

Vergaderjaar 2014–2015

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 136

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2 oktober 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 22 mei 2014 over informatie inzake aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 117).

De vragen en opmerkingen zijn op 19 juni 2014 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 1 oktober 2014 zijn ze door hem beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

De griffier van de commissie,
Teunissen

I Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met veel interesse de brief over de aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg gelezen. Zij zijn verheugd te lezen dat de Minister in overleg met het veld maatregelen treft om de complexiteit van de verantwoording zo veel mogelijk terug te dringen. Een inzichtelijke bekostigingssystematiek en bijhorende verantwoording is essentieel om grip te houden op de zorguitgaven, voorkomt fraude en helpt verspilling terug te dringen. Wel hebben zij nog enkele vragen over deze aanpak, en de in de brief genoemde maatregelen.

Maatregelen: wat is er al gedaan?

De leden van de fractie van de PvdA merken ten aanzien van de genoemde maatregelen op dat zij gekenmerkt worden door een hoog top-down karakter. Zij merken op dat er wel sprake is van overleg tussen de verschillende partijen, maar dat uiteindelijk de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vooral met extra circulaire en handreikingen de gerezen problematiek wil aanpakken. Zij vragen of er ook een aanpak is overwogen waarbij de NZa meer in samenspraak met veldspelers tracht te komen tot een oplossing. Genoemde leden zijn van mening dat het louter overdragen van kennis, handreikingen en circulaire van de NZa minder effectief is dan het daadwerkelijk in overleg treden met de organisaties die deze regels dienen te implementeren en dienen te volgen. Niet alleen draagt dit bij aan de inbedding van deze regels in de verschillende organisaties, maar kunnen signalen vanuit deze organisaties ook eerder door de NZa worden opgepakt, en eventueel worden verwerkt in nieuwe, of aangepaste, beleidsregels. Genoemde leden vragen in het verlengde hiervan ook hoe de Minister het contact tussen de NZa en de instellingen waarop zij toezicht houdt, en dan met name de ziekenhuizen, zou karakteriseren. Is deze te kenmerken door incidenteel contact, of is hier toch sprake van meer structureel contact? Hoe onderhoudt de NZa haar contacten met de ziekenhuizen? Heeft een ziekenhuis een vast aanspreekpunt binnen de NZa waar deze zich kan melden met vragen en opmerkingen? Genoemde leden vragen hier expliciet naar, omdat zij signalen hebben dat sommige ziekenhuizen lastig toegang krijgen tot de NZa, er steeds minder sprake is van afstemming en overleg tussen de ziekenhuizen en de NZa, en dat eventuele vragen vaak niet afdoende worden beantwoord. Dit vragen de leden ook in het licht van de recente berichtgeving over de NZa in de NRC, waarin naar voren komt dat vertegenwoordigers van de NZa innige contacten onderhouden met bepaalde instellingen waarop zij dienen toe te zien. Genoemde leden vragen hoe ervoor wordt gezorgd dat alle ziekenhuizen in gelijke mate toegang hebben tot de NZa, en hierin geen ongelijkheid bestaat. Graag zouden deze leden een uitgebreide reactie krijgen van de Minister betreffende de relatie tussen de NZa en de ziekenhuizen waarop zij dient toe te zien. Ook vragen zij een reactie op de vraag in hoeverre de vermenging van zowel de vaststelling als de controle van de beleidsregels door een en dezelfde organisatie, eventueel tot problemen leidt. Is het denkbaar dat het beleid zoals dat nu door de NZa wordt opgesteld alsook gecontroleerd, beter gediend zou zijn wanneer deze taken bij twee verschillende instanties zouden worden belegd?

Uitgangspunten gezamenlijke aanpak

De leden van de fractie van de PvdA vragen of zij het juist hebben dat, wanneer een patiënt zorg heeft genoten in 2012 of 2013 en deze zorg onder een verkeerde code is gedeclareerd, hij zelf dient na te gaan of hij recht heeft op een eventuele verrekening van het eigen risico. Deze leden geven aan dat zij deze controle nu typisch een taak van de zorgverzekeraar vinden en dat deze, wanneer er inderdaad foutieve afrekeningen van het eigen risico plaats hebben gevonden, de verzekerde automatisch en zonder inspanning van de verzekerde, hiervoor compenseert. Graag ontvangen zij een uitgebreide toelichting op dit punt, waarin in ieder geval wordt ingegaan op de vraag hoeveel mensen dit betreft, om welk totaalbedrag dit bij benadering gaat, en de wijze waarop eventuele compensatie uit wordt gekeerd.

Verbetering declaratieketen naar de toekomst

De leden van de fractie van de PvdA onderschrijven het belang om ook in de toekomst op een juiste manier de uitgaven te kunnen verantwoorden. Verantwoording gaat volgens deze leden echter niet alleen over financiën, maar ook over de geleverde kwaliteit. Genoemde leden vragen of de Minister mogelijkheden ziet om het declaratiesysteem in de toekomst ook te voorzien van kwaliteitsindicatoren, waarmee niet alleen zicht is op de kosten maar ook op de kwaliteit van de afzonderlijke behandelingen. Graag ontvangen zij een uitgebreide toelichting op dit punt.

De leden van de fractie van de PvdA onderschrijven het belang van duidelijk wet- en regelgeving. Zij vinden het onwenselijk dat wet- en regelgeving achteraf uitgelegd dient te worden. De spelregels dienen op voorhand duidelijk te zijn, en niet tijdens het spel veranderd te worden. Zij gaan ervan uit dat dit soort nadere duidingen achteraf met de verbeteringen in de declaratieketen zo veel mogelijk tot het verleden zullen behoren. In welke gevallen acht de Minister nadere uitleg van bestaande wet- en regelgeving, die met terugwerkende kracht effect heeft, in de toekomst toelaatbaar? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting op dit punt.

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister. Zij vragen opheldering met betrekking tot de onderstaande punten.

Uitgangspunten gezamenlijke aanpak

De leden van de SP-fractie vragen of met de eenmalige gezamenlijke aanpak de geconstateerde problemen nu niet alleen vooruit geschoven worden. Zij zijn van mening dat het huidige zorgsysteem van concurrentie en op basis van duizenden verrichtingen inherent is aan de onzekerheid waarin ziekenhuizen verkeren. Hoe kan de Minister garanderen dat de problemen nu definitief zijn opgelost? Zij vragen of de Minister kan aangeven hoeveel ziekenhuizen gemiddeld kwijt zijn aan extra rentelasten vanwege de ontstane onzekere situatie, zowel in procentuele als in absolute zin. Zij vragen de Minister ook of er ziekenhuizen in de problemen zijn gekomen door hogere rentelasten. Zo ja, welke zijn dat en wat gaat de Minister daar aan doen? Deze leden vragen wat de termijn is dat duidelijk moet zijn wat de inkomsten van ziekenhuizen over enig jaar zijn, en verwachten een uitgebreide beantwoording van alle bovenstaande vragen.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat een systeem op basis van populatie-bekostiging niet tot deze onzekerheden voor ziekenhuizen zal leiden. Deelt de Minister hun mening op dit punt? Is de Minister bereid een systeem op basis van populatiebekostiging te onderzoeken? Zij vragen de Minister inzichtelijk te maken wat de kosten voor adviesbureaus en accountants zijn voor ziekenhuizen. Hoe groot was de stijging van de kosten voor administratieve en financiële diensten de afgelopen tien jaar, zowel in procentuele als in absolute zin? Deze leden rekenen op een uitgebreide reactie hierop.

Banken

De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij bereid is afspraken te maken met banken om de rentelasten te verminderen. Zij zijn van mening dat dit in het kader van het algemeen belang gerechtvaardigd is. Deelt de Minister die mening?

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennis genomen van de aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg. Deze leden zijn positief over het feit dat er zicht is op een oplossing waar de betrokken partijen zich in kunnen vinden. Er is echter nog wel een aantal onderdelen van de aanpak waar zij vragen bij hebben. Vooral bij het feit dat bij foutieve declaraties door zorgaanbieders onterecht geïnd eigen risico niet automatisch verrekend wordt hebben de leden van de CDA-fractie ernstige bedenkingen.

Zij constateren dat de uitkomsten van het uit te voeren onderzoek door instellingen tussen zorgverzekeraars en instellingen op totaalniveau verrekend worden. Deze leden lezen met verbazing dat hiermee wordt afgezien van een automatische correctie op het eigen risico. De leden van de CDA-fractie vinden het onaanvaardbaar dat patiënten hiermee de dupe kunnen worden van een verkeerde manier van declareren door de zorgaanbieder. Zij vragen een toelichting van de Minister waarom hier gekozen is voor een aanpak die de patiënt dupeert. Tot wanneer kunnen verzekerden nog bij hun verzekeraar aankloppen om alsnog een onderzoek in te stellen waardoor de verzekerde onterecht betaald eigen risico kan terug krijgen? Welke gegevens moet een verzekerde daarvoor aanleveren? Worden verzekerden actief geïnformeerd over deze mogelijkheid?

Er zijn afspraken gemaakt over het verbeteren van de ketendecclaraties. Voor de komende verantwoordingsjaren wordt er gestreefd dat de spelregels en interpretatie van regelgeving vooraf duidelijk zijn voor alle partijen. De leden van de CDA-fractie vragen of dit betekent dat is afgesproken dat in het vervolg de spelregels niet meer tussendoor gewijzigd mogen worden. Kan de Minister toezeggen dat nadere duiding van wet- en regelgeving achteraf (zoals dit is gebeurd in de circulaire van de NZa van februari 2014) voortaan niet meer zal voorkomen?

De kern van de oplossing is dat instellingen, medisch specialisten en zorgverzekeraars gezamenlijk een protocol opstellen op basis waarvan een gedegen aanvullend onderzoek uitgevoerd kan worden naar de declaraties van 2012 en 2013. De leden van de CDA-fractie vragen of de formele publicatie inmiddels door de NZa is gepubliceerd.

Zij constateren dat met de gemaakte afspraken een strak en bijzonder ambitieus tijdpad is uitgestippeld tot aan 15 december 2014. Zij vragen of en hoe de Minister de voortgang zal monitoren, en of zij op enige wijze hierin de regie neemt. De Minister geeft aan dat zij de Kamer zal informeren over de uitkomsten van de gepresenteerde aanpak. Op welke termijn wordt de Kamer hierover geïnformeerd?

Voor DBC's geopend in 2011 en gesloten in 2012 wordt voor het oude A-segment niet gecorrigeerd. Hetzelfde geldt voor de DOT-zorgproducten geopend en gesloten in 2012. De Minister geeft in de bijlage aan dat met het niet verwerken van de correcties in het transitie-model de foutieve declaraties ook niet worden teruggevorderd. De leden van de CDA-fractie vragen of dit gezien moet worden als een soort van amnestieregeling. Heeft de Minister werkelijk geen mogelijkheid gezien om hier een andere oplossing voor te regelen?

Inbreng D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over de aanpak van de jaarrekeningenproblematiek. Zij hebben nog verschillende vragen en opmerkingen bij de aanpak van de Minister.

De leden van de D66-fractie stellen vast dat de verantwoording over de transitiejaren medisch specialistische zorg momenteel met veel problemen gepaard gaat. Zij constateren dat de Minister daarom met verschillende veldpartijen is gekomen tot een actieplan om de complexiteit van de verantwoording terug te dringen. Zij verbazen zich erover dat een vertegenwoordiging van patiënten en verzekerden niet bij dit actieplan betrokken is, terwijl juist zij grote belangen hebben bij een goede verantwoording over de zorgmiddelen. Deze leden vragen waarom er geen vertegenwoordiging van patiënten en verzekerden betrokken is bij de overeengekomen maatregelen. Is de Minister bereid hen hier alsnog bij te betrekken?

De leden van de D66-fractie constateren dat de Minister met de betrokken partijen heeft afgesproken om voor de toekomst het proces en de keten van regelgeving, declaratie en controle, verantwoording en toezicht beter op elkaar af te stemmen. Deze leden lezen dat is afgesproken voor de komende verantwoordingsjaren de spelregels en interpretatie van regelgeving vooraf duidelijk te maken. Zij vernemen graag wanneer de NZa hierover duidelijkheid zal verschaffen.

De leden van de D66-fractie constateren dat de kern van de oplossing voor de verantwoording en jaarrekeningenproblematiek is dat instellingen, medisch specialisten en zorgverzekeraars gezamenlijk een controle- en onderzoeksprotocol opstellen op basis waarvan instellingen een aanvullend onderzoek zullen uitvoeren naar de declaraties over 2012 en 2013. De NZa zal hiertoe vooraf eenduidige normen stellen. Deze leden vragen waarom er voor gekozen is om de instellingen dit onderzoek zelf te laten uitvoeren? De hier aan het woord zijnde leden constateren dat de uitkomsten van het onderzoek door de accountants zullen worden onderzocht en beoordeeld door de NZa. Aanvullend zal tevens een expertgroep van zorgverzekeraars een oordeel over de door de ziekenhuizen uitgevoerde onderzoeken vellen. Deze leden constateren dat op basis van deze uitkomsten instellingen en zorgverzekeraars afspraken maken over de verrekening van de gevonden foutieve declaraties. De verrekening zal op totaalniveau plaatsvinden. Daarmee wordt feitelijk afgezien van correcties op het niveau van declaraties en van een automatische correctie op het eigen risico van de patiënt. Zij constateren dat patiënten zo het onterecht betaald eigen risico niet terugkrijgen. Zij

vragen de Minister waarom hiervoor gekozen is, en hoeveel verzekerden er door deze handelwijze worden gedupeerd. Wil de Minister het plan van aanpak zo aanpassen dat die verrekening wel plaatsvindt? Indien dit niet het geval is vragen zij de Minister dit toe te lichten. Is dit onderdeel ook besproken met een vertegenwoordiging van patiënten? Deze leden constateren dat als afweging bij voorgaande maatregel is meegenomen dat er wel degelijk zorg is geleverd en er ook kosten zijn gemaakt, maar er in die gevallen «de verkeerde declaratie» tussen ziekenhuis en verzekeraar heeft plaatsgevonden. Deze leden begrijpen deze redenering niet, omdat het zeer waarschijnlijk is dat in deze gevallen de «verkeerde declaratie» stukken hoger lag dan de eigenlijke declaratie. Dat kan een groot verschil maken ten aanzien van het eigen risico (dat kan oplopen tot 880 euro) dat de patiënt moet betalen. Deze leden vragen in dit geval tevens aan de Minister wat zij verstaat onder een «verkeerde declaratie». lezen dat in geval van een frauduleuze declaratie er wel een automatische correctie plaatsvindt. Kan de Minister aangeven wat het verschil is tussen een «verkeerde declaratie» en een «frauduleuze declaratie»? Deze leden lezen dat de gemaakte afspraken onverlet laten dat indien er aanwijzingen voor fraude of overtredingen zijn de NZa en het Openbaar Ministerie (OM) hun bevoegdheden op het gebied van toezicht en strafrechtelijke vervolging kunnen toepassen. De Minister voegt daar echter aan toe dat partijen zich in die gevallen zelf moeten melden bij de NZa of het OM en openheid van zaken moeten geven. Deze leden vragen de Minister of zij het realistisch acht dat zorginstellingen die frauduleus declareren zich zelf bij de NZa of het OM zullen melden? Deze leden vragen ook of de NZa en het OM zelf onderzoek blijven doen naar fraude en vervolging kunnen inzetten? Heeft de Minister hieromtrent afspraken gemaakt met de betrokken partijen, of zijn zij hierin nog steeds geheel vrij? Hoeveel zaken op het terrein van frauduleuze declaraties hebben de NZa en het OM op dit moment in onderzoek?

De leden van de D66-fractie constateren dat er geen sprake is van een juridische verplichting ten aanzien van de betrokken partijen om mee te doen aan de overeengekomen aanpak. Zij vragen of inmiddels duidelijk is of alle instellingen mee gaan doen. Hoeveel instellingen hebben zich bij de Minister gemeld om gebruik te maken van de mogelijkheid van uitstel van indiening van de jaarverslaglegging?

De leden van de D66-fractie stellen vast dat het uitvoeren van de afspraken en de doorlooptijd daarvan betekent dat de afwikkeling van het macrobeheersinstrument (mbi) voor 2012 en 2013 verder moet worden verschoven. Zij vragen of daaruit opgemaakt moet worden dat de Minister voorziet dat van het mbi gebruik gemaakt zal moeten worden.

Inbreng fractie 50PLUS/Baay

De fractie 50PLUS/Baay heeft enkele vragen naar aanleiding van de brief van de Minister van VWS van 22 mei 2014. Zij citeert daaruit: «Ten behoeve van de regelgeving 2015 heeft de NZa, naast de reguliere consultatiemomenten met veldpartijen, extra afstemmingsoverleggen gepland die er specifiek op toe moeten zien dat er maximale duidelijkheid is over de (interpretatie van) regelgeving. In dit traject is ook ruimte voor discussie over specifieke regels.

De «veldpartijen» mogen in overleg treden met de NZa over de specifieke regelgeving omtrent verantwoording en jaarrekeningen. De Minister is een voorstander van dit overleg, omdat het zou leiden tot maximale duidelijkheid over/van de regelgeving én de interpretatie daarvan. Is de Minister het eens met de fractie 50PLUS/Baay dat het aan partijen overlaten van de interpretatie van regelgeving en die interpretatie vervolgens sanctioneren/codificeren op de door hen gewenste wijze een

voorbeeld is of kan zijn van een glijdende schaal? Zou het niet beter zijn wanneer de regels zodanig duidelijk zijn dat de ruimte voor interpretatie minder groot is dan de Minister nu lijkt te suggereren? Het lijkt erop dat de Minister de interpretatieruimte positief waardeert. Is dat feit gelegen in haar voorkeur voor «op afstand zetten» en minder overheidsbemoeienis? De fractie 50PLUS/Baay maakt zich er zorgen over dat de Minister zich steeds meer lijkt te willen verlaten op de NZa, terwijl deze steeds minder aanleiding geeft voor dit vertrouwen. Het lijkt er bovendien op dat de Minister de NZa niet alleen de regels laat stellen of invullen – in overleg met veldpartijen – maar ook uiteindelijk de NZa dezelfde regels vervolgens weer laat handhaven. Ziet de fractie 50PLUS/Baay dit juist, en is de Minister het met deze fractie eens dat dit een onwenselijke situatie is? Zo ja, hoe gaat de Minister deze onwenselijke situatie voorkomen dan wel wegnemen?

