

Verantwoordingsdocument

Implementatie Prestatiebekostiging Medisch Specialistische Zorg

Voorlopige uitwerking

Inhoud

1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Inhoud verantwoordingsdocument	7
1.3 Beperkingen verantwoordingsdocument	8
1.4 Consultatie veldpartijen op later moment	9
1.5 Tijdpad richting 1 januari 2011	9
1.6 Opbouw document	10
2. Beschrijving eindmodel	11
2.1 Vrije segment	11
2.1.1 Reguleringskenmerken	11
2.1.2 Inhoud segment	11
2.2 Gereguleerde segment	11
2.2.1 Reguleringskenmerken	11
2.2.2 Inhoud segment	12
2.3 Vaste segment	12
2.3.1 Reguleringskenmerken	12
2.3.2 Inhoud volledig vaste segment	12
2.3.3 Inhoud deels vaste vast	12
2.4 Vergoeding medisch specialisten	13
2.5 Startmoment eindmodel	13
3. Transitiemodel algemeen	15
3.1 Doelstelling van het model	15
3.2 Beschrijving van het transitiemodel	15
3.3 Verschillen transitiemodel en FB-budget	17
3.4 Duur transitiemodel en startwaarde garantiepercentage	18
3.5 Welke zorgaanbieders vallen onder het transitiemodel	19
3.5.1 Gelieerde ZBC's	19
3.5.2 Categorale zorginstellingen	20
3.5.3 Fusies	20
4. Uitwerking transitiemodel	23
4.1 Bepaling historische omzet	23
4.1.1 Uitgangspunten VWS voor historische omzet	23
4.1.2 Budget A-segment	23
4.1.2.1 Uitwerkpunten ten aanzien van de historische omzet	25
4.1.2.2 Vaste vergoedingen	25
4.1.2.3 Specifieke vergoedingen anders gefinancierd	26
4.1.2.4 Budgetvergoedingen die komen te vervallen, wijzigen of worden toegevoegd	27
4.1.2.5 Dure geneesmiddelen, weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren	27
4.1.2.6 Aandachtspunten van enkele vergoedingen	29
4.1.2.7 Kassiersfunctie	31
4.1.2.8 Overzichtstabel van de verschillende componenten	32
4.1.3 Omzet B-segment	33
4.1.4 Basisjaar en aansluiting historische omzet op 2011	34
4.1.4.1 Indexering	34
4.1.4.2 Taakstellingen	35
4.1.4.3 Groeiruumte	36
4.1.4.4 Keuze voor basisjaar: 2009 of 2010	39
4.1.4.5 Historische omzet in relatie tot BKZ	41
4.2 Bepaling omzet bij prestatiebekostiging	42

4.2.1	Bepaling gerealiseerde omzet prestatiebekostiging	42
4.2.1.1	Opbrengsten van DBC's ("oud")	42
4.2.1.2	Opbrengsten van DOT-producten en add-ons	42
4.2.1.3	Opbrengsten overige producten en trajecten	43
4.2.1.4	Gedeeltelijke vaste vergoeding 2011	43
4.2.1.5	Samenvatting omzet bij prestatiebekostiging	43
4.2.2	Uitzonderingen	44
4.3	Vaststelling en verrekening	45
4.3.1	Beschikbaarheid beleidsregels	46
4.3.2	Inzicht in de historische omzet	46
4.3.3	Tariefbeschikking historische omzet	46
4.3.3.1	Basisjaar 2009	47
4.3.3.2	Basisjaar 2010	47
4.3.4	Tariefbeschikking omzetgarantie en te verrekenen bedrag	48
4.3.5	Nagekomen correcties	48
4.3.5.1	Correcties historische omzet	48
4.3.5.2	Correcties transitieomzet en te verrekenen bedrag	49
4.3.6	Verrekening met zorgverzekeraars	50
4.3.7	Methodiek van de verrekening	50
5.	Bepaling hoogte garantiepercentage	53
5.1	Duur van de transitieperiode bepaalt de hoogte van het garantiepercentage	54
5.2	Factoren voor bepaling garantiepercentage	54
5.3	Afweging	56
6.	Het vaste segment	59
6.1	Omvang van het vaste segment	59
6.1.1	Uitgangspunten VWS voor vaste segment	59
6.1.2	Volledig vaste segment	59
6.1.3	Gedeeltelijk vaste segment	60
6.1.4	Afbakening van het vaste segment	60
6.2	Wie ontvangen de vaste vergoedingen?	60
6.2.1	Volledig vaste segment	61
6.2.2	Gedeeltelijk vaste segment	62
6.3	Bepalen hoogte van de vaste vergoedingen	62
6.3.1	Volledig vaste segment	62
6.3.2	Gedeeltelijk vaste segment	63
6.4	Financiering van de vaste vergoedingen	64
6.4.1	Declaratie bij zorgverzekeringsfonds	64
6.4.2	Gedeeltelijk vaste vergoedingen 2011	64
7.	Overgangsregeling kapitaallasten	65
8.	Beheersing honoraria medisch specialisten	67
9.	Afwikkeling van het budget	69
9.1	Noodzaak nieuwe regelgeving onderhanden werk	69
9.1.1	Vraagstuk onderhanden werk	69
9.1.2	Materieel belang	71
9.1.3	Reguleringslasten	73
9.1.4	Conclusie	73
9.2	Inventarisatie en beoordeling beleidsregels en nadere regels	74
9.2.1	Regelgeving die afloopt per 2011 (bruin)	74
9.2.1.1	Onderbouwing per beleidsregel	74
9.2.2	Regelgeving die wordt beëindigd (rood)	75
9.2.2.1	Onderbouwing per beleidsregel	75
9.2.3	Regelgeving die aanpassing behoeft (oranje)	78
9.2.3.1	Onderbouwing per beleidsregel	79
9.2.4	Regelgeving die doorloopt in 2011 (groen)	86

9.2.4.1	Onderbouwing	86
9.2.5	Slotbepaling regelgeving	87
9.3	Tijdspad afwikkeling	87
9.3.1	Afwikkeling 2009	87
9.3.2	Afwikkeling 2010	88
9.3.3	Correcties op vaststelling t/m 2010	88
9.3.3.1	Het juridisch kader	88
9.3.3.2	Afsluiting van het FB	89
9.3.3.3	Opbrengstverrekening	89
10.	Vervolgproces en opstellen regels	91
10.1	Onderscheid beleidsregels – nadere regel	91
10.2	Eindmodel als uitgangspunt	91
10.3	Integratie beleidsregel invoering DOT	92

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In oktober 2009 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de uitvoeringstoets 'Van budget naar prestatie' uitgebracht, een advies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de manier waarop prestatiebekostiging ingevoerd kan worden binnen de medisch specialistische zorg.¹

Naar aanleiding van dit advies heeft de ministerraad op 15 januari 2010 besloten om per 1 januari 2011 prestatiebekostiging in te voeren binnen de medisch specialistische zorg. De minister van VWS heeft op 19 januari 2010 de brief 'Waardering voor betere zorg IV' aan de Tweede Kamer gestuurd, waarin dit kabinetsbesluit wordt toegelicht.² Deze brief is tevens de voorhangbrief met de zakelijke inhoud van de aanwijzing ex artikel 7 Wmg die de minister van plan is te geven aan de NZa, om beleidsregels vast te stellen voor de invoering van prestatiebekostiging en het afschaffen van de budgettering.

Op basis van bovengenoemde voorhangbrief is de NZa gestart met de voorbereiding en uitwerking van de implementatie. Op 3 februari jl. heeft de minister ter facilitering van de uitwerking de brief 'Verzoek om start voorbereiding en uitwerking *Waardering voor betere zorg IV*' aan de NZa gestuurd met een nadere technische invulling van de uitgangspunten van VWS.³

1.2 Inhoud verantwoordingsdocument

De afgelopen periode heeft de NZa gewerkt aan het voorliggende verantwoordingsdocument. In dit document verantwoordt de NZa – gegeven de beleidskeuzes van de minister – hoe zij de implementatie van prestatiebekostiging in de uitvoering wil vormgeven.

Dit verantwoordingsdocument betreft een voorlopige uitwerking. Dit heeft te maken met het feit dat een aantal onderwerpen nog niet is uitgewerkt en er nog een sectorbrede consultatie zal plaatsvinden (zie verder paragraaf 1.3 en 1.4).

In het verantwoordingsdocument vindt u:

- Een toelichting op en informatie over onderdelen uit de uitvoeringstoets.
- Een inventarisatie van relevante implementatievraagstukken en aspecten waar in de uitwerking specifiek rekening mee gehouden moet worden.
- Een verkenning van de verschillende uitwerkopties, inclusief de bijbehorende voor- en nadelen.
- Waar mogelijk voornemens van de NZa over de te kiezen optie in de uitwerking.

Bij een aantal voorgenomen keuzes in dit verantwoordingsdocument vraagt de NZa expliciet naar de opvatting van veldpartijen. Dit is met name het geval als er in de uitwerking meerdere reële opties zijn. Dit

¹ De uitvoeringstoets 'Van budget naar prestatie' is te raadplegen op www.nza.nl

² Kenmerk CZ/TSZ 2973145, 19 januari 2010.

³ Kenmerk CZ/TSZ 2985674, 3 februari 2010.

neemt niet weg dat ook reacties op andere onderdelen uit dit document welkom zijn.

Dit verantwoordingsdocument gaat niet in op de uitwerking van het door de minister aangekondigde macrobeheersingsinstrument⁴. Naast het feit de NZa voor de uitwerking van dit nieuwe instrument geen verzoek heeft ontvangen van de minister, zijn de kaders van dit instrument onvoldoende duidelijk om dit verder te kunnen uitwerken.

De meeste onderdelen uit dit verantwoordingsdocument zijn de afgelopen periode intensief met veldpartijen besproken, voornamelijk via de expertgroep implementatie prestatiebekostiging.⁵ De leden van de expertgroep hebben op persoonlijke titel deelgenomen aan de expertgroep. Waar nodig zijn onderdelen uit dit verantwoordingsdocument parallel aan de expertgroep in kleiner verband met partijen besproken. De inhoud van dit verantwoordingsdocument vertegenwoordigt dan ook niet automatisch de opvatting van de (leden van de) expertgroep.

Definitieve besluitvorming door de Raad van Bestuur van de NZa heeft nog niet plaatsgevonden. Dit zal pas gebeuren bij het vaststellen van beleidsregels en regelingen.

1.3 Beperkingen verantwoordingsdocument

Nadat het kabinet een demissionaire status heeft gekregen, heeft de Tweede Kamer op 11 maart 2010 besloten de brief 'Waardering voor betere zorg IV' als controversieel aan te merken. Op 16 maart 2010 heeft de minister van VWS de Kamer, op haar verzoek, geïnformeerd over de budgettaire consequenties van dit besluit op macro-, meso- en microniveau, en welke noodzakelijke maatregelen dientengevolge genomen dienen te worden. In de procedurevergadering van 24 maart heeft de Vaste Kamercommissie van VWS deze brief besproken. De Vaste Kamercommissie heeft de minister gevraagd een aantal onderwerpen apart toe te lichten, waaronder kapitaallasten en invoering DOT. Hierover zal op 7 april een Algemeen Overleg plaatsvinden.

De afgelopen twee maanden heeft de NZa verschillende onderwerpen uit de brief 'Waardering voor betere zorg IV' verder uitgewerkt en met de expertgroep besproken. Mede naar aanleiding van de terugkoppeling van de expertgroep heeft de NZa voor een aantal onderwerpen concrete beleidsvoornemens vastgesteld die gereed zijn voor consultatie met veldpartijen. De uitwerking hiervan treft u in dit verantwoordingsdocument aan.

In verband met het uitblijven van besluiten rondom de overgangsregeling kapitaallasten en het beheersingsmodel voor de medisch specialisten, heeft de NZa deze onderdelen nog niet kunnen uitwerken, met partijen kunnen bespreken en in dit document kunnen opnemen. Dit geldt niet alleen sec voor deze onderwerpen, maar ook voor de interactie daarvan met de wel opgenomen onderwerpen.

Tot slot heeft de NZa nog geen aanwijzing van de minister ontvangen. Hierdoor kan de gekozen beleidslijn nog wijzigen, wat gevolgen kan hebben voor de inhoud van dit document.

⁴ Zie de brief WBZ IV, kenmerk CZ/TSZ 2973145, 19 januari 2010.

⁵ In de expertgroep van de NZa zitten zowel branchepartijen (NVZ, NFU, OMS, ZN en ZKN) als individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

1.4 Consultatie veldpartijen op later moment

Om de invoering van prestatiebekostiging per 2011 mogelijk te maken, zijn de werkzaamheden van de NZa erop gericht om veldpartijen, met het oog op de voorzienbaarheid, uiterlijk per 1 juli 2010 te informeren over de invulling van het tijdelijke overgangsmodel en de vertaling daarvan in beleidsregels en nadere regels. In de aanloop daar naartoe stond van eind maart tot medio april een consultatie van veldpartijen gepland.

Met het oog op volledigheid en draagvlak hecht de NZa er sterk aan om, voordat er definitieve keuzes worden gemaakt, individuele zorgaanbieders en individuele zorgverzekeraars te consulteren over haar voornemens. De NZa realiseert zich echter dat het door het uitblijven van duidelijkheid over de invoering van prestatiebekostiging en de daaruit voortvloeiende beperkingen voor dit document (zie paragraaf 1.3), voor veldpartijen erg moeilijk is om hierop een afgewogen reactie te geven. Daarom zal de NZa pas formeel met de consultatie starten als duidelijk is dat het streven blijft om prestatiebekostiging per 2011 in te voeren. Dit betekent concreet dat er nog een nieuwe (aangevulde) versie van dit verantwoordingsmoment komt als dit het geval is.

Om veldpartijen zo goed mogelijk te informeren en te faciliteren bij hun eigen voorbereidingen, publiceert de NZa nu alvast dit verantwoordingsdocument met daarin de onderwerpen die reeds uitgewerkt zijn en zo goed als klaar zijn voor consultatie. Het geeft partijen de gelegenheid nu reeds kennis te nemen van een aantal voornemens van de NZa die grote impact kunnen hebben op hun businessplannen en bedrijfsvoering.

Zodra er meer duidelijkheid is over het al of niet invoeren van prestatiebekostiging, zal de NZa partijen informeren over de planning en invulling van de consultatie.

1.5 Tjddpad richting 1 januari 2011

Met het oog op de voorzienbaarheid voor veldpartijen heeft de NZa in de initiële planning aangegeven de beleidsregels en nadere regels op uiterlijk 1 juli 2010 vast te stellen. Gelet op het uitblijven van duidelijkheid over de invoering van prestatiebekostiging en daardoor opgelopen vertragingen in de uitwerking en de consultatie, verschuift deze deadline tenminste met een maand, naar op zijn vroegst 1 augustus 2010. Gezien het majeure karakter van de wijzigingen en het draagvlak in het veld, vindt de NZa het niet wenselijk om het uitblijven van duidelijkheid ten koste te laten gaan van de tijd die nodig is voor consultatie. De opgelopen vertraging gaat, bij invoering van prestatiebekostiging per 2011, dan ook ten koste van de implementatietijd van individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Op dit moment heeft de NZa partijen nog niet kunnen consulteren over de implicaties hiervan.

Het nog langer uitblijven van duidelijkheid zal zich direct doorvertalen in het verdere verschuiven van de deadline voor vaststelling van beleidsregels en nadere regels. Het spreekt voor zich dat dit een negatief effect heeft op de voorzienbaarheid voor veldpartijen waardoor risico's met betrekking tot tijdige implementatie toenemen.

1.6 Opbouw document

Dit verantwoordingsdocument kent de volgende opbouw:

- Hoofdstuk 2: Beschrijving eindmodel prestatiebekostiging
- Hoofdstuk 3: Het transitieproces op hoofdlijnen
- Hoofdstuk 4: De uitwerking van het transitieproces
- Hoofdstuk 5: Bepaling van de hoogte van het garantiepercentage
- Hoofdstuk 6: Het vaste segment
- Hoofdstuk 7: Overgangsregeling kapitaallasten
- Hoofdstuk 8: Beheersing van honoraria medisch specialisten
- Hoofdstuk 9: Afwickelen van het FB
- Hoofdstuk 10: Vervolgproces en afsluiting

Zoals eerder gesteld, bevat deze versie van het document nog geen nadere uitwerking op de onderdelen overgangsregeling kapitaallasten (hoofdstuk 7) en beheersing van de honoraria van medisch specialisten (hoofdstuk 8).

2. Beschrijving eindmodel

Dit hoofdstuk gaat in op de contouren van het eindmodel. Vanwege de grote diversiteit van het zorgaanbod van zorgaanbieders voorziet de NZa vanaf 2011 drie segmenten in de medisch specialistische zorg: een vrij segment, een gereguleerd segment en een vast segment.

Tabel 2.1 Verschillende segmenten

<i>Vrije segment</i>	Volume vrij; vrij onderhandelbare tarieven
<i>Gereguleerd segment</i>	Volume vrij; gereguleerde maximumtarieven
<i>Vast segment</i>	Productie onafhankelijke (deels) vaste vergoedingen

De segmenten worden in navolgende paragrafen nader toegelicht. Ook wordt ingegaan op de vergoeding van medisch specialisten in het eindmodel.

2.1 Vrije segment

2.1.1 Reguleringskenmerken

Het vrije segment is vergelijkbaar met het huidige B-segment. Er is sprake van volledige prestatiebekostiging (vrije volumes) en vrije prijsvorming. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen dus naast kwaliteit over volumes en prijzen. De prijzen die tot stand komen zijn integraal; dit betekent dat ook de vergoeding voor medisch specialisten en kapitaallasten in de prijsonderhandelingen wordt meegenomen.

2.1.2 Inhoud segment

In het vrije segment valt voornamelijk electieve zorg, waarbij geconcludeerd is dat de marktcondities zodanig zijn dat die zich leent voor vrije prijsvorming. Over de omvang en inhoud van het vrije segment 2011 dient de Minister nog een besluit te nemen. Thans ligt het vrije segment op circa 31% van de omzet.

2.2 Gereguleerde segment

2.2.1 Reguleringskenmerken

In het gereguleerde segment geldt volledige prestatiebekostiging (vrije volumes), op basis van zorgprestaties met gereguleerde maximumtarieven. Met het oog op de publieke belangen laat de overheid de prijsvorming in dit segment niet volledig over aan de markt. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen wel prijzen onder de maximumtarieven afspreken. Op deze wijze kan er lokaal maatwerk worden geleverd en kunnen staffelafspraken worden gemaakt.

Ook in het gereguleerde segment gelden integrale tarieven, inclusief de vergoeding voor de medisch specialist en kapitaallasten.

De zorgprestaties in het gereguleerde segment zijn in principe declarabel voor alle zorgaanbieders voor medisch specialistische zorg. Op grond van

nadere wet- en regelgeving (WBMV, Kwaliteitswet, Wet BIG, WTZi, et cetera) kunnen door de minister van VWS wel verbodsbepalingen, eisen of voorwaarden worden verbonden aan het leveren van deze zorg.

2.2.2 Inhoud segment

In het gereguleerde segment worden structureel de WBMV-zorg, IC-zorg en de dure en weesgeneesmiddelen (inclusief stollingsfactoren) opgenomen. De WBMV-zorg betreft de bijzondere zorg die is gereguleerd op grond van de WBMV. Zorg die onder de WBMV valt is onder andere radiotherapie, cardiochirurgie en interventiecardiologie, orgaantransplantaties, neurochirurgie en neonatale intensive care. Deze zorg wordt onder andere vanuit kwaliteitsoogpunt door een beperkt aantal zorgaanbieders geleverd. Bovendien is bij WBMV-zorg sprake van een infrastructuur met veel dure apparatuur (hoge vaste kosten). Het is daardoor niet rendabel deze zorg te leveren bij een laag volume, waardoor aanbodregulering wenselijk is. IC-zorg en dure en weesgeneesmiddelen (inclusief stollingsfactoren) kunnen als los declarabele prestatie ('add on') naast een regulier zorgproduct worden gedeclareerd.

Op korte termijn behoren ook overige zorgprestaties die gegeven de marktcondities (nog) geen onderdeel zijn van het vrije segment tot het gereguleerde segment.

2.3 Vaste segment

2.3.1 Reguleringskenmerken

Voor een aantal zorgprestaties van zorgaanbieders is het niet mogelijk en/of wenselijk om ze rechtstreeks aan zorgproducten voor individuele consumenten toe te rekenen. Het gaat om specifieke functies of kenmerken van de zorgverlening, zoals beschikbaarheid of specifieke deskundigheid. Deze specifieke functies vallen onder het vaste segment. Voor deze functies ontvangen zorgaanbieders (al dan niet deels) een vaste normatieve vergoeding.

Voor het ontvangen van een vergoeding uit het vaste segment dient een zorgaanbieder aangewezen te zijn door het ministerie van VWS. De vergoeding wordt via een beschikking van de NZa rechtstreeks via het Zorgverzekeringsfonds aan de aanbieder vergoed.

2.3.2 Inhoud volledig vaste segment

Een aantal functies wordt volledig via het vaste segment vergoed:

- Academische component;
- Traumacentra (coördinatie en OTO);
- Helikoptervoorzieningen;
- Calamiteitenhospitaal;
- Donoruitnameteams.

2.3.3 Inhoud deels vaste vast

Bij zorgfuncties die 'gedeeltelijk vast' bekostigd worden is de vaste vergoeding een zogenaamde beschikbaarheidsvergoeding omdat voor deze essentiële publieke functies ook declarabele prestaties en tarieven beschikbaar zijn. Het betreft de functies:

- Spoedeisende hulp;

- Traumazorg (exclusief de 'vaste' onderdelen van de traumazorg, helikoptervoorzieningen, coördinatie, OTO en calamiteitenhospitaal);
- Brandwondenzorg.

2.4 Vergoeding medisch specialisten

In het eindmodel hebben zorgaanbieders en medisch specialisten de vrijheid om onderling afspraken te maken over welk deel van de declaratie-inkomsten als vergoeding voor de inzet van de medisch specialisten in het behandeltraject wordt gebruikt. Dit geldt zowel voor het vrije segment, het gereguleerde segment als het vaste segment.

2.5 Startmoment eindmodel

Het eindmodel is defacto van toepassing vanaf het moment dat prestatiebekostiging wordt ingevoerd, namelijk 1 januari 2011. Tijdens de overgangperiode is er sprake van flankerend beleid. Dit flankerend beleid geldt in ieder geval voor de ziekenhuizen (transitiemodel) en kapitaallasten (overgangsregeling).

3. Transitie­model algemeen

In de uitvoeringstoets 'Van budget naar prestatie' heeft de NZa het voorkeursmodel 'Integraal Ingroeimodel' gepresenteerd (hoofdstuk 5, pagina 69-93). Het Integrale Ingroeimodel dient als overgangsmo­del om op zorgvuldige wijze over te gaan van een budgetstelsel naar het eindmodel van prestatiebekostiging. Dit hoofdstuk gaat specifiek in op de hoofdkenmerken van het overgangsmo­del, ook wel aangeduid als Z-waardemod­el of Ingroeimod­el.

3.1 Doelstelling van het model

In de uitvoeringstoets 'Van Budget naar Prestatie' zijn de belangrijkste doelstellingen van een transitie­model geformuleerd:

- Het geeft de zorgverzekeraars de tijd om de inkooprol beter in te vullen en daaraan gerelateerd de ex ante risicoverevening aan te passen.
- Het biedt voldoende ruimte om toe te werken naar een situatie waarin aan de randvoorwaarden voor volledige prestatiebekostiging kan worden voldaan, zoals een stabiel tarief- en productsysteem, representatieve tarieven, een herzien steunbeleid en de benodigde wetsaanpassingen.
- Vormgeven van het eindmodel prestatiebekostiging kost tijd. De hoogte van de vaste vergoedingen moet nog worden vastgesteld, de kapitaallastenvergoeding in de tarieven moet worden bepaald en het kostprijsmodel ter vaststelling van de kostprijzen van de zorgproducten moet worden aangepast.
- Het mitigeert de financiële risico's voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Samenvattend geeft het transitie­model de tijd om (1) de regulering op orde te krijgen en (2) de financiële effecten van deze overgang voor individuele partijen te beperken.

Het transitie­model krijgt vorm via het Integrale Ingroeimod­el.

In de kabinetsreactie neemt de minister van VWS dit geadviseerde transitie­model over.⁶ De minister van VWS geeft daarbij aan dat het model primair bedoeld is voor het mitigeren van de financiële risico's voor zorgaanbieders in de overgang naar prestatiebekostiging. De minister vindt daarnaast de beheersing van de macrokosten in zowel het overgang naar prestatiebekostiging als in het eindmodel prestatiebekostiging van belang. Hiertoe heeft VWS aangekondigd een apart Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) compensatie-instrument te introduceren.

Hieronder wordt het transitie­model op hoofdlijnen beschreven.

3.2 Beschrijving van het transitie­model

Het Integrale Ingroeimod­el (Z-waardemod­el) gaat niet uit van vooraf vastgestelde gegarandeerde bedragen, maar van een vooraf vastgestelde rekenregel. De rekenregel bepaalt de omzet die een zorgaanbieder mag behouden (bij omzets­toename), dan wel tot welk niveau de omzet aangevuld wordt (bij omzets­daling): een gewogen gemiddelde van de historische omzet en de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging.

⁶ VWS, Waardering voor betere zorg IV, CZ/TSZ 2973145, 19 januari 2010

De algemene rekenregel voor het model luidt als volgt:

$$T = z * (\text{historische omzet}) + (1-z) * (\text{gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging})$$

Anders uitgedrukt:

$$T = z * (\text{huidige A-segment} + \text{B-segment}) + (1-z) * (\text{vaste segment}^7 + \text{gereguleerde segment} + \text{vrije segment})$$

$$\text{Of: } T = z * X + (1-z) * Y$$

Waarbij:

T	transitieomzet: de omzet die de instelling mag behouden/het omzetniveau tot waaraan wordt aangevuld
X = Budget A + omzet B-segment	historische omzet (X): het budget A-segment en de omzet (oude) B-segment
Y = vaste + gereguleerde + vrije segment	gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging (Y): inkomsten uit vaste segment, gereguleerde segment en (nieuwe) B-segment
Z	het 'garantiepercentage': de factor die de weging tussen de historische omzet (X) en de omzet bij prestatiebekostiging (Y) bepaalt
Y-T	het te verrekenen opbrengstverschil: de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging minus de transitieomzet

Bij aanvang van de transitieperiode wordt direct, zoveel als mogelijk, volgens het eindmodel gewerkt: maximumtarieven in het gereguleerde segment, vrije prijzen in het B-segment en vaste vergoedingen voor het vaste segment.

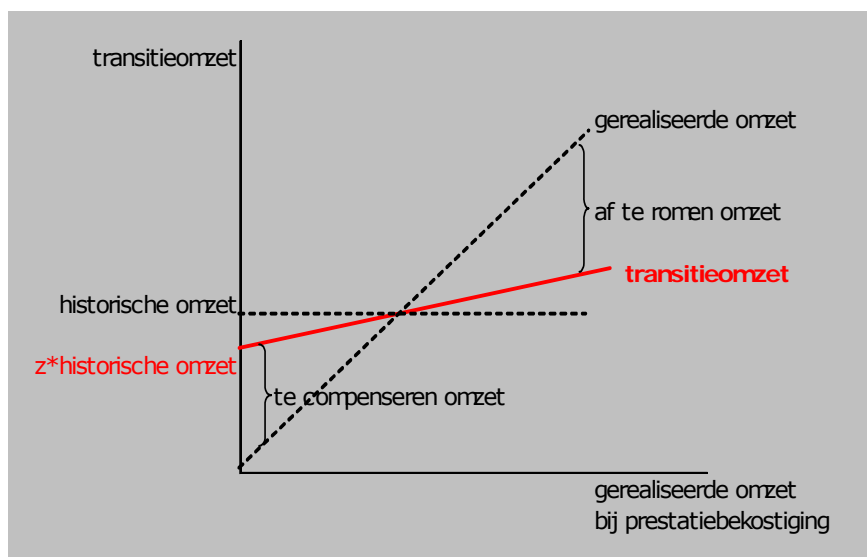
Het garantiepercentage bepaalt de mate waarin risico's worden losgelaten/ingedamd, maar tegelijk ook de mate waarin vrijheden worden toegestaan/ingeperkt.

Kenmerk van het model is dat alle bekostigingssegmenten onder het model vallen, dus ook het (gehele) B-segment.

De volgende figuur laat de dempende werking van het model zien.

⁷ Eventueel kan (een deel van) het vaste segment ook buiten het integrale Ingroeimodel worden gehouden. Dit betreft een nader uit te werken punt bij bepaling historische en gerealiseerde omzet (zie verder in hoofdstuk 4).

Figuur 3.1. Integrale Ingroeimodel: transitieomzet als functie van gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging



Bron: NZa

3.3 Verschillen transitieomzet en FB-budget

In het volgende overzicht worden de belangrijkste verschillen tussen het Integrale Ingroeimodel en het huidige FB-systeem beschreven.

Tabel 3.1. Verschillen tussen transitieomzet en FB-budget: bekostiging

Transitiemodel	FB budget
Tijdelijk bekostigingsmodel (overgangsmodel)	Structureel bekostigingsmodel
Er wordt bekostigd op basis van zorgproducten. De toegestane omzet volgens rekenregel fungeert als vangnet en als uitgavenplafond, waarbij het vangnet minimaal z *historische omzet bedraagt. De omzet kan op voorhand worden ingeschat op basis van de omzetprognose.	Er wordt bekostigd op basis van het budget De omzet is gegarandeerd en gelijk aan 100% van het budget. De nacalculatie op productie is vergelijkbaar met de ex post omzetrealisatie in het transitieomzet
Bilaterale onderhandelingen: - over volume en prijs* - in termen van zorgproducten, - die beperkt (factor $1-z$) van invloed zijn op de hoogte van de omzet - waarbij sturing plaatsvindt op de opbrengsten uit de prijzen voor zorgproducten. * integrale tarieven: maximumtarieven in gereguleerd segment, vrije prijzen in B-segment	Collectieve onderhandelingen: - over volume, - in termen van FB-parameters, - die leiden tot aanpassingen in het budget, - waarbij sturing plaatsvindt op FB-parameters en de opbrengsten uit DBC-tarieven van ondergeschikt belang zijn, omdat deze per definitie achteraf gelijk getrokken worden aan het budget
De transitieomzet muteert mee met de omvang van de productie op basis van tarieven en prijzen voor zorgproducten, maar slechts voor een beperkt deel (factor $1-z$)	Het budget muteert mee met de omvang van de productie zij het voor de waarde van de variabele FB parameters

De transitieomzet wordt bepaald door een gewogen gemiddelde van de historische omzet en de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging	Het budget wordt gebaseerd op gerealiseerde productieomvang
Het transitieomzet heeft betrekking op zowel A-segment als B-segment	Het FB-budget heeft betrekking op alleen het A-segment
Kapitaallasten: - historische kapitaallasten in budget en gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging op basis van landelijk uniforme vergoeding in tarief - meenemen overgangsregeling in het transitieomzet	Kapitaallasten: - verschillend per aanbieder - vaste vergoeding - vergoeding gekoppeld aan moment van investeren - lange afschrijvingstermijnen - op historisch kostenniveau - geen risico-opslag rentevergoeding - overgangsregeling kapitaallasten

Bron: NZa

Tabel 3.2. Verschillen tussen transitieomzet en FB-budget: opbrengstverrekening

Transitieomzet	FB-budget
Opbrengst uit vaste vergoedingen vaste segment, maximumtarieven gereguleerde segment en vrije tarieven B-segment; per instelling kunnen de tarieven per product per zorgverzekeraar verschillen	Opbrengst uit vaste DBC-tarieven, per product voor elke instelling en verzekeraar gelijk; kapitaallasten in het A-segment verschillen en komen in verrekening terecht.
Onzekerheid bij zorgverzekeraars over te verrekenen opbrengsten: - Zelfs als verzekeraars beschikken over Z en Y per instelling zijn ze niet op de hoogte van hun aandeel in het verschil - Effecten van DOT-invoering op verschil tussen Z en Y zijn onvoorspelbaar (gewijzigde tariefopbouw, volumeontwikkeling en onderhandelbare tarieven)	Te verrekenen opbrengsten zijn voorzienbaar voor verzekeraars: In het lokaal overleg hebben verzekeraars, zij het in beperkte mate*, inzicht in de vulling van het instellingsbudget en hun eigen aandeel daarin. Dat biedt de mogelijkheid tot controle en bijsturing door verzekeraars. * betreft het variabele deel van het budget; afrekening gebeurt op basis van DBC-declaraties, d.w.z. schadelast; deze is niet één op één te relateren aan budgetafspraken.

Bron: NZa

3.4 Duur transitieomzet en startwaarde garantiepercentage

In de uitvoeringstoets 'Van Budget naar Prestatie' stelt de NZa voor de transitieperiode zo kort mogelijk te houden, waarbij wordt gedacht aan een periode van drie jaar. De waarde van het garantiepercentage wordt daarbij in stappen afgebouwd.

In de kabinetsreactie 'Waardering voor betere zorg IV' is aangegeven dat het overgangsmoedeling minimaal één jaar zal duren. Uiterlijk begin 2011 zal een besluit worden genomen over eventuele verlenging van het

overgangsmodel en het afbouwpad voor het jaar 2012 en – indien nodig – 2013. Dit uitgangspunt ten aanzien van de duur van het transitieproces is dan ook door de NZa als vertrekpunt gehanteerd bij de verdere uitwerking van het Ingroeimodel. Verdere overwegingen die van belang zijn bij de duur van het transitieproces komen ook aan de orde in hoofdstuk 5 'Bepaling hoogte startwaarde garantiepercentage'.

