

Beperkte procesversnelling mogelijk
van definitieve vaststelling
risicoverevening op basis van huidige
processen

**Lange doorlooptijd risicoverevening wordt met name
veroorzaakt door lange doorlooptijd DBC's**

W&Z/GJP/CH/cp/2009-2208u

Definitief

17 september 2009

Inhoud

Inhoud	2
Managementsamenvatting	4
Inleiding	8
1 De samenhang tussen de risicoverevening, DBC's en ziekenhuisfinanciering in het zorgverzekeringsstelsel	10
Risicoverevening beoogt gelijk speelveld te creëren voor marktwerking	10
Financiering ziekenhuizen maakt omslag van functiegerichte budgettering naar DBC-financiering	11
DBC's vormen basis voor vaststellen verevening en opbrengstverrekening	12
Verkorting van de doorlooptijd risicoverevening vergt integrale aanpassing van de risicoverevening-, DBC- en ziekenhuisfinancieringsprocessen.....	13
2 Beperkte mogelijkheden tot versnelling doorlooptijd in de bestaande risicovereveningsprocessen	15
Beschrijving uitvoeringsproces risicoverevening kalenderjaar 2009	15
Analyse versnellingsmogelijkheden vaststelling risicoverevening.....	24
Conclusie: er is een versnelling van maximaal drie maanden te realiseren in het huidige risicovereveningsproces	25
Versnellingsmogelijkheden zijn beperkt door late beschikbaarheid definitieve jaarstaat als gevolg van lange doorlooptijd DBC-declaraties	25
Versnellingsmogelijkheden zijn beperkt als gevolg van verklaarbare doorlooptijd afzonderlijke processtappen	26
De opbrengstverrekening ligt niet op het kritieke pad van de definitieve vaststelling risicoverevening	27
3 Verkorting doorlooptijd risicoverevening van één jaar bij aanpassing DBC-aanlevering ..	29
Aanpassing in DBC-doorlooptijd tot 90 dagen leidt tot verkorting risicoverevening van circa een jaar	30
Vervallen opbrengstverrekening in combinatie met verkorten doorlooptijd DBC's leidt eveneens tot verkorting risicoverevening van circa een jaar	34
Algemene observaties op basis van het onderzoek	34
Alle partijen in de zorgketen betrekken bij verminderen doorlooptijd risicoverevening.....	34
Kern van oplossing voor verkorting doorlooptijd risicoverevening begint bij registratieproces zorgaanbieders	35
Verminderen complexiteit zorgstelsel integraal oplossen vanuit verschillende processen	35

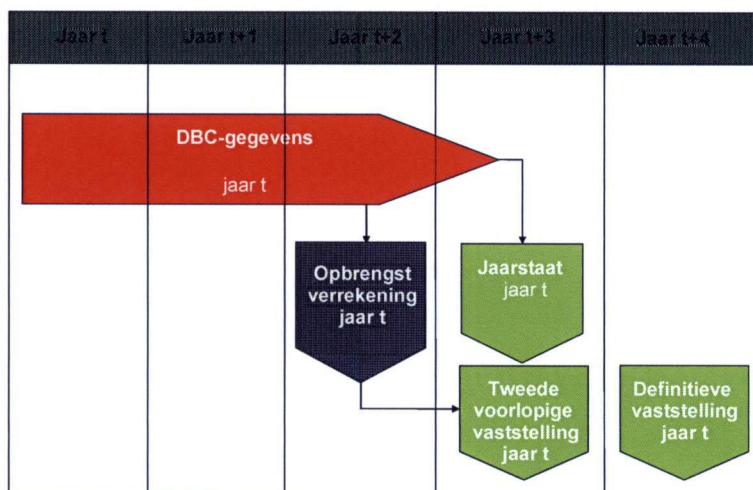
A	Betrokken partijen	36
B	Detailgegevens processtappen risicoverevening	38
C	Geïnterviewde personen.....	46
D	Procesplaten	47

Managementsamenvatting

De Directie Zorgverzekeringen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is verantwoordelijk voor de uitvoering van de risicoverevening in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Vanuit het ministerie van VWS bestaat de behoefte inzicht te hebben in de oorzaak van de huidige doorlooptijd van het risicovereveningsproces tot de definitieve vaststelling en in het identificeren van mogelijke verbeterpunten om het proces te versnellen. PricewaterhouseCoopers (PwC) heeft dit onderzoek uitgevoerd. Enerzijds heeft het onderzoek als doel inzicht te verkrijgen in de doorlooptijden van de eerste voorlopige vaststelling tot en met de definitieve vaststelling. Anderzijds heeft het onderzoek als doel verbetermogelijkheden te identificeren om de periode tussen ex ante vaststelling en definitieve vaststelling te beperken.

Verkorting doorlooptijd risicoverevening vergt integrale procesanalyse risicoverevening, DBC's en ziekenhuisfinanciering

De risicoverevening heeft tot doel zorgverzekeraars in staat te stellen op doelmatige en eerlijke wijze elkaar op verzekeraarsrisico te kunnen beconcurreren. Uit eerder onderzoek uitgevoerd voor Zorgverzekeraars Nederland blijkt dat er een samenhang bestaat tussen de processen in de risicoverevening, de ziekenhuisfinanciering en de DBC-declaraties, en dat versnelling in de risicoverevening niet mogelijk is zonder naar de DBC- en ziekenhuisfinancieringsprocessen te kijken. De samenloop van DBC-declaraties, ziekenhuisfinanciering en risicoverevening leidt tot een complex vaststellingstraject met een groot aantal activiteiten. In de onderstaande Figuur 1 is de samenhang samengevat.



Figuur 1. De samenhang op hoofdlijnen tussen de risicoverevening (groen), de ziekenhuisfinanciering (blauw) en de DBC-declaraties (rood)

In de voorliggende rapportage analyseren wij de versnellingsmogelijkheden in de risicovereveningsprocessen in detail, met inachtneming van de *huidige* DBC-declaratie- en ziekenhuisfinancieringsprocessen. Aanvullend analyseren wij in hoeverre versnelling van de risicovereveningsprocessen mogelijk is wanneer belemmeringen op het kritieke pad worden weggenomen die voortkomen vanuit de DBC-declaratie- en ziekenhuisfinancieringsprocessen.

Er is een versnelling van maximaal drie maanden te realiseren in het huidige risicovereveningsproces

Versnellingsmogelijkheden in het huidige proces zijn beperkt door de late beschikbaarheid van de definitieve jaarstaat als gevolg van de lange doorlooptijd DBC-declaraties. Er is een versnelling te bereiken van maximaal drie maanden in het risicovereveningsproces door aanlevering van de definitieve jaarstaat jaar t in maart t+3 in plaats van in juni t+3. Verdere versnelling van het risicovereveningsproces lijkt alleen mogelijk wanneer andere beleidskeuzes worden gemaakt.

De doorlooptijd van het risicovereveningsproces wordt in de eerste plaats bepaald door de doorlooptijd van de aanlevering van gegevens. De *bottleneck* wordt daarbij gevormd door de aanlevering van de DBC-gegevens. Voor het vaststellen van de risicovereveningsbijdragen jaar t zijn de DBC-gegevens over jaar t pas twaalf kwartalen ná 1 januari jaar t volledig beschikbaar.

Voor versnelling van de DBC-declaraties zijn er meerdere opties die maatregelen vereisen in het DBC-registratie- en declaratieproces:

- a snellere aanlevering van DBC-gegevens in de keten van ziekenhuizen en zorgverzekeraars door het efficiënter en effectiever inrichten van controles en het sneller declareren¹;
- b de doorlooptijd van DBC-gegevens wordt teruggebracht naar een kortere periode.

Versnellingsmogelijkheden zijn beperkt als gevolg van verklaarbare doorlooptijd afzonderlijke processtappen

De doorlooptijd van de risicoverevening wordt, naast de grote afhankelijkheid van gegevens, in de tweede plaats veroorzaakt door de achtereenvolgende stappen die moeten worden doorlopen in het proces en de afhankelijkheid tussen deze processtappen. De doorlooptijd van deze afzonderlijke processtappen zijn elk voor zich verklaarbaar, en er zijn geen vergaande versnellingen in deze processtappen te bereiken.

De opbrengstverrekening ligt niet op het kritieke pad van de definitieve vaststelling risicoverevening

De opbrengstverrekening, die een gevolg is van het ziekenhuisfinancieringsproces, vormt input voor de tweede voorlopige vaststelling. De opbrengstverrekening ligt echter niet op het kritieke pad van de tweede voorlopige vaststelling.

¹ Uit eerder door PwC voor Zorgverzekeraars Nederland (ZN) uitgevoerd onderzoek blijkt dat op deze terreinen winst valt te halen.

Naast maatregelen die genomen kunnen worden om de registratie en declaratie van DBC's in de keten van ziekenhuizen en zorgverzekeraars te versnellen, analyseren wij het effect van twee belangrijke wijzigingen ten opzichte van de huidige situatie, die bepalend kunnen zijn voor de definitieve vaststelling van de risicoverevening. Deze zijn:

- a De doorlooptijd van DBC-gegevens die nu maximaal een jaar bedraagt, wordt teruggebracht naar negentig dagen;
- b In combinatie met deze aanpassing in DBC-doorlooptijd, vervalt de bekostiging op basis van budgetparameters en is sprake van volledige prestatiebekostiging op basis van DBC's².

We willen daarbij benadrukken dat wij in dit hoofdstuk de maatregelen vanuit een *procesmatig perspectief van de risicoverevening* benaderen, *zonder* in acht te nemen wat de implicaties van de genoemde maatregelen zijn op beleidsniveau of op overige terreinen. Wij geven dus geen advies weer voor beleidskeuzes, noch een onderbouwing of een impactanalyse van eventuele beleidsmatige keuzes. Dit valt expliciet buiten de scope van ons onderzoek. Wij wijzen erop dat de analyse een globale inschatting geeft van de uiteindelijke doorlooptijd van de risicoverevening.

Verkorting doorlooptijd DBC's leidt tot verkorting vaststelling risicoverevening van circa een jaar

Wanneer de doorlooptijd van DBC-gegevens die nu maximaal een jaar bedraagt wordt teruggebracht naar negentig dagen, is versnelling van de vaststelling van de risicoverevening van een jaar mogelijk.

Wanneer de doorlooptijd van DBC's wordt verkort en de opbrengstverrekening vervalt, is er eveneens een versnelling van een jaar te bereiken voor de vaststelling risicoverevening. Het aanvullend vervallen van de opbrengstverrekening heeft geen extra effect op de doorlooptijd van de vaststelling risicoverevening, omdat deze niet op het kritieke pad blijkt te liggen bij de vaststelling van de risicoverevening.

Alle partijen in de zorgketen betrekken bij verminderen doorlooptijd risicoverevening

Door de verwevenheid van de processen en de ontstane afhankelijkheden in deze keten is het vinden van oplossingen voor het verminderen van de doorlooptijd van de risicoverevening een proces waarbij al deze ketenpartijen betrokken moeten worden. In het primaire zorgproces zullen registratie van gegevens en de (financiële) belangen om deze gegevens juist en volledig te registreren en declareren, met elkaar in overeenstemming moeten zijn.

² Zonder bekorting van de doorlooptijd van DBC's leidt het vervallen van de opbrengstverrekening niet tot versnelling, omdat dan toch nog moet worden gewacht op de volledige DBC-gegevens, dus 12 kwartalen na de start van jaar t. Deze wijziging zullen wij dus niet apart in onze analyse betrekken.

Verminderen complexiteit zorgstelsel integraal oplossen vanuit verschillende processen

De samenloop van DBC-declaraties, ziekenhuisfinanciering en risicoverevening leidt tot een complexe afhankelijkheid. Beleidsmaatregelen op het gebied van DBC's of de ziekenhuisfinanciering kunnen consequenties voor de risicoverevening hebben. Om consequenties van beleidsmaatregelen voor de risicoverevening in te schatten, zouden vaker impactanalyses op de uitvoering uitgevoerd kunnen worden.

Om de complexiteit van de uitvoering van de risicoverevening te verminderen, zal integraal vanuit de verschillende beleidsterreinen naar maatregelen en oplossingen moeten worden gezocht. Aanbevolen wordt vanuit verschillende beleidsterreinen met partijen samen (combinaties van) maatregelen te inventariseren die beogen de complexiteit van de uitvoering van de risicoverevening te verminderen, en daarvan een impactanalyse uit te voeren.

Inleiding

De Directie Zorgverzekeringen van het Ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de risicoverevening in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het belang van een adequate opzet en inrichting van de risicoverevening is groot, gegeven de door de overheid geformuleerde doelstellingen van een doelmatige, toegankelijke gezondheidszorg van voldoende kwaliteit. Risicoverevening is nodig om zorgverzekeraars te compenseren voor de verschillen in verzekerdenportefeuilles en de bijbehorende risicoprofielen. Deze compensatie wordt in twee stappen uitgevoerd. Via de ex-ante verevening worden de voorspelde lasten vooraf gecompenseerd. Middels de ex-post definitieve vaststelling wordt op basis van gerealiseerde kosten de compensatie opnieuw berekend en verdeeld op basis van de totale lasten van de prestaties.

Doelstelling, reikwijdte en aanpak van het onderzoek

Vanuit het ministerie van VWS bestaat de behoefte inzicht te hebben in de oorzaak van de huidige doorlooptijd van het risicovereveningsproces tot de definitieve vaststelling en in het identificeren van mogelijke verbeterpunten om het proces te versnellen. VWS heeft PricewaterhouseCoopers (PwC) gevraagd dit inzicht te bieden door het uitvoeren van een onderzoek. Het onderzoek heeft een tweeledig doel. Enerzijds heeft het onderzoek als doel inzicht te verkrijgen in de doorlooptijden door een beschrijving op te stellen van alle stappen in het proces van de eerste voorlopige vaststelling in jaar t+1 tot en met de definitieve vaststelling in jaar t+4, inclusief de tweede voorlopige vaststelling in jaar t+3. Anderzijds heeft het onderzoek als doel verbetermogelijkheden te identificeren om de periode tussen ex ante vaststelling en definitieve vaststelling te beperken.

Tijdens de uitvoering van het onderzoek is er op basis van nieuwe inzichten een wijziging ontstaan in de reikwijdte van het onderzoek. Ten eerste is besloten niet alleen een weergave te geven van het feitelijk verloop van de processen in kalenderjaar 2009, maar eveneens de structurele situatie in kaart te brengen vanaf 1 januari 2010. Uit onze analyse van bevindingen - gepresenteerd in hoofdstuk 2 - blijkt dat er beperkte structurele versnellingsmogelijkheden zijn in het huidige verloop van de risicoverevening. Ten tweede is daarom besloten aanvullend te onderzoeken wat het globale effect is van veranderingen in de DBC-registratie en –declaratieproces en in het ziekenhuisfinancieringsproces op het risicovereveningsproces. De in kaart gebrachte effecten zijn:

- a een verkorting van de doorlooptijd van de DBC's van 365 dagen naar 90 dagen;
- b afschaffing van de functiegerichte budgettering (FB) bij de financiering van ziekenhuizen naar bekostiging op basis van DBC's, zodat de opbrengstverrekening vervalt.

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van bestudering van documentatie en door middel van

interviews met medewerkers van het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Vektis, het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het CVZ, de NZa en ZN namen tevens deel aan de commissie die onder voorzitterschap van het ministerie het onderzoek heeft begeleid en de onderzoeksbevindingen heeft besproken.

De onderzoekers spreken hun dank uit aan allen die hun medewerking hebben verleend.

Leeswijzer

Allereerst gaat dit rapport in hoofdstuk 1 kort in op de risicoverevening, het DBC-declaratieproces en het ziekenhuisfinancieringsproces.

Hoofdstuk 2 beschrijft de processen van de voorlopige vaststelling 2008, de opbrengstverrekening 2007, de tweede voorlopige vaststelling 2006 en de definitieve vaststelling 2006 in de kalenderjaren 2009 en 2010. Tevens wordt in hoofdstuk 2 de structurele situatie van de risicoverevening voor een kalenderjaar t beschreven. Ook beschrijven wij in hoofdstuk 2 de bevindingen voor het verbeteren van de doorlooptijd in het huidige proces, uitgaande van de huidige risicoverevening, DBC-declaratie- en ziekenhuisfinancieringsprocessen.

In hoofdstuk 3 wordt geschetst wat de effecten zijn van het verkorten van de doorlooptijd van DBC-declaraties en het afschaffen van de opbrengstverrekening op de beschreven risicovereveningsprocessen. Op basis daarvan worden bevindingen geformuleerd en aanbevelingen gedaan.

In bijlage A worden de verschillende partijen die betrokken zijn bij de risicoverevening geïntroduceerd. In bijlage B worden de detailgegevens van de processen beschreven. In bijlage C worden de geïnterviewde personen weergegeven. In bijlage D zijn de procesplaten (figuren 2 tot en met 6) weergegeven die in hoofdstuk 2 en 3 worden toegelicht.

1 De samenhang tussen de risicoverevening, DBC's en ziekenhuisfinanciering in het zorgverzekeringsstelsel

1.01 In dit deel van de rapportage wordt een inleidend inzicht gegeven in de risicoverevening en de DBC-processen. Door het belang van de ziekenhuisfinanciering in dit stelsel van voorzieningen zal eveneens het opbrengstverrekeningsproces worden toegelicht.

1.02 In de onderstaande paragrafen worden de drie genoemde processen op hoofdlijnen toegelicht. Vervolgens wordt de globale samenhang tussen de drie processen toegelicht. Het inzicht in de samenhang is gebaseerd op een door PwC uitgevoerd onderzoek in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland. Dit globale inzicht in de samenhang is als uitgangspunt gebruikt voor de voorliggende rapportage. In de volgende hoofdstukken worden dit inzicht in meer detail nader geanalyseerd.

Risicoverevening beoogt gelijk speelveld te creëren voor marktwerking

1.03 De Zvw legt de zorgverzekeraars behalve een acceptatieplicht ook het verbod op om premies te differentiëren naar verzekerdenkenmerken. De risicoverevening beoogt een gelijk speelveld te creëren voor zorgverzekeraars waarbinnen marktwerking mogelijk is. Zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor voorspelbare verliezen en winsten die het gevolg zijn van verschillen in gezondheidstoestand van de verzekerden die zij op basis van de wetgeving moeten accepteren en waarvoor zij de premies niet mogen laten variëren. Zorgverzekeraars die doelmatig omgaan met de middelen die zij uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangen kunnen een voordeel behalen dat zij tot uitdrukking kunnen brengen in een lagere nominale premie.

1.04 Het financiële risico dat verzekeraars over de kosten van hun verzekerden lopen verschilt per kostensoort. Daarom wordt voor het bepalen van de zorgkosten per zorgverzekeraar het macro-prestatiebedrag daarom in vijf verschillende categorieën van prestaties verdeeld, te weten:

- a variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp;
- b vaste kosten van ziekenhuisverpleging;
- c kosten van DBC's in het B-segment;
- d kosten van overige prestaties (onder meer ziekenvervoer, huisartsenzorg, tandartsenzorg, farmaceutische zorg, et cetera);
- e kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz).

1.05 De risicovereveningsprocessen voor de risicoverevening betreffende jaar t bestaan globaal uit de volgende deelprocessen:

- a de ex ante vereveningsbijdragen zorgen ervoor dat kostenverschillen in een komend jaar t als gevolg van verschillen in risico's van verzekerden zoveel mogelijk voor zorgverzekeraars worden weggenomen;
- b de voorlopige vaststelling van vereveningsbijdragen in jaar t+1 houdt een herberekening van de bijdrage in op basis van het werkelijke aantal verzekerden dat de zorgverzekeraar in het desbetreffende jaar had, de werkelijke verdeling van de verzekerdenkenmerken over die verzekerden en de voorlopige schadelast mede als gevolg van de DBC-declaraties van verzekerden;
- c de tweede voorlopige vaststelling van vereveningsbijdragen in jaar t+3 houdt een herberekening van de bijdragen in op basis van de werkelijke schadelast (op basis van gegevens over twaalf kwartalen na de januari jaar t) mede als gevolg van de DBC-declaraties. Het ministerie van VWS heeft medio 2009 op verzoek van de verzekeraars besloten om deze tweede voorlopige vaststelling in het vereveningsproces toe te voegen, om zeker te stellen dat de schadelast zo volledig mogelijk wordt meegenomen;
- d in de definitieve vaststelling in jaar t+4 worden definitief de verschillen tussen de normkosten waarop de ex-ante vereveningsbijdragen zijn gebaseerd en de gerealiseerde kosten vastgesteld.

1.06 In dit rapport wordt de doorlooptijd beschreven en geanalyseerd van de laatste drie genoemde deelprocessen.

Financiering ziekenhuizen maakt omslag van functiegerichte budgettering naar DBC-financiering

1.07 Er is inmiddels sprake van een omslag van de financiering op basis van functiegerichte budgettering (FB) naar DBC-financiering. Voor de bekostiging krijgen ziekenhuisinstellingen jaarlijks een vastgesteld budget, het FB-budget. Het budget voor jaar t wordt berekend aan de hand van parameters en parameterwaarden. Op variabele parameters zoals productie vindt nacalculatie plaats op basis van de behandelingen die patiënten in het ziekenhuis ondergaan uitgedrukt in DBC's.

1.08 Omdat de totale opbrengst van deze gedeclareerde DBC's op basis van de landelijk vastgestelde tarieven niet precies gelijk is aan de hoogte van het vooraf vastgestelde FB-budget, wordt een zogenaamde opbrengstverrekening uitgevoerd³. Het ziekenhuisbudget wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) definitief vastgesteld in jaar t+1, na aanlevering van de jaarrekening en de nacalculatieformulieren door de ziekenhuizen. Dit vormt de basis voor het vaststellen van de opbrengstverschillen per ziekenhuis door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

³ De opbrengstverrekening is tot nog toe uitgevoerd voor algemene ziekenhuizen en UMC's en dus nog niet voor categorale ziekenhuizen en ggz.

1.09 Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) berekent de marktaandelen van zorgverzekeraars per ziekenhuis. Met deze marktaandelen worden de opbrengstverschillen toegerekend aan verzekeraars. Deze worden vervolgens vastgesteld door de NZa en gecommuniceerd aan ziekenhuizen en zorgverzekeraars. De opbrengstverschillen per ziekenhuis per zorgverzekeraar vormen input voor het vaststellen van de tweede voorlopige vaststelling van de risicoverevening.

1.10 Tot en met de opbrengstverrekening 2007 stelde de NZa per ziekenhuis verrekenpercentages vast voor de kostencomponent van DBC's in het A-segment. Vanaf 2008 wordt er echter niet meer gewerkt met verrekenpercentages voor DBC's. Voor de uitvoering van de hogekostencompensatie⁴ (HKC) berekent de NZa echter wel de voor de opbrengstverrekening gecorrigeerde verrekenpercentages. In de huidige situatie zijn deze aangepaste verrekenpercentages per 1 april t+2 bekend bij het CVZ. De HKC-opgave kan pas daarna worden gedaan. Vanaf 2010 zullen de aangepaste verrekenpercentages op 1 januari t+2 beschikbaar zijn.

DBC's vormen basis voor vaststellen verevening en opbrengstverrekening

1.11 Omdat de DBC's het belangrijkste deel van de schadelast voor zorgverzekeraars bepalen, is een juiste, volledige en tijdige aanlevering van DBC-declaraties van ziekenhuizen via zorgverzekeraars aan het CVZ van belang voor het bepalen van de definitieve vaststelling in de risicoverevening.

1.12 Door de wens tot marktwerking in de zorg wordt binnen de Zvw de financiering van ziekenhuizen in verhogende mate gekoppeld aan de zorgprestaties. Op 1 januari 2005 is daartoe het declareren op basis van DBC's ingevoerd ter vervanging van de oude manier van ziekenhuisfinanciering.

1.13 Een DBC is het geheel van stappen die nodig zijn om een aandoening of ziekte te behandelen, van het eerste consult tot en met de laatste controle. De DBC kenmerkt een bepaalde periode, een bepaalde vorm van zorg (het zorgtype), de gestelde diagnose en de behandeling. Als een behandeling langer dan een jaar duurt, wordt de DBC na een jaar gesloten en direct daarna wordt een nieuwe vergelijkbare DBC geopend.

1.14 Er wordt voor DBC's onderscheid gemaakt tussen twee categorieën:

- a het A-segment (ca. 66% van de DBC's in 2009): de prijzen van DBC's in het A-segment worden landelijk vastgesteld en zijn dus in elk ziekenhuis gelijk. Daarboven wordt tot 2008 een verrekenpercentage in rekening gebracht. Dit verrekenpercentage wordt door de NZa vastgesteld en is per ziekenhuis verschillend. Op basis van de DBC's in het A-segment wordt de opbrengstverrekening uitgevoerd.

⁴ Het gaat om de bepaalde kosten van verzekerden bij wie in een schadejaar de som een vastgestelde drempel overschrijdt.

- b het B-segment: de prijzen van DBC's in het B-segment mogen ziekenhuizen zelf vaststellen. Hierover onderhandelen zij met verzekeraars, waardoor de prijzen per ziekenhuis kunnen verschillen. In het B-segment vallen de relatief eenvoudige en planbare ingrepen, dus niet de acute of spoedeisende zorg.

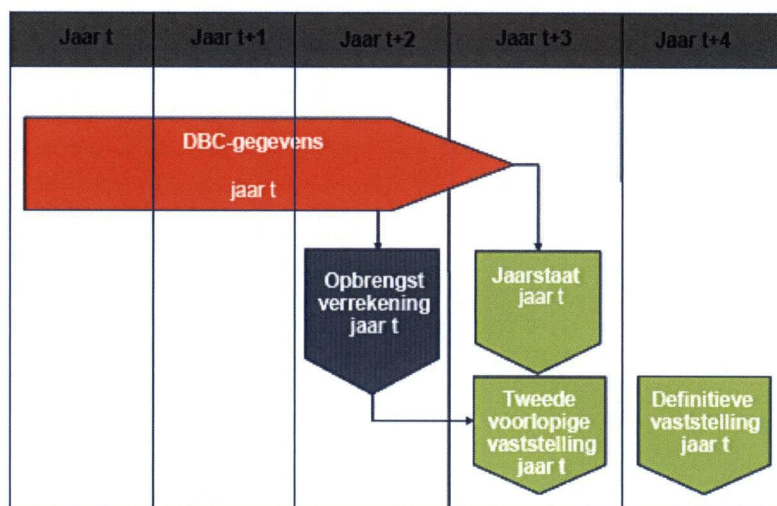
Verkorting van de doorlooptijd risicoverevening vergt integrale aanpassing van de risicoverevening-, DBC- en ziekenhuisfinancieringsprocessen

1.15 De risicoverevening heeft tot doel zorgverzekeraars in staat te stellen op doelmatige en eerlijke wijze elkaar op verzekeraarsrisico te kunnen beconcurreren. Uit eerder onderzoek uitgevoerd voor Zorgverzekeraars Nederland blijkt dat er een samenhang bestaat tussen de processen in de risicoverevening, de ziekenhuisfinanciering en de DBC-declaraties, en dat versnelling in de risicoverevening niet mogelijk is zonder naar de DBC- en ziekenhuisfinancieringsprocessen te kijken. De samenloop van DBC-declaraties, ziekenhuisfinanciering en risicoverevening leidt tot een complex vaststellingstraject met een groot aantal activiteiten.

1.16 De relaties tussen de risicoverevening, DBC's en ziekenhuisfinanciering liggen op de volgende aspecten:

- a Het verlate inzicht in DBC-declaraties betekent dat het traject van de opbrengstverrekening pas laat kan worden ingezet; de uitkomst van dit traject, dat onderdeel is van de ziekenhuisfinancieringsprocessen, is input voor de tweede voorlopige vaststelling binnen de risicoverevening;
- b Om vereveningsbijdragen voor jaar t definitief vast te stellen op basis van zo juist en volledig mogelijke DBC-gegevens is de tijdigheid van de definitieve vaststelling op dit moment een knelpunt; deze kan pas in maart t+4 worden vastgesteld.

1.17 In de volgende Figuur 1 is een en ander samengevat. In deze figuur zijn de processtappen die primair te maken hebben met de risicoverevening aangegeven in groen, de ziekenhuisfinancieringsprocessen in blauw, en de DBC-levering in rood.



Figuur 1. De samenhang op hoofdlijnen tussen de risicoverevening (groen), de ziekenhuisfinanciering (blauw) en de DBC-declaraties (rood)

1.18 In hoofdstuk twee analyseren wij de versnellingsmogelijkheden in de risicovereveningsprocessen in detail, met inachtneming van de *huidige* DBC-declaratie- en ziekenhuisfinancieringsprocessen. In hoofdstuk drie analyseren we in hoeverre versnelling van de risicovereveningsprocessen mogelijk is wanneer belemmeringen op het kritieke pad⁵ worden weggenomen die voortkomen vanuit de DBC-declaratie- en ziekenhuisfinancieringsprocessen.

⁵ Het kritieke pad is een begrip uit de theorie van projectplanning dat aangeeft welke activiteiten in een tijdsplanning de einddatum bepalen. In de planning van een project ontstaat een kritiek pad als sommige van de uit te voeren activiteiten (of 'taken') van andere activiteiten afhankelijk zijn, bijvoorbeeld omdat de ene activiteit pas kan starten nadat een andere activiteit is voltooid. Activiteiten liggen in het kritieke pad, als het schuiven van de activiteit het schuiven van de einddatum veroorzaakt.

2 Beperkte mogelijkheden tot versnelling doorlooptijd in de bestaande risicovereveningsprocessen

2.01 In dit hoofdstuk analyseren wij de versnellingsmogelijkheden in de risicovereveningsprocessen met inachtneming van de *huidige* DBC-declaratie- en ziekenhuisfinancieringsprocessen en een behoud van de juistheid en volledigheid van de definitieve vaststelling.

2.02 In dit hoofdstuk geven we eerst inzicht in de samenhang tussen de deelprocessen van het vaststellingstraject risicoverevening, de DBC-declaraties en de opbrengstverrekening. We geven de processen weer zoals deze in het kalenderjaar 2009 zijn verlopen in de figuren 2 tot en met 4. In figuur 5 geven we het proces in zijn geheel weer voor risicovereveningsjaar t.

2.03 Vervolgens wordt in dit hoofdstuk een analyse gegeven van de versnellingsmogelijkheden in het vaststellingsproces risicoverevening. Voor de analyse van versnellingsmogelijkheden in de risicovereveningsprocessen hebben we onderzoek gedaan naar de kritische data voor de uitvoering, de doorlooptijd van de verschillende processtappen, en eventueel opvallende knelpunten in de huidige processen.

2.04 Het hoofdstuk sluit af met een analyse van en de belangrijkste conclusies over de versnellingsmogelijkheden in het vaststellingsproces risicoverevening.

2.05 Voor een overzicht van de betrokken partijen in het risicovereveningsproces verwijzen we naar bijlage A. In bijlage B zijn per processtap de detailgegevens opgenomen die input zijn geweest voor onze analyse. De figuren 2 tot en met 5 zijn opgenomen in bijlage D.

2.06 Achtereenvolgens komen in dit hoofdstuk aan de orde:

- a uitvoeringsproces vaststelling risicoverevening kalenderjaar 2009 en het overaloverzicht vaststelling risicoverevening jaar t;
- b analyse en conclusies versnellingsmogelijkheden huidige risicovereveningsproces.

Beschrijving uitvoeringsproces risicoverevening kalenderjaar 2009

2.07 Het uitvoeringsproces voor de vaststelling van de risicoverevening, en de samenhang met het DBC-proces en de opbrengstverrekening voor het kalenderjaar 2009 wordt hieronder, aan de hand van genummerde processtappen, toegelicht. Op basis van dit inzicht kunnen we versnellingsmogelijkheden analyseren.

2.08 De beschrijving volgt de volgende vier deelprocessen die samen een belangrijk deel van het risicovereveningsproces jaar t bepalen:

- I. Eerste voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdragen 2008 in kalenderjaar 2009;
- II. Opbrengstverrekening 2007 in kalenderjaar 2009;
- III. Tweede voorlopige vaststelling 2006 in kalenderjaar 2009;
- IV. Definitieve vaststelling 2006 in kalenderjaar 2010.

2.09 Per deelproces worden tevens de gegevensleveringen beschreven.

2.10 De nummers verwijzen naar de in het overzicht genummerde processtappen. Achtereenvolgens worden de voorlopige vaststelling 2008 (figuur 2), de opbrengstverrekening 2007 (figuur 3), en de tweede voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling 2006 (figuur 4) toegelicht. De nummers corresponderen ook met de procesbeschrijving in figuur 5, waarin het gehele risicovereveningsjaar t in beschouwing wordt genomen.

I. Eerste voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdragen 2008 in kalenderjaar 2009

In de eerste voorlopige vaststelling (her)berekent het CVZ het normatieve vereveningsbedrag per zorgverzekeraar. De eerste voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdragen 2008 wordt vóór 1 september jaar 2009 uitgevoerd.

De eerste voorlopige vaststelling 2008 volgt binnen het CVZ in hoofdlijn een fasering, waarin onder meer een plan van aanpak en een planning wordt opgesteld, gegevens worden ontvangen door de afdeling Verantwoording & Signalering (V&S), het vereveningsmodel ontwikkeld wordt en gegevens ingevoerd worden, en resultaten opgesteld, gecontroleerd en geaccordeerd worden. Vervolgens leidt de eerste voorlopige vaststelling tot het versturen van de beschikkingen aan zorgverzekeraars en het uitvoeren van een betaalopdracht.

Hieronder worden de stappen beschreven die van belang zijn bij de eerste voorlopige vaststelling van vereveningsbijdragen. De onderstaande nummers verwijzen naar de betreffende processtappen in figuur 2.

Procesverloop

1. Het ontwikkelen of aanpassen van een rekenmodel wordt door de afdeling Verzekeringuitvoering (VZU) uitgevoerd. Op basis van de opdracht en een evaluatie van voorgaand jaar wordt in deze fase een plan van aanpak opgesteld voor de uitvoering van de eerste voorlopige vaststelling. De afdeling VZU stelt op basis van de beleidsregels een ontwerp op met rekenregels voor de eerste voorlopige vaststelling. De rekenregels worden vervolgens geprogrammeerd. Na het ontwikkelwerk test een medewerker VZU of de

programmatuur werkt conform de beschrijving, hiervoor wordt de tot dan toe beschikbare (test)data gebruikt.

2. De gegevensuitvraag wordt door de afdeling V&S opgesteld op 1 november voorafgaand aan het jaar waarin de betreffende gegevens in het kader van de risicoverevening moeten worden aangeleverd (en die betrekking hebben op verschillende kalenderjaren). De gegevens die in dat betreffende jaar worden aangeleverd, gebruikt VZU voor diverse processtappen en verschillende bijdragejaren.
3. Op basis van de uitvraag moeten de gegevensleverende partijen de gegevens voor 1 juni aanleveren. De gegevens, met uitzondering van de jaarstaten, worden via de Zorg TTP gepseudonimiseerd aangeleverd.
4. De gegevens worden ontvangen door de afdeling V&S. Er worden diverse controles uitgevoerd op de ontvangen bestanden zoals een basale controle op het aantal records, een inhoudelijke controle (in afstemming met afdeling VZU) en een proefrun met één of twee verzekeraars. Na controles en eventuele bewerkingen worden de gegevens overgedragen aan de afdeling VZU.
5. De zorgverzekeraar zendt het CVZ de gewenste gegevens. Aan de NZa worden een bestuursverklaring en een accountantsverklaring gezonden. De NZa voert een review uit op de door de zorgverzekeraar aangeleverde gegevens. Van de DBC-gegevens worden door de NZa de aantallen DBC's gecontroleerd. De review kent een hoor- en wederhoor periode van drie maanden, inclusief een zes weken bezwaarperiode, waarin de zorgverzekeraar kan reageren op de uitkomsten van de NZa-review. Het CVZ ontvangt van de NZa een reviewrapportage.
6. Na acceptatie van de test van het rekenmodel risicoverevening wordt de definitieve data ingelezen. De invoer van de gecontroleerde data in SAS is de laatste stap voor het daadwerkelijk berekenen van de vereveningsbijdrage. Het uitvoeren van de berekeningen in SAS is nu nog een eenvoudige stap om de vereveningsbijdragen te bepalen.
7. De uitkomsten worden door de afdeling VZU getoetst op juistheid door logische controles uit te voeren.
8. Binnen het CVZ is een interne afdeling Onderzoek verantwoordelijk voor het beoordelen van de kwaliteit van de procesgang en output. Na het uitvoeren van de berekening voert deze afdeling verbijzonderde interne controles uit op de processtappen binnen de risicoverevening. Alleen met een accordering van deze afdeling kan de beschikking worden opgesteld.

9. Op grond van de opbouw van de bijdrage per verzekeraar wordt de beschikking per verzekeraar opgesteld. De afdeling VZU stelt een beschikking op met een korte toelichting. Deze wordt verstuurd, na goedkeuring door de juridische afdeling, naar de zorgverzekeraars.
10. Op basis van de beschikking worden de betalingen aan de zorgverzekeraars aangepast.

Gegevenslevering

- a *Persoonskenmerkenbestand 2008 (indien nodig ook 2007 en 2009):* van zorgverzekeraars ontvangt het CVZ eenmaal per jaar op in het persoonskenmerkenbestand, met als peildatum de datum van nominale premieprolongatie voor de maand juni. Dit bestand bevat verzekerdenkenmerken:
 - i leeftijd (geboortemaand en -jaar);
 - ii geslacht;
 - iii postcode (vier cijfers);
 - iv indicatie buitenland.
- b *FKG-gegevens 2007:* van de zorgverzekeraars ontvangt het CVZ de door de verzekeraars ontvangen farmaciedeclaraties per verzekerde voor hulp verleend in het verslagjaar 2007.
- c *DKG-gegevens 2007:* van de zorgverzekeraars ontvangt het CVZ de door de verzekeraars ontvangen DBC-declaraties voor DBC's die zijn geopend in 2007.
- d *Jaarstaat 2008:* in de jaarstaat 2008 geeft de zorgverzekeraar de voorlopige kosten over 2008 op en de nadere specificaties van de kosten die nodig zijn voor de verdeling van de kosten naar ziekenhuisverpleging vast, ziekenhuisverpleging variabel, DBC's in het B-segment, overige prestaties en ggz. De jaarstaat is opgevraagd per 1 juni 2009. Deze datum sluit aan bij de jaarstaat die aan de Nederlandse Bank wordt aangeleverd. Voor de na 2008 nog te ontvangen declaraties over 2008 neemt de verzekeraar een balanspost op. De tot 31 december 2010 ontvangen declaraties over 2008 worden opgenomen in de jaarstaat 2010, die wordt aangeleverd op 1 juni 2011. De na 31 december 2010 ontvangen declaraties over 2008 worden opgenomen in een latere jaarstaat en komen niet meer ten laste van het bijdragejaar 2008 maar een later bijdragejaar.
- e *Zelfstandigen aard van het inkomen 2008:* van de Belastingdienst ontvangt het CVZ gegevens voor de vaststelling van aard van het inkomen. De gegevens bevatten informatie over de begin- en einddatum van het zelfstandig ondernemerschap. Hiermee kan, samen met de gegevens van het UWV, bepaald worden tot welke AVI-klasse de verzekerde behoort.

- f *Uitkeringsgerechtigden en loondienstverbanden, aard van het inkomen 2008*: van het UWV ontvangt het CVZ gegevens voor de vaststelling van aard van het inkomen. Het betreft hier een jaarlijkse levering van gegevens.
- g *Sociaal Economische Status (SES) 2007*: Het CVZ ontvangt voor 1 juni 2009 een bestand met inkomensgegevens over jaar 2007. Het CVZ bepaalt met behulp van een adresleutel het gemiddelde inkomen per hoofd van een bepaald adres. Dit is de basis voor de bepaling van de SES.
- h *RBVZ bestand met verzekerdenperioden 2008*: van het Sectoraal Aanspreekpunt Zorgverzekeringen (SA-Z) ontvangt het CVZ gegevens over verzekerdenperioden 2008 uit het RBVZ. Het CVZ bepaalt op dagbasis de verzekerde periode per verzekerde per verzekeraar. Daarbij worden ook de perioden waarin een verzekerde bij meerdere zorgverzekeraars staat ingeschreven over de desbetreffende verzekerden verdeeld. Het RBVZ bevat het BSN, UZOVI verzekeraar, begindatum en einddatum verzekering.
- i *Uitstroom 2008*: Het uitstroombestand betreft verzekerden die nooit in het bestand persoonskenmerken terecht komen omdat zij in de maand juni niet (meer) als Zvw verzekerde staan ingeschreven, maar in een andere periode wel (bijvoorbeeld in de periode juli 2008 tot en met mei 2009). Bij de voorlopige en definitieve vaststelling 2008 maakt het CVZ gebruik van het 'uitstroombestand' over 2008 om de nog ontbrekende persoonskenmerken te bepalen van deze verzekerden. Het uitstroombestand wordt aangeleverd met een bestuursverklaring. Bij de definitieve vaststelling 2008 maakt het CVZ tevens gebruik van het 'uitstroombestand' over jaar 2009.
- j *Verzekerden zonder BSN 2008*: Voor de zeer hoge uitzonderingsgevallen waarin er sprake is van verzekeringsplichtigheid en de verzekerde geen BSN heeft en krijgt, wordt op 1 juli 2009 een opgave over 2008 ingediend bij het CVZ. Deze opgave wordt gebruikt bij de voorlopige en definitieve vaststelling.

II. De opbrengstverrekening 2007 in kalenderjaar 2009

In de Taskforce opbrengstverrekening (een gezamenlijk overleg met VWS, CVZ, NZa en ZN) worden de uitgangspunten voor de opbrengstverrekening vastgesteld. Doel van de opbrengstverrekening is het vaststellen van de opbrengstverschillen per zorgverzekeraar per ziekenhuis tussen het budget van het ziekenhuis en de opbrengsten ter dekking van het budget.

Hieronder worden de stappen beschreven die van belang zijn bij de opbrengstverrekening. De onderstaande nummers verwijzen naar de betreffende processtappen in figuur 3.

Procesverloop

11. Het ontwikkelen of aanpassen van het rekenmodel voor de opbrengstverrekening wordt door de afdeling VZU uitgevoerd. Op basis van de besluiten door de Taskforce wordt in deze fase een plan van aanpak opgesteld en een rekenmodel ontwikkeld. Na het ontwikkelen en testen van de programmatuur wordt de definitieve data ingelezen. Input voor dit rekenmodel vormen de marktaandelen 2007 van de zorgverzekeraars per ziekenhuis, die nodig zijn voor de toerekening van de te verrekenen bedragen per ziekenhuis naar de zorgverzekeraars, en de opbrengstverschillen zoals deze zijn berekend en vastgesteld door de NZa.
12. Parallel aan het ontwikkelen van het rekenmodel ontvangt het CVZ van de zorgverzekeraars de meest actuele gegevens over de DBC's 2007 ten behoeve van het bepalen van de marktaandelen van de verzekeraars per ziekenhuis. Op basis van de uitvraag moeten de zorgverzekeraars de gegevens uiterlijk 1 juni 2009 aanleveren.
13. Aan de NZa worden een bestuursverklaring en een accountantsverklaring gezonden. De NZa voert een review uit op de juistheid van door de zorgverzekeraar aangeleverde gegevens. Door de NZa worden de DBC-kostengegevens 2007 gecontroleerd. De review kent een hoor en wederhoorperiode van ongeveer drie maanden waarin de zorgverzekeraar kan reageren op de uitkomsten van de NZa-review.
14. Overlopende DBC's (geopend in jaar t en gesloten in jaar t+1) voor verzekeraars moeten worden toegerekend aan jaar t, terwijl voor de ziekenhuizen het deel van de DBC van opening tot einde jaar dient ter dekking van het budget jaar t en het deel vanaf t+1 tot sluiting dient ter dekking van het budget jaar t+1.
15. Een deel van de opbrengstverschillen wordt in vaste bedragen met de ziekenhuizen afgerekend, en een deel wordt verrekend via door de NZa te berekenen verrekenpercentages. Deze worden door de NZa vastgelegd in de tariefsbeschikking, die input is voor de berekening van de opbrengstverschillen. De tariefsbeschikking wordt opgesteld op basis van de eerder ontvangen jaarrekeninggegevens en nacalculatieformulieren van de ziekenhuizen. Op basis van de schade van zorgverzekeraars van DBC's in het A-segment, worden door het CVZ de marktaandelen van zorgverzekeraars voor 2007 bepaald. Deze marktaandelen worden vermenigvuldigd met het opbrengstverschil per ziekenhuis voor het schadejaar 2007. Het opbrengstverschil is het verschil tussen het budget van het ziekenhuis en de financiering middels DBC-declaraties.
16. De NZa stelt de opbrengstverschillen per ziekenhuis per zorgverzekeraar en de aangepaste verrekenpercentages vast.

17. De NZa stuurt brieven naar de ziekenhuizen en zorgverzekeraars met daarin aangegeven de uitkomsten van de opbrengstverrekening 2007.

Gegevenslevering

- k *Tariefbeschikking NZa*: De tariefbeschikking van de NZa bevat de opbrengstverschillen per ziekenhuis zoals berekend door de NZa, en de verrekenpercentages 2007. Deze worden opgesteld op basis van de nacalculatieformulieren zoals deze worden aangeleverd door de ziekenhuizen. De NZa stelt na aanlevering van de gegevens een consultatieronde in voor ziekenhuis om de gegevens te controleren.
- l *DBC-gegevens kostendeel per ziekenhuis 2007*: op 1 juni 2009 levert de zorgverzekeraar de definitieve gegevens over DBC's 2007 *per ziekenhuisinstelling* aan ten behoeve van de opbrengstverrekening. Het CVZ voert met die gegevens een aantal berekeningen uit waarmee de NZa de opbrengstverschillen per ziekenhuis per zorgverzekeraar kan vaststellen.

III. De tweede voorlopige vaststelling 2006 in kalenderjaar 2009

Het CVZ baseert de ex post vaststelling van de vereveningsbijdrage aan een individuele zorgverzekeraar voor 2006 op de verwachte risicodragende kosten voor de zorgverzekeraar, gecorrigeerd voor de HKC. Het gaat om de kosten van verzekerden bij wie in schadejaar 2006 de som van bepaalde kosten de HKC-drempel van € 12.500 overschrijdt. De tweede voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdragen 2006 wordt vóór 1 september 2009 uitgevoerd.

Hieronder worden de stappen beschreven die van belang zijn bij tweede voorlopige vaststelling van vereveningsbijdragen. De onderstaande nummers verwijzen naar de betreffende processtappen in figuur 4.

Procesverloop

18. Het CVZ publiceert de aangepaste verrekenpercentages van de NZa in april op haar website. Op basis van deze opgave bepaalt de zorgverzekeraar de HKC voor de verzekerden in zijn bestand. De zorgverzekeraar levert de gegevens aan het CVZ ten behoeve van de HKC.
19. Mede op basis van de evaluatie van het voorgaande jaar is een plan van aanpak opgesteld voor het opstellen van het rekenmodel voor de uitvoering van de tweede voorlopige vaststelling.

20. Op basis van de uitvraag moeten de gegevensleverende partijen de gegevens aanleveren voor 1 juni volgend op de uitvraag. De HKC-gegevens worden al in het najaar van 2008 ontvangen.
21. De gegevens worden, met uitzondering van de jaarstaten, via de Zorg TTP gepseudonimiseerd aangeleverd.
22. De gegevens worden ontvangen door de afdeling V&S. Er worden controles uitgevoerd op de ontvangen bestanden waarna de gegevens overgedragen worden aan de afdeling VZU.
23. De NZa ontvangt van alle zorgverzekeraars een bestuurs- en accountantsverklaring bij de HKC-opgave 2006 en de definitieve jaarstaat 2006. Vanaf het moment van aanlevering beoordeelt de NZa de betrouwbaarheid van de aangeleverde gegevens aan het CVZ door de accountantsdossiers te reviewen. Hieruit volgt een goedkeurende verklaring of een correctie op de aangeleverde gegevens in een review rapportage, die aan het CVZ wordt gezonden.
24. Na acceptatie van de test van het rekenmodel risicoverevening wordt de definitieve data ingelezen. Met behulp van de opbrengstverschillen 2006 brengt het CVZ in de tweede voorlopige vaststelling 2006 een correctie aan op de door de zorgverzekeraars in de jaarstaten 2006 verantwoorde kosten. In de jaarstaten mogen de zorgverzekeraars – op verzoek van het CVZ - zelf op geen enkele wijze de opbrengstverschillen verantwoorden. De invoer van de gecontroleerde data in SAS is de laatste stap voor het daadwerkelijk berekenen van de vereveningsbijdrage. Door het uitvoeren van de berekeningen in SAS worden de vereveningsbijdragen bepaald.
25. De uitkomsten worden door de afdeling VZU getoetst op juistheid door logische controles uit te voeren.
26. Na het uitvoeren van de berekening voert de interne afdeling Onderzoek verbijzonderde interne controles uit op de procestappen van de voorlopige vaststelling. Alleen met een accordering van deze afdeling kan de beschikking worden opgesteld.
27. Op grond van de opbouw van de bijdrage per verzekeraar wordt de beschikking per verzekeraar opgesteld. De afdeling VZU stelt een beschikking op met een korte toelichting. Deze wordt verstuurd, na goedkeuring door de juridische afdeling, naar de zorgverzekeraars.
28. Op basis van de beschikking kunnen eventueel de betalingen aan de zorgverzekeraars aangepast worden. Het besluit daarover is afhankelijk van het feit of de tweede voorlopige vaststelling leidt tot materiële verschuivingen.

Gegevenslevering

- m. *hoge kostencompensatie (HKC) 2006*: de verzekeraar doet een opgave van de kosten die hij inbrengt in de hoge kostencompensatie. In de opgave voor de HKC over jaar 2006 mag de verzekeraar uitsluitend de declaraties betrekken die hij voor 1 november van jaar 2008 heeft ontvangen.
- n. *Definitieve jaarstaat over 2006*: op 1 juni 2009 ontvangt de het CVZ de definitieve jaarstaat 2006.
- o. *SES 2005 en 2006*: de definitieve gegevens heeft het CVZ ontvangen in februari 2009 en zijn dus reeds in het bezit bij de start van de tweede voorlopige vaststelling.

IV. De definitieve vaststelling van de vereveningsbijdragen

Voor het definitief vaststellen van de vereveningsbijdrage is een review door de NZa op de jaarstaat 2006 en de HKC-opgave 2006 opgenomen. Op basis van deze review zijn correcties aangebracht op de HKC-opgave en de jaarstaat van zorgverzekeraars alvorens de definitieve vereveningsbijdragen worden opgesteld.

Hieronder worden de stappen beschreven die van belang zijn bij de definitieve vaststelling van vereveningsbijdragen. De onderstaande nummers verwijzen naar de betreffende processtappen in figuur 4.

- 29. Het CVZ ontvangt de reviewrapportage van de NZa en stelt – indien nodig op basis van de reviewuitkomsten – een correctiebestand op voor de HKC-opgave en een voor de jaarstaten. Deze bestanden vormen de input voor hetzelfde rekenmodel als gebruikt is voor de tweede voorlopige vaststelling.
- 30. Op basis van het rekenmodel worden bedragen verrekend per verzekeraar.
- 31. Na het uitvoeren van de berekening voert de interne afdeling Onderzoek verbijzonderde interne controles uit op de processtappen van de definitieve vaststelling. Alleen met een accordering van deze afdeling kan de beschikking worden opgesteld.
- 32. Op grond van de opbouw van de bijdrage per verzekeraar wordt de beschikking per verzekeraar opgesteld. De afdeling VZU stelt een beschikking op met een korte toelichting. Deze wordt verstuurd, na goedkeuring door de juridische afdeling, naar de zorgverzekeraars.
- 33. Op basis van de beschikking worden de betalingen aan de zorgverzekeraars aangepast.

Beschrijving uitvoeringsproces risicoverevening jaar t in zijn geheel

2.11 Het uitvoeringsproces risicoverevening is in zijn geheel nogmaals weergegeven in figuur 5. Deze figuur geeft niet de verschillende activiteiten in kalenderjaar 2009 weer, zoals in de figuren 2 tot en met 4, maar is een samenvattend overzicht over meerdere kalenderjaren van de voorlopige vaststelling jaar t, de opbrengstverrekening jaar t, de tweede voorlopige vaststelling jaar t en de definitieve vaststelling jaar t.

Analyse versnellingsmogelijkheden vaststelling risicoverevening

Versnellingsmogelijkheden voor de voorlopige vaststelling

2.12 De tijdigheid van de gegevenslevering is van dominant belang voor de doorlooptijd van de voorlopige vaststelling. Wanneer er uitgegaan wordt van zo volledig mogelijke gegevenslevering voor de voorlopige vaststelling is er geen versnelling mogelijk.

Versnellingsmogelijkheden voor de opbrengstverrekening

2.13 Uit de procesbeschrijving blijkt dat de opbrengstverrekening niet het zogenaamde kritieke pad van de definitieve vaststelling bepaalt. De opbrengstverrekening is wel mede bepalend voor het opstellen van de definitieve vaststelling. De marktaandelen die van belang zijn voor de opbrengstverrekening jaar t worden vastgesteld aan de hand van de schadelastgegevens van de zorgverzekeraars. Deze schadelastgegevens zijn gebaseerd op DBC-gegevens die per 1 juni jaar t+2 beschikbaar zijn. Wanneer eerder zou moeten worden aangeleverd, dan worden er minder volledige gegevens geleverd.

2.14 Volgens het CVZ kunnen mogelijk de brieven waarin de opbrengstverrekening door de NZa wordt gecommuniceerd een aantal weken eerder worden verzonden, omdat de methode van de opbrengstverrekening nu volledig vaststaat.

Versnellingsmogelijkheden voor de tweede voorlopige vaststelling

2.15 De jaarstaat met de definitieve schadegegevens over jaar t voor de tweede voorlopige vaststelling zou op 1 maart jaar t+3 door zorgverzekeraars aan het CVZ kunnen worden aangeleverd. Dit leidt tot een versnelling van drie maanden van de tweede voorlopige vaststelling. Zorgverzekeraars willen echter graag op hetzelfde tijdstip aanleveren als de levering van de jaargegevens aan De Nederlandsche Bank, en deze is vastgesteld op 1 juni. Daarnaast is uit recente navraag door het CVZ bij zorgverzekeraars naar voren gekomen dat een eerdere levering interfereert met de werkzaamheden van de zorgverzekeraar (en de accountant) in het kader van de jaarrekening. Hier is door ons geen nader onderzoek naar gedaan. Door vervroegde aanlevering van de jaarstaat zal ook de raming van de voorlopige kosten over jaar t+2, die ook in deze jaarstaat zijn opgenomen en die de basis zijn voor de eerste voorlopige vaststelling over jaar

t+2, minder goed zijn.

2.16 Informatiebrieven over de tweede voorlopige vaststelling staan gepland voor 1 september jaar t+3. Er bestaan hier mogelijkheden om zonder kwaliteitsverlies de brieven eerder (enkele weken) op te leveren.

Versnellingsmogelijkheden voor de definitieve vaststelling

2.17 Het reviewtraject dat uitgevoerd wordt door de NZa is de enige activiteit tussen de tweede voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling. Dit traject is gepland op vijf á zes maanden en bestaat voor een groot deel uit een juridisch verplichte hoor- en wederhoorprocedure (inclusief een bezwaartermijn van zes weken). De doorlooptijd van de hoor- en wederhoorprocedure is mede afhankelijk van aanlevering van eventuele aanvullende gegevens bij zorgverzekeraars. Hier lijken geen nadere versnellingsmogelijkheden te realiseren.

Onzekere factoren voor doorlooptijd zijn niet juist en niet tijdig leveren gegevens en bezwaarperiode

- 2.18 Overige onzekere factoren in het gehele proces vormen de vertragende werking van het niet juist en niet tijdig aanleveren van gegevens en mogelijke bezwaarschriften:
- a De NZa kan een boete opleggen als gegevens aan het CVZ niet tijdig worden aangeleverd. Op dit moment stelt de NZa een nadere regeling op met kwaliteitseisen voor gegevenslevering in samenwerking met het CVZ. Deze nadere regelingen zijn naar verwachting eind 2009 gereed. Te onderzoeken valt of het op de weg ligt van het CVZ om verzekeraars de mogelijkheid te bieden een proeflevering uit te voeren.
 - b Onderdeel van iedere reviewperiode bij de NZa is het bieden van de mogelijkheid aan zorgverzekeraars tot bezwaar bij de NZa. De definitieve vaststelling zou vertraging kunnen ondervinden als gevolg van bezwaren.

Conclusie: er is een versnelling van maximaal drie maanden te realiseren in het huidige risicovereveningsproces

Versnellingsmogelijkheden zijn beperkt door late beschikbaarheid definitieve jaarstaat als gevolg van lange doorlooptijd DBC-declaraties

2.19 Er is een versnelling te bereiken van maximaal drie maanden in het risicovereveningsproces door aanlevering van de definitieve jaarstaat jaar t in maart t+3 in plaats van in juni t+3. Verdere versnelling van het risicovereveningsproces die leidt tot vermindering van onzekerheid in de zorgketen lijken alleen mogelijk wanneer andere beleidskeuzes worden gemaakt. De doorlooptijd van het risicovereveningsproces wordt in de eerste plaats bepaald door de doorlooptijd van de aanlevering van gegevens. De *bottleneck* wordt daarbij gevormd door de aanlevering van de DBC-gegevens. Immers, DBC's kunnen maximaal een jaar open staan en

worden pas gedeclareerd na sluiting, na sluiting van de laatste DBC bedraagt de aanlevertijd van declaraties over het betreffende schadejaar door ziekenhuizen aan zorgverzekeraars een jaar, en het openingsjaar van de DBC bepaalt het schadejaar voor de zorgverzekeraar.

2.20 De definitieve jaarstaat jaar t is gebaseerd op DBC-gegevens over 12 kwartalen, dat wil zeggen dat in de definitieve jaarstaat DBC-gegevens over jaar t worden opgenomen die door de ziekenhuizen aan de zorgverzekeraars gedeclareerd worden tot en met 31 december jaar t+2. Deze keuze is gebaseerd op de beschikbaarheid van DBC-gegevens, die pas twaalf kwartalen ná 1 januari jaar t volledig is. De onderstaande Tabel 1 geeft de beschikbaarheid van gegevens weer volgens een schatting van Vektis. In maart 2009 heeft VWS besloten om van acht kwartalen naar twaalf kwartalen te gaan. Met de keuze voor twaalf kwartalen is de aansluiting tussen de definitieve jaarstaat jaar t en het boekjaar van de zorgverzekeraar behouden gebleven.

Aantal kwartalen na 1 januari jaar t	Schatting beschikbare DBC-gegevens jaar t t.o.v. het totaal	Schatting beschikbare farmaciegegevens jaar t-1 t.o.v. het totaal
8 kwartalen	95%	100%
9 kwartalen	97,5%	100%
10 kwartalen	98,75%	100%
11 kwartalen	99,5%	100%
12 kwartalen	100%	100%

Tabel 1. Schatting van Vektis van de volledigheid van het aantal gedeclareerde DBC-gegevens jaar t na aantal kwartalen na 1 januari jaar t

2.21 Versnelling van het DBC-declaratieproces kan versnelling van de levering van de definitieve jaarstaat mogelijk maken. Voor versnelling van het DBC-declaratieproces zijn er meerdere opties die maatregelen vereisen:

- a Er wordt toegewerkt naar snellere aanlevering van DBC-gegevens in de keten van ziekenhuizen en zorgverzekeraars door het efficiënter en effectiever inrichten van controles en het sneller declareren door ziekenhuizen.
- b De doorlooptijd van DBC-gegevens die nu maximaal een jaar bedraagt, wordt teruggebracht naar een kortere periode.

Versnellingsmogelijkheden zijn beperkt als gevolg van verklaarbare doorlooptijd afzonderlijke processtappen

2.22 De doorlooptijd van de risicoverevening wordt, naast de grote afhankelijkheid van gegevens, in de tweede plaats veroorzaakt door de achtereenvolgende stappen die moeten worden doorlopen in het proces en de afhankelijkheid tussen deze processtappen. De doorlooptijd van deze afzonderlijke processtappen zijn elk voor zich verklaarbaar, en er zijn geen vergaande versnellingen in deze processtappen te bereiken.

De opbrengstverrekening ligt niet op het kritieke pad van de definitieve vaststelling risicoverevening

2.23 De opbrengstverrekening, die een gevolg is van het ziekenhuisfinancieringsproces, vormt input voor de tweede voorlopige vaststelling. De opbrengstverrekening ligt echter niet op het kritieke pad van de tweede voorlopige vaststelling, omdat deze op 1 september jaar t+2 beschikbaar is, ruimschoots op tijd voor aanvang van de tweede voorlopige vaststelling op 1 juni t+3.

2.24 In de volgende tabel zijn de stappen die op het kritieke pad liggen binnen een deelproces aangegeven. Hoewel deze stappen op het kritieke pad liggen binnen het specifieke deelproces, liggen ze niet per definitie op het kritieke pad van de definitieve vaststelling per 1 april jaar t+4. Alleen de aanlevering van de afloop jaarstaat jaar t op 1 juni jaar t+3 ligt voor de definitieve vaststelling op het kritieke pad, en alles wat daarna wordt uitgevoerd.

Kritieke pad	Winstmogelijkheden	Toelichting
Voorlopige vaststelling		
Aanleveren diverse gegevens aan CVZ op 1 juni t+1 en 1 juli t+1.	Geen.	Gegevens zijn niet eerder beschikbaar.
Opbrengstverrekening		
Aanleveren DBC-gegevens jaar t kostendeel per ziekenhuis door zorgverzekeraars aan CVZ op 1 juni t+2 (op basis van ruim 9 kwartalen)	Geen.	DBC-gegevens zijn niet eerder beschikbaar.
Aanleveren tariefbeschikking door NZa aan CVZ en zorgverzekeraars op 1 april t+1		Tariefbeschikking NZa is vanaf 2010 per 1 januari t+2 beschikbaar, maar dit heeft verder geen consequenties voor de start van de tweede voorlopige vaststelling.
Tweede voorlopige vaststelling		
Aanleveren afloop jaarstaat jaar t door zorgverzekeraars aan CVZ op 1 juni jaar t+3 (op basis van 12 kwartalen)	Drie maanden door vroegtijdig aanleveren afloop jaarstaat jaar t op 1 maart jaar t+3.	Gegevenslevering loopt dan niet meer parallel aan levering jaargegevens voor DNB. Interfereert met werkzaamheden van de zorgverzekeraar in het kader van de jaarrekening.
Definitieve vaststelling		
Geen versnellingsmogelijkheden, behalve die genoemd bij de tweede voorlopige vaststelling. De versnelling van drie maanden die daar bereikt kan worden, leidt tot een definitieve vaststelling op 1 januari jaar t+4.		

Tabel 2. Samenvatting kritieke pad en winstmogelijkheden vaststelling risicoverevening.

3 Verkorting doorlooptijd risicoverevening van één jaar bij aanpassing DBC-aanlevering

3.01 Zoals in het vorige hoofdstuk is geconcludeerd, is er binnen de huidige processen een versnelling van maximaal drie maanden te bereiken in de definitieve vaststelling van de risicoverevening. Daarbij vormt met name de gegevenslevering als gevolg van de lange doorlooptijd van het DBC-declaratieproces een *bottleneck*.

3.02 In dit hoofdstuk analyseren we in hoeverre versnelling van de risicovereveningsprocessen mogelijk is wanneer belemmeringen op het kritieke pad worden weggenomen die voortkomen vanuit de DBC-declaratie- en ziekenhuisfinancieringsprocessen.

3.03 Wij doen daartoe een eerste globale verkenning van een tweetal maatregelen die mogelijk kunnen leiden tot verkorting van de definitieve vaststelling risicoverevening en daarmee tot vermindering van onzekerheid in de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars.

3.04 We willen daarbij benadrukken dat wij in dit hoofdstuk de maatregelen vanuit een *procesmatig perspectief van de risicoverevening* benaderen, *zonder* in acht te nemen wat de implicaties van de genoemde maatregelen zijn op beleidsniveau of op overige terreinen. Wij geven dus geen advies weer voor beleidskeuzes, noch een onderbouwing of een impactanalyse van eventuele beleidsmatige keuzes. Dit valt expliciet buiten de scope van ons onderzoek.

3.05 Naast maatregelen die genomen kunnen worden om de registratie en declaratie van DBC's in de keten van ziekenhuizen en zorgverzekeraars te versnellen, zullen wij in dit hoofdstuk het effect weergeven van twee belangrijke wijzigingen ten opzichte van de huidige situatie, die bepalend kunnen zijn voor de definitieve vaststelling van de risicoverevening. Deze zijn:

- a De doorlooptijd van DBC-gegevens die nu maximaal een jaar bedraagt, wordt teruggebracht naar negentig dagen⁶.
- b In combinatie met deze aanpassing in DBC-doorlooptijd, vervalt de bekostiging op basis van budgetparameters en is sprake van volledige prestatiebekostiging op basis van DBC's.

3.06 Zonder bekorting van de doorlooptijd van DBC's leidt het vervallen van de opbrengstverrekening niet tot versnelling, omdat dan toch nog moet worden gewacht op de volledige DBC-gegevens, dus 12 kwartalen na de start van jaar t. Deze wijziging zullen wij dus niet apart in onze analyse betrekken.

3.07 Het hoofdstuk start met de analyse en conclusies bij aanpassing aanlevering DBC's en gaat vervolgens in op de analyse conclusies bij aanpassing ziekenhuisfinanciering.

⁶ De wettelijke termijn waarbinnen DBC's gedeclareerd moeten worden is in het Burgerlijk Wetboek vastgesteld op 5 jaar.

Aanpassing in DBC-doorlooptijd tot 90 dagen leidt tot verkorting risicoverevening van circa een jaar

3.08 Op basis van een kritieke pad analyse van het procesverloop bij verkorting van de doorlooptijd van DBC-gegevens naar negentig dagen hebben we een nieuwe beschrijving opgesteld van het proces zoals weergegeven in figuur 6 in bijlage D.

3.09 Wij wijzen erop dat er op onderdelen een globale inschatting wordt gegeven van mogelijke doorlooptijden. De belangrijkste verschillen in dit processchema ten opzichte van de bestaande situatie zijn in de onderstaande tabel weergegeven. In de tabel worden uitgangspunten, aannames en bijzonderheden in de laatste kolom benoemd.

DBC registratie- en declaratieproces				
Nr	Processtappen	Situatie in het bestaande proces (DBC van 365 dagen)	Situatie in het nieuwe proces (DBC van 90 dagen)	Analyse bijzonderheden deelproces ten opzichte van de oude situatie
1	DBC sluitingsdatum	Sluiting DBC uiterlijk 31 december jaar t+1	Sluiting DBC uiterlijk 31 maart jaar t+1	Er wordt een winst geboekt van 9 maanden.
2	DBC declaraties van ziekenhuis aan zorgverzekeraar t.b.v. jaarstaat jaar t	Uiterlijk 31 december jaar t+2 (gebaseerd op 12 kwartalen) voor jaar t	Uiterlijk 31 maart jaar t+2 voor jaar t (gebaseerd op 9 kwartalen) en uiterlijk 31 december jaar t+1 voor jaar t (gebaseerd op 8 kwartalen ⁷)	Door de kortere doorlooptijd van DBC's is het een reële inschatting dat na 8 kwartalen de DBC's nagenoeg volledig gedeclareerd zijn bij de zorgverzekeraar. Wij gaan daarom in de verdere analyse uit van 8 kwartalen. Mede door deze keuze wordt ook in de nieuwe situatie voor de jaarstaat jaar t aangesloten bij het boekjaar van de zorgverzekeraar. Er wordt een winst geboekt van een jaar.

⁷ Omdat de maximale doorlooptijd van DBC teruggaat naar 90 dagen, en een DBC uiterlijk op 31 maart jaar t+1 gesloten wordt, geldt op basis van de huidige doorlooptijden dat 31 maart jaar t+2 de volledigheid van het aantal gedeclareerde DBC-gegevens op 100% kan worden geschat (zie Tabel 1). Omdat de doorlooptijd van DBC's echter verkort is, kan verwacht worden dat de doorlooptijd tot het volledig beschikbaar hebben van het aantal gedeclareerde DBC-gegevens ook korter wordt.

Eerste voorlopige vaststelling				
Nr	Processtappen	Situatie in het bestaande proces (DBC van 365 dagen)	Situatie in het nieuwe proces (DBC van 90 dagen)	Analyse bijzonderheden deelproces ten opzichte van de oude situatie
3	Start voorlopige vaststelling	1 juni jaar t+1 aanlevering van DBC's jaar t-1 t.b.v. DKG's, jaarstaat jaar t	1 juni jaar t+1 aanlevering van DBC's jaar t-1 t.b.v. DKG's, jaarstaat jaar t	Geen versnelling, de levering van de DBC's jaar t-1 en de jaarstaat jaar t zal vollediger zijn door verkorte doorlooptijd DBC's
4	Einde voorlopige vaststelling	1 september jaar t+1	1 september jaar t+1	Geen versnelling, de voorlopige vaststelling kent minder onzekerheid door grotere volledigheid DBC-gegevens.

Opbrengstverrekening				
Nr	Processtappen	Situatie in het bestaande proces (DBC van 365 dagen)	Situatie in het nieuwe proces (DBC van 90 dagen)	Analyse bijzonderheden deelproces ten opzichte van de oude situatie
5	Start opbrengstverrekening	1 juni jaar t+2 aanlevering van DBC-gegevens kostendeel per ziekenhuis jaar t door zorgverzekeraars aan CVZ Tariefsbeschikking NZa op 1 april jaar t+2	31 december jaar t+1 aanlevering van DBC-gegevens kostendeel per ziekenhuis jaar t door zorgverzekeraars aan CVZ Tariefsbeschikking NZa op 1 januari jaar t+2	De DBC-gegevens voor de marktaandelen hoeven uiterlijk 31 december jaar t+2 aangeleverd te worden omdat de tariefbeschikking van de NZa op 1 januari jaar t+2 wordt geleverd. De vaststelling van marktaandelen is dan gebaseerd op een vollediger set gegevens. Wijziging in proces vanaf 2010.
6	Einde opbrengstverrekening	1 september jaar t+2	1 april jaar t+2	De opbrengstverrekening wordt gebaseerd op een vollediger set DBC-gegevens jaar t. De opbrengstverrekening is gereed op het moment dat de definitieve jaarstaat jaar t wordt geleverd.

Tweede voorlopige vaststelling				
Nr	Processtappen	Situatie in het bestaande proces (DBC van 365 dagen)	Situatie in het nieuwe proces (DBC van 90 dagen)	Analyse bijzonderheden deelproces ten opzichte van de oude situatie
7	Start tweede voorlopige vaststelling	1 juni jaar t+3 aanlevering definitieve jaarstaat jaar t door zorgverzekeraars aan CVZ	1 juni jaar t+2 aanlevering definitieve jaarstaat jaar t door zorgverzekeraars aan CVZ	<p>Aanlevering van definitieve jaarstaat op basis van een onveranderde doorlooptijd van 5 maanden door zorgverzekeraars aan het CVZ en DBC declaraties van ziekenhuis aan zorgverzekeraar t.b.v. jaarstaat jaar t op uiterlijk 31 december jaar t+2 (zie processtap 2).</p> <p>De definitieve SES-, AVI- en uitstroombestanden zijn eveneens beschikbaar op 1 juni t+2, en vormen daarmee geen knelpunt in doorlooptijd.</p>
8	Einde tweede voorlopige vaststelling	1 september jaar t+3	1 september jaar t+2	Geen wijziging.

Definitieve vaststelling				
Nr	Processtappen	Situatie in het bestaande proces (DBC van 365 dagen)	Situatie in het nieuwe proces (DBC van 90 dagen)	Analyse bijzonderheden deelproces ten opzichte van de oude situatie
9	Start definitieve vaststelling	1 september jaar t+3, review door NZa	1 september jaar t+2 review door NZa	Geen wijziging
10	Einde definitieve vaststelling	1 april jaar t+4	1 april jaar t+3	Geen wijziging

Tabel 3. Schatting doorlooptijd risicoverevening op basis van doorlooptijd DBC's van 90 dagen

3.10 Aanvullend kan worden opgemerkt dat de HKC ook geen knelpunt vormt in het bovenstaande geschetste verloop van het nieuwe proces. Op basis van de nieuwe situatie zou de HKC levering van 1 november jaar t+2 van zorgverzekeraars aan CVZ kunnen worden verplaatst naar levering op 1 juni jaar t+2 van zorgverzekeraars aan CVZ. De aangepaste verrekenpercentages zijn beschikbaar op 1 januari jaar t+2.

Vervallen opbrengstverrekening in combinatie met verkorten doorlooptijd DBC's leidt eveneens tot verkorting risicoverevening van circa een jaar

3.11 Wij hebben een analyse gemaakt van het kritieke pad van het vaststellingsproces risicoverevening bij het vervallen van de opbrengstverrekening en de verkorting van de doorlooptijd van DBC's. Wij wijzen erop dat de analyse een globale inschatting geeft van de uiteindelijke doorlooptijd van de risicoverevening.

3.12 Het vervallen van de opbrengstverrekening heeft geen effect op de doorlooptijd van de vaststelling risicoverevening. Dit wordt veroorzaakt doordat de opbrengstverrekening niet op het kritieke pad ligt van de tweede voorlopige vaststelling van de risicoverevening en dus ook niet van de definitieve vaststelling. Zoals uit Tabel 3, nr. 6, blijkt is de opbrengstverrekening uiterlijk gereed op 1 juni jaar t+2, en dit loopt gelijk met de start van de tweede voorlopige vaststelling.

Algemene observaties op basis van het onderzoek

Alle partijen in de zorgketen betrekken bij verminderen doorlooptijd risicoverevening

3.13 De primaire zorgketen die relevant is voor de uitvoering van de risicoverevening omvat een groot aantal partijen. Al deze partijen hebben belang bij vermindering van de doorlooptijd van de

risicoverevening. De zorgaanbieders en de zorgverzekeraars krijgen eerder zicht op de daadwerkelijke schadelast en hebben minder last van onzekerheden in hun bedrijfsvoering, en de partijen in het publieke domein hebben meer inzicht in en minder werk aan de uitvoering van de risicoverevening.

3.14 De doorlooptijd van het risicovereveningsproces wordt vooral bepaald door de doorlooptijd van de levering van gegevens. Door de verwevenheid van de processen en de ontstane afhankelijkheden in deze keten is het vinden van oplossingen voor het verminderen van de doorlooptijd van de risicoverevening een proces waarbij al deze ketenpartijen betrokken moeten worden.

Kern van oplossing voor verkorting doorlooptijd risicoverevening begint bij registratieproces zorgaanbieders

3.15 Maatregelen om meer efficiency te bereiken in de keten moeten worden ingevoerd daar waar het proces begint, bij de zorgaanbieders. In het primaire zorgproces zullen registratie van gegevens en de (financiële) belangen om deze gegevens juist, volledig en tijdig te registreren en declareren, met elkaar in overeenstemming moeten zijn.

Verminderen complexiteit zorgstelsel integraal oplossen vanuit verschillende processen

3.16 De samenloop van DBC-declaraties, ziekenhuisfinanciering en risicoverevening leidt tot een complexe afhankelijkheid. Beleidsmaatregelen op het gebied van DBC's of de ziekenhuisfinanciering kunnen consequenties voor de risicoverevening hebben. Om consequenties van beleidsmaatregelen voor de risicoverevening in te schatten, zouden vaker impactanalyses op de uitvoering uitgevoerd kunnen worden.

3.17 Om de complexiteit van de uitvoering van de risicoverevening te verminderen, zal integraal vanuit de verschillende beleidsterreinen naar maatregelen en oplossingen moeten worden gezocht. Aanbevolen wordt vanuit verschillende beleidsterreinen met partijen samen (combinaties van) maatregelen te inventariseren die beogen de complexiteit van de uitvoering van de risicoverevening te verminderen, en daarvan een impactanalyse uit te voeren.

A Betrokken partijen

A.01 Er is een aantal partijen die een belangrijke rol hebben in het risicovereveningsproces. Het gaat hierbij om de ziekenhuisinstellingen, de zorgverzekeraars, het CVZ, het Ministerie van VWS en de NZa. De partijen worden hier in alfabetische volgorde kort geïntroduceerd:

- a *College voor zorgverzekeringen*: het CVZ is verantwoordelijk voor de uitvoering van de risicoverevening. Het CVZ heeft daarin als belangrijkste taken:
 - i het vaststellen van beleidsregels waarin aangegeven wordt op welke wijze de vereveningsregels worden toegepast en uitbetaald;
 - ii het beheren van het Zorgverzekeringsfonds waaruit de zorgverzekeraars een vereveningsbijdrage ontvangen;
 - iii het berekenen van de jaarlijkse bijdragen die de zorgverzekeraars krijgen ter compensatie van hun verzekerden.
- b *Ministerie van VWS*: het ministerie van VWS is de beleidsbepaler en wetgever op het gebied van het zorgstelsel. Het ministerie van VWS stelt voor de risicoverevening onder meer de verdeling van de macro-deelbedragen, het risicovereveningsmodel, de berekening van het normatieve bedrag en de ex post bijdragen vast.
- c *NZa*: de NZa is onder meer belast met markttoezicht, marktontwikkeling en tarief- en prestatieregulering op het terrein van de gezondheidszorg. De NZa houdt toezicht op het gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De zorgautoriteit is verantwoordelijk voor de opbrengstverrekening. De zorgautoriteit draagt onder meer zorg voor het vaststellen van:
 - i beleidsregels met voorschriften of beperkingen voor het in rekening brengen van DBC-tarieven;
 - ii de landelijke DBC-tarieven in het A-segment;
 - iii verrekenpercentages per ziekenhuisinstelling;
 - iv budgetten voor ziekenhuisinstellingen.
- d *Ziekenhuisinstellingen*: in het ziekenhuis wordt zorg geleverd op het gebied van diagnose, therapie, verpleging of isolatie van een patiënt. Binnen het DBC-declaratieproces van gegevensleveringen zijn de ziekenhuizen de primaire aanleverende partij.
- e *Zorgverzekeraars*: zorgverzekeraars kunnen worden onderverdeeld in regionale en landelijk opererende zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars spelen vanzelfsprekend een centrale rol in de uitvoering van de risicoverevening. Zij ontvangen de gegevens van de zorgaanbieders en zijn in het kader van de risicoverevening verplicht de gegevens (al dan niet via Vektis) door te leveren aan het CVZ.
- f *Zorgverzekeraars Nederland (ZN)*: behartigt de belangen van de verzekeraars op landelijk niveau, en neemt namens hen deel aan de diverse overleggen inzake de bestuurlijke en technische aspecten rondom de risicoverevening.

- g *De Nederlandsche Bank (DNB)*: alle verzekeraars die de Zvw uitvoeren staan onder toezicht van DNB.

3.18 Daarnaast zijn de Belastingdienst, het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), Vektis, het Sectoraal Aanspreekpunt Zorgverzekeringen (SA-Z) en de ZorgTTP betrokken bij de levering van de gegevens:

- a De Belastingdienst is verantwoordelijk voor het innen van belastingen en levert twee bestanden voor de risicoverevening: het zelfstandigen AVI bestand en het Sociaal Economische Status (SES)-bestand.
- b Het SA-Z is opgericht om geautomatiseerde gegevensuitwisseling te bevorderen en te faciliteren. De zorgverzekeraars onderhouden hier gezamenlijk het Referentiebestand Verzekerden (RBVZ)-bestand. Het bestand bevat een minimale set aan gegevens, te weten: Burger Service Nummer (BSN), zorgverzekeraar en ingangs- of einddatum basisverzekering.
- c Het UWV is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de werknemersverzekeringen WW, WAO, WIA en de Ziektewet. Het UWV levert het Uitkeringsgerechtigden Aard van Inkomen (AVI) bestand.
- d Vektis Data is het landelijke informatiecentrum van de zorgverzekeraars en treedt op als bewerker van gegevens van de zorgverzekeraars.
- e De ZorgTTP is een *trusted third party* (TTP) op het gebied van zorg en welzijn en pseudonimiseert de gegevensbestanden.

B Detailgegevens processtappen risicoverevening

B.01 In deze bijlage worden in detail de procesgegevens beschreven. Per processtap zijn de volgende gegevens opgenomen:

- a naam deelproces;
- b geplande startdatum;
- c feitelijke startdatum;
- d benodigde input proces;
- e feitelijke datum aanlevering gegevens;
- f controles en gegevensbewerkingen;
- g geplande einddatum;
- h feitelijke einddatum;
- i onderbouwing doorlooptijd;
- j output proces.

Nr	Deelproces	Geplande startdatum	Feitelijke startdatum	Benodigde input	Feitelijke datum aanlevering gegevens	Controles en bewerkingen	Geplande einddatum	Feitelijke einddatum	Onderbouwing doorlooptijd	Output proces
1	Ontwikkelen rekenmodel	1-feb (jaar t+1)		- Opdracht - Evaluatie jaar t - Model 1 ^e VV jaar t	N.v.t.	Testen programmatuur in ontwikkel-omgeving SAS	30-jun (jaar t+1)		Ontwikkelen rekenmodel conform ontwikkelprocedure CVZ. Opstellen plan van aanpak (1feb) Opstellen rekenregels eerste voorlopige vaststelling Ontwerpen en ontwikkelen model (1-apr) Testen en accepteren model (1 jun)	Plan van aanpak Functioneel ontwerp Projectdocumentatie/verantwoording Definitief rekenmodel 1 ^e VV
2	Opvragen gegevens	1-nov (jaar t)	1-nov (jaar t)	Geaccordeerde bestandsspecificaties	N.v.t.	N.v.t.	1-mrt (jaar t+1)	15-mrt (jaar t+1)		Gegevens uitvraag inclusief geleidebrief
3	Depersonifieren bestanden	31-mei (jaar t+1)	31-mei (jaar t+1)	Aangeleverde bestanden (a,c,d,e,f,g,i,j, k)		Gegevens pseudonimiseren	1-juni (jaar t+1)			Gedepersonificeerde bestanden (a,c,d,e,f,g,i,j, k)
4	Ontvangen en controleren gegevens	1-jun (jaar t+1)	15 jun (jaar t+1)	Gedepersonificeerde bestanden (a,c,d,e,f,g,i,j, k)		Bestandscontrole: - Basale controle, aantal records - Inhoudelijke controle - Proefdraaien met bestanden van 1 of 2 verzekeraars	15-jun (jaar t+1)		Per bestand wordt een basale- en een inhoudelijke controle uitgevoerd. Proefdraaien is het inlezen van de bestanden in de rekenmodule van SAS	Gecontroleerde gegevens bestanden (a,c,d,e,f,g,i,j, k) Controle rapport
5	Review op aantallen DBC's									

Nr	Deelproces	Geplande startdatum	Feitelijke startdatum	Benodigde input	Feitelijke datum aanlevering gegevens	Controles en bewerkingen	Geplande einddatum	Feitelijke einddatum	Onderbouwing doorlooptijd	Output proces
6	Invoeren data en uitvoeren berekening	21-aug (jaar t+1)		Gecontroleerde gegevens bestanden (a,c,d,e,f,g,i,j, k)		Inlezen gegevens in de rekenmodule 1 ^e VV van SAS	25-aug (jaar t+1)		Op het moment dat de gegevens zijn ingelezen wordt de output berekend	Bestand met voorlopige uitkomst per verzekeraar
7	Plausibiliteittoets	26-aug (jaar t+1)		Functioneel ontwerp Bestand met voorlopige uitkomst per verzekeraar		Toetsen van de resultaten door nalopen van de berekeningen	31-aug (jaar t+1)		Toetsen van berekeningen aan de hand van logische controles op de resultaten en deze bespreken in de werkgroep	Bestand met uitkomst per verzekeraar
8	Uitvoeren interne audit	1-sept (jaar t+1)		Plan van aanpak Bestand met uitkomst per verzekeraar Projectdocumentatie Controle rapport		Controle van uitvoeringsproces conform plan van aanpak	7-sept (jaar t+1)		Uitvoeren auditwerkzaamheden door interne auditdienst	Goedkeurende auditverklaring bij budget per verzekeraar
9	Vaststellen uitkering en te verrekenen bedragen	8-sept		Budget per verzekeraar Auditverklaring		Formele vaststelling van budget per verzekeraar	14-sept		Raad van bestuur ondertekent de vastgestelde bedragen	Goedkeuring RvB
10	Opstellen beschikking	31-jul (jaar t+1)		Budget per verzekeraar en goedkeuring RvB			21-sept (jaar t+1)		Aanmaken beschikkingsbrieven	Beschikking
11	Uitbetaling	21-sept (jaar t+1)		Budget per verzekeraar en goedkeuring RvB		N.v.t.	21-sept (jaar t+1)		Uitbetaling te verrekenen bedragen	Betaling

Nr	Deelproces	Geplande startdatum	Feitelijke startdatum	Benodigde input	Feitelijke datum aanlevering gegevens	Controles en bewerkingen	Geplande einddatum	Feitelijke einddatum	Onderbouwing doorlooptijd	Output proces
12	Ontwikkelen rekenmodel	15-april (jaar t+2)		- verslaglegging technisch overleg	N.v.t.	Rekenmodel wordt nagebouwd in Excel, output van beide wordt vergeleken	1-mei (jaar t+2)		Ontwikkelen rekenmodel conform ontwikkelprocedure CVZ. Opstellen plan van aanpak Opstellen rekenregels eerste voorlopige vaststelling Ontwerpen en ontwikkelen model Testen en accepteren model	Plan van aanpak Functioneel ontwerp Projectdocumentatie/verantwoording Definitief rekenmodel opbrengstverrekening
13	Ontvangen en controleren gegevens	1-jun (jaar t+2)		Bestand DBC gegevens kostendeel per ziekenhuis jaar t	7 jun (jaar t+2)	Bestandscontrole: - Basale controle, aantal records - Inhoudelijke controle	7-jun (jaar t+2)		Per bestand wordt een basale- en een inhoudelijke controle uitgevoerd.	Gecontroleerde gegevens bestanden (I) Controle rapport
14	Review op kostengegevens	1-jun (jaar t+2)		Bestuursverklaring per verzekeraar Accountantsverklaring per verzekeraar		Controle van bestuurs- en accountantsverklaring op juistheid kostengegevens	7-jun (jaar t+2)		NZa reviewt de bestuursverklaring en de accountantsverklaring van de zorgverzekeraars	Akkoord DBC-gegevens in Assurancerapport
15	Gelijk trekken schadejaar	15-jul (jaar t+2)		Rekenmodel opbrengstverrekening		Herberekenen schadejaar	7-aug (jaar t+2)			Vergelijkbare schadejaren
16	Koppelen marktaandeel en tariefsbeschikking	15-jul (jaar t+2)		Tariefsbeschikking Gecontroleerde gegevens bestanden (I)		Narekenen in vergelijkbaar Excelmodel	7-aug (jaar t+2)		Bepalen marktaandelen zorgverzekeraar per ziekenhuis en koppelen met de tariefsbeschikking	Bestand opbrengstverrekening
17	Vaststellen NZa								NZa stelt de opbrengstverschillen en verrekenpercentages vast	Vastgestelde opbrengstverschillen en verrekenpercentages

Nr	Deelproces	Geplande startdatum	Feitelijke startdatum	Benodigde input	Feitelijke datum aanlevering gegevens	Controles en bewerkingen	Geplande einddatum	Feitelijke einddatum	Onderbouwing doorlooptijd	Output proces
18	Versturen brieven					N.v.t.	1-sept (jaar t+2)		NZa verstuurt opbrengstverrekeningsbrieven naar zorgverzekeraars	Brief opbrengstverrekening
19	Opstellen HKC-opgave jaar t	1-sept jaar (t+2)		HKC-format		Invullen bestand HKC format	31-mei (jaar t+3)		Verzekeraars kunnen zelf de opgave van HKC invullen in een bestandsformaat van de site van het CVZ	Bestand HKC-opgave jaar t
20	Ontwikkelen rekenmodel	15-april (jaar t+3)		- Model 1 ^e VV jaar t+1	N.v.t.	Testen programmatuur in ontwikkelomgeving SAS	31-mei (jaar t+3)		Ontwikkelen rekenmodel conform ontwikkelprocedure CVZ. Opstellen plan van aanpak Opstellen rekenregels tweede voorlopige vaststelling Ontwerpen en ontwikkelen model Testen en accepteren model	Plan van aanpak Functioneel ontwerp Projectdocumentatie/verantwoording Definitief rekenmodel 2 ^e VV
21	Opvragen gegevens	21-april		Geaccordeerde bestandsspecificaties		N.v.t.		N.v.t.	Sturen van uitvraagverzoeken met bestandsspecificaties	Gegevensuitvraag
22	Depersonificeren bestanden	31-mei (jaar t+3)		SES jaar en jaar t-1		Pseudonimiseren SES-gegevens	1-jun (jaar t+3)		SES-gegevens van belastingdienst worden gedepersonificeerd	Gedepersonificeerd bestand SES jaar en jaar t-1
23	Ontvangen en controleren gegevens	1-jun (jaar t+3)		Definitieve jaarstaat jaar t HKC-opgave (jaar t) Gedepersonificeerd bestand SES jaar en jaar t-1	7 jun (jaar t+2)	Bestandscontrole: - Basale controle, aantal records - Inhoudelijke controle	7-jun (jaar t+3)		Per bestand wordt een basale- en een inhoudelijke controle uitgevoerd.	Gecontroleerde gegevens bestanden (n,o,p) Controle rapport

Nr	Deelproces	Geplande startdatum	Feitelijke startdatum	Benodigde input	Feitelijke datum aanlevering gegevens	Controles en bewerkingen	Geplande einddatum	Feitelijke einddatum	Onderbouwing doorlooptijd	Output proces
24	Review op kostengegevens	1-jul (jaar t+3)		HKC-opgave jaar t Definitieve jaarstaat jaar t Accountantsverklaring per verzekeraar Bestuursverklaring per verzekeraar		Beoordelen betrouwbaarheid HKC-opgave, bestuurs- en accountantsverklaringen	31-dec (jaar t+3)		Met een team reviews van aangeleverde stukken en dossiers	Review rapport Beschikking
25	Invoeren data en uitvoeren berekening	15-jul (jaar t+3)		Definitief rekenmodel 2 ^e VV		Inlezen definitieve data in SAS	21-jul (jaar t+3)		Inlezen definitieve data in SAS	Bestand met voorlopig budget per verzekeraar
26	Plausibiliteittoets	21-jul (jaar t+3)		Functioneel ontwerp Bestand met voorlopig budget per verzekeraar		Toetsen van de resultaten door nalopen van de berekeningen	1-aug (jaar t+1)		Toetsen van berekeningen aan de hand van logische controles op de resultaten en deze bespreken in de werkgroep	Bestand met uitkomst per verzekeraar
27	Vaststellen uitkering en te verrekenen bedragen	1-aug (jaar t+3)		Bestand met uitkomst per verzekeraar		Formele vaststelling van budget per verzekeraar	15-aug (jaar t+3)		Raad van bestuur ondertekent de vastgestelde bedragen	Goedkeuring RvB
28	Uitvoeren interne audit	15-aug (jaar t+3)		Bestand met budget per verzekeraar Projectdocumentatie Controle rapport		Controle van uitvoeringsproces conform plan van aanpak	21-aug (jaar t+3)		Uitvoeren auditwerkzaamheden door interne auditdienst	Goedkeurende auditverklaring bij budget per verzekeraar

Nr	Deelproces	Geplande startdatum	Feitelijke startdatum	Benodigde input	Feitelijke datum aanlevering gegevens	Controles en bewerkingen	Geplande einddatum	Feitelijke einddatum	Onderbouwing doorlooptijd	Output proces
29	Opstellen beschikking	21-aug (jaar t+3)		Budget per verzekeraar en goedkeuring RvB		N.v.t.	31-aug (jaar t+3)		Opstellen toelichting op jaaroverzicht Aanmaken beschikkingsbrieven	Beschikking Korte toelichting op het jaaroverzicht
30	Beoordelen conceptbeschikking	1-sept (jaar t+3)		Concept-beschikking	N.v.t.		N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
31	Vaststellen uitkering en te verrekenen bedragen	1-mrt (jaar t+4)		Rekenmodel 2 ^o VV Reviewrapportage van de NZa Correctiebestand HKC-opgave Correctiebestand jaarstaat		Herberekening te verrekenen bedragen Formele vaststelling van budget per verzekeraar	7-mrt (jaar t+4)		Raad van bestuur ondertekent de vastgestelde bedragen	Goedkeuring RvB
32	Uitvoeren interne audit	7-mrt (jaar t+4)		Bestand met uitkomst per verzekeraar Projectdocumentatie Controle rapport		Controle van uitvoeringsproces conform plan van aanpak	15-mrt- (jaar t+4)		Uitvoeren auditwerkzaamheden door interne auditdienst	Goedkeurende auditverklaring bij budget per verzekeraar
33	Opstellen beschikking	15-mrt (jaar t+4)		Budget per verzekeraar en goedkeuring RvB		N.v.t.	31-mrt (jaar t+4)		Opstellen toelichting op jaaroverzicht Aanmaken beschikkingsbrieven	Beschikking Korte toelichting op het jaaroverzicht

Nr	Deelproces	Geplande startdatum	Feitelijke startdatum	Benodigde input	Feitelijke datum aanlevering gegevens	Controles en bewerkingen	Geplande einddatum	Feitelijke einddatum	Onderbouwing doorlooptijd	Output proces
34	Uitbetaling	1-apr (jaar t+4)		Budget per verzekeraar en goedkeuring RvB		N.v.t.	1-apr (jaar t+4)		Aanpassen betalingen en uitbetaling te verrekenen bedragen	Betalingen

C Geïnterviewde personen

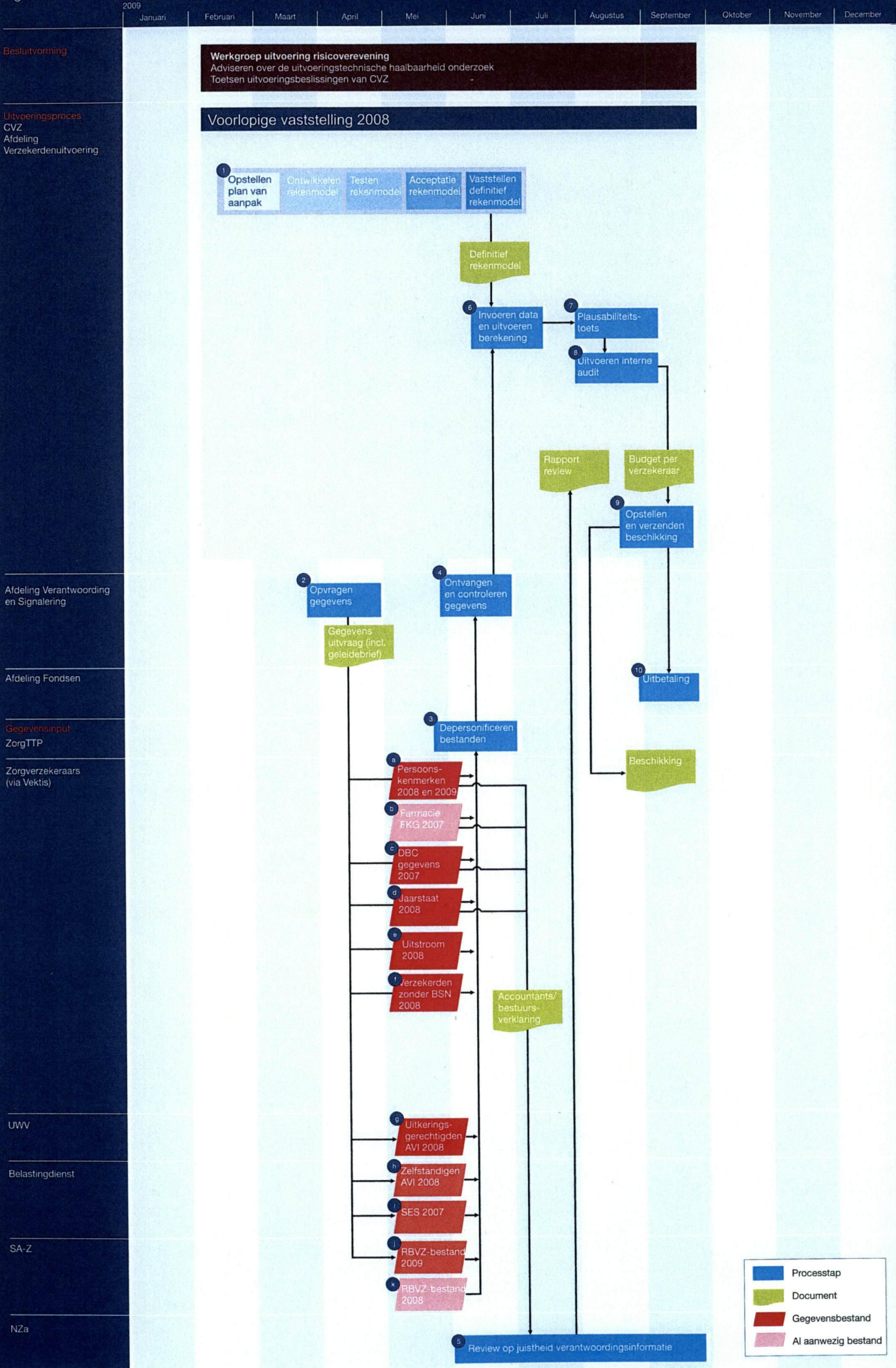
C.01 De volgende personen zijn door ons geïnterviewd:

Instelling	Naam
College voor Zorgverzekering	F. Bakker
	M. van Beek
	L. Breetveld (externe)
	W. Elberse
	M. Hagen
	L. de Heij
	F. van Woerden
Nederlandse Zorgautoriteit	W. Komrij
	R. Roos
	M. Bovy
Zorgverzekeraars Nederland	C. de Klein
	B. Oudhuis
Ministerie van VWS	W. de Haart
	J. Poelert
Vektis	E. Eisinger
	M. Romp

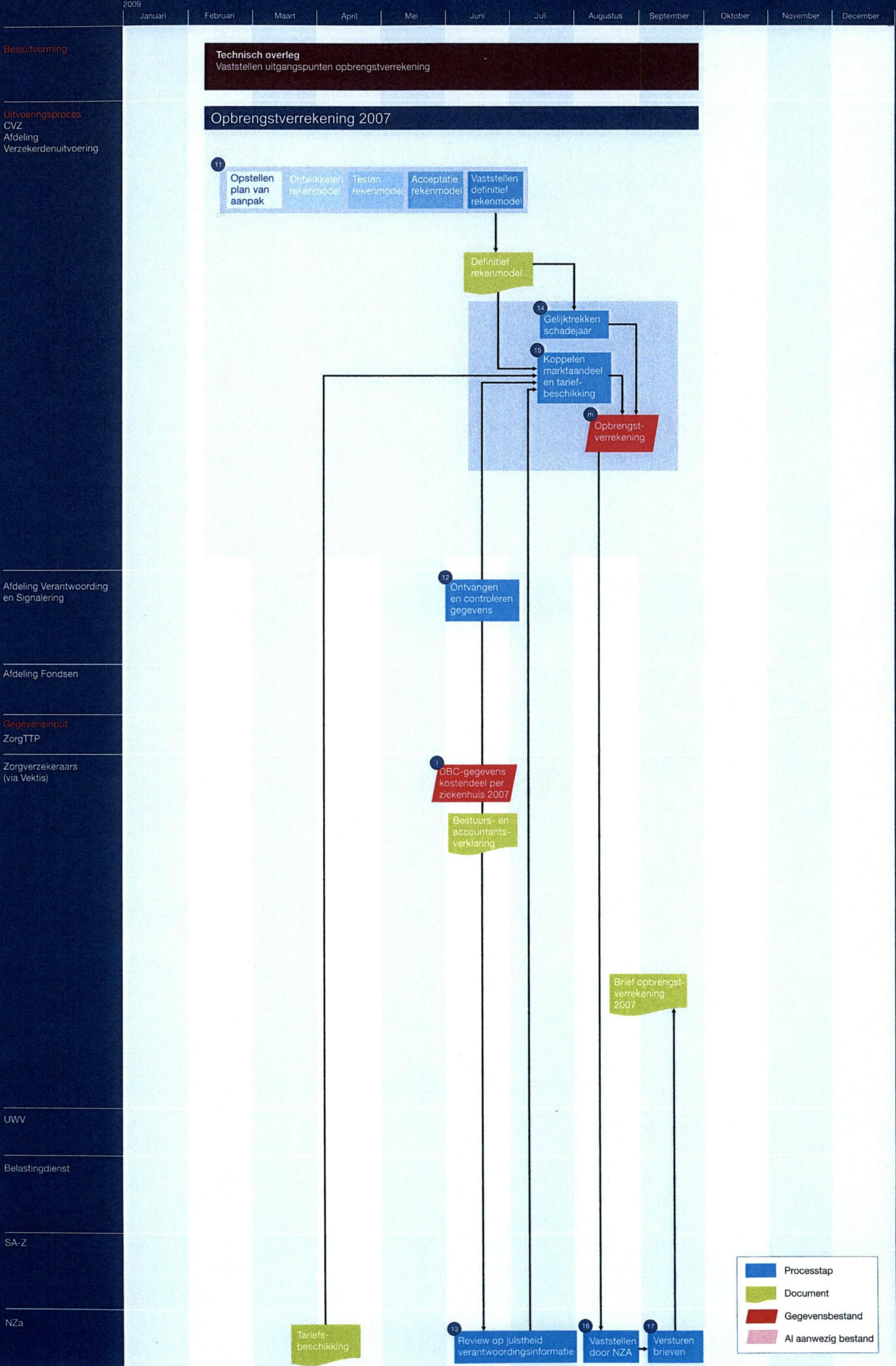
D Procesplaten

D.01 In deze bijlage zijn de figuren 2 tot en met 6 opgenomen.

Figuur 2. Risicorevening kalenderjaar 2009 2e conceptversie



Figuur 3. Risicoverrekening kalenderjaar 2009 2e conceptversie



Afdeling Verantwoording en Signalering

Afdeling Fondsen

Gegevensinput
ZorgTTP

Zorgverzekeraars
(via Vektis)

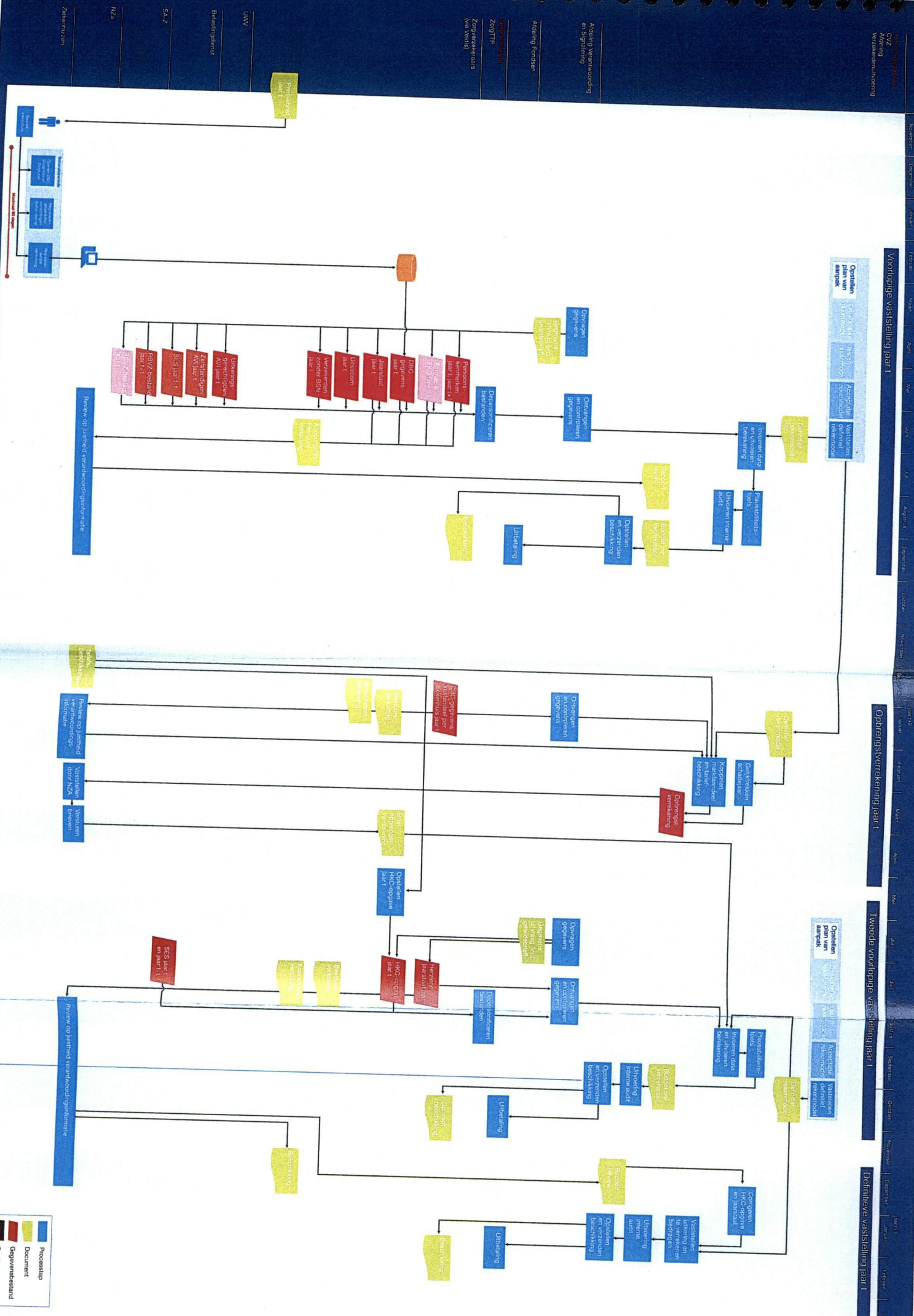
UWV

Belastingdienst

SA-Z

NZA

Figuur 6. Risicooverleving kalenderjaar 1 op basis van doorlooptijd DBC's van 90 dagen 2e conceptversie



█ Processtap
█ Document
█ Dataschijfstand