Wij citeren de Minister opnieuw: «In het verlengde van het uitstel voor indiening van de jaarverslaggeving krijgen de instellingen ook uitstel voor het indienen van de verantwoording over het honorariumbudget van vrijgevestigd medisch specialisten.» (Brief d.d. 22 mei 2014). Over deze uitspraak vraagt deze fractie de Minister het volgende: kan zij aangeven hoe lang de termijn voor indiening van de genoemde verantwoording kan worden opgerekt? Is de Minister het eens met de fractie 50PLUS/Baay dat het wenselijk is om de vrijgevestigde medisch specialisten mee te nemen in het «normale ritme» van de jaarverslaggeving van de instelling(en)? Zo nee, op grond waarvan deelt zij deze mening niet?

Ook op grond van de Wet normering topinkomens wordt feitelijk een uitzondering gemaakt op de verplichting van volledigheid van de jaarrekening, omdat de gegevens over de «topinkomens» op een ander – wettelijk vastgelegd – tijdstip, namelijk op 1 juli, moeten worden aangeleverd. Deze fractie is van mening dat een jaarverslag (of een verantwoordingsdocument) pas bruikbaar is als het volledig is en in één keer wordt gepubliceerd, ten behoeve de transparantie, deelt de Minister deze mening? Is zij tevens van mening dat als de informatie over de inkomens van de top – die toch echt ook een relatie hebben met de omzet en dergelijke van de instelling – eerder bekend is, de gronden voor uitstel van de indiening van de jaarrekening of andere vormen van uitstel wegvallen? Zo nee, waarom niet?

Het «ritme» van jaarverslaggeving en verantwoording is wat de fractie 50PLUS/Baay betreft een voorwaarde voor transparantie voor de stakeholders/belanghebbenden, voor de burger, voor iedereen. Waarom is het niet mogelijk dat medisch specialisten en vrijgevestigde medisch specialisten meedoen in het normale jaarverslaggevings- en verantwoordingsritme van de zorginstelling? Is de Minister het met deze fractie eens dat een vast «ritme» de transparantie ten goede komt? Zo nee, waarom niet?

Een korte vraag tot slot: wanneer er geen goedkeurende verklaring wordt afgegeven, wat zijn dan de gevolgen? De Minister noemt de banken die «hun consequenties trekken» in haar brief van 22 mei 2014, maar wat zijn de andere gevolgen, en wil de Minister heel specifiek en concreet hierover zijn? Kan zij daarbij ook vooral ingaan op de niet-financiële gevolgen?

II Antwoord/reactie van de Minister

Inleiding

Een aantal fracties heeft vragen gesteld naar aanleiding van mijn brief van 22 mei 2014 over de aanpak jaarrekeningen medisch specialistische zorg (TK 32 620, nr. 117). Met deze brief beantwoord ik die vragen. Hierbij zal ik allereerst ingaan op de volgende onderdelen waarover meerdere fracties

vragen hebben: de wijze waarop met het eigen risico wordt omgegaan in het plan van aanpak, de regelgeving van de NZa, en de rol van de NZa in het kader van regulering en toezicht. Vervolgens zal ik de specifieke vragen per fractie beantwoorden.

Eigen risico

Meerdere fracties vragen op welke wijze het eigen risico wordt verrekend. Ook wordt gevraagd voor hoeveel verzekerden deze verrekening relevant is en wat de omvang hiervan bij benadering is.

Om inzicht te krijgen in de omvang van groep mensen waarbij het eigen risico wordt geraakt is ten eerste inzicht nodig in de omvang van foutieve declaraties. Dit moet blijken uit het onderzoek dat ziekenhuizen uitvoeren in het kader van de afgesproken aanpak. Een inschatting van de omvang is op dit moment derhalve niet te maken. Wel kan worden opgemerkt dat het om een aantal aanwijsbare redenen waarschijnlijk om een beperkte groep patiënten zal gaan:

- Er is in het overgrote deel van de gevallen wel degelijk zorg geleverd. Er is echter niet correct gedeclareerd: in plaats van het gedeclareerde zorgproduct zou dan bijvoorbeeld een ander zorgproduct gedeclareerd moeten worden. In een dergelijk geval kan er sprake zijn van geen of een beperkt effect op het betaalde eigen risico.
- Het potentiële effect op het eigen risico van patiënten spitst zich toe op relatief eenvoudige ingrepen: bij de relatief complexe zorg zal een correctie van de prijs immers niet leiden tot aanpassing van het betaalde eigen risico.
- Er zijn veel patiënten die als gevolg van zorgkosten in de eerstelijns (zoals fysiotherapie en door de huisarts voorgeschreven farmaceutische producten) het eigen risico opmaken. En er zijn patiënten die andere ziekenhuiskosten maken waardoor zij het eigen risico opmaken. Het aanpassen van de declaratie zou voor deze groep geen effect hebben op het betaalde eigen risico.
- Kinderen zijn uitgesloten van het eigen risico, zodat eventuele correcties op die gedeclareerde zorgproducten in dit kader geen eigen risico effect hebben.

Verzekerden kunnen bij eventuele twijfels over bovenstaande bij hun zorgverzekeraar de vraag stellen of in zijn/haar geval een correctie op het eigen risico van toepassing is. Zorgverzekeraars gaan dergelijke vragen vervolgens voor de verzekerde grondig uitzoeken. Het is expliciet onderdeel van de afgesproken aanpak dat de verzekerde dit niet zelf op hoeft te knappen, dit moet de verzekeraar voor hem doen.

