

mogen tot betalen' en 'onverzekerbare vreemdeling' aan de beoordeling van de individuele zorgverlener te laten. Deze vergoedingsvoorwaarden worden getoetst aan de hand van een verklaring van de zorgverlener bij de declaratie. Hiertoe zal een landelijk declaratieformulier worden opgesteld. Daarnaast bestaat het voornemen om AWBZ-gefinancierde instellingen via de zorgkantoren te laten declareren (Stichting Koppeling, 2001).

Conclusie

De werkwijze volgens de regeling Stichting Koppeling is transparant en doelmatig. Het is theoretisch mogelijk dat er verschillen in compensatie van aan illegalen verleende zorg bestaan tussen zorgverleners en tussen regio's, aangezien de individuele zorgverleners en de regionale overlegplatforms zelf (a) de aanvraag en (b) de invulling van de vier vergoedingsvoorwaarden bepalen. Daarnaast is het voor individuele zorgverleners alleen mogelijk te declareren bij Stichting Koppeling als er een regionaal platform aanwezig is. AWBZ-gefinancierde instellingen kunnen tot nu toe alleen direct bij Stichting koppeling declareren. Getracht wordt deze declaraties per 1 juli 2001 via het zorgkantoor te laten verlopen, waarna deze de kosten bij Stichting Koppeling in rekening brengt. De AWBZ-gefinancierde instellingen moeten echter eerst één promille van hun budget daarvoor beschikbaar stellen; bij overschrijding van deze grens kunnen zij de extra kosten declareren. In theorie kan deze invulling van het criterium 'bovenmatige belasting' in de AWBZ leiden tot verschillen tussen de AWBZ en de overige zorg vallend onder de regeling Stichting Koppeling.

3.2 Beleidsregel dubieuze debiteuren

Doelstelling

De in het kader van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) gehanteerde beleidsregel dubieuze debiteuren geeft onder meer ziekenhuizen, revalidatiecentra en ambulance-diensten de mogelijkheid om met de zorgverzekeraar afspraken te maken over vergoeding van oninbare rekeningen, welke onder andere van illegalen afkomstig kunnen zijn (Ministerie van VWS, 1999).

Organisatie

Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) is het uitvoeringsorgaan van de WTG. De WTG is een zogenaamde kaderwet waarin de procedures zijn vastgesteld voor de totstandkoming van beleidsregels en de daaruit voortvloeiende tarieven. Deze beleidsregels vormen de basis voor de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de tarieven. Het CTG stelt de beleidsregels vast, waarna de Minister van VWS de bevoegdheid heeft om deze goed te keuren. De Minister van VWS beoordeelt daarbij vooral of de kostengevolgen van de beleidsregels passen in het algemene financiële kader. Beleidsregels ontstaan op initiatief van zorgverleners, van zorgverzekeraars, van het CTG zelf, of van de Minister van VWS. Vanaf 1998 kunnen beleidsre-

gels ook voortvloeien uit de zogenoemde meerjarenafspraken die tussen de Minister van VWS en zorgverleners en zorgverzekeraars worden gemaakt. Voordat het CTG een bepaalde beleidsregel vaststelt vraagt zij advies van de bij de beleidsregel betrokken partijen. Deze partijen zijn vertegenwoordigd in de zogenoemde kamers van het CTG. Het CTG kent vijf kamers, waarvan de eerste drie adviseren over de beleidsregels voor de verschillende soorten instellingen (I ziekenhuizen, revalidatiecentra, etc; II verpleeghuiszorg en thuiszorg; III instellingen voor geestelijke en lichamelijke gehandicapten). De kamers IV en V hebben betrekking op individuele beroepsbeoefenaren. In de kamers zijn de belangrijkste organisaties van de betreffende instellingen of beroepsbeoefenaren vertegenwoordigd, evenals de verzekeraars. Het CTG beschikt over een secretariaat dat bestaat uit circa honderd medewerkers. Het secretariaat is eveneens onderverdeeld in vijf kamers. Een belangrijke taak van het secretariaat betreft het ontwikkelen van beleidsregels en het adviseren van het CTG. Verder neemt het feitelijk vaststellen van budgetten en tarieven een belangrijke plaats in (CTG, 2000).

Positie

Het CTG is een zelfstandig bestuursorgaan dat op basis van de WTG balanceert tussen algemeen belang en het belang van de verschillende partijen in de gezondheidszorg. De taken en bevoegdheden van het CTG zijn in de wet nauwkeurig omschreven. Op basis van de WTG bestaat het CTG uit (maximaal) 9 onafhankelijke leden die door de Minister van VWS worden benoemd. Zij worden voor vier jaar benoemd en kunnen maximaal twee keer worden herbenoemd (CTG, 2000).

Werkwijze

Aangezien ieder ziekenhuis andere kenmerken heeft leiden de beleidsregels die voor ziekenhuizen zijn vastgelegd tot een individueel budget voor ieder ziekenhuis. Het toepassen van de beleidsregels (oftewel het 'bouwen' van het budget van een individuele instelling) gebeurt in het lokaal overleg tussen zorginstelling en zorgverzekeraar. Het resultaat daarvan wordt door het CTG getoetst, waarna het CTG het budget vaststelt. Dit budget wordt ook wel aangeduid als de 'aanvaardbare kosten' voor het ziekenhuis in een bepaald jaar. Het budget van een ziekenhuis bestaat in het algemeen uit vier componenten. Deze vier componenten zijn: locatiekosten, vaste kosten (afhankelijk van aantal inwoners in een regio), semi-vaste kosten (afhankelijk van aantal erkende bedden en specialisten) en variabele kosten (afhankelijk van opnamen, eerste polikliniekbezoeken, etc). Over deze laatste component worden jaarlijks met de zorgverzekeraar afspraken gemaakt. Onderdeel daarvan zijn de afspraken over de post dubieuze debiteuren waarvan de kosten voor verlenen van zorg aan illegalen een onderdeel vormt. Door middel van deze zogenoemde productieafspraken kunnen verzekeraars invloed op de hoogte van het budget van een ziekenhuis uitoefenen.

Op basis van het budget worden vervolgens door het CTG de verschillende tarieven vastgesteld die het ziekenhuis in rekening mag brengen om zo het geld bij elkaar te krijgen waarmee zij haar budget als het ware vult. Voor bepaalde verrichtingen in een ziekenhuis gelden landelijke tarieven die zijn opgenomen in de Tarieflijst Instellingen. Het verpleegtariaf dient als sluitpost en wordt direct afgeleid van het vastgestelde budget van een ziekenhuis (CTG, 2000).

Uitgangspunten voor de beoordeling van de aanvaardbaarheid van de afschrijvingskosten dubieuze debiteuren vormen de onderstaande criteria:

- het betrokken orgaan voor gezondheidszorg (de instelling) dient zodanige voorzieningen te treffen dat een adequate en vooral voortijdige debiteurenbewaking gewaarborgd is;
- in dit verband dient zorg te worden gedragen voor een consequente en tijdige afstemming tussen instelling en ziektekostenverzekeraar over de juistheid van verzekeringsgegevens van de patiënten;
- ongeacht de vraag of patiënten verzekerd zijn voor kosten uit hoofde van de door het desbetreffende orgaan voor gezondheidszorg verleende (para) medische hulp, dienen alle verhaalmogelijkheden, inclusief die van de Algemene bijstandswet, te worden benut;
- vorderingen op patiënten of ziektekostenverzekeraars in verband met onderzoeken of opname waarvoor niet op de gebruikelijke machtigingsprocedures zijn gevolgd, of waarvoor geen toestemming tot het betrokken onderzoek/opname is verleend, worden in beginsel niet in de verpleegtarieven opgenomen;
- het desbetreffende orgaan voor gezondheidszorg dient met betrekking tot de wijze van afboeking van dubieuze vorderingen een bestendig beleid te voeren, dat voldoet aan de hiervoor genoemde criteria.

De op grond van bovenstaande criteria aanvaardbaar geachte afschrijvingskosten dubieuze debiteuren worden in de aanvaardbare kosten opgenomen. Er vindt geen nacalculatie plaats (COTG, 1999).

Conclusie

De werkwijze volgens de beleidsregel dubieuze debiteuren is transparant en doelmatig voor het boeken van oninbare kosten van zorg voor illegalen. Theoretisch kan er sprake zijn van verschillen in compensatie van aan illegalen verleende zorg tussen ziekenhuizen en tussen regio's, aangezien (a) de oninbare kosten van een bepaald ziekenhuis in een bepaald jaar hoger kunnen zijn dan het totaal gereserveerde bedrag voor de post dubieuze debiteuren en (b) de hoogte van de post dubieuze debiteuren in het lokaal overleg met de plaatselijke zorgverzekeraar wordt vastgesteld.