

Vergaderjaar 2010–2011

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**Nr. 210**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 juni 2011

Op grond van artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG), informeer ik u hierbij over de zakelijke inhoud van mijn voornemen tot het geven van een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om:

- a) de opbrengstresultaten van de gebudgetteerde instellingen voor curatieve geestelijke gezondheidszorg en categorale instellingen voor medisch specialistische zorg<sup>1</sup> vast te stellen en gelegenheid te bieden deze opbrengsten te verrekenen met zorgverzekeraars. Ik ben voornemens daarvoor dezelfde methodiek te gebruiken als bij ziekenhuizen,
- b) de informatie waarop de afwikkeling van de opbrengstresultaten wordt gebaseerd voor alle gebudgetteerde instellingen in de curatieve zorg te synchroniseren en
- c) een versnelling in de financiële afwikkeling van de opbrengstresultaten voor alle instellingen toe te passen.

Op de voornemens ga ik hieronder punt voor punt in. De aanwijzing zou moeten gaan gelden met ingang van de opbrengstverrekening voor het budgetjaar 2010.

#### **Ad a) Opbrengstverrekening**

Bij brieven van 19 januari 2009 en van 30 maart 2009 is het parlement geïnformeerd over de voortzetting van de verrekening van de opbrengstresultaten (overfinanciering) van ziekenhuizen zoals die met de komst van de Zorgverzekeringswet in gang is gezet<sup>2</sup>. In die brieven is aangegeven dat het opbrengstresultaat het verschil is tussen het budget van een ziekenhuis enerzijds en de door het ziekenhuis, via gedeclareerde dbc's (inclusief verrekentarieven), gerealiseerde opbrengst anderzijds. Het gaat hierbij alleen om de dbc's die behoren tot het zogenoemde A-segment

<sup>1</sup> Algemene en categorale ziekenhuizen (inclusief long/astmacentra), academische ziekenhuizen, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra en dialysecentra.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2008–2009, 29 248, nr. 76 en 78.

waarop de beleidsregels met betrekking tot de functiegerichte budgettering van toepassing zijn. Zolang de ziekenhuizen worden bekostigd op basis van budgetten treden deze verschillen met de opbrengsten uit tarieven op. Dit is inherent aan de gekozen financiering- en bekostigingswijze. Het blijkt namelijk erg moeilijk om vooraf precies in te schatten welke aantallen en soorten dbc's een ziekenhuis gaat produceren en welke opslag op het tarief hiervoor zou moeten gelden, om budget en opbrengst gelijk te laten zijn. De opbrengst zal dus niet precies aansluiten op het budget. Zodra een ziekenhuis een hogere opbrengst heeft dan het budget is er sprake van een opbrengstoverschot, is dit andersom, dan is er sprake van een opbrengsttekort.

Deze verschillen moeten door het ziekenhuis met de zorgverzekeraars worden verrekend.

De oorspronkelijke verrekensystematiek was gebaseerd op de vooronderstelling dat het aantal verzekerden van een zorgverzekeraar dat de instelling als patiënt bezoekt in het jaar t hetzelfde is in het jaar waarop de tariefaanpassing plaats vindt, zodat bij gelijkblijvende productie de zorgverzekeraar het in het jaar t (achteraf gezien) te veel betaalde krijgt gecompenseerd in een later jaar. Zodra er echter substantiële verzekerdenverschuivingen tussen zorgverzekeraars plaats vinden of kunnen vinden is die methodiek niet meer hanteerbaar. Datzelfde geldt echter ook als de verzekerdenpopulatie van een zorgverzekeraar in onderscheiden jaren meer of minder gebruik maakt van een instelling.