De motie van de leden Bruin Slot en Dijkstra (TK 28 828, nr. 66) heeft de regering opgeroepen zich ervoor in te zetten dat ook de gedupeerde patiënten die zich niet zelf melden, het onterecht betaalde eigen risico terugkrijgen. Over de wijze van uitvoering van deze motie heb ik contact met de betrokken veldpartijen.

Regelgeving NZa

Meerdere fracties vinden het onwenselijk dat de spelregels gedurende het jaar wijzigen en vragen in dat kader of en in hoeverre ik nadere uitleg van bestaande wet- en regelgeving, die met terugwerkende kracht effect heeft, in de toekomst toelaatbaar acht.

Het streven is heldere regelgeving, waarbij uitleg achteraf niet meer nodig is. Niet alleen de regulator zelf, maar ook betrokken veldpartijen hebben een belangrijke rol om deze helderheid voorafgaand aan het jaar te

verkrijgen. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en ook accountants moeten eventuele onduidelijkheden tijdig signaleren, zodat dit tijdig, dus voorafgaand aan het jaar kan worden opgelost. Belangrijke aspecten hierbij zijn bijvoorbeeld de uitvoerbaarheid en verantwoording van de declaratie- en registratieregels. Voorgaande hoeft overigens niet te betekenen dat de zorg tot in detail gereguleerd moet worden. De zorgverlening is dermate complex en persoonsafhankelijk dat de regulator er bewust voor kiest dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars ten aanzien van het declareren van die zorg op onderdelen bepaalde vrijheden hebben.

Rol NZa

Verschillende fracties vragen naar de wenselijkheid om zowel de regulering als de handhaving door de NZa uit te laten voeren.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar mijn aanbiedingsbrief bij het rapport van de commissie Borstlap, evaluatie NZa-Wmg en nadere beoordeling bestuurskosten NZa van 2 september 2014, waarbij ik uitgebreid bij dit punt heb stilgestaan. Zoals aangegeven in die aanbiedingsbrief zal ik één en ander de komende periode zorgvuldig afwegen en hierop terugkomen in een uitgebreide reactie.

PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA vragen of er ook een aanpak is overwogen waarbij de NZa meer in samenspraak met veldspelers tracht te komen tot een oplossing.

Het plan van aanpak jaarrekeningen zoals dat met brief van 22 mei 2014 aan de Kamer is toegezonden is nadrukkelijk een aanpak die in gezamenlijkheid met alle betrokken partijen is overeengekomen. Op de eerste plaats is van belang dat de regelgeving helder moet zijn. Helderheid over de interpretatie van regelgeving was een cruciale en noodzakelijke voorwaarde om tot het plan van aanpak te kunnen komen. Hiertoe zijn vragen over de interpretatie van regelgeving door veldpartijen ingebracht en besproken met de NZa in een intensieve, periodieke overlegstructuur. Uiteindelijk heeft de NZa over de ingebrachte punten op 16 juli 2014 een zogenaamde «verboden-toegestaan»-lijst gepubliceerd en daarmee helderheid geboden over de interpretatie van regelgeving. Ziekenhuizen voeren op basis van de vastgestelde normen een omzetonderzoek uit, accountants brengen over dit uitgevoerde onderzoek een rapport van bevindingen uit en vervolgens toetsen verzekeraars de rapporten.

De leden van de PvdA fractie vragen verder hoe ik het contact tussen de NZa en de instellingen waarop de NZa toezicht houdt, en dan met name de ziekenhuizen, zou karakteriseren: of deze te kenmerken is door incidenteel contact, of dat er sprake is van meer structureel contact? Hoe onderhoudt de NZa haar contacten met de ziekenhuizen? Heeft een ziekenhuis een vast aanspreekpunt binnen de NZa waar deze zich kan melden met vragen en opmerkingen? Verder vraagt de PvdA fractie hoe ervoor wordt gezorgd dat alle ziekenhuizen in gelijke mate toegang hebben tot de NZa, en hierin geen ongelijkheid bestaat.

In mijn aanbiedingsbrief bij het rapport van de commissie Borstlap, evaluatie NZa-Wmg en nadere beoordeling bestuurskosten NZa, heb ik aangegeven dat de NZa de verschillende rollen niet in isolatie van de veldpartijen kan uitvoeren. Zowel bij regulering als bij toezicht is een relatie met het veld van onmisbaar belang. Dat maakt dat er altijd op verschillende wijze contacten zullen zijn en ook moeten zijn, alleen ook

hier zal de invulling per rol verschillen. De intensiteit van de relatie van de NZa als regulator met het veld moet groter zijn dan die van de NZa in haar rol als toezichthouder. Ook het karakter van de relatie van een toezichthouder met een ondertoezichtgestelde verschilt wezenlijk van de relatie in het kader van regulering.

De NZa heeft op grond van artikel 13, tweede lid van het Bestuursreglement van de NZa drie Adviescommissies ingesteld. Dat betreft een adviescommissie voor de care-sector (V&V, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ), en twee adviescommissies voor de cure-sector (instellingen, curatieve GGZ en forensische zorg, vrije beroepsbeoefenaren en ketens). In deze commissies hebben vertegenwoordigers zitting van brancheorganisaties van zorgaanbieders en verzekeraars. De NZa streeft ernaar dat een adequate vertegenwoordiging aanwezig is, bijvoorbeeld door waar nodig wetenschappelijke verenigingen uit te nodigen. Deze commissies adviseren de Raad van Bestuur over vast te stellen of te wijzigen beleid en over eventuele andere zaken die de Raad van Bestuur aan de adviescommissie voorlegt. De technische voorbereiding van beleidsregels of (nadere) regels kan verder ook worden besproken met deskundigen in technisch overleg. Aan het Technisch Overleg nemen brancheorganisaties van aanbieders en verzekeraars deel. De werkwijze en procedures rondom deze Adviescommissies zijn vastgelegd in de Regeling Adviescommissies NZa.

De NZa heeft geen vast aanspreekpunt of accounthouder per ziekenhuis. Bij vragen kunnen ziekenhuizen contact opnemen met de informatielijn van de NZa. Omvangrijke vraagstukken/casuïstiek wordt binnen de NZa wel bij een specifieke medewerker ondergebracht die dan in principe ook de contacten over dit vraagstuk met het ziekenhuizen onderhoudt.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de Minister mogelijkheden ziet om het declaratiesysteem in de toekomst ook te voorzien van kwaliteitsindicatoren, waarmee niet alleen zicht is op de kosten maar ook op de kwaliteit van de afzonderlijke behandelingen.

De huidige bekostiging van de medisch specialistische zorg bevat geen belemmeringen voor het integreren van kwaliteitsindicatoren, en daarmee het betalen voor geleverde kwaliteit. Daar zijn geen aanpassingen in het declaratiesysteem voor noodzakelijk. Waar het echter vaak nog aan ontbreekt, is juist de beschikbaarheid van eenduidige, door alle betrokken partijen onderschreven kwaliteitsindicatoren. Ik verwacht dat Zorginstituut Nederland er (door middel van onder andere ontwikkeling, toetsing en registratie), samen met betrokken partijen, voor zal gaan zorgen dat dergelijke indicatoren wél beschikbaar gaan komen. Vervolgens is aan het verzekeraars en instellingen om in de zorginkoop specifieke, meetbare en afrekenbare afspraken te maken over kwaliteit, naast prijs en volume van de te leveren zorg.

SP-fractie

De leden van de SP-fractie vragen of met de eenmalige gezamenlijke aanpak de geconstateerde problemen nu niet alleen vooruit geschoven worden en hoe gegarandeerd kan worden dat de problemen nu definitief zijn opgelost.

In de brief van 22 mei 2014 is een aanpak gepresenteerd die een oplossing biedt voor de jaarrekeningen 2013. Een belangrijk onderdeel van deze aanpak is het bieden van duidelijkheid met betrekking tot de huidige regelgeving door de NZa: deze verduidelijking is voor zover relevant meegenomen in de regelgeving voor 2015, zodat de aanpak ook een

structureel effect heeft. Dit wil overigens niet zeggen dat we nu klaar zijn, het systeem van dbc's is een systeem dat gaandeweg verbeterd moet worden.

De leden van de SP-fractie vragen of de Minister kan aangeven hoeveel ziekenhuizen gemiddeld kwijt zijn aan extra rentelasten vanwege de ontstane onzekere situatie, zowel in procentuele als in absolute zin. Of er ziekenhuizen in de problemen zijn gekomen door hogere rentelasten. Zo ja, welke zijn dat en wat gaat VWS daar aan doen?

Ik beschik niet over deze informatie.

De leden van de SP-fractie vragen wat de termijn is dat duidelijk moet zijn wat de inkomsten van ziekenhuizen over enig jaar zijn.

Ziekenhuizen moeten uiterlijk 5 maanden na afloop van het betreffende jaar hun jaarrekening deponeren. Dit betreft de verantwoording van de ziekenhuisomzet.

Voor het bepalen van de ziekenhuisuitgaven die relevant zijn voor het BKZ en de afwikkeling van het macrobeheersinstrument (mbi) gaat VWS uit van de schadelastcijfers van verzekeraars. In de huidige aanwijzing macrobeheersmodel medisch specialistische zorg staat opgenomen dat de mbi afrekening over jaar t in december jaar t+1 plaatsvindt. Zoals gemeld in mijn brief van 22 mei 2014 en mijn brief van 1 september 2014 over tijdelijke verdaging macrobeheersinstrument (TK 29 248, nr. 271) is als gevolg van de aanpak jaarrekeningen voor de jaren 2012 en 2013 de afwikkeling van het mbi verschoven naar 2015.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat een systeem op basis van populatiebekostiging niet tot deze onzekerheden voor ziekenhuizen zal leiden en vragen of ik deze mening deel. De leden van de SP-fractie vragen mij daarbij of ik een systeem op basis van populatiebekostiging wil onderzoeken.

Ik constateer dat de SP fractie een ander bekostigingssysteem wil introduceren en dat wij over de wijze waarop het stelsel ingericht moet worden sterk van mening verschillen. De mate waarin er sprake is van onzekerheid is afhankelijk van vele factoren zoals de marktomstandigheden en de bekostigingssystematiek. Ook in een systeem van populatiebekostiging kan het, afhankelijk van de vormgeving, zo zijn dat instellingen te maken hebben met onzekerheden. Overigens ben ik niet tegen onzekerheden of financiële risico's voor zorginstellingen. Integendeel, mits goed vormgegeven dragen (financiële) prikkels bij aan de dynamiek en innovatie in de sector. Ik ben ervan overtuigd dat deze aanpak binnen de contouren van het huidige stelsel de beste garantie is voor een goede inrichting van de zorg.

De leden van de SP-fractie vragen of inzichtelijk gemaakt kan worden wat de kosten voor adviesbureaus en accountants zijn voor ziekenhuizen. Hoe groot was de stijging van de kosten voor administratieve en financiële diensten de afgelopen tien jaar, zowel in procentuele als in absolute zin.

VWS beschikt niet over deze informatie.

De leden van de SP-fractie vragen verder of ik bereid ben afspraken te maken met banken om de rentelasten te verminderen.

Het verminderen van de rentelast en daarmee het beperken van de kosten voor ziekenhuizen zou een gunstig effect kunnen hebben op de zorguitgaven. Ik ga echter niet over de rentes die banken met individuele ziekenhuizen afspreken: deze rente zal onder andere afhankelijk zijn van de omstandigheden in de zorgmarkt en de situatie bij het individuele ziekenhuis. Overigens ligt het wetsvoorstel vergroten investeringsmogelijkheden in de zorg in de Eerste Kamer. Het vergroten van de investeringsmogelijkheden in de zorg zal het eigen vermogen van instellingen versterken, waar dan de rentelasten dalen.

CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie constateren dat de kern van de oplossing is dat instellingen, medisch specialisten en zorgverzekeraars gezamenlijk een protocol opstellen op basis waarvan een gedegen aanvullend onderzoek uitgevoerd kan worden naar de declaraties van 2012 en 2013. De CDA fractie vraagt of de formele publicatie inmiddels door de NZa is gepubliceerd.

Het bedoelde protocol van de veldpartijen is te vinden op: <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/omzetverantwoording-2013/>.

De leden van de CDA fractie vragen of en hoe VWS de voortgang van het plan van aanpak zal monitoren, en of VWS op enige wijze hierin de regie neemt. Verder vraagt de CDA fractie op welke termijn de Kamer wordt geïnformeerd over de uitkomsten van de gepresenteerde aanpak.

Periodiek vindt onder leiding van VWS bestuurlijk overleg plaats over de voortgang van het plan van aanpak. Zoals te zien in de brief van 22 mei 2014 loopt het plan van aanpak tot eind 2014. Naar verwachting kan ik de Kamer over de uitkomsten in januari 2015 rapporteren.

De leden van de CDA-fractie vragen of het niet meenemen van declaraties die betrekking hebben op het oude A-segment gezien moet worden als een soort van amnestieregeling en vragen of er geen mogelijkheid is om hier een andere oplossing voor is.

Nee, er is geen sprake van een amnestieregeling. De reden voor het uitsluiten van het oude A-segment is erin gelegen dat verwerken van correcties op declaraties ook tot aanpassing zou leiden van het transitiebedrag. Dit zou concreet betekenen dat instellingen eventuele omzetcorrecties naar aanleiding van het uitgevoerde onderzoek via het transitie-model weer zouden terugkrijgen. Via dit model worden verschillen tussen het declaratiesysteem op basis van DOT en het oude FB immers groten-deels gemitigeerd.

D66-fractie

De leden van de D66-fractie vragen waarom er geen vertegenwoordiging van patiënten en verzekerden betrokken is bij de overeengekomen maatregelen en vragen of VWS bereid hen hier alsnog bij te betrekken.

Er is geen vertegenwoordiging vanuit de patiënten en verzekerden betrokken geweest omdat dit gezien de aard van de problematiek niet direct voor de hand lag. De problematiek zag immers toe op a) interpretatie van regelgeving en b) tijdelijke onzekerheid vanwege het transitie-model. De aanleiding voor het plan van aanpak was de onzekerheden die accountants constateerden bij de jaarrekeningen van ziekenhuizen.

Wel kan opgemerkt worden dat eventuele effecten op het eigen risico relevant zijn voor patiënten en verzekerden: dit is door de betrokken partijen ook onderkend bij het opstellen van het plan van aanpak, zoals te zien in de brief van 22 mei 2014. Ten aanzien van het eigen risico is de motie Bruin-Slot/Dijkstra relevant en de uitwerking daarvan in overleg met veldpartijen. VWS zal zorgen dragen voor de betrokkenheid vanuit bijvoorbeeld de NPCF.

De leden van de D66-fractie vragen wanneer de NZa over de spelregels en interpretatie van regelgeving voor de komende verantwoordingsjaren duidelijkheid zal verschaffen.

Op de eerste plaats is over de interpretatie van regelgeving door de NZa duidelijkheid verschaft met het publiceren van de zogenaamde «verboden-toegestaan lijst» van 15 juli 2014. Deze is gepubliceerd op de website van de NZa. Voor de punten waarvoor dit relevant was is deze verduidelijking ook meegenomen in de regelgeving medisch specialis-tische zorg 2015, welke 17 juli is gepubliceerd. Over de regelgeving 2015 en de interpretatie daarvan vindt overleg plaats tussen NZa en veldpar-tijen.

De leden van de D66-fractie vragen waarom er voor gekozen is om de instellingen het omzetonderzoek zelf te laten uitvoeren.

De ziekenhuizen hebben, mede naar aanleiding van het onderzoek van de NZa bij het St. Antonius ziekenhuis, zelf het initiatief genomen om de onzekerheden in de omzet weg te nemen door een uitgebreid onderzoek te willen uitvoeren op de declaraties. Ik vind het ook een goede zaak dat ziekenhuizen dat zelf oppakken. Ik benadruk dat in de opzet bovendien voldoende waarborgen zitten dat dit onderzoek goed plaatsvindt:

- De NZa heeft een lijst met controlepunten vastgesteld
- Er is voor elk van die controlepunten bepaald hoe het onderzoek moet plaatsvinden door middel van een controleaanpak
- Een externe accountant ziet toe op het correct uitvoeren van het onderzoek
- Een externe expertgroep onder leiding van verzekeraars beoordeelt de uitkomsten van het onderzoeken.

De NZa wordt geïnformeerd over de door individuele ziekenhuizen uitgevoerde onderzoeken. Hierbij geldt dat deze aanpak onverlet laat dat indien er aanwijzingen voor fraude of overtredingen zijn de NZa en het Openbaar Ministerie hun bevoegdheden op het gebied van toezicht en strafrechtelijke vervolging kunnen toepassen.

De leden van de D66 fractie vragen verder wat wordt verstaan onder een «verkeerde declaratie» en of aangegeven kan worden wat het verschil is tussen een «verkeerde declaratie» en een «frauduleuze declaratie». Verder vraagt de D66 fractie of het realistisch is dat zorginstellingen die frauduleus declareren zich zelf bij de NZa of het OM zullen melden en of de NZa en het OM zelf onderzoek blijven doen naar fraude en vervolging kunnen inzetten. De leden van de D66 fractie vragen of de Minister hieromtrent afspraken gemaakt met de betrokken partijen, of zij hierin nog steeds geheel vrij zijn. Verder wordt gevraagd hoeveel zaken op het terrein van frauduleuze declaraties de NZa en het OM op dit moment in onderzoek hebben.

Bij fraude is er sprake van het overtreden van (declaratie)regels en opzettelijk en misleidend handelen met als oogmerk (financieel) verkregen voordeel. Bij fouten of onjuiste declaraties is er wel sprake van het overtreden van (declaratie)regels en kan er sprake zijn van (financieel)

voordeel, maar is er geen sprake van opzettelijk en misleidend handelen. In het kader van het jaarrekeningentraject hebben zorgaanbieders, gezamenlijk met zorgverzekeraars, de handschoen opgepakt om de declaraties nader onder de loep te nemen. Het traject jaarrekeningen laat, zoals gemeld in de brief van 22 mei, onverlet indien er aanwijzingen voor fraude of overtredingen zijn de NZa en het Openbaar Ministerie (OM) hun bevoegdheden op het gebied van toezicht en strafrechtelijke vervolging kunnen toepassen. Ik heb in dezelfde brief aangegeven dat het mijn inziens in lijn is met de afspraken dat partijen zich in die gevallen zelf melden bij de NZa of het OM en openheid van zaken geven, en heb partijen bij die gelegenheid opgeroepen om dat in die gevallen te doen. In de brief van de Ministers van VWS en VenJ van 26 juni 2014 (639513-123145-FBZ) wordt ingegaan op het aantal zaken dat in onderzoek is, ik verwijs u voor deze informatie naar die brief.

De leden van de D66-fractie vragen of er inmiddels duidelijk is of alle instellingen meedoen en hoeveel instellingen hebben zich bij de Minister gemeld om gebruik te maken van de mogelijkheid van uitstel van indiening van de jaarverslaglegging.

De NVZ en NFU hebben mij desgevraagd aangegeven dat alle ziekenhuizen mee doen aan het omzetonderzoek. Verder doen circa 50 zelfstandig behandelcentra mee. De instellingen hebben zich niet hoeven melden voor de mogelijkheid van uitstel omdat er generiek uitstel is verleend, zoals benoemd in mijn brief van 22 mei.

De leden van de D66-fractie stellen vast dat het uitvoeren van de afspraken en de doorlooptijd daarvan betekent dat de afwikkeling van het macrobeheersinstrument (mbi) voor 2012 en 2013 verder moet worden verschoven. Zij vragen of uit het verschuiven van de afwikkeling van het macrobeheersinstrument voor 2012 en 2013 opgemaakt moet worden dat wordt voorzien dat van het mbi gebruik gemaakt zal moeten worden.

Door de aanpak in het kader van de jaarrekeningen kan pas op een later moment worden bepaald wat de macro-uitgaven medisch specialistische zorg in 2012 en 2013 zijn geweest. Dat is ook het geëigende moment voor besluitvorming over inzet van het mbi. Omdat het bepalen van de macro-uitgaven nodig is voor het correct afwickelen van het mbi moet het moment waarop het mbi wordt afgewikkeld formeel worden verplaatst.

Fractie 50PLUS/Baay

De fractie 50PLUS/Baay vraagt of het aan partijen overlaten van de interpretatie van regelgeving en die interpretatie vervolgens sanctioneren/codificeren op de door hen gewenste wijze een voorbeeld is of kan zijn van een glijdende schaal.

VWS is een voorstander van heldere regelgeving. Dat de NZa bij het opstellen van die regelgeving veldpartijen betreft is een goede zaak. Het moet immers voorkomen worden dat regelgeving onduidelijk is en er in de praktijk problemen ontstaan in de uitvoering of achteraf bij de verantwoording. Het met partijen bespreken van (de interpretatie van) regelgeving is wat anders dan hun wensen «zomaar» overnemen. Er is dan ook geen sprake van een glijdende schaal: de regelgeving is immers geen gezamenlijk product. Niemand anders dan de NZa is verantwoordelijk voor het vaststellen van de (declaratie)regelgeving.

Daarnaast vraagt de fractie 50PLUS/Baay of het niet beter zou zijn wanneer de regels zodanig duidelijk zijn dat de ruimte voor interpretatie minder groot is en vraagt of VWS de interpretatieruimte positief waardeert.

Het is sterk de vraag of het tot in detail vastleggen van (declaratie)regeling altijd nodig en wenselijk is. Dit is in sommige gevallen niet goed voor het kunnen leveren van maatwerk in de sector. Op onderdelen van de regelgeving kan het om deze reden juist beter zijn dat instellingen en verzekeraars meer ruimte hebben om onderlinge afspraken te maken onder welke voorwaarden zorg gedeclareerd mag worden.

De fractie 50PLUS/Baay vraagt of VWS het wenselijk acht om de vrijgevestigde medisch specialisten mee te nemen in het «normale ritme» van de jaarverslaggeving van de instelling(en).

Het reguliere verantwoordingsmoment voor de honorariabudgetten ligt op 1 juni. Dat is ook de datum waarop de jaarrekeningen gedeponereerd moeten worden.

De fractie 50PLUS/Baay vraagt of VWS het eens is met de stelling dat een jaarverslag (of een verantwoordingsdocument) pas bruikbaar is als het volledig is en in één keer wordt gepubliceerd, ten behoeve de transparantie. Verder vraagt de fractie 50PLUS/Baay of in het geval de informatie over de inkomens van de top eerder bekend is, de gronden voor uitstel van de indiening van de jaarrekening of andere vormen van uitstel wegvallen.

De grond voor het uitstel voor ziekenhuizen van het indienen van de jaarrekeningen over 2013 is een andere: namelijk de onzekerheid in de omzet en de actie die partijen daartoe ondernemen, zoals beschreven in het plan van aanpak jaarrekeningen. Voor de aanlevering van de inkomensgegevens geldt gewoon de uiterste datum die in de Wet normering topinkomens is genoemd: 1 juli.

De fractie 50PLUS/Baay vraagt tot slot wat de gevolgen zijn wanneer er geen goedkeurende verklaring wordt afgegeven. De fractie 50PLUS/Baay vraagt daarbij specifiek naar de niet-financiële gevolgen.

Het plan van aanpak is erop gericht dat instellingen uiteindelijk een jaarrekening kunnen opleveren met een goedkeurende verklaring. Voor zover er sprake is van een niet goedkeurende verklaring is het niet mogelijk ten algemene uitspraken te doen over eventuele niet-financiële gevolgen. Dit is afhankelijk van de situatie bij elk individueel ziekenhuis.