



De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk Z/F-2560255	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Onderwerp Schadelastverschuivingen bij verzekeraars door invoering DBC-bekostiging		Bijlage(n)	Uw brief

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel Wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektekostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet HOZ) en het wetsvoorstel Wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en ander maatregelen (WTG-ExPres), op 31 november 2004, is aan de Eerste Kamer een brief toegezegd over de schadelastverschuiving bij verzekeraars als gevolg van de invoering van DBC-bekostiging.

Inleiding

Tot en met 2004 werden ziekenhuizen gefinancierd op basis van verpleegtarieven en neventarieven. Vanaf 1 februari 2005 vindt deze financiering plaats op basis van DBC's. Deze verandering in de financiering van ziekenhuizen heeft schadelastverschuivingen bij zorgverzekeraars tot gevolg, omdat de kosten die bij een behandeling in rekening worden gebracht zullen wijzigen.

Veranderde ziekenhuisbekostiging

Ziekenhuizen zijn gebudgetteerde instellingen (tot en met 2004 voor 100 procent van de kosten en vanaf 1 februari 2005 voor 90 procent van de kosten). Dit betekent dat de uitgaven (kosten) gemaximeerd zijn tot de hoogte van het budget. Ziekenhuizen brengen ter financiering van dit budget twee soorten tarieven in rekening bij patiënten: verrichtingentarieven (ook wel neventarieven genoemd) en verpleegtarieven (tarief per verpleegdag). Het verrichtingentarief is een vast tarief dat landelijk geldt. Het verpleegtariaf wordt niet landelijk vastgesteld, maar verschilt per instelling. Het is een tarief om het budget van een ziekenhuis sluitend te maken, en wijkt dus af van de werkelijke kosten van een verpleegdag en is verschillend per ziekenhuis.

Per 1 januari 2005 wordt de financiering van ziekenhuizen gebaseerd op DBC's. Een DBC is een geheel aan activiteiten en verrichtingen van een ziekenhuis en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee een patiënt de specialist in een ziekenhuis consulteert. De financiering op basis van DBC's vervangt de financiering op basis van verpleegdagen en verrichtingen. Voor elke patiënt komt er door de DBC-bekostiging een andere declaratie van het ziekenhuis bij de zorgverzekeraar van de patiënt.

Met ingang van 1 februari 2005 voeren voor een beperkt aantal DBC's (ter waarde van ongeveer 10 procent van de bekostiging van de ziekenhuizen: het zogenoemde B-segment) ziekenhuizen en zorgverzekeraars vrije volume- en prijsonderhandelingen.

De overige DBC's (90 procent van de financiering: het zogenoemde A-segment) zijn geclusterd in DBC-productgroepen. Deze DBC-productgroepen worden gedeclareerd tegen een tarief dat centraal wordt vastgesteld (door het College Tarieven Gezondheidszorg / Zorgautoriteit i.o.). Voor het A-segment blijft de bekostiging op de oude wijze lopen, maar worden de verpleeg- en verrichtingentarieven vervangen door DBC-tarieven. Het is de bedoeling om in de komende jaren het aantal vrij onderhandelbare DBC's verder uit te breiden.

De schadelastverschuiving per leeftijd-geslachtsgroep

De nieuwe wijze van bekostiging van ziekenhuizen met DBC's leidt tot schadelastverschuivingen. Het algemene beeld is dat de kosten van 0 tot 4 jarigen en van 65-plussers dalen terwijl de kosten van 5 tot 64 jarigen stijgen. Ook DBC's zijn opgebouwd uit verpleegdagen en verrichtingen. Deze DBC-'prijzen' sluiten echter beter aan bij de werkelijke kosten van behandeling dan de oude tarieven. Uit onderzoek (Prismant, 2004, "Schadelastverschuivingen als gevolg van de invoering van DBC's") blijkt dat het hanteren van 'nieuwe' prijzen - op basis van werkelijke kosten voor verpleegdagen en nevenverrichtingen die samen een DBC vormen - de belangrijkste oorzaak is van de schadelastverschuivingen. De 'prijs' voor een verpleegdag is in de DBC-situatie een stuk lager dan in de 'oude' situatie. Deze lagere prijs sluit veel beter aan bij de werkelijke verpleegkosten dan die prijs in de 'oude' situatie; toen was het verpleegtariaf immers een sluitertariaf om het budget sluitend te maken. Het zijn vooral de ouderen en de allerjongsten die veel verpleegdagen afnemen en daardoor "goedkoper" worden. Zorgverzekeraars met veel ouderen in hun portefeuille krijgen door de invoering van DBC's te maken met lagere kosten. Zorgverzekeraars met een relatief jonge populatie worden geconfronteerd met hogere kosten.

Schadelastverschuiving per verzekeringssector

Met behulp van het inzicht in de schadelastverschuivingen per leeftijd-geslachtsgroep in de ziekenfondssector is een schatting gemaakt van de schadelastverschuivingen tussen verzekeringssectoren. Daarbij is een onderscheid gemaakt in drie verzekeringssectoren: ziekenfonds, privaatrechtelijk particulier en publiekrechtelijk particulier. Uit de berekeningen komt naar voren dat de kosten ziekenhuiszorg in de publiekrechtelijk particuliere sector licht dalen, in de privaatrechtelijke sector marginaal stijgen, en in de ziekenfondssector gelijk blijven. Binnen de privaatrechtelijke sector vindt een schadelastverschuiving plaats van de standaardpakketpolissen naar maatschappijpolissen.

Binnen een verzekeringssector treden er daarnaast verschuivingen tussen zorgverzekeraars op; op grond van verschillen in de verzekerdenpopulatie. Voor de ziekenfondsen wordt in de budgetten zoveel mogelijk rekening gehouden met de schadelastverschuiving. Om de financiële onzekerheid zoveel mogelijk te beperken, is bovendien besloten in 2005 een 'vangnet' te hanteren. Dit 'vangnet' maximeert de winsten of verliezen van een ziekenfonds ten opzichte van de gemiddelde winst of verlies van alle ziekenfondsen tot 1,5%.

In de particuliere sector vindt geen verzekeraarsbudgettering plaats. Daarom zijn particuliere verzekeraars genoodzaakt zelf te compenseren voor de schadelastverschuivingen als gevolg van de invoering van DBC's. Zij doen dit in hun premiestelling. Vooruitlopend op de invoering van DBC's hebben de particuliere verzekeraars vorig jaar reeds 2% premieverhoging extra gevraagd op hun maatschappijpolissen. Ook dit jaar worden om die reden extra premiestijgingen in rekening gebracht; ik heb daarbij aangedrongen op enige terughoudendheid, gelet op het incalculeren van de schadelastverschuiving vorig jaar. Dit alles neemt niet weg dat de zorgverzekeraars zelf bepalen welke premie ze in rekening brengen voor de verzekering die ze aanbieden. Dit geldt overigens niet alleen voor de premies van de privaatrechtelijke en de publiekrechtelijke particuliere verzekering, maar ook voor de nominale premie van de ziekenfondsverzekering.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst