

Vergaderjaar 2008–2009

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 76

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 januari 2009

Bij brief van 18 juni 2007 (Kamerstuk II, 2006–2007, 29 248, nr. 38) heb ik u op de hoogte gebracht van de stand van zaken rond het verrekenen van het opbrengstresultaat van ziekenhuizen (overfinanciering) over 2005 en 2006. Tevens legde ik u toen een aanwijzing in het kader van Wet marktordening gezondheidszorg ter voorhang voor, waarbij ik de Nederlandse Zorgautoriteit (verder: NZa) vroeg vast te stellen welk bedrag aan opbrengstresultaten, welk ziekenhuis, met welke zorgverzekeraar, over welk jaar moest verrekenen. Daarna heb ik u in mijn brief van 12 september 2008, die op 15 september 2008 is verwerkt in het verslag van een schriftelijk overleg (Kamerstuk II, 2007–2008, 29 689, nr. 220), nader geïnfomeerd over de uitvoering van de gekozen aanpak en de voortgang die daarmee was geboekt. Mijn meest recente bericht aan uw Kamer hierover is een brief van 25 november 2008 (Kamerstuk II, 2007–2008, 29 689, nr. 232). Daarin beantwoord ik een aantal vragen die de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, stelde naar aanleiding van mijn brief van 26 september 2008 (Kamerstuk II, 2007–2008, 29 689, nr. 222) over de inrichting van het risicovereveningssysteem 2009.

Thans kan ik u mededelen dat de opbrengstresultaten van ziekenhuizen over 2005 (€ 1,41 miljard) en 2006 (€ 1,69 miljard) zijn vastgesteld en worden verrekend tussen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. Daarmee is de «overfinanciering van ziekenhuizen» over deze jaren opgelost.

Met deze brief kom ik tevens de toezegging na, u hierover te informeren. Deze toezegging deed ik op 16 juni 2008 tijdens het wetgevingsoverleg over de financiële verantwoording over het jaar 2007.

In deze brief ga ik eerst nogmaals kort in op de vraag: wat zijn opbrengstresultaten, en hoe ontstaan zij? Daarna geef ik aan hoe er met deze opbrengstresultaten over 2004 en eerdere jaren werd omgegaan. Vervolgens schets ik de omstandigheden die in 2005 en 2006 complicaties hebben veroorzaakt en hoe deze tot aanpassing van de verrekenmethode over 2005 en 2006 hebben geleid. Voorts ga ik door met een blik op de

toekomst: de verrekening van de opbrengstresultaten van ziekenhuizen over 2007 en volgende jaren. Ten slotte sluit ik af met een samenvatting.

Wat is het opbrengstresultaat en hoe ontstaat het?

Het opbrengstresultaat is het verschil tussen het budget van een ziekenhuis enerzijds en de door het ziekenhuis, via gedeclareerde DBC's (inclusief verreken-tarieven), gerealiseerde opbrengst anderzijds. Het gaat hierbij alleen om de zogenaamde A-DBC's. Zolang de ziekenhuizen worden bekostigd op basis van budgetten treden deze verschillen op. Dit is inherent aan de gekozen financierings- en bekostigingswijze. Immers, het blijkt erg moeilijk om vooraf precies in te schatten welke aantallen en soorten DBC's een ziekenhuis gaat produceren en welke prijs hiervoor zou moeten gelden. 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.

Verrekening opbrengstresultaat over de jaren voor 2005

Tot en met 2004 werd het verschil tussen de budgetten en de opbrengsten gedicht door een procentuele opslag op het verpleegdagentarief. Deze opslag werd opgeteld bij het tarief en vormde daarmee de prijs die voor een verpleegdag moest worden betaald. Hierdoor werd het mogelijk om het opbrengstoverschot in een eerder jaar, in een later jaar via een laag opslagpercentage te corrigeren. De zorgverzekeraars betaalde in een later jaar dus lagere tarieven, waarmee het opbrengstoverschot over een eerder jaar werd gecorrigeerd. Deze methode werkte goed, mede omdat het overschot beperkt was. De tarieffluctuaties als gevolg van de correctie waren dan ook relatief klein.

Verrekening opbrengstresultaten over 2005 en 2006

Dat veranderde na introductie van de DBC-systematiek in 2005. Om na de invoering van de DBC-systematiek in 2005 de budgetten en de opbrengsten uit DBC's, beter op elkaar te laten aansluiten, heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in 2005 het verrekentarieef geïntroduceerd. Het verrekentarieef is een opslag op het DBC-tarief. Hiermee werd een zelfde werking beoogd als met de procentuele opslag op het verpleegdagentarief van voor 2005. Door de nieuwe DBC-systematiek hadden ziekenhuizen veel moeite met een juiste inschatting van hun jaarlijkse opbrengsten. Dit gold ook voor de NZa die jaarlijks de hoogte van de DBC-tarieven vaststelt. De opbrengstoverschotten over 2005 en 2006 waren als gevolg daarvan dan ook zeer groot. Correctie hiervan via verlaging van de verrekentarieeven zou leiden tot onacceptabele tarieffluctuaties. Daar kwam bij, dat in 2006 de nieuwe Zorgverzekeringswet van kracht werd. Grote aantallen verzekerden die van zorgverzekeraar wisselden was het gevolg. Dit, gecombineerd met de afronding van de Ziekenfondswet en de verandering van risicoregime dat optrad voor verschillende zorgverzekeraars, leidde ertoe, dat het niet mogelijk was om, via verlaging van de verrekentarieeven, het opbrengstoverschot te corrigeren. Dit zou er toe hebben geleid dat de verkeerde bedragen bij verkeerde zorgverzekeraars terecht zouden komen. Er moest dus gezocht worden naar een andere methode. Deze werd gevonden in een aparte, directe verrekening tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars via een «vast bedrag». Voordeel van deze methode is, dat het mogelijk is om de te verrekenen bedragen terug te laten slaan op de juiste jaren.

Ik heb dit voorjaar een task-force geformeerd, die heeft bepaald volgens welke methode het beste kon worden vastgesteld, welke (vaste) bedragen aan opbrengstoverschot, welke ziekenhuizen, aan welke zorgverzekeraars, over welk jaar moesten terugbetalen. Hierbij is rekening gehouden met de onderhandenwerkpositie van de ziekenhuizen (welke declaraties vallen in welk jaar) en de marktaandelen van de zorgverzekeraars (welk gedeelte van de schade hoort bij welke verzekeraar). In de task-force zijn alle betrokken partijen vertegenwoordigd: de NZa, het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische centra. Door de grote inzet van alle betrokken partijen is de samenwerking in de task-force zeer vruchtbaar gebleken en heeft geleid tot een verrekenmethode waarin alle partijen zich kunnen vinden. De NZa is verantwoordelijk voor de berekening en vaststelling van de te verrekenen vaste bedragen. Het CVZ heeft in het traject waardevolle informatie over de marktaandelen verzameld en aan de NZa geleverd. Doordat het noodzakelijk bleek om de toegepaste methode tussentijds te verfijnen en een extra informatie-uitvraag over de schadeomvang bij zorgverzekeraars uit te voeren, heeft de afwikkeling enige vertraging opgelopen. Echter deze ingrepen hebben de kwaliteit en betrouwbaarheid van de vaststelling van de te verrekenen bedragen aanzienlijk vergroot. Dit geldt ook voor de audit die is uitgevoerd door een externe accountant op de door de NZa en CVZ bij de berekening gebruikte gegevens en de wijze waarop (proces) de berekening en vaststelling zijn uitgevoerd. Uiteindelijk heeft de NZa op 23 september 2008 de definitieve tariefbeschikkingen (inclusief uitgebreide toelichting die inzicht bood op de toegepaste berekenmethode) naar de ziekenhuizen verstuurd, waarin de te verrekenen bedragen zijn vastgelegd. De zorgverzekeraars werden gelijktijdig ook uitgebreid geïnformeerd. Hierdoor waren zij op tijd op de hoogte van de financiële gevolgen van de overfinanciering 2005 en 2006 en konden zij, bij de berekening van de premies 2009, daarmee rekening houden. Overigens hebben een aantal ziekenhuizen en enkele zorgverzekeraars bezwaar aangetekend bij de NZa tegen de definitieve tariefbeschikkingen.

Verrekening opbrengstresultaten over 2007 en volgende jaren

In het najaar van 2007 zijn de verrekentarieven naar beneden bijgesteld ten einde de opbrengstresultaten te beperken. Echter, ook over 2007 zijn er nog opbrengstoverschotten te verwachten. De exacte omvang van dit opbrengstresultaat zal begin 2009 bekend worden. Gezien de praktische voordelen ligt het voor de hand om de verrekeningsmethode die is toegepast voor de jaren 2005 en 2006, ongewijzigd ook voor de afwikkeling van 2007 en volgende jaren te gaan gebruiken. Daarbij moet wel worden vermeld dat de NZa het verrekentarieef voor 2008 inmiddels op nihil heeft gesteld. Gezien de omstandigheden heeft het verrekentarieef als correctie-instrument zijn waarde verloren. Het is nog niet bekend welk effect dit heeft op de omvang van de opbrengstresultaten. Waarschijnlijk zal dit begin 2010 blijken.

Tussentijds kunnen ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderling al voorlopige verrekeningen afspreken, zodat de opbrengstresultaten vroegtijdig en geleidelijk kunnen worden gecorrigeerd en niet leiden tot liquiditeitsproblemen.

Samenvatting

Opbrengstresultaten zijn inherent aan de budgetsystematiek en DBC-financiering. Zolang deze systematiek wordt toegepast blijven opbrengstresultaten ook over 2007 en volgende jaren bestaan, en is correctie daarvan noodzakelijk. Voor opbrengstresultaten 2005 en 2006 is

een methode ontwikkeld die nauwkeurig de te verrekenen bedragen vaststelt. Alle betrokken partijen hebben ingestemd met deze methode en zijn tevreden over uitkomsten daarvan.

Deze methode zal ook voor de verrekening van de opbrengstresultaten van 2007 en volgende jaren worden gebruikt. Door tussentijds de opbrengstresultaten onderling voorlopig te verrekenen kunnen ziekenhuizen en zorgverzekeraars liquiditeitsproblemen voorkomen.

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