

Bijlage 1

Thematische voortgangsrapportage DBC's

Leeswijzer

In deze voortgangsrapportage wordt per onderstaand thema de voortgang en de laatste stand van zaken weergegeven.

1. DBC-verbeterplan
2. Structureel onderhoud aan DBC-systeem
3. Ervaringen B-segment
4. Categorale instellingen
5. Innovatie
6. DIS
7. Opbrengstresultaten

Over de laatste stand van zaken over de DBC's in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bent u separaat geïnformeerd door middel van de voortgangsrapportage GGZ in de Zorgverzekeringswet (brief 2850363).

1. DBC-verbeterplan

In juni 2006 heb ik u per brief (kamerstukken 2005-2006, 29248 nr 27) geïnformeerd over de noodzaak tot verbetering van het DBC-systeem. Tevens heb ik toen het gezamenlijke verbeterplan van partijen met de titel "DBC's, eenvoudig beter" bijgevoegd. De Stichting DBC Onderhoud, verantwoordelijk voor het onderhoud en de ontwikkeling van de DBC productstructuur, heeft dit plan vervolgens uitgewerkt in een technisch plan genaamd "DBC's op weg naar transparantie" (DOT). Tevens is zij gestart met de uitwerking van dit plan. De uitgangspunten van DOT zijn: een substantiële verdere toename van stabiliteit, verbeterde (medische) herkenbaarheid, gebruikersgemak, beschikbaarheid van informatie, ondersteuning van innovaties en internationale vergelijkbaarheid.

Een van de belangrijke aspecten van DOT is de nieuwe productstructuur, oftewel de wijze waarop diagnoses en behandelingen zijn geordend. De nieuwe structuur sluit aan bij internationale standaarden en maakt de DBC's beter medisch herkenbaar. Tevens is de nieuwe productstructuur specialisme overstijgend. Dit is van groot belang in het onderhandelingsproces van zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Uitgangspunt is het vervangen van de huidige productstructuur met DBC's en DBC-productgroepen door circa 3.000 medisch herkenbare, kosten- en werklathomogene en declarabele DBC-zorgproducten. Deze nieuwe productstructuur wordt gebaseerd op de ICD10. Dit is de meest recente en meest gebruikte internationale classificatie.

Een andere belangrijke verbetering als gevolg van DOT is dat valideren straks niet meer nodig is. Nu wordt nog vóór de behandeling een DBC gekozen. Na de behandeling volgt dan de controle of deze DBC nog steeds klopt: de validatie. Klopt deze niet, dan volgt uitval en moet de juiste DBC handmatig worden vastgelegd vóór de facturering. In het nieuwe systeem wordt vooraf geen DBC meer gedefinieerd, maar wordt deze via een vaststaand protocol achteraf afgeleid en gecontroleerd op basis van onder meer de diagnose en de behandeling. Een omvangrijke administratieve slag kan hiermee wegvallen.

Om meer inzicht te verschaffen in de omvang van de werkzaamheden zal ik hieronder een schets geven van de tussenproducten die worden opgeleverd door DBC Onderhoud.

- DBC-productstructuur: Komt tot stand door vertaling van DBC-diagnoses naar de ICD hoofdstukken. Daarna worden op basis van een beslisboom diverse activiteiten en verrichtingen gekoppeld aan de hoofd- en subdiagnoses. Hierdoor ontstaan medisch herkenbare, kosten- en werklathomogene zorgproducten. Deze zorgproducten moeten vervolgens worden afgestemd met de wetenschappelijke verenigingen. Het ontwikkelen van de DBC-productstructuur is een van de meest omvangrijke werkzaamheden. In dit deeltraject moeten namelijk ook oplossingen worden gevonden voor geleverde zorg die gemiddeld genomen anders van aard is of veel duurder is. Te denken valt aan dure geneesmiddelen, activiteiten die vallen onder de Wet op de Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) of Intensive Care. Ook moet worden vastgesteld welke variabelen in welke mate de verschillen in zorgzwaarte verklaren.
- Koppelen van normtijden en tarieven aan de productstructuur: Nadat de productstructuur is opgeleverd moet per zorgproduct worden vastgesteld wat de gemiddelde werklath is van de betrokken specialist. De werklath, ook wel normtijd genoemd, van een DBC maal het normatief vastgestelde uurtarief vormt het honorariumdeel van de medisch specialisten. Voor het overige deel van het zorgproduct (de ziekenhuiskosten) moeten de gemiddelde kostprijzen bepaald worden op basis waarvan vervolgens het tarief kan worden berekend.
- Landelijke grouper: Omdat het uitgangspunt van het verbeterde systeem is dat de nieuwe zorgproducten moeten worden afgeleid uit de basisregistratie van ziekenhuizen, moet een landelijke grouper worden gemaakt. Deze grouper bepaalt op basis van door het ziekenhuis aangeleverde gegevens het DBC-zorgproduct. Dit vindt plaats op basis van door DBC Onderhoud vastgestelde beslisregels. Deze geautomatiseerde manier van samenstellen/afleiden van zorgproducten, die op basis van internationale ervaringen is opgesteld, zorgt ervoor dat zorgproducten op een eenduidige manier kunnen worden afgeleid uit de DBC-dataset. Nadat de grouper de DBC-zorgproducten heeft vastgesteld, kan het ziekenhuis de zorgproducten declareren. De zorgaanbieder moet wel zelf initiatieven nemen om deze nieuwe mogelijkheid in te bedden in de eigen werkprocessen en ICT-omgeving.
- De registratie en declaratieregels moeten worden geüniformeerd en worden aangepast aan de nieuwe situatie.
- Offertefunctie: In deze functie legt de behandelend specialist de diagnose en de voorgenomen behandeling voorafgaand aan de behandeling vast. Dit levert een bepaald zorgproduct op. Met deze informatie is dan vooraf te bepalen of daarop aanspraak bestaat c.q. een machtiging noodzakelijk is en wat de prijs van de behandeling is. Dit laatste is met name relevant als de patiënt de behandeling zelf dient te betalen of mogelijk vergoed krijgt vanuit een aanvullende verzekering.

De nieuwe zorgproductstructuur is de ruggengraat van de DBC-systematiek. Het introduceren van een nieuwe zorgproductstructuur vergt dan ook zeer veel voorbereiding. Om toch relatief snel met de voordelen ervan te kunnen werken, wordt deze fasegewijs in het DBC-systeem geïntroduceerd.

- In het najaar van 2008 wordt de nieuwe DBC-zorgproductstructuur opgeleverd. Vanaf dat moment kunnen instellingen zich voorbereiden op de invoering ervan. In 2009 gaat een aantal ziekenhuizen schaduwdraaien.
- Per 1 januari 2010 wordt een nieuwe, vooralsnog monodisciplinaire, productstructuur ingevoerd.
- Per 1 januari 2011 wordt een uitgebreide versie opgeleverd waarin meerdere functionaliteiten worden toegevoegd waaronder multidisciplinariteit en mogelijk verdere verfijning van zorgzwaarte.

2. Structureel onderhoud aan DBC-systeem

Veel werkzaamheden van de Stichting DBC Onderhoud hadden de afgelopen periode betrekking op de ontwikkeling van het nieuwe DBC-systeem. Maar ook in het huidige DBC-systeem zijn de afgelopen periode verbeteringen doorgevoerd die leiden tot een meer stabiel DBC-systeem alsmede verbeteringen die behoren tot het reguliere onderhoud van het DBC-systeem.

Zo is per 1 januari 2008 op relatief eenvoudige wijze een veel grotere medische herkenbaarheid gerealiseerd door de invoering van Top 40 DBC's per specialisme. Hiermee zijn bijvoorbeeld die DBC's individueel declarabel geworden, die zorgen voor het grootste gedeelte van de omzet per specialisme. Daarnaast zijn per 1 januari 2008 de aparte DBC's voor Spoedeisende Hulp (SEH) vervallen en opgenomen in de reguliere DBC's, en zijn naar aanleiding van de Taskforce Uniformering Instructies verbeteringen aangebracht in de instructies van het DBC-systeem.

In het kader van het reguliere onderhoud van het DBC-systeem heeft in 2007 een vijftal tabeluitleveringen plaatsgevonden. Voor elke tabeluitlevering is een uitgebreide cyclus doorlopen. Deze cyclus start met het verzamelen van wijzigingsvoorstellen, het vaststellen van de inhoud van het pakket en de afstemming hierover met de onderhoudspartijen, te weten de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en DBC Onderhoud. Daarna werkt DBC Onderhoud de wijzigingsvoorstellen tot in detail uit. Na hernieuwde interne en externe afstemming worden de wijzigingen in de DBC-systematiek verwerkt en uitgebreid getest en wordt de documentatie geactualiseerd. Daarna stelt DBC Onderhoud de producten via de website beschikbaar. Ondersteuning van het veld bij het verwerken van de aanpassingen vindt vervolgens onder andere plaats via de helpdesk.

In 2007 zijn meer dan 65 wijzigingsverzoeken uitgewerkt en voorgelegd aan de Nederlandse Zorgautoriteit. Hiervan zijn er in 2007 in totaal 19 doorgevoerd. Het restant is per 1 april 2008 doorgevoerd. Het gaat hierbij vooral om reparaties.

3. Ervaringen in B-segment

Met ingang van 1 januari 2008 is het deel van de ziekenhuiszorg waar vrij over prijzen kan worden onderhandeld, het zogenaamde B-segment, uitgebreid naar ongeveer 20% van de ziekenhuiszorg. Deze uitbreiding is gebaseerd op positieve ervaringen met het B-segment van 10%. In de oplegbrief van deze voortgangsrapportage heb ik aangegeven dat de signalen over het uitgebreide B-segment dusdanig positief zijn dat ik een verdere uitbreiding van het B-segment voor 2009 verantwoord acht. De NZa Monitor Ziekenhuiszorg 2008 welke in juli 2008 verschijnt, zal deze positieve signalen dan wel moeten bevestigen. Hiervoor is het van belang dat ziekenhuizen en verzekeraars de contractonderhandelingen afronden. In juli zal ik het definitieve besluit nemen over uitbreiding van het B-segment tot maximaal 34%.

Hieronder zal ik een korte samenvatting weergeven van de verschillende publicaties die recent zijn uitgebracht over de ontwikkelingen rondom het B-segment. Te weten: de NZa Monitor Ziekenhuiszorg 2007 en het advies uitbreiding B-segment, het Boston Consulting Group/Vektis onderzoek 'Liberalisatie en groei', het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 'Zorginkoop', het Deloitte onderzoek 'Doorpakken!' en het onderzoek van Gupta naar ontwikkelingen in het B-segment. De betrouwbaarheid van de conclusies van de genoemde onderzoeken is niet altijd even groot. Vandaar dat ik mijn definitieve besluit voor uitbreiding van het B-segment per 2009 zal laten afhangen van de NZa Monitor Ziekenhuiszorg 2008. Ik zal de rapportages samenvatten in de thema's kwaliteit, volume en prijsontwikkelingen.

Betere kwaliteiten meer cliëntgerichtheid

De rapportages geven weer dat het B-segment positieve impulsen geeft voor kwaliteitsontwikkelingen en transparantie. De introductie van het B-segment heeft geleid tot meer aandacht voor kwaliteit en innovaties en stimuleert de creativiteit in de sector. De zorgaanbieders zijn zich meer bewust van het belang deze informatie te delen met patiënten, zorgverzekeraars en verwijzers. Ondanks deze positieve ontwikkelingen moet kwaliteit een nog belangrijker rol gaan spelen in de onderhandelingen en contractering van zorgaanbieders. Als er meer informatie beschikbaar komt over de kwaliteit van de zorg die aanbieders leveren, moeten zorgaanbieders en verzekeraars beter in staat zijn om over kwaliteit te onderhandelen.

Daarnaast heeft de introductie van het B-segment geleid tot een vergroting van de toegankelijkheid tot de zorg. Wachtlijsten zijn afgenomen in het B-segment en het verdwijnen van de wachtlijsten is voornamelijk toe te schrijven aan de introductie van prestatiebekostiging. Hier hangt mee samen dat het aantal nieuwe toegetroden zorgaanbieders is vergroot.

Beheerste volumegroei

Verschillende studies hebben de afgelopen periode naar voren gebracht dat de volumes in het B-segment zijn gestegen in 2006 en 2007. Zo constateerde BCG/Vektis een volumestijging van 10% in 2006. Uit het onderzoek van Gupta komt echter naar voren dat het volume van het B-segment niet harder groeit dan voor de periode van vrije onderhandelingen. Daarnaast lijkt de groei af te nemen in 2007.

De NZa concludeert in haar advies uitbreiding B-segment per 2009 dat er vooralsnog onvoldoende feitenmateriaal is dat er op wijst dat het volume in het B-segment stijgt als gevolg van de vrije onderhandelingen over prijzen en volumes. Mogelijkerwijs zijn de volumestijgingen in lijn met de volumeontwikkelingen over een reeks van een aantal jaren, dan wel terug te voeren op metings- en invoeringseffecten. Daarbij geeft de NZa aan dat een volumestijging niet noodzakelijk slecht hoeft te zijn. Het is ook mogelijk dat hierdoor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg worden vergroot (bijvoorbeeld doordat wachtlijsten worden weggewerkt, en doordat artsen sneller de benodigde behandeling inzetten). In de Monitor Ziekenhuiszorg 2008 (verwacht zomer 2008) zal de NZa uitgebreider aandacht besteden aan de volumeontwikkelingen in het B-segment, gebaseerd op meer substantiële data.

Lagere prijzen

Origineel concludeerde de NZa in de Monitor Ziekenhuiszorg 2007 dat de prijzen in het B-segment na een eerste daling in 2006 (0,8% reële prijsdaling) in 2007 niet sneller stegen dan de vastgestelde trendmatige aanpassing. Daarnaast bleek dat de prijzen voor de specialismen waarop in het B-segment ook veel zelfstandige behandelcentra (ZBC's) actief waren, het minst stegen. De concurrentiedruk die uitgaat van de ZBC's lijkt aldus de stijgende prijsontwikkeling in de markt te remmen. Andere onderzoeksrapportages ondersteunen de claim dat de prijsontwikkeling beperkt en stabiel is.

4. Categorale instellingen

Specifieke aandacht voor de DBC-ontwikkeling is er nog voor radiotherapeutische instellingen, epilepsiecentra, algemene revalidatie-instellingen en long-astmacentra. Voor deze instellingen zijn separate invoeringstrajecten vastgesteld.

Radiotherapie

Radiotherapie registreert en declareert sinds februari 2006 DBC's in de vorm van T en B producten. Voor deze producten geldt dat de onderliggende verrichtingenregistratie nog onvoldoende is om te komen tot nieuwe indelingen van de producten of tot kostenherijking van de producten. Daarom is sinds 2007 samen met de sector gewerkt aan een aanvullende verrichtingenlijst en een mogelijke herijking van producten en tarieven. Dit traject verloopt in goed en efficiënt overleg met de sector.

Epilepsie

De epilepsie-instellingen registreren en declareren per 1 januari 2008 epilepsieproducten als voorloper op DBC's. In 2008 geldt voor deze instellingen een experimentstatus. Deze status houdt in dat deze producten voorlopig afgeschermd zijn op de typeringslijst Neurologie welke door de algemene ziekenhuizen en academische centra wordt gebruikt. Door middel van zorgpaden komt de sector in overleg met ZN en de NZa tot meer medische herkenbaarheid waarmee de onderhandelingen met de verzekeraar in de toekomst vergemakkelijkt worden. Deze zorgpaden moeten gekoppeld worden aan DBC's. In 2009 wordt de experimentstatus, na evaluatie, opgeheven door de NZa.

Revalidatie

De revalidatiesector registreert per 1 januari 2007 een voorlopig vastgestelde productstructuur. Afgesproken is dat 15 maanden registratie door ziekenhuizen en categorale instellingen noodzakelijk zijn om de houdbaarheid van de productstructuur te toetsen en om te komen tot onderbouwde kostprijzen en tarieven. Doelstelling is om te kunnen declareren per 1 januari 2009 en aansluiting bij de nieuwe zorgproductstructuur 2010. Op dit moment vindt analyse plaats van de door de instellingen geregistreerde informatie.

Long-astma centra

De long-astma centra zijn achterop geraakt met de invoering van de DBC-systematiek. Eind 2007 is door de onderhoudspartijen geconstateerd dat de tot dan ontwikkelde productstructuur van onvoldoende kwaliteit was. Besloten is om een externe partij een nieuw onderzoek te laten uitvoeren naar de mogelijkheid van het invoeren van de DBC-systematiek bij de long-astma centra en zo ja, de wijze waarop dit zou moeten worden uitgewerkt. Dit onderzoek zal in de maand mei 2008 van start gaan. Voorgaande betekent dat DBC's in de long-astma centra niet eerder dan in 2010 ingevoerd kunnen worden.

5. Innovatie

De gezondheidszorg wordt complexer. Door een veranderende zorgvraag, medische vooruitgang en stijgende zorgkosten, zal het karakter van de gezondheidszorg de komende jaren veranderen. Om de uitdagingen op het gebied van de gezondheidszorg het hoofd te kunnen bieden, is innovatie essentieel. Evenals een snelle verspreiding en toepassing van innovaties. De snelle vertaling van innovaties in de bekostiging van zorg is hier een wezenlijk onderdeel van. Het opnemen van nieuwe DBC's in de DBC-systematiek is een nieuw proces waarmee betrokkenen nog ervaring moeten opdoen. Dat dit nu niet altijd zo snel als gewenst verloopt, is inherent hieraan. Er wordt wel gewerkt aan het verbeteren en versnellen van dit traject. Hieronder zal ik ingaan op enkele recente activiteiten die door veldpartijen en VWS zijn ondernomen, mede gericht op het bevorderen van een snellere opname van innovaties in het DBC-systeem.

Stroomlijning processen en communicatie

De afgelopen periode zijn er verschillende activiteiten ondernomen rondom het thema innovatie en DBC's. Zo zijn er twee werkconferenties georganiseerd waarbij betrokken partijen, te weten de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zorgverzekeraars Nederland, CVZ, DBC Onderhoud, NZa en VWS hebben gesproken over het vertalen van innovatieve zorg in DBC's. Op deze bijeenkomsten lag de nadruk op het inzichtelijk maken van de onderlinge rolverdeling alsmede op mogelijke verbeterpunten. De partijen hebben aangegeven het belang van een gestroomlijnder proces te erkennen, dat ze met elkaar in gesprek willen gaan over stroomlijning van de procedures en de communicatie daarover naar de aanbieders van medisch specialistische zorg.

Hierbij kan nog worden opgemerkt dat ZonMw, CZV en NZa reeds de eerste stappen hebben genomen tot de oprichting van een zorgbreed informatieloket voor innovatie, waarbij innovatoren terecht kunnen met diverse vragen over innovatie in de zorg.

Zorginnovatieplatform

Op 23 april 2008 is het Zorginnovatieplatform van start gegaan. In mijn brief van 7 februari 2008 (Kamerstuk 31 200 XVI, nr. 116) heb ik u geïnformeerd over de rol die ik het Zorginnovatieplatform toedicht bij de agendering en opschaling van innovaties. Een van de vragen die ik het platform wil voorleggen is hoe innovaties zo snel als mogelijk en wenselijk kunnen worden toegelaten tot het zorgsysteem (pakket en reguliere bekostiging). Ik verwacht dat het Zorginnovatieplatform - door de combinatie van inhoudsdeskundigen uit de zorgsector, het bedrijfsleven en de wetenschap - in staat is om mogelijk knelpunten in dit traject te benoemen en frisse oplossingen aan te dragen.

6. DIS

Het DBC informatie systeem (DIS) vervult inmiddels een belangrijke rol in de DBC-systematiek. Alle ziekenhuizen en een groot deel van de ZBC's leveren maandelijks hun productiegegevens aan het DIS. Bij de GGZ, die zoals bekend later is gestart met de invoering van DBC's, zijn op dit moment meer dan 70% van de aanbieders aangesloten op het DIS.

De ervaring leert dat bij een registratie van de omvang en complexiteit van het DIS het jaren duurt voordat de datakwaliteit op een hoog niveau is. Het DIS is hierop geen uitzondering. De kwaliteit en volledigheid van de gegevens in het DIS is redelijk tot goed te noemen maar op specifieke onderdelen zijn er omissies of fouten te constateren doordat zorgaanbieders de DBC-gegevens onvolledig of onjuist aanbieden. Het inzichtelijk maken van de datakwaliteit en het verhogen hiervan heeft daarom speciale aandacht. Dit wordt op twee manieren aangepakt. Enerzijds door zorgaanbieders terugkoppeling te geven over de aangeleverde DIS-gegevens. Dit gebeurt zowel vanuit de NZa in het kader van de handhaving van de aanleverplicht DIS als vanuit het DIS. Met deze kennis kan de zorgaanbieder de problemen in zijn eigen administratieve proces aanpakken zodat langzamerhand zijn datakwaliteit op een hoger peil komt. Anderzijds wil het DIS aan de gebruikers van de DIS-gegevens informatie verstrekken over de (ommissies in de) kwaliteit van het DIS. Op die manier is de gebruiker beter in staat de DIS-gegevens te duiden.

