende jaren. Het is de aanbeveling van de commissie om ook in de komende jaren Hoofdlijnenakkoorden af te sluiten. Daarmee wordt het beter mogelijk dat partijen meerjarige inkoopcontracten aangaan, waarbij ruimte wordt gecreëerd om over kwaliteit en gepast gebruik doorlopende afspraken te maken.

3.4.2 Ondersteun sectorbrede invoering van Horizontaal Toezicht

Horizontaal Toezicht is een vorm van samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders die steunt op vertrouwen, wederzijds begrip en transparantie in handelen. Horizontaal Toezicht richt zich op de rechtmatigheid van de zorguitgaven.

In plaats van gegevensgerichte controle achteraf werken partijen samen om de rechtmatigheid van declaraties in de processen bij de zorgaanbieder (dus aan de voorkant) te borgen. Dit heeft niet alleen positieve gevolgen voor het beperken van de administratieve lasten, maar betekent ook een sneller inzicht in de uitgaven aan zorg. Horizontaal Toezicht is maatwerk en sluit aan op het profiel en de systemen van de instelling. Dat zorgt ervoor dat niet alleen de verzekeraar zekerheid krijgt over de rechtmatigheid van de zorguitgaven, maar het zorgt er ook voor dat de bedrijfsvoering van zorgaanbieders meer op orde komt.

Zowel binnen de medisch-specialistische zorg als binnen de GGZ lopen diverse pilots op het gebied van Horizontaal Toezicht. Binnen de medisch-specialistische zorg hebben de Nederlandse Vereniging van

Ziekenhuizen (verder: NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (verder: ZN) en de Nederlandse Federatie van UMC's (verder: NFU) onder de noemer Horizontaal Toezicht Zorg vanaf september 2016 gezamenlijk de handschoen opgepakt en in maart 2017 een landelijk raamwerk gepresenteerd waarbinnen de uitrol van Horizontaal Toezicht binnen de medisch-specialistische zorg gerealiseerd kan worden.

De commissie adviseert om de verdere ontwikkeling van Horizontaal Toezicht te ondersteunen zodat een sectorbrede toepassing binnen de hele curatieve zorg kan worden gerealiseerd. De NVZ, ZN en NFU hebben een intentieovereenkomst ondertekend⁴¹ waarin is afgesproken dat per 2020 80% van de ziekenhuizen en UMC's over zijn op Horizontaal Toezicht. De NZa onderschrijft de doelstellingen van het traject Horizontaal Toezicht Zorg en verwacht dat uiteindelijk de gehele ziekenhuissector de meerwaarde daarvan inziet.

3.4.3 Creëer regelruimte: regelruimte geeft rust

De commissie adviseert om in de regelgeving meer ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders te geven om samen oplossingen te implementeren die voldoen aan de basiscriteria van de ZVW (medische noodzaak en bewezen effectief).

Nu wordt die ruimte vaak als te beperkt ervaren door strikte registratie- en declaratiebepalingen die op basis van de Wmg worden afgegeven. Een roep om verlichting van de regeldruk is dan ook sectorbreed te horen. De commissie adviseert om zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte te geven om samen het begrip rechtmatigheid op een juiste manier in te vullen. Bijvoorbeeld door het verruimen of afschaffen van (te) strikte spelregels.

⁴¹ 12 april 2017, tijdens landelijk congres Horizontaal Toezicht Zorg.



Een zwart-witafrekenregime gebaseerd op detailregulering zorgt ervoor dat partijen zeer terughoudend zijn bij het verder brengen van onderwerpen zoals gepast gebruik. Of een patiënt bepaalde zorg echt nodig heeft en of dit voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk is vaak niet een zwart-witsituatie. Wanneer de regeldruk rondom het begrip rechtmatigheid wordt verlicht zal dit ruimte geven aan partijen om hier mee aan de slag te gaan. Voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars zou een redelijke onzekerheidsmarge kunnen worden toegestaan, zoals die in andere sectoren gebruikelijk is.

Daarnaast zouden aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer mogelijkheden moeten worden geboden samen afspraken te maken buiten de (strikte) declaratieregels, bijvoorbeeld de mogelijkheid om maximaal 2% van de jaarschade met zelf in te vullen prestaties te declareren. Daar waar zorgverzekeraar en zorgaanbieder een contractuele relatie met elkaar aangaan zouden bijvoorbeeld ook afspraken kunnen worden gemaakt over het buiten werking zetten van specifieke NZa-regels die innovatie in de uitvoering van zorg belemmeren, al dan niet met tussenkomst van de NZa.

Zo zou de NZa kunnen overwegen rulings te verstrekken indien zorgaanbieder en zorgverzekeraar een tweezijdig verzoek indienen voor het buiten werking stellen van een bepaalde NZa-regel. Deze rulings zouden dan bijvoorbeeld voorafgaand aan een jaar verstrekt moeten worden. In ieder geval moet voorkomen worden dat regels met terugwerkende kracht wijzigen.

De Tweede Kamer heeft ook een rol bij het bepalen van rechtmatigheid. Er moet een redelijke mate van zekerheid verkregen worden of het publieke geld rechtmatig is besteed, in overeenstemming met wet- en regelgeving.





Bekostiging en eigen risico

- 4.1 Analyse
- 4.2 Het perspectief van de burger
- 4.3 Conclusie
- 4.4 Adviezen



4.1 Analyse

4.1.1 Inleiding

Er is een verschil tussen een bekostigingssysteem en een declaratiesysteem. Bekostiging is de manier waarop bepaald wordt welke financiële vergoeding de zorgaanbieder voor geleverde zorg ontvangt. Zorginkoop is in de curatieve zorg het proces om tot afspraken te komen tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Een bekostigingssysteem is vooral bedoeld om een passende beloning te bieden voor zorg. Als daarbij rekening wordt gehouden met zorg(vraag)zwaarte, kwaliteit en uitkomst van zorg kan het systeem keuzes ondersteunen die bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het stelsel. Om de feitelijke betalingen tot stand te brengen is een declaratiesysteem nodig. Op basis van het declaratiesysteem worden facturen verstuurd. Declaraties leveren ook informatie op over de geleverde zorg. Daarmee heeft het declaratiesysteem ook een informatieve functie.

Binnen het zorgstelsel nemen bekostigingssystemen een prominente plaats in. Ze zijn verregaand van invloed op de werking van het stelsel en het functioneren van de actoren binnen dat stelsel. Het huidige DBC-systeem in de medisch-specialistische zorg is in 2005 ingevoerd als declaratiesysteem, in eerste aanleg grotendeels binnen de budgetbekostiging. In 2012 is de budgetbekostiging volledig afgeschaft en is de transitie gemaakt naar prestatiebekostiging, met DBC's als beoogde bekostigingseenheid. In de curatieve GGZ zijn in 2008 DBC's ingevoerd als registratie- en declaratie-eenheid en vanaf 2013 als bekostigingseenheid. Al snel na invoering zijn in de meeste contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken opgenomen om niet de DBC's leidend te laten zijn voor de totale vergoeding, maar een aanneemsom, of om de totale vergoeding te laten begrenzen door een plafond. Daarmee zijn de DBC's feitelijk grotendeels weer declaratie-eenheden geworden. De contracteringsafspraken hebben de rol van de bekostiging overgenomen.

De DBC-systemen in de MSZ en in de curatieve GGZ zijn dus bedoeld als bekostigingssystemen, maar worden vooral gebruikt als declaratiesystemen. Deze DBC-systemen worden als complex ervaren en niet geschikt als bekostigingssysteem. Wel hebben de DBC-systemen bewezen een functie te hebben in de informatie-uitwisseling. Zo heeft de invoering van de DBC's ertoe geleid dat de kwaliteit van de informatie-uitwisseling beter is geworden en dat er meer inzicht is gekomen in de kostprijzen van zorg.

De NZa heeft een aantal wijzigingscriteria geformuleerd waarop getoetst wordt als er wijzigingsverzoeken zijn voor het DBC-systeem. Deze wijzigingscriteria kunnen ook gezien worden als gewenste ontwerpcriteria. Toetsing daaraan (zie kader) laat zien dat de huidige DBC-structuur op veel punten niet (voldoende) tegemoet komt aan de criteria. De administratieve lasten van het systeem zijn hoog, de prikkels in het systeem werken niet in het belang van de patiënt en zijn productieopdrijvend, het aantal producten is groot, waardoor het onderhandelingsproces niet ondersteund wordt. Daarbij zijn de producten niet goed herkenbaar voor de patiënt en niet kostenhomogeen. Wijzigingen in het systeem zijn vanwege de complexiteit tijdrovend, waardoor het systeem ervaren wordt als inflexibel en er niet goed kan worden ingespeeld op innovatieve vormen van zorg (e-health) of veranderingen in het aanbod (taakherschikking).



Algemene beschouwing DBC-structuur als bekostigingssysteem MSZ en cGGZ.

CRITERIA UIT TOETSINGSKADER DBC-SYSTEEM⁴² (bron: NZa)

Aansluiten bij aanspraak – Binnen de productstructuur dient zorg die onder het basispakket (Zvw) valt en zorg die niet onder het basispakket valt waar mogelijk van elkaar te onderscheiden zijn.

Administratieve lasten – De administratieve lasten dienen zoveel als mogelijk beperkt te worden.

Beperken onbedoelde prikkels – de productstructuur dient zo min mogelijk prikkels te bevatten voor strategisch registratie- en declaratiegedrag, die leiden tot substantiële ongewenste effecten.

Controleerbaarheid – Onder controleerbaarheid wordt verstaan de mate waarin de productstructuur helder en concreet afgebakend is. De productstructuur dient voor één uitleg vatbaar te zijn.

Hanteerbaarheid – Binnen de productstructuur dient een beperkt en overzichtelijk aantal zorgproducten aanwezig te zijn ten behoeve van registratie, declaratie en onderhandeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

BESCHOUWING COMMISSIE T&T

Het blijkt al jaren moeilijk om onderscheid te maken tussen verzekerde en onverzekerde zorg in de DBC-prestaties. Door middel van kleur-codes op activiteitsniveau wordt het onderscheid tussen verzekerde en onverzekerde zorg aangegeven, maar daarmee kan geen inzicht worden verkregen in bijvoorbeeld gepast gebruik.

Er zijn hoge administratieve lasten gemoeid met het DBC-systeem. Ook de regeldruk wordt nog steeds als hoog ervaren. Dit wordt overigens deels ook veroorzaakt door de controlevereisten en niet alleen door het DBC-systeem als zodanig.

Ook de huidige bekostigingssystemen bevatten nog prikkels die de productie opdrijven of kunnen leiden tot het maken van keuzes die niet in het belang van de patiënt zijn. Er wordt nog weinig geëxperimenteerd met andersoortige belonings-/vergoedingssystemen.

Op dit punt zijn er in de afgelopen jaren grote stappen gezet. Zo hebben de zelfonderzoeken eraan bijgedragen dat er meer eenduidigheid is in de uitleg van de productstructuur en bijbehorende regels. Al die processen hebben echter ook een grote controledruk opgeleverd.

Alhoewel het aantal producten binnen de DBC-systematiek fors is gedaald, is er nog steeds sprake van een zeer gedetailleerde systematiek binnen de medisch-specialistische zorg met ruim 4.000 DBC-producten. Van een overzichtelijk aantal is nog geen sprake.

⁴² Zie beleidsregel BR/REG-17166 'Toetsingskader dbc-systeem' https://www.nza.nl/1048076/1048090/BR_REG_17166__Beleidsregel_Toetsingskader dbc_systeem.pdf

**CRITERIA UIT TOETSINGSKADER DBC-SYSTEEM** (bron: NZa)

Herkenbaarheid burger – Onder herkenbaarheid burger wordt verstaan de herkenbaarheid van de geleverde zorg die geregistreerd en gedeclareerd wordt. Hiermee kan de burger verifiëren of de gedeclareerde zorg overeenkomt met de geleverde zorg.

Homogeniteit (kosten) – Binnen de productstructuur dienen de zorgproducten (kosten) homogeen te zijn.

Medische herkenbaarheid – Onder medische herkenbaarheid wordt verstaan dat zorgproducten vanuit medisch perspectief identificeerbaar en functioneel omschreven zijn. De omschrijving dient bruikbaar te zijn voor onderhandelingen. Het functioneel omschrijven van zorgproducten maakt het mogelijk dat dezelfde zorg onder een zelfde zorgproduct valt, ongeacht wie (specialisme of beroepsgroep) deze zorg levert (specialismeoverstijgend).

Stabiliteit – Het uitgangspunt is dat de NZa geen wijziging in de productstructuur doorvoert als zorgaanbieders en zorgverzekeraars binnen de bestaande productstructuur voldoende mogelijkheden hebben om bekostiging te realiseren.

BESCHOUWING COMMISSIE T&T

De herkenbaarheid voor de burger van de DBC's laat nog te wensen over. Het vermelden van de onderliggende activiteiten op de nota's of eigen risico-overzicht helpen wel in het begrip, echter patiënten geven nog steeds te kennen het financiële systeem niet te begrijpen. De verifiërende rol die van de burger verwacht wordt, is op dit moment nog te beperkt vanwege de complexiteit van de nota's.⁴³

Ondanks de vele DBC's geven sommige instellingen aan dat de homogeniteit van DBC-zorgproducten nog te wensen overlaat.

De huidige zorgprofessionals, zoals de medisch specialisten, ervaren het systeem als complex. Ook is er bij hen vaak onduidelijkheid over welke DBC's bij bepaalde behandelingen horen.⁴⁴ In de instellingen worden de producten nog weinig als leidend onderhandelingsinstrument gezien. Bulkafspraken, lumpsums en plafonds zijn de huidige realiteit en de DBC-zorgproducten dienen ter vulling en verrekening.

Hier zijn grote stappen gezet. Er worden veel minder vaak updates van producten doorgevoerd en de NZa toetst strikt of een wijziging wel nodig is.

⁴³ <https://www.patiëntenfederatie.nl/nieuws/kijk-je-doktersrekening-na-op-fouten>

⁴⁴ Rapport: De medisch specialist en correct registreren: een onderzoek naar de beleving van medisch specialisten, Nivel, Erasmus MC en Universiteit Utrecht, 2016.

**CRITERIA UIT TOETSINGSKADER DBC-SYSTEEM** (bron: NZa)

Toekomstbestendigheid – De productstructuur dient geschikt te zijn om flexibel te kunnen inspelen op ontwikkelingen in de zorg. De productstructuur dient zo veel mogelijk ruimte te laten aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor innovatie.

Volledigheid – Bij volledigheid wordt gekeken of binnen de productstructuur redelijkerwijs alle zorg declarabel is.

BESCHOUWING COMMISSIE T&T

De huidige DBC-systemen worden als star en inflexibel ervaren. Innovatieve vormen van zorg (zoals e-health) en veranderingen in het zorgaanbod (door bijvoorbeeld taakherschikking) komen vaak pas jaren later goed in de bekostigingssystemen terecht. Het bekostigingssysteem wordt door partijen dan ook regelmatig als knellend ervaren als het gaat om de implementatie van innovaties.

Ten algemene kan worden gesteld dat de huidige DBC-structuren als voldoende volledig kunnen worden beschouwd. De grote doorontwikkeltrajecten zijn afgerond en de huidige aanpassingen kunnen geschaard worden onder "regulier onderhoud".

Met het DBC-systeem zijn er declaratie-eenheden gedefinieerd waarmee de zorg geregistreerd en afgerekend wordt. Een goede inkooprelatie is echter ook gediend met een goede communicatie tussen de partijen: de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. De DBC-systematiek zou die communicatie goed moeten ondersteunen, zodat de zorgverzekeraar bijvoorbeeld weet wanneer een verzekerde gebruik maakt van zijn recht op vergoeding van zorg.

In de praktijk vindt de informatie-uitwisseling over zorgconsumptie tussen verzekeraar en zorgaanbieder na afloop van de behandeling plaats. Voordat een factuur kan worden verstuurd, moet eerst de DBC zijn gesloten en dat kan binnen de MSZ al (maximaal) 120 dagen duren en binnen de GGZ 365 dagen. Wel kan de geleverde zorg al voordat de factuur is ontvangen opgenomen zijn in de opgave van de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar van het onderhanden werk. Dat de declaratie enige tijd op zich laat wachten heeft ook effecten op de eigenrisicoverrekening voor de burgers. Die afrekening is nu afhankelijk van de snelheid waarmee de schadelast definitief inzichtelijk wordt.





4.1.2 Doorontwikkeling bekostigingssysteem medisch-specialistische zorg

In 2012 is in de medisch-specialistische zorg een aangepast DBC-systeem ingevoerd (DOT). Daarin is het aantal verschillende prestaties waarmee Zvw-zorg kan worden gedeclareerd fors verminderd. Per 2015 is de maximale doorlooptijd van DBC's teruggebracht van 365 dagen naar 120 dagen. In 2016 heeft de NZa een plan van aanpak gepresenteerd voor de doorontwikkeling van de bekostiging voor de medische specialistische zorg op de middellange termijn (2017-2020). Daarin stond het thema rust en stabiliteit centraal. Wijzigingen in het bekostigingssysteem zijn teruggebracht tot enkel het noodzakelijk onderhoud. Ook is de beleidscyclus vervroegd en heeft vaststelling van de regels die gaan gelden in 2018 plaatsgevonden vóór 1 mei 2017. Dit heeft gezorgd voor de gewenste stabiliteit. Recent is de NZa een traject gestart voor de doorontwikkeling van de bekostigingsstructuur op de lange termijn (vanaf 2020). Zie kader.

Doorontwikkeling bekostigingssysteem medisch-specialistische zorg

Ook de NZa heeft te kennen gegeven dat het huidige DBC-systeem voor (te) veel doelen wordt gebruikt. Dat maakt het ook lastig fundamentele verbeteringen door te voeren. Voor de doorontwikkeling (vanaf 2020) is door de NZa een aantal thema's benoemd die hier een belangrijke rol kunnen gaan spelen:

- Patiënt meer centraal
- Reële prijzen
- Innovatieve vormen van bekostiging
- Bekostiging van innovatie
- Vereenvoudiging en administratieve lasten
- Concentratie en spreiding
- Uitkomstbekostiging

De NZa heeft te kennen geven dat het DBC-systeem vooral inzicht geeft in de geleverde zorg en de bijbehorende kosten. Daarbij zijn de onderliggende bouwstenen van de DBC's, de zorgactiviteiten, vooral van belang. In de inkoop van zorg speelt het DBC-systeem echter een ondergeschikte rol, terwijl het hier wel primair voor bedoeld was. In de praktijk worden op een veel hoger abstractieniveau contractafspraken gemaakt. Voor de lange termijn ziet de NZa daarom een ontwikkeling naar een meer patiëntvriendelijke bekostiging. De bouwstenen, zoals de zorgactiviteiten en diagnoses, zouden hier mogelijk een rol in kunnen spelen, maar ook nieuwe bouwstenen, zoals kwaliteitskenmerken of populatiekenmerken, zouden kunnen worden toegevoegd. Ook zouden er volgens de NZa meer vrijheden kunnen worden ingebouwd in een nieuw bekostigingssysteem zodat zorgverzekeraars en ziekenhuizen hier samen invulling aan kunnen geven. Zo kan maatwerk mogelijk gemaakt worden voor lijn- en domeinoverstijgende zorg of bijvoorbeeld voor de vergoeding van zorgnetwerken.



4.1.3 Doorontwikkeling bekostigingssysteem GGZ

Ook in de GGZ is een doorontwikkeltraject gaande. Al snel na de invoering van de DBC's in de GGZ als bekostigingssysteem (per 2008) kwamen er vragen over de geschiktheid van dat bekostigingssysteem. En ook de NZa concludeerde dat een doorontwikkeling nodig was. De combinatie van diagnose en tijd doet volgens de behandelaar vaak geen recht aan de zorgvraag van de patiënt en de zorg die geleverd wordt. Ook verzekeraars hebben veelvuldig aangegeven onvoldoende met dit systeem uit de voeten te kunnen. Tot slot is er ook een groot timingsprobleem. De GGZ-DBC's kennen nog steeds een maximale doorlooptijd van een jaar. Daarmee is de GGZ koploper als het gaat om het te laat beschikbaar komen van informatie. Een eventuele verkorting van de doorlooptijd van DBC's is twee keer door de NZa onderzocht. In 2015 is de knoop doorgehakt. Geen lapmiddelen zoals een verkorting, maar overgaan op een nieuw systeem. Daarvoor is een uitgebreid doorontwikkeltraject in gang gezet (zie kader).

Doorontwikkeling bekostigingssysteem GGZ

In 2015 is samen met de sector gestart met de ontwikkeling van een nieuw bekostigingssysteem voor de GGZ. Het Engelse systeem (ook wel Zorgclustermodel genoemd) dient daarbij als voorbeeld. Kenmerkend aan het huidige systeem in Nederland zijn de diagnose en behandelminuten. Kenmerkend aan het Zorgclustermodel is dat een patiënt van tevoren in een bepaald cluster wordt ingedeeld, dat een bredere omschrijving van de zorgvraag en het verwachte aanbod omvat. Een bestaande vragenlijst binnen de GGZ (die als één van de vragenlijsten wordt gebruikt voor de vastlegging van Routine Outcome Monitoring- ROM), kan mogelijk gehanteerd worden om patiënten in te delen in een cluster. De NZa doet daar momenteel onderzoek naar. In totaal zijn er 21 clusters waar een patiënt in ingedeeld kan worden. Elk cluster kent een termijn waarbinnen een review plaats moet vinden. Bij de tarifiering zullen naar verwachting ook de onderliggende bouwstenen (bijvoorbeeld zorgactiviteiten) een rol spelen. De declarabele eenheden worden naar verwachting een beperkt aantal prestaties gekoppeld aan het behandelmoment (dus aan een bepaalde dag). Hierdoor wordt het boekjaar gelijkgetrokken met het schadejaar. Per cluster zal dan wel een bepaald grensbedrag worden ingesteld. Het bereiken van dit grensbedrag betekent dat de behandelaar een review moet doen. De komende tijd is een aantal pilotperioden ingepland. Halverwege 2018 zal een definitief besluit genomen worden over de invoering per 2020.



4.2 Het perspectief van de burger

De bestaande administratieve processen en de complexe bekostigingsstructuur hebben gevolgen voor de patiënt, bijvoorbeeld als het gaat over de verrekening van het eigen risico. Het proces waarin het eigen risico verrekend wordt, kan lang duren. Pas wanneer definitieve prijsafspraken tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder zijn gemaakt, de DBC is gesloten en gedeclareerd en de zorgverzekeraar dit heeft gecontroleerd en in zijn administratie heeft verwerkt, ontvangt de patiënt de rekening voor de kosten die onder zijn eigen risico vallen. Ook de verschillende vormen van controles op de nota's van een zorgaanbieder zelf kunnen gevolgen hebben voor de patiënt. Dit hele proces kan maanden en soms jaren duren. Voor de burger is het lastig te begrijpen dat de rekening voor het eigen risico betrekking heeft op een behandeling die al lang geleden heeft plaatsgevonden.

Naast deze grote vertraging is er vaak veel verwarring en onbegrip bij de burgers die te maken krijgen met de verrekening van het eigen risico. Deze verrekening is niet direct gekoppeld aan specifieke momenten dat er zorg genoten is, maar aan de startdatum van een DBC. Soms is die startdatum nog te begrijpen (bijvoorbeeld de dag van het eerste consult), maar soms is deze startdatum puur om technische redenen bepaald en is er geen directe link met geleverde zorg op dat moment.

De complexiteit van de DBC-systematiek roept bovendien veel vragen op bij de burger. Door de technische of ingewikkelde omschrijvingen is het voor een patiënt ook bijna niet te controleren. De herkenbaarheid van de nota's wordt voor de burger erg bemoeilijkt doordat DBC's gemiddelden zijn van totale behandeltrajecten. Dit levert vaak onbegrip op (zorg is te duur) en voelt voor een burger onrechtvaardig aan als hij bijvoorbeeld voor een kort ziekenhuisbezoek voor een simpele ingreep gevoelsmatig onevenredig veel eigen risico dient te betalen.

Daar komt bij dat bij overschrijdingen van de contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars (zoals plafond- of lumpsumafspraken), correcties vaak niet worden doorgevoerd in het eigen risico en daarmee ook geen voordeel opleveren voor de burger. Dit kan bij de burger een gevoel van onrechtvaardigheid opleveren.





4.3 Conclusie

Bij de invoering van de prestatiebekostiging is aan de DBC's de rol van bekostigingseenheden toebedacht op basis waarvan ook de zorginkoop zou gaan plaatsvinden. In de praktijk zijn de DBC's vooral declaratie-eenheden gebleven. Van een declaratiesysteem mag verwacht worden dat het een goed hanteerbaar systeem is dat de betalingen in de zorg faciliteert en de bekostiging ondersteunt, maar dat komt onvoldoende tot zijn recht. Datzelfde geldt voor de financiële transparantie die beoogd wordt. Zo zijn in de huidige praktijk prestaties en tarieven vaak enkel verrekeneenheden voor bovenliggende totaalafspraken, zoals een plafond of lumpsum.

Ondanks de goede bedoelingen (zoals het stimuleren van doelmatige zorg) dragen de DBC-systemen zelf weinig bij aan waar het wezenlijk om draait: kwalitatief hoogwaardige en doelmatige patiëntenzorg. De huidige DBC-systemen zijn primair aanbodgericht en niet geënt op de vraag van de patiënt, laat staan gericht op gezondheidsverbetering of de uitkomsten van behandelingen. In de huidige systemen geldt dat hoe meer productie er geleverd wordt, hoe hoger de inkomsten zijn.

Doordat de zorg op productievevariabelen wordt betaald en er veel te doen is over de betaalbaarheid van de zorg, sneeuwen onderwerpen als preventie, kwaliteit en gepast gebruik van zorg vaak onder in de grotere financiële discussies, terwijl juist deze onderwerpen zeer belangrijk zijn om ook in de toekomst de zorg betaalbaar te houden.

Verder is er sprake van complexe detailregulering, gericht op het registratie- en declaratieproces, rondom deze bekostigingsystemen, waarbij veel aandacht wordt gericht op rechtmatigheid. Ook deze complexiteit van de regulering leidt af van waar het echt om gaat, namelijk gepaste patiëntenzorg van hoge kwaliteit. Het DBC-systeem en alle regels daaromtrent lijken vaak een doel op zich te zijn geworden.

Wat betekent dit voor de burger? Die ervaart vervreemding en begrijpt niet veel van de financiële verrekening van zorg. Zo druist de hoogte van het eigen risico vaak in tegen het rechtvaardigheidsgevoel van de patiënt. Dit wordt versterkt door de koppeling aan een voor de burger moeilijk te begrijpen systematiek zoals het DBC-systeem.

Bij het huidige DBC-systeem lopen drie functies door elkaar: declaratiesysteem, informatie-uitwisselingseenheid en bekostigingseenheid.

- Het systeem functioneert als declaratiesysteem, maar is erg complex. De nagestreefde transparantie wordt onvoldoende gehaald en door de doorlooptijd van de DBC's en de complexiteit wordt de informatie over de zorguitgaven sterk vertraagd.
- Als informatie-uitwisselingseenheid functioneert het systeem ook. De doorlooptijd van de DBC's in combinatie met de lange duur tot (definitieve) declaratie heeft echter negatieve gevolgen voor de tijdigheid van de informatie.
- Het systeem functioneert nog te beperkt als bekostigingseenheid. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben hun eigen invulling gegeven aan de bekostiging. Zowel voor de medisch-specialistische zorg als voor de curatieve GGZ worden plannen ontwikkeld voor een nieuw systeem dat bedoeld is als bekostigingssysteem.

De commissie constateert dat er te veel functies zijn opgehangen aan het DBC-systeem en dat aanpassing noodzakelijk is, waarbij voor de verschillende functies ook andere afwegingen kunnen worden gemaakt.



4.4 Adviezen

4.4.1 Koppel het eigen risico los van de DBC-systematiek

De commissie adviseert om een eenvoudig systeem in te voeren voor het verrekenen van het eigen risico binnen de specialistische sectoren (MSZ, cGGZ). Koppel het eigen risico daarom los van de DBC-systematiek en breng het in rekening voor handelingen die voor de patiënt herkenbaar zijn. Breng bijvoorbeeld een vaste eigen bijdrage per soort gebruik van zorg in rekening, bij voorkeur op het moment van gebruik (of zo snel mogelijk daarna).

Het eigen risico moet herkenbaar zijn en in verhouding staan tot de kosten van de genoten zorg. Bovendien moet er bij voorkeur een beperkt aantal (bijvoorbeeld 5) parameters zijn. Te denken valt voor de MSZ aan parameters als een SEH-bezoek, polikliniekbezoek, dagopname, klinische opname of een ingreep zonder opname (geselecteerde groep ingrepen). Voor de cGGZ zou mogelijk per 2020 aangesloten kunnen worden bij de nieuwe declaratie-eenheden, mits deze voldoende herkenbaar zijn voor de burger (zie [paragraaf 4.1.3](#)). Omdat de zorgactiviteiten op de facturen staan die de zorgverzekeraars ontvangen, zou een dergelijke verrekening nog steeds via de zorgverzekeraar kunnen verlopen.

Deze aanpassing in de verrekening van het eigen risico zal meer aansluiten bij het rechtvaardigheidsgevoel van de burger en is voor de burger beter voorspelbaar en meer herkenbaar. Ook kan deze nieuwe systematiek een belangrijke rol spelen bij de controle van de zorgnota's.

Bij wijziging van het eigenrisicosysteem zullen vragen aan de orde komen over de hoogte van de bijdrage, over maximering van het totaal te dragen eigen risico en over de compensatie van de mogelijk lagere opbrengst van het nieuwe systeem. De keuzes die daarbij moeten worden gemaakt, hebben grotendeels een politiek karakter. De commissie beperkt zich hier dan ook tot de aanbeveling, om het eigenrisicosysteem aan te passen en los te koppelen van de DBC's.

4.4.2 Stimuleer innovatieve resultaat-afspraken

De knelpunten van het DBC-systeem kunnen verholpen worden door ruimte te geven om op een andere manier de zorg af te rekenen. Voor innovatieve vormen van zorg is er een speciale beleidsregel op basis waarvan experimenten kunnen worden uitgevoerd.⁴⁵ Er is echter niet alleen behoefte om nieuwe vormen van zorg, maar ook om nieuwe manier van financieren, met positieve prikkels als het gaat om gezondheidswinst of uitkomsten van zorg, mogelijk te maken.

Voor innovatieve afspraken tussen zorgverzekeraar en aanbieder(s), bijvoorbeeld op basis van uitkomsten van behandelingen of gezondheidswinst, dienen binnen de contractering afspraken gemaakt te kunnen worden. Daar waar regelgeving als belemmerend wordt ervaren zou de NZa deze kunnen aanpassen zodat het maken van deze afspraken juist gestimuleerd wordt.

Ook zou er meer ruimte moeten komen in het reguliere proces (dus niet in een experimentvorm), andere rekeneenheden of vormen van (innovatieve) prestaties te hanteren als declaratie-eenheden. In de informatiestroom kunnen dan wel bestaande elementen van de DBC's of zorgactiviteiten meegenomen worden, maar is de DBC zelf geen verrekeneenheid meer. Zie ook [paragraaf 4.4.3](#).

Verder adviseert de commissie om in de bekostiging ruimte te geven om over de lijnen van de zorg heen te contracteren, door middel van bijvoorbeeld populatiebekostiging. Hiermee kan substitutie worden gestimuleerd maar het zou ook een oplossing kunnen bieden bij lijn- of domeinoverschrijdende zorg.

⁴⁵ Zie beleidsregel 'Innovatie voor kleinschalige experimenten'.



4.4.3 Ontwikkel nieuwe vormen van bekostiging en declaratie

Momenteel loopt er een onderzoek/doorontwikkeltraject naar de ontwikkeling van nieuwe bekostigingssystemen voor de curatieve GGZ en de medisch-specialistische zorg.

De commissie heeft zich de hoogte gesteld van deze trajecten en adviseert in deze doorontwikkeling ook haar aanbevelingen mee te nemen omtrent het bekostigingsstelsel.

De commissie adviseert om bij de doorontwikkeling naar nieuwe systemen een onderscheid te maken in het declaratiesysteem, het bekostigingssysteem en de informatie-uitwisseling.

De declaratie betreft de feitelijke betalingen voor zorg op basis van declaratie-eenheden. De bekostiging is de vergoeding voor zorg waarover zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar afspraken maken

Daarbij adviseert de commissie het declaratiesysteem voor zowel de MSZ als de GGZ eenvoudig te houden en te baseren op prestaties die per dag kunnen worden afgerekend. Dit maakt de financiële afwikkeling eenvoudiger en begrijpelijk voor de burger. Daarmee wordt bovendien de eerder beschreven discrepantie tussen de schadedefinitie van zorgverzekeraars en de omzetdefinitie van zorgaanbieder opgeheven én wordt er een grote stap gezet naar het tijdiger beschikbaar komen van schadecijfers.

De bekostiging binnen zowel de GGZ als de MSZ is dan vooral iets waar de zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen afspraken over maken en waarbij veel vrijheden zijn. Waar zij geen contracten afsluiten zou de overheid nog een taak kunnen hebben door een default-bekostiging voor te schrijven (bijvoorbeeld op basis van het declaratiesysteem), om excessen te voorkomen. Daarbij blijft het belangrijk om het systeem niet met te grote belemmeringen op te zadelen.

Doorontwikkeling GGZ

De commissie heeft kennis genomen van het doorontwikkeltraject voor de GGZ. In dit traject wordt gewerkt aan prestaties die voor de patiënt begrijpelijk en controleerbaar zijn, zich goed lenen voor declaraties en mogelijk ook goed passen bij de verrekening van het eigen risico. Daarnaast wordt er ten behoeve van de bekostiging binnen de GGZ gewerkt aan 21 inhoudelijke zorgclusters. De commissie adviseert om niet deze zorgclusters als basis te hanteren voor de declaraties, omdat dit geen dagprestaties betreft. Zorgclusters zijn weer trajecten die langer (misschien wel weer een jaar) kunnen open staan. Daarmee ontstaat weer de vraag aan welk jaar welke schade wordt toegerekend (zie [paragraaf 1.1.2](#)). Dit bevordert niet de transparantie en tijdigheid van de zorguitgaven.

De informatie-uitwisseling zou een basis moeten bieden voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om hun afspraken beter te kunnen richten op zorg(vraag)zwaarte, kwaliteit en uitkomsten van de zorg. Dit moet zoveel mogelijk robuust zijn en zo onafhankelijk mogelijk van het bekostigingsmodel. Dat zorgt ervoor dat bij een nieuw bekostigingsmodel niet steeds opnieuw de informatievoorziening dient te worden ingericht. Met dit advies beoogt de commissie ook nadrukkelijk innovatieve vormen van bekostiging, zoals uitkomstbekostiging of bekostiging op basis van gezondheidsindicatoren, verregaand mogelijk te maken.

Wanneer de declarabele prestatie in de toekomst een dagprestatie is (en niet meer de DBC), is het boekhoudkundige probleem tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen ook opgelost. De verschillen die er in de praktijk zijn tussen de 'schade' en 'omzet' (zoals in [paragraaf 1.1.2](#) beschreven) bestaan dan immers niet meer. De aanpassing van de bekostiging en declaratie, zoals in dit hoofdstuk beschreven, heeft dan ook nadrukkelijk de voorkeur van de commissie. Mocht dit, om welke reden dan ook, niet gerealiseerd worden is hieronder een alternatief beschreven om in de huidige situatie het schadebegrip en omzetbegrip bij elkaar te brengen (zie kader volgende pagina).



Terugvalscenario: Breng het schadebegrip en omzetbegrip bij elkaar

Door de verschillen die er in de praktijk zijn tussen de 'schade' en 'omzet' worden de interpretatie van de data en de onderlinge gesprekken over deze cijfers bemoeilijkt. Wanneer omzet en schade bij elkaar gebracht worden, is er één bron en interpretatie van wat in een bepaald jaar geleverd is tegen welke kosten en zal dit ook de gewenste interactie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen (bijvoorbeeld als het gaat om doelmatigheid) bevorderen. Het startmoment van de schade is bepaald op de startdatum van de DBC. De volledige daaruit voortvloeiende schade moet toegekend worden aan de zorgverzekeraar waar de patiënt op dat moment verzekerd was. De logica hierachter is dat de verzekeraar die onderhandelt over de prijs van een product ook de schade bij dat product vergoedt. Als zorgverzekeraar wil je immers niet afhankelijk zijn van de prijsonderhandeling van een andere zorgverzekeraar. Echter de keus voor de startdatum van een DBC is soms willekeurig en om technische redenen ingegeven bij de opzet van het bekostigingstelsel.

Enkele voorbeelden die deze willekeur laten zien binnen de MSZ:

- Voorbeeld 1. Per 2012 is een nieuw bekostigingssysteem ingevoerd. Waar voorheen de arts besloot wanneer een DBC werd afgesloten, gelden per 2012 een vijftal standaard afsluitregels voor DBC's, afhankelijk van het soort DBC. De DBC's worden hierdoor anders verdeeld over de verschillende zorgverzekeraar bij het overstappen van verzekerden dan voor 2012.
- Voorbeeld 2. De maximale looptijd van een DBC is op 1 januari 2015 teruggedaan van 365 dagen naar 120 dagen. Een DBC van 365 dagen die voorheen slechts aan 1 zorgverzekeraar werd toegerekend, bestond per 2015 uit meerdere DBC's wanneer de behandelduur de 120 dagen overschreed. In het geval de patiënt overstapt van zorgverzekeraar en de openingsdatum van de vervolg-DBC ligt na 1 januari, dan wordt deze tweede DBC nu bij een andere verzekeraar in rekening gebracht dan in de jaren voor 2015. Oftewel: vanaf 2015 draait een andere zorgverzekeraar op voor de schade vanwege aanpassingen in bekostigingsregels. Of dergelijke wijzigingen in lijn zijn met Europese schaderegels voor zorgverzekeraars is bij de opzet van het nieuwe DBC-bekostigingssysteem per 2012 (DOT) of de aanpassingen per 2015, geen vraagstuk geweest.

Wanneer de aangekondigde bekostigingswijzigingen in de MSZ en de cGGZ (zoals beschreven in [hoofdstuk 4](#)) geen oplossing bieden voor het oplossen van dit boekhoudkundige probleem, adviseert de commissie om het schadebegrip en het omzetbegrip bij elkaar te brengen. De zorg dient dan, ook binnen een DBC-systematiek, afgerekend te worden op basis van het jaar van levering. Daarmee is de schade voor de verzekeraar gelijk aan de opbrengsten van de zorgaanbieder.

Er zijn twee mogelijkheden om dit te bereiken, zonder het DBC-bekostigingssysteem aan te passen:

- Op 31 december de dan geopende DBC's op basis van een eenduidige OHW-definitie afrekenen bij de zorgverzekeraar (die op moment van opening van de DBC de zorgverzekeraar was). Het resterende deel, wordt in het volgende boekjaar in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar ten tijde van de sluiting van de DBC. Dat gebeurt op basis van de volledige DBC-informatie, maar gecorrigeerd voor een deel dat al in rekening is gebracht.⁴⁶
- Op 31 december de tot dan toe geleverde verrichtingen op basis van een eenduidige prijs van verrichtingen afrekenen bij de zorgverzekeraar (die op moment van opening van de DBC de zorgverzekeraar was). Zo'n prijs per verrichting zou mogelijk door de NZa kunnen worden vastgesteld. Het resterende deel wordt in het volgende boekjaar in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar ten tijde van de sluiting van de DBC. Dat gebeurt op basis van de volledige DBC-informatie, maar gecorrigeerd voor het deel dat al in rekening is gebracht via de verrichtingen.

Bij deze oplossingsrichting verwijst de commissie nogmaals nadrukkelijk naar de doorontwikkelingen in de bekostigingssystematiek zoals beschreven in [paragraaf 4.4.3](#). Wanneer de declarabele prestatie in de toekomst de dagprestatie is (en niet meer de DBC), is het boekhoudkundige probleem ook opgelost. De commissie heeft een voorkeur voor de aanpassing van het bekostigingssysteem.

⁴⁶ Er dient dan nog wel een oplossing te worden gevonden voor het feit dat bij de overstap van een verzekerde de tweede zorgverzekeraar afhankelijk is van de afgesproken tarieven van de eerste verzekeraar. Er is dan niet alleen de wettelijke acceptatieplicht, maar ook een plicht het tarief over te nemen van de voorgaande verzekeraar.



Monitoren en ramen

5.1 Analyse

5.2 Het perspectief van de burger

5.3 Conclusie

5.4 Adviezen



5.1 Analyse

5.1.1 Inleiding

Voordat de definitieve zorgschadecijfers drie jaar na afloop van het schadejaar worden vastgesteld, is er informatie beschikbaar die benut kan worden voor een prognose. De Minister ontvangt op vaste momenten in het jaar informatie van ZiNL waarin gerapporteerd wordt over de verwachte jaarschade. ZiNL baseert de rapportages op informatie van de zorgverzekeraars. Die informatie is opgebouwd uit de werkelijk ontvangen en geaccepteerde schade en de geraamde jaarschade, uitgesplitst naar sector en binnen de meeste sectoren nog naar een aantal onderdelen. Aan het begin van het jaar is voor de medisch-specialistische zorg en voor de curatieve GGZ informatie beschikbaar van de zorgverzekeraars over de door hen gecontracteerde zorg. Deze informatie wordt ook verzameld door ZiNL. Dit is in principe de eerste raming van de jaarschade. De ramingen voor de medisch-specialistische zorg laten fluctuaties zien die enkele honderden miljoenen euro's bedragen tussen het eerste moment na afloop van het jaar (maart t+1, dat is het moment dat het kabinet een goed beeld van de Rijksfinanciën nodig heeft voor de Voorjaarsbesluitvorming over het beleid in de volgende jaren) en het uiteindelijke realisatiecijfer (juni t+3).

De kwaliteit van de totaalraming is afhankelijk van de aangeleverde ramingen van de zorgverzekeraars. Zij zijn weer afhankelijk van de volledigheid en juistheid van de ontvangen declaraties en van de beschikbaarheid van informatie over DBC's die wel zijn geopend, maar nog niet gesloten (onderhanden werk of OHW) en DBC's die gesloten zijn maar nog niet gedeclareerd (samen met OHW ook wel aangeduid als OHW+). De ramingen aan ZiNL moeten wel aan een aantal uitgangspunten voldoen, bijvoorbeeld als het gaat om lumpsum en plafondafspraken, maar die laten nog wel ruimte voor een eigen invulling.⁴⁷ Het gevolg is dat de ramingen op verschillende manieren worden gemaakt. Het lijkt er ook op dat, ondanks het verzoek bij de aandachtspunten in de instructie voor de verzekeraars, de ramingen met voorzichtigheid worden gemaakt. In de afgelopen jaren was er een systematische overschatting van de jaarschade.

Verder blijven er in de ramingsmethode mogelijkheden onbenut om zo

goed mogelijk alle relevante beschikbare informatie mee te nemen. Met de gerealiseerde schade en de OHW-informatie kan de zorgverzekeraar een raming maken van de te verwachten te declareren zorgproducten per zorgaanbieder.

5.1.2 Toegang tot informatie

Gegevens komen op verschillende plekken in databases terecht. Samen zouden die gegevens een schat aan informatie kunnen leveren voor beleid en toezicht. Daarvoor moeten de gegevens wel goed op elkaar aansluiten en eenduidig zijn. Hiervoor zijn standaarden van belang. Daarnaast is het van belang dat de toegang tot de gegevens goed geregeld is.

VWS, IGZ, NZa, ZiNL, Vektis en ZN hebben eind 2015 op dit gebied een initiatief genomen door af te spreken samen te gaan werken aan informatiedeling. Dat is vastgelegd in een memorandum van overeenstemming over informatievoorziening over de zorguitgaven.⁴⁸ Inmiddels werken de partijen aan een Zorgdataplatform waarmee overheidspartijen toegang zouden krijgen tot de declaratiegegevens die ze nodig hebben voor de uitvoering van hun wettelijke taak.⁴⁹ Het platform zou daarbij zo ingericht worden dat de privacy gewaarborgd is. Overigens zullen niet altijd persoonsgegevens nodig zijn voor

⁴⁷ Het Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet 2017 van ZiNL vermeldt onder andere: "De balanspost moet de meest actuele raming weergeven op het moment van afsluiten van de betreffende kwartaal- of jaarstaat gegeven de aanleverdatum. (...) Als u met zorgaanbieders afspraken heeft gemaakt over een lumpsum, plafond etc. dan moet u die afspraken, voor zover het prestaties Zvw betreft, verwerken in de balanspost. (...) U wordt verzocht om geen prudentiemarges op te nemen in de bedragen per prestatie in de kostenverzamelstaat en in de specificaties, maar deze uitsluitend op te nemen op de afzonderlijke regel in de kostenverzamelstaat".

⁴⁸ Memorandum van overeenstemming over informatievoorziening over de zorguitgaven, zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2016/06/23/memorandum-van-overeenstemming-over-informatievoorziening-over-de-zorguitgaven>

⁴⁹ Brief van 6 oktober 2016 van de Minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer (TK 2016-2017 27529 Nr. 141).



informatievragen die beantwoord moeten worden in het kader van een wettelijke taak. Vaak kan volstaan worden met geaggregeerde niet tot een persoon herleidbare (geanonimiseerde) gegevens. In de toekomst is het volgens het memorandum de bedoeling ook de toegang tot andere informatiebronnen zo te regelen. Hiermee willen de partijen een goede toegang tot de gegevens bereiken, maar ook de eenduidigheid bevorderen, de administratieve lasten verminderen en eenduidigheid van gegevens bereiken. In plaats van afzonderlijke informatieverstrekking aan diverse overheidspartijen (in diverse formats) kan immers volstaan worden met levering van gegevens volgens een standaard aan een partij, in het geval van de declaratiegegevens is dat Vektis.

Voor IGZ, NZa en ZiNL, maar ook voor andere overheidsorganisaties als DNB, zijn wettelijke taken op basis waarvan toegang tot informatie nodig is, duidelijk in wetten terug te vinden. Voor de Minister van VWS is dat minder duidelijk. Voor het Jeugdbeleid staat in de Jeugdwet een aantal artikelen⁵⁰ op basis waarvan de voor het jeugdbeleid verantwoordelijke ministers over informatie mogen beschikken teneinde een zorgvuldig en samenhangend jeugdbeleid te kunnen voeren en hun stelselverantwoordelijkheid te kunnen waarborgen. Een dergelijk artikel is niet opgenomen in wetten als de Zvw, Wlz, Wmo en Wmg. Doorgaans ontvangt de Minister de informatie via andere overheidsorganisaties op basis van informatiestatuten of andere afspraken.

Ook met de bestaande initiatieven blijft de informatie verdeeld over diverse databases. Op de wat langere termijn zijn ook andere methoden denkbaar met een verdere verlaging van de administratieve lasten, door meer uit te gaan van eenmalig vastleggen, meervoudig gebruiken. Een methode die al op diverse terreinen wordt gebruikt onder andere voor het leveren van bedrijfsmatige gegevens aan de overheid is Standard Business Reporting (verder: SBR). Met SBR worden de gegevens in de administratie van de aanleverende organisatie eenmalig op een standaard manier vastgelegd. SBR wordt al succesvol gebruikt in diverse informatieketens met grote aantallen berichten door betrokkenheid van de Belastingdienst, Kamer van Koophandel, Centraal Bureau voor de Statistiek, DUO/OCW en banken. Hier komen steeds meer uitvragende

partijen bij en ook de huidige uitvragende partijen ontvangen en leveren steeds meer verschillende soorten gegevens (berichtstromen) met SBR. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken nu al gebruik van SBR voor het aanbieden van gegevens aan de Belastingdienst en aan de Kamer van Koophandel. Het is goed denkbaar dat voor de uitwisseling van zorggegevens tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheidspartijen van een methode als SBR gebruik gemaakt zal worden. Daarvoor is het wel nodig dat vooraf standaarden worden gedefinieerd.

⁵⁰ Artikel 7.4.1 t/m 7.4.5.



5.2 Het perspectief van de burger

Beter beleid, beter toezicht en minder administratieve lasten zijn in het belang van de burger. Maar voor de burger is het ook van groot belang dat de veiligheid van zijn persoonsgegevens gewaarborgd is. Bij alle lopende en toekomstige ontwikkelingen op het gebied van informatiestromen zal daarom zowel aandacht moeten worden gegeven aan de toegang tot gegevens als aan bescherming van de privacy.





5.3 Conclusie

In de zorg worden veel gegevens vastgelegd. Die gegevens worden vervolgens voor verschillende doelen verwerkt in aanleveringen aan diverse organisaties. Daaronder zijn overheidsorganisaties, zorgverzekeraars, de eigen brancheorganisaties, onderzoeksorganisaties enz. Ondanks de veelheid aan gegevens die geregistreerd worden en de administratieve lasten die daarmee gepaard gaan, is het nog steeds moeilijk om de zorguitgaven gedurende het jaar te monitoren of de Zvw-schade, die zoals hiervoor is beschreven, pas halverwege het derde jaar na afloop van een jaar vaststaat, op eerdere momenten met voldoende zekerheid te ramen. Maar ook goede cijfers om beleid te evalueren of om nieuw beleid op te baseren zijn niet eenvoudig voorhanden.

De op diverse plaatsen aanwezige gegevens kunnen veel beter benut worden dan nu gebeurt. Dat vraagt een betere omgang met de cijfers, een goede uitwisseling waarbij het gebruik van standaarden van groot belang is. Omdat zorggegevens op het diepste niveau persoonsgegevens zijn, is het tegelijkertijd van belang dat privacybescherming voldoende geborgd wordt.

De zorggegevens worden op verschillende plaatsen vastgelegd. Door beter gebruik te maken van de aanwezige informatie is het mogelijk de ramingen van de zorguitgaven op een vroeg moment sterk te verbeteren. De toegang tot (beleids)informatie kan beter georganiseerd worden. Daartoe is met de voorgenomen ontwikkeling van het Zorgdataplatform al een initiatief genomen. Bij de gegevensstromen is nu nog beperkt sprake van eenmalig vastleggen, meervoudig gebruiken. Op de wat langere termijn zouden de datastromen anders ingericht kunnen worden.

De toegang tot gegevens is belangrijk voor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg en dus in het belang van de burger. Randvoorwaarde daarbij is dat voor de burger een goede bescherming van zijn persoonsgegevens is geregeld over de volle lengte van de zorgketen.





5.4 Adviezen

5.4.1 Verplicht de periodieke aanlevering van onderhanden werk informatie

Op dit moment is de aanlevering van OHW-informatie nog niet volledig, tijdig en van goede kwaliteit. De commissie adviseert alle zorgaanbieders te verplichten maandelijks OHW-informatie van goede kwaliteit aan te leveren, die steeds betrekking heeft op de stand aan het einde van de maand. Voor de aanlevering kan gebruik worden gemaakt van de huidige standaarden. Goede OHW-informatie is essentieel voor de raming van de jaarschade door zorgverzekeraars. Hoewel de kwaliteit van de OHW-informatie sterk verbeterd is in de afgelopen jaren, is de kwaliteit nog steeds niet goed genoeg. Niet alle zorgaanbieders leveren aan, de leveringen zijn van verschillende kwaliteit en ze hebben betrekking op verschillende meetmomenten. De zorgverzekeraars zouden als drukmiddel de bevoorschotting strikter kunnen koppelen aan een goede aanlevering van OHW-informatie. Zo nodig kan de Minister overwegen een verplichte aanlevering in de regelgeving op te nemen.

5.4.2 Standaardiseer waar mogelijk de ramingen van zorgverzekeraars

De commissie adviseert de raming van de jaarschade die zorgverzekeraars maken waar mogelijk verder te standaardiseren. In de standaard moet omschreven zijn hoe gebruik wordt gemaakt van de ontvangen declaraties en van de OHW-informatie om een raming te maken van het volume van de totaal te declareren zorgproducten per zorgaanbieder en hoe daarmee de verwachte uitkomsten van de contracten bepaald worden. Ook voor overige elementen zoals de raming van de effecten van materiële controles, zouden in de standaard methodes kunnen worden opgenomen. De standaard moet zo worden vastgesteld dat de zorgverzekeraar de beschikbare informatie optimaal gebruikt voor de raming, maar ook de eigen expertise kan benutten, met als doel een zo goed mogelijke, zuivere⁵¹ raming van de jaarschade. Immers zijn soms ook de verzekeraarspecifieke elementen van belang, zoals de gekozen contractvormen en de mate waarin wordt ingezet op kwaliteit en prijs. Belangrijk bij het verder

standaardiseren is het governancevraagstuk. Wie is verantwoordelijk voor een goede raming?

Met de combinatie van advies 5.4.1 en 5.4.2 kan de onzekerheid in de schaderaming van de medisch-specialistische zorg mogelijk aanzienlijk verlaagd worden. Fluctuaties van honderden miljoenen euro's kunnen beperkt worden tot de orde van grootte van tientallen miljoenen euro's.

5.4.3 Creëer goede toegang tot aanwezige zorggegevens

De commissie adviseert goede toegang mogelijk te maken tot de aanwezige zorggegevens voor zover de overheidspartijen die gegevens nodig hebben voor hun wettelijke taak. Dit advies sluit aan bij de afspraken die VWS, IGZ, NZa, ZiNL, ZN en Vektis hebben gemaakt in het memorandum van overeenstemming. De invoering van het zorgdataplatform is hierin de eerste stap. Bij de invoering van het zorgdataplatform wordt veel belang gehecht aan de waarborgen voor de privacybescherming. Toegang tot persoonsgegevens wordt alleen mogelijk gemaakt als die toegang vereist is voor de uitvoering van een wettelijke taak. De commissie adviseert op dit pad verder te gaan.

De Minister van VWS zou net zoals dat in de Jeugdwet geregeld is voor het jeugdbeleid ook voor het zorgbeleid over informatie moeten kunnen beschikken teneinde een zorgvuldig en samenhangend beleid te kunnen voeren en de stelselverantwoordelijkheid te kunnen waarborgen. De commissie adviseert dat mogelijk te maken door vergelijkbare artikelen als in de Jeugdwet op te nemen in de Zvw, Wlz, Wmo en Wmg.

De commissie adviseert te onderzoeken hoe met behulp van SBR stappen kunnen worden gezet naar een gestandaardiseerde informatie-uitwisseling op langere termijn tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheidspartijen en andere partijen (brancheorganisaties, onderzoeksinstituten). De commissie ziet hierin een kans om de informatie-uitwisseling op langere termijn sneller en beter vorm te geven met minder administratieve lasten.

⁵¹ Met zuivere raming wordt bedoeld dat de raming niet systematisch te hoog is, zoals nu vaak het geval is, of systematisch te laag.



Dankwoord

Toen de commissieleden werden benaderd met de vraag om dit advies te maken, hebben zij in eerste instantie met enige terughoudend de opdracht aangenomen. Er zijn immers al veel adviezen gegeven over dit onderwerp en de kaders van de vraagstelling waren strak geformuleerd. Gaandeweg groeide het vertrouwen dat er ruimte was voor een frisse blik en het enthousiasme om een bijdrage te mogen leveren nam toe.

Wij bedanken Minister Schippers voor het vertrouwen dat ze in de commissie heeft gesteld en de ruimte die ze heeft gegeven om volledig onafhankelijk ons advies te kunnen uitbrengen.

Ook bedanken we graag alle stakeholders en experts die bereid zijn geweest mee te denken, tegen te lezen en ons hun eerlijke reactie hebben gegeven, ook als ze het niet eens waren.

De tientallen gesprekken hebben ons geholpen inzicht te krijgen in waar het anders kan en hebben ons gestimuleerd om 'out of the box' te denken.

Een groot dankwoord aan de secretaris van de commissie, Cornelis Jan Diepeveen, die de commissie voortreffelijk heeft ondersteund. Met veel kennis van zaken en een niet aflatende inzet was hij altijd bereid om nog even te sparren, een verdiepingsslag te maken, tekstvoorstellen te doen en meetings voor te bereiden.

Ook Philip ten Cate, de ambtelijk secretaris die namens VWS de commissie ondersteunde, wil ik graag bedanken voor zijn inzet. Hij heeft een grote kennis van het stelsel en de procedures en heeft zeer constructief meegedacht en ons voorzien van uitleg en informatie.

Uiteraard een groot dankwoord aan de commissieleden (Peter van der Knaap, Bas Leerink, Carla Smits–Nusteling en Marco Walhout) die van tevoren waarschijnlijk niet hadden verwacht dat dit traject zo intensief zou zijn. Met hun verschillende achtergronden was er een rijkdom aan kennis en ervaring. Dat maakte het mogelijk de vraagstukken vanuit verschillende perspectieven te bekijken. De verbazing over hoe ingewikkeld wij soms zaken in de zorg maken was een spiegel.

Onze gedeelde ambitie om het stelsel beter te laten werken gaf veel energie in onze bijeenkomsten. Daarbij deelden we de overtuiging dat oplossingen niet altijd liggen in het stellen van meer regels. De combinatie van die ambitie met humor en een gezonde dosis nuchterheid, maakte deze zoektocht met deze commissie ook vooral erg leuk.

Het rapport wordt aan de demissionaire minister van VWS aangeboden. Wij vertrouwen erop dat de nieuwe minister van VWS met de betrokken partijen aan de slag gaat met de adviezen om onnodige bureaucratie terug te dringen en procedures verbeteren, zodat we de aandacht nog meer kunnen richten op het leveren van goede gepaste zorg.

Micky Adriaansens

Voorzitter Commissie Transparantie en Tijdigheid



Bijlage 1: gesprekspartners

De commissie heeft ten behoeve van het opstellen van de adviezen gesproken met de onderstaande personen.

- Henk Barink, Algemene Rekenkamer
- Jan Benedictus, Patiëntenfederatie Nederland
- Sander van Bellen, Coöperatie VGZ UA
- Elske van den Berg, Arkin
- Rob Beuse, De Hoogstraat Revalidatie
- Willem de Boer, MC IJsselmeerziekenhuizen
- Frank de Bos, Nederlandse Federatie van UMC's
- Jan van den Bosch, Zorginstituut Nederland
- Tessa de Bruin, GGZ Breburg
- Hanke Bruins Slot, Tweede Kamer
- Dirk Simon Buytendorp, Ministerie van Financiën
- Jaco van Duivenboden, Nictiz
- Bas van den Dungen, Ministerie van VWS
- Martijn van Eckveld, Nederlandse Zorgautoriteit
- Michael Ehlen, Laurentius Ziekenhuis
- Marie-Chantal Emmaneel, Algemene Rekenkamer
- Lieke Franken, Ministerie van Financiën
- Paul Frissen, Nederlandse School voor Openbaar Bestuur
- Erik Gerritsen, Ministerie van VWS
- Wijnand van Goudoever, Ministerie van Financiën
- Jan-Luuk de Groot, Coöperatie VGZ UA
- Marnelle de Groot, Nederlandse Zorgautoriteit
- Ditte Hak, Zilveren Kruis
- Johan Halverhout, Menzis
- Hans Hendriks, A.s.r. zorgverzekeraar
- Tom Hendriks, Ministerie van Financiën
- Arjan Hindriks, Zorginstituut Nederland
- Jiska van den Hoek, GGZ Nederland
- Steven Hofenk, De Friesland zorgverzekeraar
- Petra van Holst – Wormser, Zorgverzekeraars Nederland
- Myrthe de Jong, Ministerie van Financiën
- Marian Kaljouw, Nederlandse Zorgautoriteit
- Karlijn Kersten, Ministerie van Financiën
- Rob Kuipers, Algemene bestuursdienst
- Josefiën Kursten, Nederlandse Zorgautoriteit
- Theo Langejan, Twynstra Gudde
- Akkie Lansberg, A.s.r. zorgverzekeraar
- Johan van Manen, Nederlandse Zorgautoriteit
- Misja Mikkers, Nederlandse Zorgautoriteit
- Arnold Moerkamp, Zorginstituut Nederland
- Jeroen Muller, Arkin
- Peter Müller, Nederlandse Zorgautoriteit
- Theo Nieuwenhuijsen, Ministerie van VWS
- Kor Noorlag, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Margot Redel, Zorgverzekeraars Nederland
- Frank de Reij, Meander Medisch Centrum
- Stefan Roskam, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Erna Scholtes, Twynstra Gudde
- Henk Snapper, UMC Groningen
- Arno van Son, CZ
- Willem Spek, Zilveren Kruis
- Lucas Swennen, Logius
- Stephan Valk, Parnassia Groep
- Coen Veld, Ministerie van VWS
- Kees Vendrik, Algemene Rekenkamer
- Marijke Verbeek, GGZ Nederland
- Judith Verheijden, Ministerie van Financiën
- Ruben Wenselaar, Menzis
- Henny Wijngaard, Zorgverzekeraars Nederland
- Leon de Wit, Ministerie van Financiën
- Gabriël Zwart, Maastricht UMC+



Bijlage 2: lijst met afkortingen

- ACM: Autoriteit Consument en Markt
- AFM: Autoriteit Financiële Markten
- ARk: Algemene Rekenkamer
- BKZ: Budgettair Kader Zorg
- cGGZ: curatieve Geestelijke Gezondheidszorg
- DBC: Diagnose Behandeling Combinatie
- DNB: De Nederlandse Bank
- IGZ: Inspectie voor de Gezondheidszorg
- MBI: Macrobeheersingsinstrument
- MSZ: Medisch Specialistische Zorg
- NFU: Nederlandse Federatie van UMC's
- NVZ: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- NZa: Nederlandse Zorgautoriteit
- OHW: Onderhanden werk
- RvC: Raad van Commissarissen
- RvT: Raad van Toezicht
- SBR: Standard Business Reporting
- UMC: Universitair Medisch Centrum
- VWS: Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Wft: Wet financieel toezicht
- Wlz: Wet langdurige zorg
- Wmg: Wet marktordening gezondheidszorg
- Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning
- ZiNL: Zorginstituut Nederland
- ZN: Zorgverzekeraars Nederland
- ZVF: Zorgverzekeringsfonds
- Zvw: Zorgverzekeringswet