Alle betrokken partijen {de NZa, het College voor zorgverzekeringen (CVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie voor Universitair medische centra (NFU)} en mijn ministerie hebben gezamenlijk een methode ontwikkeld om de opbrengstresultaten vast te stellen en te verrekenen. Daarbij is gekozen voor een directe verrekening via een «vast bedrag». Inmiddels heeft de NZa op basis van deze methode reeds het opbrengstresultaat over het jaar 2005 tot op 2009 vastgesteld. De informatie van de NZa over de opbrengstresultaten gecombineerd met de informatie over de marktaandelen van verzekeraars van het CVZ resulteren in een vaststelling van bedragen die per jaar, per ziekenhuis, per verzekeraar verrekend moeten worden tussen een verzekeraar en een aanbieder. De wijze waarop er wordt terugbetaald laat ik aan hen zelf over.

De toegepaste methode bevat zo goed, dat de gebudgetteerde instellingen voor curatieve geestelijke gezondheidszorg (curatieve GGZ) en categorale instellingen voor medisch specialistische zorg en de zorgverzekeraars deze ongewijzigd willen gebruiken voor de afwikkeling van de opbrengstresultaten over 2010 en latere jaren.

De aanwijzing zal gelet op het voorgaande vrijwel identiek kunnen zijn aan de eerdere aanwijzingen voor de ziekenhuizen waarvan de zakelijke inhoud bij het parlement is voorgehangen<sup>1</sup>.

### **Ad b ) Synchronisatie opbrengstverrekening**

Momenteel gelden voor de gebudgetteerde curatieve GGZ en de somatische zorg verschillende methoden voor de verrekening van de opbrengstresultaten. Dit is het verschil tussen het vastgestelde budget en de dbc-omzet van de instelling. De met zorgverzekeraars te verrekenen bedragen met betrekking tot de ziekenhuiszorg worden gebaseerd op marktaandelen van de onderscheiden zorgverzekeraars per instelling. De marktaandelen die voor de gebudgetteerde curatieve GGZ worden gebruikt zijn gebaseerd op de informatie van de zorgaanbieders, terwijl de marktaandelen voor de somatische zorg zijn gebaseerd op de informatie van de zorgverzekeraars.

<sup>1</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2006–2007, 29 248, nr. 38 en 78.

De NZa heeft het voornemen deze twee methoden van verrekening van het opbrengstverschil te synchroniseren door de opbrengstverrekening voor de curatieve GGZ te laten aansluiten bij de methode voor de somatische zorg. De synchronisatie per budgetjaar 2010 komt tegemoet aan de wens van de zorgverzekeraars om de opbrengstverrekening GGZ te baseren op de marktaandeelgegevens van de zorgverzekeraars in plaats van de gegevens van de aanbieders. Dit is van belang aangezien de risicodragendheid van zorgverzekeraars voor de curatieve GGZ op 1 januari 2010 is gestart. Hierbij is het van belang dat de opbrengstverrekening wordt vastgesteld op basis van door verzekeraars gecontroleerde omzetgegevens gekoppeld aan de juiste verzekeraarsinformatie.

Met de synchronisatie zal de uniformiteit en dus de transparantie van het dbc-systeem voor de curatieve GGZ toenemen. De administratieve lasten voor de gebudgetteerde curatieve GGZ instellingen verminderen door het gebruik van de gegevens van de zorgverzekeraars voor de marktaandelen. Voor de gebudgetteerde curatieve GGZ instellingen verandert de hoogte van de opbrengstverrekening niet, wel de verdeling over de verschillende zorgverzekeraars. De marktaandelen moeten alsnog worden bepaald door een andere instantie (CVZ/NZa: extra administratieve lasten). De verrekening op basis van marktaandelen zorgverzekeraars moet wachten op de beschikbaarheid van die marktaandelen. De informatie over marktaandelen op basis van de declaratiegegevens (verantwoordingsdocumenten) is eerder beschikbaar. Met onderstaande versnelling wordt dit nadeel echter ondervangen. Alles afwegende vind ik, in combinatie met de hierna te beschrijven versnelling, de beoogde synchronisatie een goede ontwikkeling.

#### **Ad c ) Versnelling opbrengstverrekening**

Het is wenselijk dat voor alle gebudgetteerde instellingen in de curatieve zorg een versnelling van de opbrengstverrekening plaats vindt. De huidige verdeling van de opbrengstverrekening naar de verschillende zorgverzekeraars vindt bij de ziekenhuiszorg plaats in het jaar t+2. Dit omdat de marktaandelen jaar t van de zorgverzekeraar vanwege de doorlooptijd van de dbc's pas in het jaar t+2 bekend zijn.

Die versnelling bestaat uit het verrekenen van de opbrengstresultaten van het jaar t van instellingen in het jaar t+1 op basis van marktaandelen van zorgverzekeraars in het jaar t-1, met een correctie voor de zorgverzekeraars op basis van de daadwerkelijke marktaandelen over het jaar t in het jaar t+2.

De NZa beziet welke technische uitwerking noodzakelijk is om te gelegener tijd aan de te geven aanwijzing gevolg te kunnen geven. Het CVZ wordt daarbij betrokken vanwege de levering van de noodzakelijke informatie.

Voordeel is dat hierdoor de opbrengstverrekening van jaar t voor de gehele curatieve zorg kan plaatsvinden met een snelheid die nagenoeg gelijk is aan de snelheid van de huidige GGZ methode (jaar t+1). Een dergelijke versnelling is tevens voor de gebudgetteerde GGZ-instellingen een randvoorwaarde om mee te werken aan de verdeling op basis van de marktaandelen van de zorgverzekeraars, zoals hiervoor bij de synchronisatie is geschetst. Door de versnelling toe te passen kan de financiële afwikkeling tussen instelling en zorgverzekeraar een jaar eerder op gang komen dan de huidige systematiek bij de ziekenhuizen. Indien lang op deze afwikkeling moet worden gewacht kunnen liquiditeitsproblemen bij de instellingen ontstaan indien partijen onderling niet tot een voorlopige verrekening kunnen komen. Buiten de gebudgetteerde curatieve GGZ instellingen treedt bij steeds meer andere categorieën van gebudget-

teerde instellingen een verschil op tussen de opbrengst uit in rekening te brengen tarieven en het functiegericht budget voor die instellingen. Met de synchronisatie wordt een uniform kader neergelegd voor alle categorieën.

Op basis van de voorgestelde systematiek zal de definitieve vaststelling voor de somatische instellingen iets vertragen ten opzichte van de huidige systematiek. De definitieve verdeling verschuift in jaar t-2 van 1 september jaar t naar 1 november jaar t. De definitieve verdeling opbrengstverschil t-2 wordt namelijk meegenomen als correctie met de verdeling van het opbrengstverschil t-1. Een consequentie van deze versnelling is een extra berekening door het CVZ en daarmee een toename van het capaciteitsbeslag bij het CVZ. In de verantwoording van de opbrengstverrekening zal duidelijk zichtbaar blijven welk bedrag op welk jaar betrekking heeft zodat verzekeraars de bedragen naar het juiste schadejaar kunnen herleiden.

Ter voorkoming van misverstanden zij geschreven dat er niet twee maal wordt afgerekend. De instellingen en verzekeraars rekenen af op basis van de marktaandelen t-1. Voor de verzekeraars vindt op basis van de werkelijke marktaandelen een correctie plaats in het jaar t+2. Dit heeft geen gevolgen voor de instellingen, deze rekenen jaarlijks alleen het door de NZa vastgestelde bedrag af op basis van de marktaandelen t-1 inclusief een correctie voor de werkelijke marktaandelen.

Alles overziende vind ik de voordelen opwegen tegen de nadelen en ben voornemens de versnelling in de aanwijzing op te nemen.

### **Voorgenomen tijdpad opbrengstverrekening**

Het voorgenomen tijdpad dat door NZa en CVZ is voorzien wordt – met de introductie van de versnelling – als volgt:

- a. September jaar t+1 vaststelling opbrengstresultaten per instelling over jaar t door de NZa
- b. Eind september jaar t+1 vaststelling definitieve marktaandelen zorgverzekeraars per instelling jaar t-1 door het CVZ<sup>1</sup>
- c. Begin november jaar t+1 vaststelling voorlopige verrekeningsbedragen per aanbieder, per verzekeraar door CVZ: een zorgverzekeraar kan voorlopige opbrengstresultaat over jaar t vaststellen door de opbrengstresultaten jaar t te vermenigvuldigen met de definitieve marktaandelen jaar t-1
- d. Eind september jaar t+2 vaststelling definitieve marktaandelen jaar t
- e. November jaar t+2 vaststelling definitieve verrekeningsbedragen per aanbieder, per verzekeraar door CVZ: een zorgverzekeraar kan definitieve opbrengstresultaat over jaar t vaststellen door opbrengstresultaten jaar t te vermenigvuldigen met de definitieve marktaandelen jaar t

Stap b. en c. zijn nieuw en zorgen er voor dat de zorgverzekeraars één jaar eerder al een idee kunnen krijgen over het financiële gevolg van de verrekening van de opbrengstresultaten. Het betreft dan nog een voorlopig resultaat, want het is gebaseerd op de marktaandelen van een jaar eerder.

### **Wetswijziging opbrengstverrekening**

Met de aanwijzing wordt aan de NZa opdracht gegeven de beleidsregels op te schorten die leiden tot verrekening van opbrengstresultaten in de tarieven, uitgaande van de wens van een instelling en de betrokken zorgverzekeraars. Die wens betreft enkel de methodiek van onderlinge

---

<sup>1</sup> Door CVZ is aangegeven dat deze in september de marktaandelen kenbaar zou kunnen maken. Voor verzekeraars is dit belangrijk omdat met a en b eigen berekeningen uitgevoerd kunnen worden ten behoeve van de premieberekening.

afrekening tussen de instelling en de zorgverzekeraars. Zou die ontbreken bij een van de partijen dan zou moeten worden teruggevallen op de beleidsregels die afrekening via een aanpassing van de tarieven voorschrijven. Gebleken is dat geen van de betrokken partijen daar voorstander van is. Voor ziekenhuizen is het bijkans onuitvoerbaar – dan wel slechts gepaard gaande met hoge administratieve lasten – voor onderscheiden zorgverzekeraars onderscheiden tarieven voor het A-segment te hanteren.

Niettegenstaande de instemming bij de wijze van onderlinge afrekening staat vast dat de NZa in ieder geval bevoegd is om uit te rekenen wat de overschrijding is per ziekenhuis en per zorgverzekeraar en daarmee het bedrag te bepalen dat onderling moet worden verrekend<sup>1</sup>. De NZa heeft – zoals geschetst – in het vervolg daarop de wettelijke bevoegdheid op te leggen dat de afrekening gebeurt door middel van een tariefverlaging tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar. De NZa schort op grond van de gegeven aanwijzing die bevoegdheid op als partijen op vrijwillige basis tot een andere wijze van afrekening willen overgaan. Met het wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging WMG krijgt de NZa de wettelijke bevoegdheid die wijze van afrekening voor te schrijven<sup>2</sup>.

De aanwijzing baseer ik op artikel 7 van de WMG. Overeenkomstig artikel 8 van die wet zal tot het geven van de aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat dertig dagen verstreken zijn na verzending van deze brief.

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

---

<sup>1</sup> Zorgverzekeraar Menzis heeft beroep aangetekend tegen een besluit van de NZa inzake het te verrekenen bedrag over en de verdeling tussen de jaren 2005 en 2006. Het gaat daarbij niet om de vrijwillige methodiek van afrekenen maar om de verdeling tussen die jaren en de gevolgen die dat heeft voor de macronacalculatie over die jaren.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 393, nrs. 1–3.