Over de organisatorische inbedding van het beheer van het DIS is uitgebreid overleg gevoerd met de sector en de NZa. Uiteindelijk is gezamenlijk besloten om het beheer van het DIS onder te brengen bij de Stichting DBC Onderhoud. De Stichting DBC Onderhoud

krijgt daarmee een dubbelrol als beheerder en gebruiker van de DIS-gegevens. Dit betekent enerzijds dat er belangrijke schaal- en kwaliteitsvoordelen te behalen zijn. Anderzijds schept dit ook de verplichting om beide taken goed van elkaar te scheiden. Immers, de Stichting DBC Onderhoud ontvangt de DIS-gegevens voor een specifiek omschreven taak. Om dit onderscheid in taken te borgen is binnen de Stichting DBC Onderhoud een Commissie van Toezicht in oprichting die de werkzaamheden van het DIS en de werkzaamheden van de Stichting DBC Onderhoud periodiek beoordeelt. Met de overdracht van het beheer van het DIS naar de Stichting DBC Onderhoud zijn tegelijkertijd de voorwaarden omtrent het gebruik van de gegevens uit het DIS helder beschreven. Daar waar het gaat om publieke taken zoals uitgevoerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek, het CVZ, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Stichting DBC Onderhoud, de NZa en VWS, legt de NZa vast wie welke DIS-gegevens mag ontvangen. Hieraan ligt wetgeving ten grondslag. Voor privaat gebruik van de DIS-gegevens is de instemming van de zorgaanbieder, of de vertegenwoordiger hiervan, noodzakelijk.

Als laatste kan gemeld worden dat de verzameling van wachttijden op een andere manier vormgegeven gaat worden. De aanleverroute via het DIS wordt verlaten. De gegevens over wachttijden worden nu rechtstreeks betrokken vanaf de websites van ziekenhuizen. Op deze manier komt de informatie over wachttijden sneller, goedkoper en betrouwbaarder beschikbaar voor het publiek. Tevens neemt hierdoor de administratieve last bij de ziekenhuizen af. Publicatie van wachttijden blijft plaatsvinden op www.kiesbeter.nl.

Met de andere aanleverroute zijn, in samenspraak met de sector, ook de definities over wachttijden aangepast en toegesneden op de belevingswereld van de patiënt. Naast de wachttijden voor de toegangstijd tot een ziekenhuis worden gegevens vastgelegd over wachttijden voor specifieke behandelingen.

7. Opbrengstresultaten

In de zomer van 2007 heb ik, na de formele voorhangprocedure bij de beide Kamers (Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 29 248 nr 38), een aanwijzing gegeven aan de NZa om de opbrengstresultaten vast te stellen en te verrekenen.

De opbrengstresultaten zijn in 2005 ontstaan als gevolg van een overdekking van de budgetten van ziekenhuizen. Het totaal bedrag aan DBC-declaraties aangevuld met het onderhanden werk bleek hoger te zijn dan de budgetten van de ziekenhuizen. Het financieringsoverschot dat hierdoor is ontstaan, moeten ziekenhuizen terugbetalen aan verzekeraars.

Om het juiste bedrag terug te krijgen bij de juiste verzekeraar is er een methode ontwikkeld om deze bedragen vast te stellen en te verrekenen.

In augustus 2007 zijn de overdekkingbedragen voor de jaren 2005 en 2006 door de NZa vastgesteld. Het totale bedrag dat over die jaren aan verzekeraars moet worden terugbetaald is € 2,6 miljard. Deze bedragen zijn inmiddels verrekend tussen ziekenhuizen en verzekeraars.

In december 2007 werd echter geconstateerd dat de bedragen die werden verrekend, niet altijd aan het juiste jaar zijn toegerekend. Voor verzekeraars is een juiste toerekening van schade van groot belang. Daarom gaat de NZa de bedragen opnieuw vaststellen. Hierbij worden ook de declaraties over 2005 meegenomen, die de verzekeraars sinds augustus 2007 nog hebben binnen gekregen. De NZa is inmiddels bezig om per ziekenhuis inzichtelijk te maken welke bedragen moeten worden verschoven naar andere jaren. Deze bedragen zullen in juni 2008 bekend worden, waarbij het voorbehoud moet worden gemaakt, dat er dan nog een audit wordt uitgevoerd op deze cijfers. Vervolgens

zal de NZa, in samenwerking met het CVZ, in oktober 2008 de bedragen definitief vaststellen waarna de verrekening zal plaatsvinden.

Eind 2007 bleek dat er naar verwachting ook over het jaar 2007, en wellicht ook over 2008, sprake zal zijn van opbrengstresultaten. De verrekentarieven zijn in najaar 2006 niet voldoende verlaagd. In overleg met betrokken partijen is besloten om voor 2007, en indien nodig ook voor 2008, via dezelfde methode, een verrekening tussen ziekenhuizen en verzekeraars te laten plaatsvinden. In juni 2009 zal het totaalbedrag aan overdekking over 2007 bekend worden. Vervolgens zullen de bedragen in oktober 2009 definitief door de NZa worden vastgesteld, waarna de verrekening zal plaatsvinden.