



Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 19 juni 2009, nr. Z/F-2929111, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg inzake de overdekking ziekenhuiszorg 2007 en volgende jaren

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

Besluit:

Artikel 1

1. Deze aanwijzing is van toepassing op zorg geleverd door instellingen voor medisch specialistische zorg, die tarieven in rekening hebben gebracht of zouden hebben kunnen brengen voor prestaties, omschreven als diagnose behandelingcombinaties, geleverd in het jaar 2007 of in latere jaren en waarop functiegerichte budgettering of bekostiging van toepassing was, verder te noemen ziekenhuizen.
2. In deze aanwijzing wordt onder ziekenhuis mede begrepen de medisch specialisten die in of ten behoeve van dat ziekenhuis werkzaam zijn.

Artikel 2

1. De Nederlandse Zorgautoriteit, verder te noemen de zorgautoriteit, stelt voor 2007 en daarna voor ieder volgend jaar, mede op basis van door die ziekenhuizen verstrekte gegevens, per ziekenhuis ambtshalve vast, het verschil tussen het budget en de daadwerkelijke opbrengst die is toe te rekenen aan de in dat jaar geleverde productie, verder te noemen het opbrengstverschil.
2. De zorgautoriteit stelt ambtshalve ter verrekening van het opbrengstverschil per ziekenhuis per jaar een bedrag vast.
3. De zorgautoriteit schort de toepassing op van de reguliere verrekening van opbrengstverschillen, zoals die verrekening in haar beleidsregels was vormgegeven op het moment van inwerkingtreding van de aanwijzing inzake de overdekking ziekenhuiszorg 2005 en 2006, voor zover de verrekening van het bedrag als bedoeld in het tweede lid daadwerkelijk plaats vindt.

Artikel 3

1. De zorgautoriteit stelt voor 2007 en daarna voor ieder volgend jaar, mede op basis van door het College voor zorgverzekeringen, verder te noemen het CVZ, verstrekte gegevens, per ziekenhuis ambtshalve vast, welk deel van het opbrengstverschil, zoals genoemd in artikel 2, eerste lid, is toe te rekenen aan te onderscheiden individuele, in het desbetreffende jaar werkzame:
 - a. verzekeraars als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en,
 - b. andere particuliere verzekeraars, zijnde financiële ondernemingen die ingevolge de Wet op het financieel toezicht in Nederland het bedrijf van verzekeraar uitoefenen.
2. De zorgautoriteit vermeldt de in het vorige lid bedoelde toerekening naar verzekeraars in een brief waarmee zij het bedrag, bedoeld in artikel 2, tweede lid, aan het desbetreffende ziekenhuis bekend maakt.
3. De zorgautoriteit vermeldt de in het eerste lid bedoelde toerekening voor de onderscheiden individuele verzekeraar in een brief waarmee zij het bedrag, bedoeld in artikel 2, tweede lid, aan deze bekend maakt.



Artikel 4

Deze aanwijzing treedt terstond in werking en wordt met de toelichting geplaatst in de Staatscourant.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink.*



TOELICHTING

Instellingen voor medisch specialistische zorg, verder in deze aanwijzing gezamenlijk aangeduid als ziekenhuizen, worden (mede)bekostigd via een budget. Het is moeilijk om de hoogte van dit budget juist te bepalen. Het aantal en de soorten A-diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) die een ziekenhuis gaat produceren en de bijbehorende tarieven die hiervoor zouden moeten gelden, zijn erg lastig vooraf precies in te schatten. De opslag op de tarieven (verreken-percentage) die nodig is om het budget en de opbrengst op hetzelfde niveau te brengen, is dan ook moeilijk te berekenen. Zolang de budgetsystematiek bestaat, zal de daadwerkelijke gerealiseerde DBC-opbrengst daarom afwijken van het toegekende budget, en zal er sprake zijn van opbrengstverschillen. Indien de DBC-opbrengst van het ziekenhuis hoger is dan het budget is er sprake van een opbrengstoverschot, en moet het ziekenhuis terugbetalen aan de verzekeraars. Indien de DBC-opbrengst lager is dan het budget is er sprake van een opbrengst-tekort, en heeft het ziekenhuis een vordering op de verzekeraars. In 2005 en 2006 was het opbrengstverschil op macroniveau positief voor ziekenhuizen. Er was dus sprake van een opbrengstoverschot. Ook voor 2007 is dit naar alle waarschijnlijkheid het geval. Deze overschotten moeten de ziekenhuizen verrekenen met de verzekeraars.

Gezien de aanzienlijke omvang van de verschillen zou verrekening via aanpassing van het verreken-percentage in het volgend jaar, leiden tot grote tarief-schommelingen. Dit is ongewenst. In overleg met alle betrokken partijen (de Nederlandse Zorgautoriteit, verder te noemen de zorgautoriteit, het College voor zorgverzekeringen, verder te noemen het CVZ, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra en de Orde van Medische Specialisten) is daarom een alternatieve verrekenmethode ontwikkeld. Deze gaat uit van een afzonderlijke, directe verrekening tussen ziekenhuizen en verzekeraars via een 'vast bedrag'. Hiervoor levert het CVZ aan de zorgautoriteit informatie over de marktaandeelen van verzekeraars. In een eerdere aanwijzing, waarvan de zakelijke inhoud is voorgehangen bij beide Kamers der Staten-Generaal (Kamerstukken II, vergaderjaar 2006–2007, 29 248, nr. 38), heb ik de zorgautoriteit gevraagd deze methode toe te passen voor de jaren 2005 en 2006. Inmiddels is duidelijk geworden dat er ook na 2006 nog sprake zal zijn van substantiële opbrengstverschillen. De voorliggende aanwijzing strekt er toe de beleidsregels van de zorgautoriteit zodanig aan te passen dat vanaf het jaar 2007 de opbrengstverschillen tussen ziekenhuizen en verzekeraars structureel via 'vaste bedragen' worden verrekend. Deze methode is ook van toepassing op de verrekening van de lumpsum voor medisch specialisten. Deze lumpsum is overigens met ingang van 2008 afgeschaft.

Om zeker te zijn dat er uiteindelijk op de een of andere wijze tot verrekening wordt overgegaan, wordt de reguliere systematiek niet afgeschaft, maar opgeschort. Dit biedt ook de mogelijkheid om te gelegener tijd die reguliere systematiek te vervangen door een wettelijke systematiek, die de zekerheid biedt, dat er wordt verrekend met dezelfde uitkomsten als die thans met de alternatieve verreken-systematiek voor de jaren 2005 en 2006 en voor de jaren 2007 en volgende met deze aanwijzing, wordt beoogd. De inzet van die wettelijke systematiek zal niet nodig zijn als partijen naar verwachting die afgesproken systematiek hebben gevolgd.

De beide Kamers der Staten-Generaal zijn bij brief van 30 maart 2009 op de hoogte gesteld van de zakelijke inhoud van onderhavige aanwijzing (Kamerstukken II, 2008/2009, 29 248, nr. 78).

Artikelsgewijs

Artikel 1

Dit artikel beperkt de werkingssfeer van de aanwijzing tot instellingen voor medisch specialistische zorg en medisch specialisten, die tarieven in rekening hebben gebracht of zouden hebben kunnen brengen voor prestaties, omschreven als DBC's, geleverd in het jaar 2007 of in latere jaren en op wie functiegerichte budgettering of bekostiging (voor instellingen) respectievelijk de lumpsumsystematiek (voor medisch specialisten) van toepassing was.

Artikel 2

Dit artikel draagt de zorgautoriteit op, ambtshalve het opbrengstverschil met betrekking tot het jaar 2007, en daarna voor ieder volgend jaar, per ziekenhuis vast te stellen. De zorgautoriteit gaat bij de berekening uit van de door de ziekenhuizen versterkte gegevens. Zij mag daarbij ook gegevens betrekken die eerder, dan wel in een ander kader, aan haar zijn verstrekt. De zorgautoriteit legt het per jaar berekende bedrag vast in een beschikking aan het desbetreffende ziekenhuis. Met het derde lid wordt de toepassing van de reguliere verrekenmethodiek voor 2005 en volgende jaren opgeschort, voor zover de verreken-methodiek als bedoeld in deze aanwijzing ook daadwerkelijk wordt gehanteerd.



Artikel 3

Op grond van dit artikel gaat de zorgautoriteit over tot de jaarlijkse ambtshalve toerekening naar de individuele verzekeraar van het opbrengstverschil per ziekenhuis. Daarbij maakt de zorgautoriteit per jaar gebruik van de gegevens over de marktverdeling van de onderscheiden verzekeraars per onderscheiden ziekenhuis. Deze gegevens worden door het CVZ verstrekt. De zorgautoriteit legt de jaarlijkse toerekening naar verzekeraars vast in een brief, waarmee zij het opbrengstverschil aan de desbetreffende ziekenhuizen bekend maakt. De individuele verzekeraars krijgen bericht over het totale opbrengstverschil per ziekenhuis en over hun eigen aandeel in de verrekening van dat verschil. De ziekenhuizen en verzekeraars regelen de verrekening onderling.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink.*