

Vergaderjaar 2006–2007

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 38

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 juni 2007

Bij brief van 12 juni 2006 (Kamerstukken II, vergaderjaar 2005–2006, 29 248, nr. 27) heb ik u geïnformeerd over de uitkomsten van het onderzoek naar het verloop van de DBC-declaraties en het onderhanden werk. Uit analyse van gegevens bleek dat er over 2005 sprake was van een overdekking van de budgetten van de ziekenhuizen. De declaraties van DBCs (inclusief verrekenpercentages) aangevuld met onderhanden werk bleken landelijk fors hoger te zijn dan de budgetten van de ziekenhuizen. Het budget is het bedrag waar het ziekenhuis recht op heeft en de declaraties dienen voor het ziekenhuis slechts ter dekking van dit budget. Het teveel betaalde moet weer terugvloeien naar verzekeraars. In bovengenoemde brief is aangegeven dat overdekking van het budget normaliter wordt gecorrigeerd door een verlaging van de tarieven in latere jaren. Zolang er per verzekeraar geen grote verschuivingen zijn in aantallen verzekerden die gebruik maken van een ziekenhuis, leidt dit er toe dat gemiddeld genomen de verzekeraar het teveel betaalde bedrag in een later jaar van het ziekenhuis terug krijgt. Dit wordt anders als er een grote wisseling van verzekerdenaantallen per verzekeraar is. Een dergelijke systematiek leidt er dan toe dat het voordeel van een lager tarief bij een andere verzekeraar terecht kan komen dan degene die de rekening heeft betaald.

Vanwege de invoering van de Zorgverzekeringswet en de grote verschuiving door verzekerden naar andere verzekeraars per 2006 en het hoge bedrag aan overdekking, leidt dit tot ongewenste financiële gevolgen voor verzekeraars.

Een ander probleem dat zou ontstaan bij de reguliere verwerking van de overdekking via de tarieven, is dat dit grote schommelingen in de DBC-tarieven zou veroorzaken. Daarom is bij zowel de overdekking 2005 als 2006 ervoor gekozen om de verrekening niet via de DBC-tarieven te doen, maar via eenmalige verrekening tussen ziekenhuis en verzekeraar.

In mijn brief van 21 juni 2006 (Kamerstukken II, vergaderjaar 2005–2006, 29 248, nr. 28) heb ik aangegeven welke afspraken er zijn gemaakt om deze problematiek van de overdekking op te lossen.

Bij brief van 4 december 2006 (Kamerstukken II, vergaderjaar 2005–2006, 29 248 nr. 32) heb ik u de meest recente ontwikkelingen meegedeeld. Ik heb aangegeven dat er over de eerste acht maanden van 2006 ook sprake zal zijn van overdekking en dat in 2007 de afrekening over 2005 zou plaatsvinden.

Stand van zaken

De voorlopige overdekking 2005 is in augustus 2006 door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) berekend op € 569 mln. Voor de bepaling van het definitieve bedrag aan overdekking 2005 is het nodig om gegevens van de ziekenhuizen te hebben over de daadwerkelijke opbrengsten 2005. Het beeld is op dit moment nog niet volledig, omdat niet alle instellingen conform de daarvoor geldende afspraken, deze gegevens hebben aangeleverd. De verwachting is dat de definitieve overdekking 2005 op basis van deze gegevens van de ziekenhuizen hoger zal zijn dan het voorlopig vastgestelde bedrag.

De DBC-tarieven zijn met ingang van september 2006 door de NZa aangepast op basis van de gegevens die toen aanwezig waren. Dit betekent dat vanaf september 2006 er naar verwachting weer een situatie is ontstaan waarbij de tarieven *grosso modo* de budgetten dekken.

Over de eerste acht maanden van 2006 is er nog wel overdekking ontstaan en dit dient ook opgelost te worden. Op dit moment zijn er nog geen gegevens van de ziekenhuizen over 2006 bekend. Uitgaande van de situatie over 2005 verwacht ik dat de overdekking 2006 enkele honderden miljoenen euro's zal bedragen.

In de afgelopen maanden heeft intensief overleg plaats gehad met betrokken partijen om dit probleem van de overdekking 2005 en 2006 op te lossen.

De totale overdekking voor ziekenhuizen en specialisten (2005 en de eerste acht maanden van 2006) wordt vastgesteld op basis van gegevens van de ziekenhuizen door een vergelijking van de opbrengsten (declaraties) met de budgetten. Hierover hebben betrokken partijen overeenstemming bereikt. Ziekenhuizen zullen dit totale bedrag moeten verrekenen met verzekeraars. De invulling van de verrekening wordt overgelaten aan de individuele ziekenhuizen en verzekeraars. De verrekening kan op diverse wijzen vorm krijgen, bijvoorbeeld door betaling van een bedrag ineens of door saldering met nog te betalen rekeningen.

Bij de toedeling van het bedrag naar de jaren 2005 en 2006 speelt echter het volgende. Ziekenhuizen hebben in hun jaarrekening een inschatting gemaakt van DBCs die in 2005 zijn geopend, maar pas in 2006 zouden worden afgesloten. De schatting van dit onderhanden werk 2005 door de ziekenhuizen wordt toegerekend aan de opbrengst 2005 en bepaalt daarmee de hoogte van de overdekking in dat jaar. Ziekenhuizen hebben de schatting onderhanden werk 2005 conform de richtlijnen uitgevoerd. Echter deze inschatting is, mede door het ontbreken van ervaring met de waardering van onderhanden werk in het eerste jaar van de DBCs, over het algemeen zeer voorzichtig gedaan door de ziekenhuizen. Verzekeraars hebben recentelijk aangegeven dat op basis van de ontvangen declaraties het volgende blijkt. Op basis van de declaraties wordt een hogere waarde aan het onderhanden werk bij ziekenhuizen toegekend. De overdekking 2005 zal op basis van declaratiegegevens

hoger zijn dan op basis van gegevens vanuit ziekenhuizen. Dit betekent dat verzekeraars over 2005 meer geld zouden moeten terugkrijgen van de ziekenhuizen.

Aangezien de totale overdekking 2005 en 2006 niet wijzigt, betekent een aanpassing in de overdekking 2005 een omgekeerde correctie voor 2006. Een andere berekening van het onderhanden werk leidt tot het toerekenen van kosten en/of opbrengsten naar een ander jaar. Voor ziekenhuizen heeft een lagere of hogere raming van het onderhanden werk 2005 geen directe gevolgen. Onderhanden werk heeft geen gevolgen voor het resultaat, omdat dit bepaald wordt door het budget, de kosten en het totaal van de declaraties.

Voor verzekeraars levert een andere verdeling een andere schadelast per jaar en dus per verzekeraar op. Bij de verzekeraars heeft het toerekenen naar een ander jaar dus wel resultaatseffect. Met name door de grote veranderingen van 2005 naar 2006 is dit voor het probleem van overdekking van groot belang.

Daarbij was er sprake van een bijzondere situatie door de samenloop van een aantal ontwikkelingen.

In 2005 is de DBC-systematiek ingevoerd. Dat is gepaard gegaan met het onbedoeld ontstaan van een substantiële overdekking.

Daaropvolgend is per 2006 de Zorgverzekeringswet ingevoerd, hetgeen geleid heeft tot de overgang naar zorgverzekeraars (waarmee een einde kwam aan het verschil tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars). Per 2006 zijn andere rechtspersonen de verzekering gaan uitvoeren. En voor deze rechtspersonen gold een ander risicoregime dan voor de onderscheiden verzekeraars in 2005. En tenslotte komt daar nog bij dat in 2006 een groot aantal verzekerden voor een andere verzekeraar heeft gekozen.

Over onderhanden werk 2006 kan hetzelfde gezegd worden als over onderhanden werk 2005. Dit zou er toe leiden dat ook voor 2006/2007 een dergelijke operatie zou moeten worden uitgevoerd. Maar er is sprake van een andere situatie. Van 2006 naar 2007 is geen sprake is van verschillende rechtspersonen bij verzekeraars en er zijn minder grote verschuivingen zijn verzekerden. Daarnaast is er geen of nauwelijks meer sprake van overdekking.

Vanwege deze redenen blijft de bijzondere oplossing voor 2005 en 2006 beperkt tot een eenmalige operatie en wordt uitsluitend voor het jaar 2005 gerekend met de declaratiegegevens van verzekeraars.

Eventuele verschillen die toch ontstaan worden verrekend conform de reguliere methode, namelijk via een aanpassing van de tarieven in een later jaar.

Aanpak en planning

Het bedrag van de totale overdekking wordt gebaseerd op gegevens van de ziekenhuizen.

Voor de toedeling naar de jaren 2005 en 2006 wordt eenmalig gebruik gemaakt van opgaven van door verzekeraars betaalde declaraties aan ziekenhuizen (en specialisten).

In deze toedeling zal tevens rekening worden gehouden met de verdeling van de feitelijke kosten per DBC. Op basis van gegevens uit DIS zal berekend worden of de feitelijke kosten gelijkmatig over de duur van de DBC verdeeld zijn (hetgeen zou leiden tot een toerekening van 50% van de kosten van een DBC aan 2005 en 50% aan 2006 per DBC), of dat een andere verdeling beter is.

Voor de ziekenhuizen en specialisten maakt een andere toerekening naar jaren overigens weinig uit. De raming van het onderhanden werk zoals

berekend door ziekenhuizen, wordt niet aangepast, het totaal te verrekenen bedrag over 2005 en 2006 blijft hetzelfde. Er dient alleen met andere verzekeraars verrekend te worden.

De NZa doet een informatieverzoek aan partijen. Dit zal er toe leiden dat aanbieders de benodigde informatie voor de vaststelling van de opbrengstresultaten aanleveren. Mochten aanbieders dit niet doen, dan kan de NZa zelf op basis van beschikbare informatie de bedragen vaststellen. Het doel is dat uiterlijk 1 september de NZa deze bedragen vast kan stellen. Voor de medisch specialisten zal dit naar verwachting nog wel enige problemen opleveren, aangezien de afwikkeling van oude jaren ook nog plaats moet vinden in de komende maanden. Het is dan de bedoeling om dan zo goed mogelijk een bedrag te berekenen, zodat het totale bedrag aan overdekking in ieder geval per 1 september 2007 bekend is.

Ten behoeve van de afwikkeling 2005 zal de NZa, op basis van de opbrengstresultaten 2005 en de definitieve marktaandelen van verzekeraars over 2005, een toerekening maken van overdekking per ziekenhuis en per verzekeraar.

Voor de afwikkeling van 2005 wordt aanvullend door de NZa op basis van de opbrengstresultaten 2006 en door CvZ opgevraagde declaratiegegevens van verzekeraars en de definitieve marktaandelen van verzekeraars over 2005 een berekening gemaakt. Dit betreft een berekening van het bedrag dat op basis van declaratiegegevens ook op 2005 betrekking heeft. Het CvZ heeft daartoe in mei 2007 declaratiegegevens bij verzekeraars opgevraagd.

Dit aanvullende bedrag zal door de NZa per ziekenhuis toegerekend worden naar de betreffende verzekeraar in 2005.

Ten behoeve van de afwikkeling over 2006 zal de NZa op basis van de opbrengstresultaten 2006 en voorlopige marktaandelen 2006, en gecorrigeerd voor de aanvullende toerekening naar 2005, een berekening maken van de bedragen per ziekenhuis en verzekeraar voor 2006. Deze worden op basis voorlopige marktaandelen verdeeld naar verzekeraars.

Per 1 september 2007 zal hiermee het traject grotendeels afgerond zijn.

De financiële afwikkeling kan daarna plaats vinden.

Er resteert dan nog een actie in het voorjaar van 2008. Op basis van gegevens over de definitieve marktaandelen zal de definitieve afrekening over 2006 in de zomer van 2008 door CvZ plaatsvinden door een verrekening tussen verzekeraars onderling.

Aanwijzing ex Wet marktordening gezondheidszorg (WMG)

Om uitvoering te geven aan de gemaakte afspraken ben ik voornemens op grond van artikel 7 van de WMG een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit, hierna te noemen NZa.

Ik informeer u hierbij, op grond van artikel 8 van de WMG, over de zakelijke inhoud van mijn voornemen tot het geven van deze aanwijzing. Overeenkomstig genoemd artikel zal tot het geven van de aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat dertig dagen verstreken zijn na verzending van deze brief.

Zakelijke inhoud aanwijzing

Ik heb de Tweede Kamer met brief van 12 juni 2006 geïnformeerd over de oplossingswijze van het probleem van de overdekking. Een aantal elementen van deze oplossing dient formeel geregeld te worden middels een aanwijzing.

De overdekking 2005 en 2006 wordt niet verwerkt door een verlaging van de tarieven in komende jaren, maar via een separate verwerking over de desbetreffende jaren, op basis van gegevens van ziekenhuizen. Eventuele mutaties op een later tijdstip zullen verwerkt worden via de reguliere verrekenwijze.

In deze separate verwerking wordt op basis van declaratiegegevens van verzekeraars berekend welk bedrag over 2005 verrekend zal worden in plaats van over het jaar 2006.

De overdekking zal door de NZa per ziekenhuis naar rato van het aantal verzekerden worden vastgesteld voor de betrokken verzekeraars. De «rato van het aantal verzekerden» wordt bepaald aan de hand van markt-aandelen per verzekeraar per ziekenhuis. Hiervoor kan de NZa gebruik maken van cijfers die het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft. De Stichting Uitvoering Omslagregelingen (SUO) betreft op haar beurt de toerekening van de NZa bij een goede afwikkeling van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ 1998).

De wijze waarop de terugbetaling tussen ziekenhuis en verzekeraar plaats vindt, wordt aan betreffende partijen zelf overgelaten.

Een afschrift van deze brief stuur ik aan NZa, Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair medische centra, Orde van Medisch specialisten, Zorgverzekeraars Nederland, CVZ en SUO.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink