

Wijziging Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2004

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 oktober 2004, nr. Z/F-2526327, houdende wijziging van de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2004

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Gelet op artikel 19, tweede en zevende lid, van de Ziekenfondswet;

Besluit:

Artikel I

De Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2004 wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 12 wordt onder vernummering van de leden zes tot en met acht tot acht tot en met tien, een nieuw zesde en zevende lid ingevoegd, luidende:

6. Het College zorgverzekeringen vermindert de variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp met een door hem vast te stellen bedrag in verband met lumpsumverrekeningen over oude jaren.
7. Het bedrag dat ingevolge het zesde lid in mindering wordt gebracht, is niet kleiner dan 0.

B

In artikel 13 wordt onder vernummering van lid vijf tot lid zeven, een nieuw vijfde en zesde lid ingevoegd, luidende:

5. Het College zorgverzekeringen vermeerderd de vaste kosten ziekenhuisverpleging met een door hem vast te stellen bedrag in verband met lumpsumverrekeningen over oude jaren.
6. Het bedrag van de ingevolge het vijfde lid toegepaste vermeerdering, is niet kleiner dan 0.

C

Artikel 16, tweede lid, onder b, wordt vervangen door:

b. Tweederde deel van de werkelijke opbrengsten van verhaal van het ziekenfonds;

Artikel II

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

De regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J.F. Hoogervorst.*

Toelichting

Artikel I

Onderdelen A en B

Verrekening lumpsummen

Binnen de Zfw-verstrekkingenbudgettering is het risicoregime op het punt van specialistische hulp in de afgelopen jaren verschillende malen veranderd. Zo was er tot en met het jaar 2000 sprake van 95% nacalculatie binnen het deelbudget kosten van specialistische hulp, was er in 2001 sprake van 50% verevening en 40% nacalculatie binnen het deelbudget specialistische hulp, en lopen vanaf 2002 de kosten van specialistische hulp samen in hetzelfde deelbudget als de variabele kosten van ziekenhuisverpleging, met hierbinnen 30% verevening, 35% nacalculatie, terwijl bovendien de kosten van specialistische hulp voor het eerst in 2002 van belang zijn voor de hogekostenverevening.

Binnen de kosten van specialistische hulp bestaat een deel van de kosten uit verrekeningen van lumpsummen. Hierbij is een lumpsum een soort 'budget' per ziekenhuis voor de kosten van specialistische hulp. (Vrijgevestigde) specialisten verbonden aan het ziekenhuis declareren specialistentarieven, die deze lumpsummen vullen. Aan het eind van elk jaar wordt door het CTG nagegaan of de lumpsum volledig gedekt is of niet. Eventuele tekorten of overschotten bij de dekking van lumpsummen worden verrekend via een opslag (dan wel afslag) op het verpleegtarief. In praktijk vindt verrekening niet altijd gelijk plaats, maar met (soms niet onaanzienlijke) vertraging.

Door de hierboven geschetste veranderingen in het risicoregime van specialistische hulp binnen de Zfw-verstrekkingenbudgettering maakt het voor een ziekenfonds uit of lumpsummen onmiddellijk verrekend worden, of met vertraging. Immers, op kosten van specialistische hulp betrekking hebbend op 2000 lopen ziekenfondsen effectief 5% risico. Dit terwijl als verrekening van lumpsummen na het jaar 2000 plaatsvindt, er sprake is van ongeveer

30% risico. Het is billijk ziekenfondsen hiervoor te compenseren, zeker daar de mate waarmee ziekenfondsen met verrekeningen van oude lumpsummen te maken hebben behoorlijk kan wisselen.

Deze compensatie vindt plaats door op ziekenfondsniveau de kosten samenhangend met de verrekening van oude lumpsummen over te hevelen van de variabele kosten naar vaste kosten (waarmee ze voor 95% worden nagecalculeerd, en dus onder het risicoregime van de periode tot en met 2000 vallen). In deze correctie worden verrekeningen van lumpsummen uit de periode tot en met 2000 betrokken, die tot uiting kwamen in de periode vanaf 2002. 2002 is namelijk het jaar waarin een begin gemaakt is met het zelfstandig vaststellen van vaste en variabele kosten van ziekenhuiszorg en specialistische hulp, waarmee een zuiverder beeld van kosten binnen deelbudgetten tot stand kwam.

Om de uitvoeringstechnische complexiteit te beperken, wordt deze correctie niet voor de jaren 2002, 2003 en 2004 afzonderlijk uitgevoerd, maar wordt de correctie volledig uitgevoerd op de kosten van specialistische hulp in 2004.

Idee hierbij is dat per ziekenfonds wordt nagegaan hoeveel verpleegdagen zijn afgenomen in verschillende ziekenhuizen, en wat voor elk van deze ziekenhuizen de omvang van de lumpsumverrekeningen over de periode tot en met 2000 is geweest in de periode 2002-2004. In beleidsregels van het College voor Zorgverzekeringen zal de precieze uitwerking van de correctie en de hierbij gehanteerde bedragen verder worden weergegeven.

Onderdeel C

Regres

In artikel 16, tweede lid, onder b, van de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2004 is geregeld dat het College zorgverzekeringen op het herberekende budget de voor het ziekenfonds berekende normatieve opbrengst van verhaal in mindering brengt. Bij verhaalsrecht worden zorgkosten die ten laste zijn gebracht van een zorgverzekeraar teruggevorderd bij degene die de schade heeft veroorzaakt.

In het verleden vond er een melding plaats van de ziekenhuizen aan de ziekenfondsen indien een opname het gevolg was van een ongeval. Omdat er bij de ziekenhuizen onduidelijkheid was

over het uitwisselen van informatie in het kader van privacywetgeving, is de ongevalmelding door ziekenhuizen vanaf 2003 achterwege gebleven. Ziekenfondsen konden daarom de schade niet altijd meer bij anderen (verzekeraars) verhalen, terwijl zij wel normatief gekort werden voor de opbrengsten van verhaal.

Omdat de ziekenfondsen weinig aan het achterwege blijven van de ongevalmelding konden doen, is het redelijk dat

zij in 2004 niet normatief, maar feitelijk gekort worden voor opbrengsten van verhaal. Daarom wordt de regeling gewijzigd en wordt voor de ex post herberekeningen van budgetten teruggeval- len op de zogenaamde eenderde- tweederde-regeling die tot en met 2003 werd gehanteerd. Deze houdt in dat zie- kenfondsen als prikkel eenderde deel van de verhaalsopbrengsten mogen toe- voegen aan de reserve Zfw en slechts tweederde deel moeten afdragen aan de

Algemene Kas. Deze verdeling ligt ook aan de normering ten grondslag. Het gro- te verschil is echter dat in het geval van normering de opbrengst voor de Alge- mene Kas zeker wordt gesteld en dat ziekenfondsen bovendien bij normering een sterkere prikkel kennen om verhaal toe te passen.

*De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
J.F. Hoogervorst.*