Gezien het tijdelijke karakter van het transitieproces wil de NZa de complexiteit van het Ingroeimodel zoveel mogelijk beperken. Het betreft immers een generiek tijdelijk model dat de grootste risico's voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars opvangt. Het toepassen van maatwerk voor individuele zorgaanbieders ligt dan minder in de rede.

In de kabinetsreactie geeft de minister aan dat hij het van belang acht om richting te geven ten aanzien van de hoogte van het garantiepercentage in 2011 om partijen in het veld vooraf zo veel mogelijk zekerheid te bieden. Dit is ook van belang met het oog op een zorgvuldige voorbereiding van het overgangsmodel door de NZa. Gelet op de potentiële omzetschommelingen acht het kabinet het van belang dat een garantiepercentage geldt van tussen de 75% en de 100%. De NZa krijgt de opdracht deze bandbreedte nader in te vullen.

Dit verantwoordingsdocument gaat in op het overgangsmodel voor het jaar 2011. In de expertgroep zijn vragen gesteld over de evaluatie van het transitieproces (mogelijke beëindiging) en de afbouw van het garantiepercentage. Dit aspect komt aan de orde in hoofdstuk 5 dat ingaat op de hoogte van de startwaarde van het garantiepercentage.

3.5 Welke zorgaanbieders vallen onder het transitieproces

In de kabinetsreactie is bepaald dat het overgangsmodel van toepassing zal zijn op de algemene ziekenhuizen en universitair medische centra (UMC's). Hieronder wordt nog kort stil gestaan bij de andere zorgaanbieders.

3.5.1 Gelieerde ZBC's

De zelfstandige behandel centra (ZBC's) worden in beginsel niet onder het overgangsmodel gebracht. Doel van het transitieproces is met name om een zorgvuldige overstap te maken van het budgetstelsel naar volledige prestatiebekostiging en de risico's die daarmee gepaard gaan zo goed als mogelijk te beperken. Aangezien de ZBC's momenteel volledige prestatiebekostiging kennen, is het invoeren van een transitieproces in de vorm van een volledige of gedeeltelijke omzetregulering niet nodig. Gezien het tijdelijke karakter van het model (minimaal één jaar) lijkt het ook niet proportioneel om een transitieproces toe te passen op ZBC's. Daarnaast hebben ZBC's nooit een budget gehad, waardoor een logisch aangrijpingspunt voor een transitieproces ontbreekt.

Een uitzondering geldt voor de ZBC's die op bepaalde wijze gelieerd zijn aan een ziekenhuis. De minister neemt het advies van de NZa over om het overgangsmodel op het niveau van ziekenhuisconcerns te laten aangrijpen, om de prikkel om gedurende de transitiefase productie onder te brengen binnen een gelieerde ZBC weg te nemen. Het transitieproces brengt mogelijk een prikkel met zich mee dat ziekenhuizen hun productie zullen onderbrengen in een ZBC. Bij de vaststelling van de transitieomzet zal de omzet van ZBC's verbonden aan ziekenhuizen worden meegenomen. Dit aspect wordt nader uitgewerkt.

3.5.2 Categorale zorginstellingen

De bestaande budgetsystematiek voor de categorale epilepsie- en de longastma instellingen wordt in 2011 gehandhaafd. De minister heeft in de brief van 3 februari jl. aangegeven dat, op basis van de signalen uit de consultatie, is besloten om voor audiologie, dialyse, radiotherapie en revalidatie in 2011 eveneens de begrotings- of budgetsystematiek te handhaven.⁸ De minister is voornemens nog dit voorjaar van 2010 tot afspraken te komen met de categorale instellingen over het alsnog maken van de overstap naar prestatiebekostiging.

Alle zorgaanbieders die categorale zorg leveren, declareren dezelfde zorgproducten. Voor de categorale instellingen gelden deze producten ter dekking van het budget of begroting. Ziekenhuizen die categorale zorg leveren, zullen al per 2011 voor een gedeelte van de zorg (1-z) risico lopen. Gegeven deze beleidskeuze van VWS is het onontkoombaar dat er tijdelijk een ongelijk speelveld bestaat.

In de expertgroep is aangegeven dat met name ziekenhuizen die de relatief veel revalidatie en radiotherapie zorg leveren nadelige effecten kunnen ondervinden, omdat de producten van deze categorale zorg volgens de leden van de expertgroep nog onvoldoende uitontwikkeld is.

De revalidatiezorg betreft een zeer beperkt deel van de omzet van ziekenhuizen. Ziekenhuizen leveren uitsluitend poliklinische revalidatiezorg, waarvoor DOT-zorgproducten beschikbaar zijn. Deze zorgproducten sluiten aan op het geleverde aantal behandeluren, die de basis vormen voor de huidige budgetvergoedingen. De zorgproducten radiotherapie sluiten gedeeltelijk aan op de huidige budgetparameters van ziekenhuizen. Radiotherapie kan slechts voor een enkel gespecialiseerd ziekenhuis een relatief groot deel van de omzet uitmaken.

Als alternatief zou gekozen kunnen worden om de categorale zorg te blijven budgetteren binnen alle ziekenhuizen. Dit zou wel betekenen dat ziekenhuizen dus voor een klein gedeelte van hun zorg gebudgetteerd blijven. Deze tweede optie vindt de NZa onwenselijk, omdat ziekenhuizen dan met twee verschillende bekostigingsregimes worden geconfronteerd. Bovendien zorgt het garantiepercentage voor een dempende werking van de effecten die mogelijk kunnen optreden bij een of enkele ziekenhuizen. Daarom pleit de NZa er ook voor dat ziekenhuizen per 2011 voor categorale zorg op basis van de betreffende zorgproducten bekostigd worden. De grootste risico's worden daarmee afgevangen met het Ingroeimodel.

3.5.3 Fusies

Een vraagstuk is op welke wijze omgegaan wordt met fusies van ziekenhuizen binnen het transitie-model. Op dit moment leidt een fusie niet automatisch tot de samenvoeging van de budgetten van betrokken ziekenhuizen. In de huidige regelgeving voegt de NZa de budgetten alleen samen wanneer er een tweezijdig verzoek (ziekenhuis met representerende zorgverzekeraars) wordt ingediend.⁹ Dit samenvoegen van de budgetten kan leiden tot een positief of negatief budgeteffect, terwijl er in de praktijk niets verandert (het fusieziekenhuis houdt bijvoorbeeld de twee locaties in stand). In dat geval kan een negatieve of positieve correctie worden ingeboekt om dit 'fusie effect' te niet te doen.

⁸ VWS, Verzoek om start voorbereiding uitwerking 'Waardering voor betere zorg IV', 3 februari 2010

⁹ Dit is opgenomen in de beleidsregel CI-1124 'Functiegerichte budgettering algemene ziekenhuizen 2010' van de NZa.

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars kunnen in het lokaal overleg daartoe afspraken maken. In het budgetjaar 2009 en ook 2010 staat voor zes ziekenhuizen een 'fusie effect' ingeboekt. In het Ingroeimodel volgens welke de garantieomzet wordt berekend, neemt de NZa dit effect mee (zie hoofdstuk 4.1.2.6).

Voor de ziekenhuizen die per 2011 fuseren en daarvoor bij de NZa een verzoek indienen om de rekenregels voor het bepalen van de garantieomzet (inclusief historische omzet) samen te voegen, wordt geen 'fusie effect' ingeboekt. Achterliggende gedachte hierbij is dat het 'fusie effect' voortkomt uit de FB-systematiek en het ligt niet in de rede om deze systematiek voort te zetten binnen het Ingroeimodel. De historische omzet en de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging van beide fusiepartners, voor zover het organisaties betreffen waarvoor het Ingroeimodel van toepassing is, vormen het uitgangspunt.

4. Uitwerking transitie­model

In dit hoofdstuk zal het transitie­model nader worden uit­gewerkt. Dit hoofdstuk kent de volgende opbouw:

- Hoofdstuk 4.1: Bepaling historische omzet
- Hoofdstuk 4.2: Bepaling omzet bij prestatiebekostiging
- Hoofdstuk 4.3: Vaststelling en verrekening opbrengstverschillen

4.1 Bepaling historische omzet

In deze paragraaf wordt beschreven op welke wijze de historische omzet wordt bepaald. Zoals weergegeven in hoofdstuk 3, luidt de algemene rekenregel van het model als volgt:

$$T = z * (\text{historische omzet}) + (1 - z) * (\text{gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging})$$

De historische omzet valt daarbij uiteen in het budget A-segment en de omzet van het B-segment.

De indeling van deze paragraaf is als volgt. Paragrafen 4.1.2 en 4.1.3 schetsen de wijze waarop de historische omzet wordt bepaald voor respectievelijk het A-segment als het B-segment. In paragraaf 4.1.4 wordt beschreven op welke wijze de historische omzet wordt aangesloten op het jaar 2011. Hierbij komt onder andere de keuze voor het basisjaar, 2009 of 2010 en de indexatie van de historische omzet aan de orde.

4.1.1 Uitgangspunten VWS voor historische omzet

In de kabinetsreactie 'Waardering voor betere zorg IV' worden de volgende uitgangspunten meegegeven voor de bepaling van het referentiebedrag, zoals de historische omzet wordt aangeduid, per instelling:

- De referentiebedragen worden zodanig gekozen dat deze zo veel mogelijk aansluiten bij de historische inkomsten van instellingen (budgetten en inkomsten B-segment uit het basisjaar 2009 of 2010).
- Het totaal van de referentiebedragen moet passen binnen de beschikbare macrobudgettaire ruimte.
- Het voor 2011 macrobudgettair beschikbare bedrag wordt aangepast met de door het kabinet beschikbaar gestelde loon- en prijsbijstelling voor het jaar 2011 (op basis van het CEP 2011).
- De groeiruumte 2011 wordt onder andere gereserveerd voor het budgettair accommoderen van de groeiers binnen het overgangsmo­del.

Bij de toepassing van deze uitgangspunten van VWS speelt de keuze voor basisjaar 2009 of 2010 een belangrijke rol. De keuze voor het basisjaar van de historische omzet en de overwegingen daarbij komen aan de orde in paragraaf 4.1.4.5.

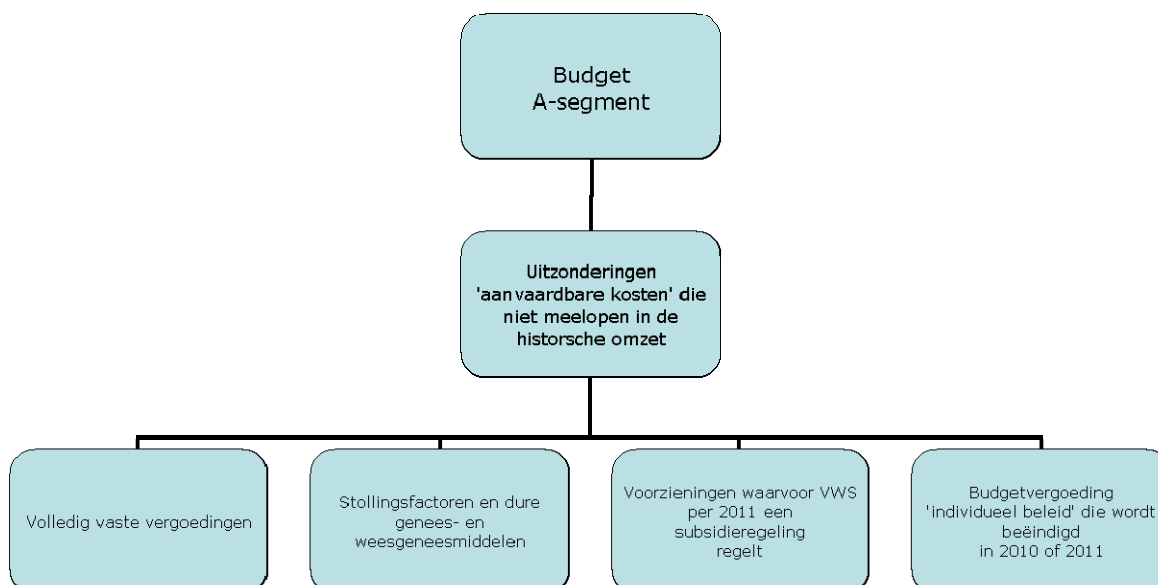
4.1.2 Budget A-segment

Als basis voor de historische omzet gelden de aanvaardbare kosten A-segment zoals in het kader van de nacalculatie definitief op kasbasis wordt vastgesteld en wordt verwerkt in de budgetformulieren en rekenstaten. Daarbij worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Alle aanvaardbare kosten maken (vooralsnog) onderdeel uit van de historische omzet, met uitzondering van:
 - volledig vaste vergoedingen in 2011 (bijvoorbeeld de helikoptervoorziening);
 - voorzieningen waarvoor VWS een subsidieregeling uiterlijk per 2011 tot stand dient te brengen;
 - budgetvergoedingen die in 2010 of 2011 worden beëindigd.
- De vergoedingen behorende bij de kassiersfunctie wordt in beginsel niet meegenomen in de historische omzet, met uitzondering van de kapitaallasten behorende bij de productiesamenwerkingsverbanden.

Deze uitgangspunten zijn schematisch weergegeven in figuur 4.1. In de komende paragrafen worden de verschillende uitzonderingen nader toegelicht.

Figuur 4.1. Overzicht vaststelling historische omzet



Bron: NZa

Zoals blijkt uit figuur 4.1, zal een aantal onderdelen *niet* meelopen in de historische omzet. De volledige vaste vergoedingen zullen niet meelopen in de historische omzet. De reden hiervoor is dat zowel de hoogte van deze vergoedingen als de zorgaanbieders die deze vergoedingen zullen ontvangen niet zoveel zullen wijzigen. Daarom wordt voorgesteld om de vergoedingen voor deze zorgfuncties per 2011 direct in het vaste segment op te nemen en deze rechtstreeks uit het zorgverzekeringsfonds uit te keren (zie paragraaf 4.1.2.2).

De stollingsfactoren, dure genees- en weesgeneesmiddelen zullen eveneens niet meegenomen worden in de historische omzet. Het gebruik van dure geneesmiddelen kenmerkt zich door een grote spreiding tussen ziekenhuizen en grote fluctuaties over de jaren heen (met name een sterke groei). Voor deze vergoedingen heeft de NZa dan ook een andere aanpak gekozen (zie paragraaf 4.1.2.5).

Bij afschaffing van het budget vervalt een aantal specifieke vergoedingen omdat deze vergoedingen op andere wijze worden gefinancierd. Om dubbele bekostiging te voorkomen, lopen deze vergoedingen niet mee in de historische omzet. (zie paragraaf 4.1.2.3). Tot slot zijn bij sommige individuele ziekenhuizen vergoedingen in het budget opgenomen die in 2011 zouden vervallen en deze lopen dan ook niet mee in de historische omzet (zie paragraaf 4.1.2.4).

De verschillende uitzonderingen worden in de komende paragrafen nader toegelicht.

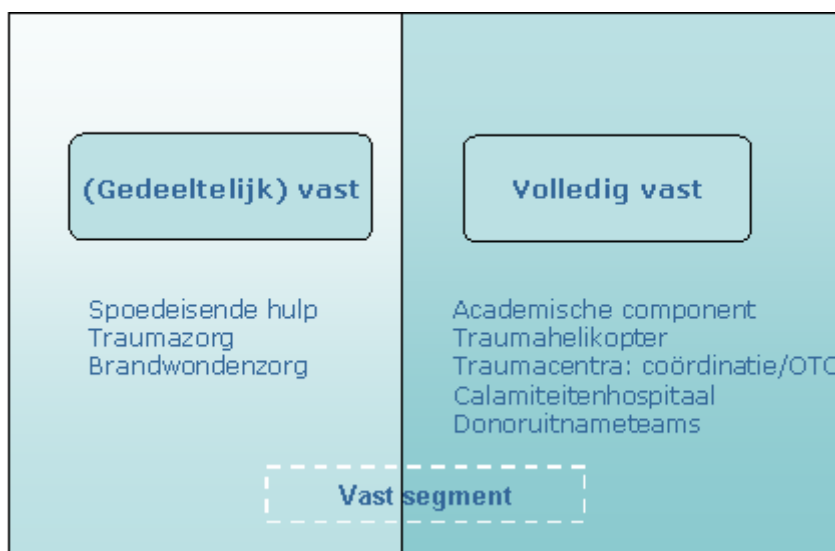
4.1.2.1 Uitwerkingpunten ten aanzien van de historische omzet

Een tweetal budgetvergoedingen wordt nog nader uitgewerkt, waarbij de vormgeving afhankelijk is van keuzes op andere beleidsterreinen. Allereerst is het meenemen van de loonkosten van medisch specialisten afhankelijk van de uitwerking en het moment van inwerkingtreding van de budgettering van medisch specialisten. Dit punt is daarom nog niet verder uitgewerkt. De wijze waarop de kapitaallasten worden meegenomen in de historische omzet wordt uitgewerkt in hoofdstuk 7.

4.1.2.2 Vaste vergoedingen

Voor een aantal zorgprestaties van zorgaanbieders is het niet mogelijk en/of wenselijk om deze rechtstreeks aan zorgproducten voor individuele consumenten toe te rekenen. Het gaat om specifieke functies of kenmerken van de zorgverlening, zoals beschikbaarheid of specifieke deskundigheid. De verschillende zorgfuncties vallende onder het vaste segment zijn schematisch weergegeven in figuur 4.2.

Figuur 4.2. Welke zorgfuncties vallen onder het vaste segment?



Bron: NZa

Voor een uitgebreide beschrijving van het vaste segment, het verschil tussen het jaar 2011 en 2012 en de hoogte van de vergoedingen zie hoofdstuk 6.

Volledig vaste vergoedingen

Voorgesteld wordt om deze zorgfuncties per 2011 direct in het vaste segment op te nemen en buiten het Ingroeimodel te houden, waarmee in 2011 direct het gewenste eindmodel wordt bereikt.

Eén volledig vaste vergoeding, de academische component, maakt in 2009 geen onderdeel uit van het budget. Deze vergoeding voor de ontwikkeling en innovatie en topreferentie door UMC's en AvL/NKI wordt afzonderlijk via een subsidieregeling door VWS ter beschikking gesteld. De academische component zal in 2011 rechtstreeks uit het Zorgverzekeringsfonds worden uitgekeerd aan de betreffende zorgaanbieders. Hiervoor hoeven de budgetten c.q. de historische omzetten van de betreffende ziekenhuizen dus niet geschoond te worden.

Gedeeltelijk vaste vergoedingen

In 2011 zullen de gedeeltelijk vaste functies wel onderdeel uitmaken van de historische omzet. De kosten van deze functies zijn meegenomen in de kostprijzen en tarieven en komen dus ook voor een belangrijk gedeelte tot uiting in de gerealiseerde omzet onder prestatiebekostiging. Het meenemen van de gedeeltelijk vaste kosten in het Ingroeimodel biedt de mogelijkheid om in 2012 dit vaste segment aan te passen en bij een eventuele voortzetting van het Ingroeimodel te bepalen of wijzigingen van het vaste segment direct (volledig uit historische omzet) dan wel in een afbouwtraject (handhaven in historische omzet) dienen te worden meegenomen.

In de kabinetsreactie is beschreven dat, voor wat betreft de toedeling van de beschikbaarheidsvergoeding voor de spoedeisende hulp, voor het jaar 2011 aangesloten dient worden bij de situatie zoals die in 2010 geldt voor de beschikbaarheidtoeslag voor de kleine ziekenhuizen. Voor de traumazorg en brandwondenzorg is aangegeven dat voor het jaar 2011 zo veel als mogelijk aangesloten dient te worden bij de bestaande situatie, zowel qua hoogte van de vergoeding als wat betreft de ontvangende aanbieders. Deze vergoedingen zouden tijdelijk in 2011 kunnen worden toegevoegd aan het Ingroeimodel.

4.1.2.3 Specifieke vergoedingen anders gefinancierd

In de budgetten is (nog) een aantal specifieke vergoedingen opgenomen voor externe voorzieningen (zie ook tabel 4.1). Bij afschaffing van het budget vervallen deze specifieke vergoedingen, omdat deze vergoedingen anders worden gefinancierd. Het betreffen in de regel geen Wmg-taken, zodat een bekostiging via bijvoorbeeld het vaste segment of de tarieven van zorgproducten niet is aangewezen. In de uitvoeringstoets 'Van Budget naar Prestatie' is aangegeven dat de NZa er vanuit gaat dat de minister van VWS een besluit neemt of vanuit publiek belang gegarandeerde financiering voor deze betreffende voorzieningen nodig is.

In de kabinetsreactie 'Waardering voor betere zorg IV' geeft de minister van VWS aan dat de precieze invulling voor het Referentiecentrum Weefseltypering, de Integrale Kankercentra, Stichting Sanquin Bloedvoorziening, en de Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland (geen budgetvergoeding in 2009) nog nader worden uitgewerkt. De Landelijke Neonatologie Registratie is opgegaan in de Perinatale Registratie Nederland, die momenteel reeds een subsidie ontvangt.

Voor die voorzieningen, waarvoor de minister aangeeft uiterlijk 1 juli 2011 een afzonderlijke vergoeding te regelen, worden de budgetvergoedingen verwijderd uit de historische omzet. Dit om een dubbele bekostiging te voorkomen. De overige vergoedingen blijven onderdeel uitmaken van de historische omzet. Indien er geen andere bekostiging voor deze voorzieningen wordt geregeld, zullen deze vergoedingen dus worden afgebouwd (afhankelijk van de duur van het transitie-model) en indien de zorgaanbieder het nodig acht zouden dergelijke voorzieningen, uit de tarieven betaald dienen te worden. Een schematisch overzicht is beschreven in tabel 4.1.

Tabel 4.1. Specifieke vergoedingen in relatie tot de historische omzet

Welke vergoeding?	Onderdeel van de historische omzet?	Toelichting
Perinatale Registratie Nederland (voorheen LNR)	Nee	Wordt reeds gefinancierd via een subsidie van VWS in 2010
Integrale Kankercentra	Nee	VWS heeft aangegeven een andere financiering uit te werken (zie ook paragraaf 4.1.2.7).
Referentiecentrum Weefselypering	Nee	VWS heeft aangegeven een andere financiering uit te werken.
Stichting Sanquin Bloedvoorziening ¹⁰	Nee	VWS heeft aangegeven een andere financiering uit te werken.
Overige andere vergoedingen		
Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland	Nee	Omdat in 2009 geen budgetvergoeding is opgenomen. Precieze invulling financiering wordt uitgewerkt door VWS.
HIV monitoring	Nee	Omdat in 2009 geen budgetvergoeding is opgenomen. Precieze invulling financiering wordt uitgewerkt door VWS.
Kosten NMI	Ja	Loopt wel mee in de historische omzet, tenzij VWS per 2011 een andere financiering regelt.
Prismant	ja	Deze kosten dienen uit de tarieven van de DOT zorgproducten betaald te worden (indien de zorgaanbieder dat nodig acht).
Regionale samenwerkingsverbanden ¹¹	ja	Deze kosten dienen uit de tarieven van de DOT zorgproducten betaald te worden (indien de zorgaanbieder dat nodig acht).

Bron: NZa

4.1.2.4 Budgetvergoedingen die komen te vervallen, wijzigen of worden toegevoegd

In het budget zijn vergoedingen opgenomen die mogelijk in 2011 zouden vervallen of wijzigen dan wel worden toegevoegd. Dit zijn vergoedingen die voortkomen uit de budgetbedragen 'individueel beleid' als gevolg van specifieke omstandigheden of uit de budgetbedragen 'steunbeleid'. De historische omzet zal in dat geval worden aangepast naar het niveau 2011, dit is uiteraard mede afhankelijk van de reden waarom een bepaalde vergoeding bij een betreffende zorgaanbieder is opgenomen. Welke vergoedingen voor welke instellingen van toepassing zijn, wordt de komende periode door de NZa nog nader in beeld gebracht.

4.1.2.5 Dure geneesmiddelen, weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren

Het opnemen van de dure geneesmiddelen, weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren binnen het Ingroeimodel is nader afgewogen. Het gebruik van dure geneesmiddelen kenmerkt zich namelijk door een grote spreiding tussen ziekenhuizen en grote fluctuaties over de jaren heen (met name een sterke groei). Daarnaast wijzigen jaarlijks de stofnamen

¹⁰ Dit betreffen alleen de beheerskosten van de stichting zelf. De budgetvergoedingen voor de afname van bloedproducten lopen mee in de historische omzet.

¹¹ Dit betreft een zeer kleine budgettaire post voor regionale samenwerkingsverbanden bijvoorbeeld in het kader van de arbeidsvoorziening. Voor andere samenwerkingsverbanden, zoals productiesamenwerkingsverbanden en IKC's vervullen ziekenhuizen een kassiersfunctie. Deze maken geen onderdeel uit van het budget (zie paragraaf 4.3.5).

die onderdeel zijn van de beleidsregel dure geneesmiddelen. Hierdoor is het lastig om de historische omzet representatief te maken voor het jaar 2011.

De bekostiging van de dure- en weesgeneesmiddelen is momenteel als volgt geregeld. In de budgetten van de ziekenhuizen is een vergoeding opgenomen voor dure- en weesgeneesmiddelen. Voor een aantal geneesmiddelen, die zijn opgenomen in de beleidsregel 'Dure geneesmiddelen' worden de kosten van deze middelen nagecalculeerd.¹² Voor middelen die in de desbetreffende beleidsregel zijn genoemd, is 80% van de netto inkoopkosten in het budget opgenomen. De overige 20% van de inkoopkosten worden geacht door de FB-parameters te worden gedekt. In het B-segment komen geen dure geneesmiddelen voor en daarvoor is dan ook geen aparte bekostiging geregeld.¹³ Wat betreft de bekostiging van de stollingsfactoren (hemostatica) is een andere regeling van toepassing. Ziekenhuizen die zijn aangewezen op grond van artikel 8 van de WBMV krijgen 100% van de kosten van hemostatica vergoed.¹⁴

In het kader van prestatiebekostiging van de dure- en weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren is besloten dat deze vergoedingen binnen de nieuwe productstructuur DOT via apart te declareren prestaties zal verlopen, de zogenaamde add-ons. Add-ons zijn voorgesteld als bekostigingsmethodiek, omdat de kostenheterogeniteit van behandelingen met dure- en wees geneesmiddelen erg hoog is. Het is daarom niet wenselijk deze kosten in de tarieven per zorgproduct op te nemen. Gezien de hoge kostenheterogeniteit van behandelingen met dure geneesmiddelen kan verwerking van deze kosten op basis van gemiddelden in DBC's leiden tot onderbehandeling, selectieve doorverwijzing en risicoselectie. Momenteel is de NZa bezig om kostendekkende tarieven vast te stellen voor de add-ons.

De volgende mogelijkheden kunnen worden onderscheiden om de vergoedingen van de dure geneesmiddelen, weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren mee te laten lopen in het Z-waarde model:

- Optie 1: de dure geneesmiddelen, weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren lopen mee in de historische omzet met basisjaar 2009 en add-ons voor deze vergoedingen lopen mee in de nieuwe omzet.
- Optie 2: het voortzetten van de nacalculatie van dure geneesmiddelen.
- Optie 3: de dure geneesmiddelen, weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren worden niet meegenomen in de historische omzet, maar alles wordt bekostigd via add-ons.

Hieronder worden de verschillende voor- en nadelen van de verschillende opties op een rij gezet.

Bij optie 1 lopen de vergoedingen voor de dure- en weesgeneesmiddelen deels mee in de historische omzet en deels in de nieuwe omzet (via add-ons). Indien het garantiepercentage op 75% wordt vastgesteld dan wordt 75% van de opgenomen kosten dure- en weesgeneesmiddelen het budget uit het basisjaar 2009 meegenomen en 25% ontvangen de ziekenhuizen via de add-ons. De vraag is natuurlijk wel of dit 'rechtvaardig' is gezien de aanzienlijke spreiding tussen instellingen onderling en de fluctuaties over

¹² De lijst met stofnamen, waarvoor dit geldt, wordt door NZa vastgesteld. NZa neemt daarbij het advies van het CVZ in acht. Een aanvraag voor opname van een geneesmiddel in de beleidsregel kan bij NZa worden ingediend door partijen die daartoe gerechtigd zijn volgens de Wmg. Zie ook: NZa, beleidsregel Dure geneesmiddelen CI-1114, 1 januari 2010

¹³ Bij de UMC's worden de weesgeneesmiddelen voor 100% vergoed.

¹⁴ Zie ook beleidsregel CI-1129: Aanpassing aanvaarbare kosten academische ziekenhuizen 2010, 1 januari 2010. Meer specifiek wordt in paragraaf 2.1 ingegaan op de bekostiging van de stollingsfactoren.

de jaren heen, met name een groei van de gerealiseerde kosten. Voor ziekenhuizen die relatief meer zorg gaan bieden waarbij dure geneesmiddelen nodig zijn, pakt dit financieel nadelig uit. Hierdoor is het waarschijnlijk dat optie 1 voor sommige ziekenhuizen zal leiden tot té lage vergoedingen. Feitelijk wordt de historische omzet te laag vastgesteld, omdat de wijzigingen van 2011 ten opzichte van 2009 worden ondergewaardeerd. Dit heeft als risico dat ziekenhuizen te weinig vergoedingen krijgen voor de dure geneesmiddelen met verkeerde prikkels als gevolg (risico op onderproductie).

Bij optie 2 worden de werkelijke gemaakte kosten meegenomen bij de definitieve vaststelling van de historische omzet en de nieuwe omzet wat uiteindelijk mee loopt in de opbrengstverrekening. De nacalculatie zou kunnen lopen via het vaste segment. Nadeel van deze optie is dat een vorm van nacalculatie in stand wordt gehouden, dit staat het verst af van de prestatiegerichte bekostiging die voor de nabije toekomst is voorzien. Bij deze optie moet tevens nader worden bezien hoe omgegaan wordt met de declaratie van de add-ons. Allereerst kan de declaratie van de add-ons achterwege blijven of de gedeclareerde add-ons dienen ter dekking van het budget. Dit kan consequenties hebben met de verrekening van de opbrengsten en de verevening van zorgverzekeraars.

Bij optie 3 wordt direct overgegaan op volledige bekostiging van dure- en weesgeneesmiddelen op basis van add-ons. Daarbij dienen tevens de vergoedingen uit de historische omzet gehaald. Daarmee wordt het garantiepercentage voor deze vergoedingen op 0% gezet. Belangrijke voorwaarde hierbij is dat de tarieven voor add-ons tijdig en kostendekkend zijn vastgesteld per 2011. Naar verwachting zullen er tijdig en kostendekkende tarieven beschikbaar zijn voor add-ons van dure – en weesgeneesmiddelen per 2011. Voor de add-ons geldt een maximumtarief op basis van de gemiddelde landelijke netto inkoopprijs per geneesmiddel.

In de expertgroep hebben alle brancheorganisaties hun voorkeur uitgesproken voor optie 3 om de dure geneesmiddelen, weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren per 2011 met add-ons te financieren. Belangrijke randvoorwaarde bij deze optie is wel dat er kostendekkende tarieven per 2011 beschikbaar moeten zijn. Indien voor deze optie wordt gekozen dient de historische omzet van de ziekenhuizen dan ook volledig geschoond (100%) te worden.

Voornemen NZa

De NZa is voornemens om optie 3 toe te passen. Voordeel van deze optie is dat het direct aansluit op de nieuwe bekostiging van dure- en weesgeneesmiddelen. Aan de belangrijkste voorwaarde voor deze optie, tijdige kostendekkende tarieven, kan ook worden voldaan. Een aandachtspunt bij optie 3 is de wijze waarop de budgetten van de ziekenhuizen wordt geschoond voor de dure- en weesgeneesmiddelen. In de budgetten is via de 80% regel het merendeel van de kosten terug te vinden. Echter de overige 20% van de inkoopkosten worden geacht door de FB-parameters te worden gedekt. Als rekenregel zal de 80% voor dure- en weesgeneesmiddelen worden opgehoogd naar de 100%. Dit is uiteraard een benadering van 20%.

4.1.2.6 Aandachtspunten van enkele vergoedingen

Van een aantal vergoedingen onder het FB zal expliciet moeten worden bezien of die deel dienen uit te maken van de historische omzet of niet, te weten:

- Lokale productiegebonden toeslag
- Eerstelijns productie fysiotherapie en ketenzorg

- Klinische genetische centra
- Bijzondere tandheelkunde
- Kaakchirurgie

Deze verschillende vergoedingen worden hieronder nader toegelicht.

Lokale productiegebonden toeslag

In de huidige bekostiging van de lokale productiegebonden toeslag is het zo geregeld dat ziekenhuizen tot 2% van het productiegebonden deel van het FB kunnen maken over zorgvernieuwing. Daarenboven kunnen lokale partijen eventueel extra afspraken maken boven de 2% maar tot een maximum van 5%, wanneer bijzondere omstandigheden daartoe volgens lokale partijen aanleiding geven. De lokale productiegebonden toeslag zal meegenomen worden in de historische omzet.

Indien de ruimte van de LPT voldoende is benut, kunnen instellingen (momenteel) ook gebruik maken van de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'. De opbrengsten van deze zorgprestaties maken geen onderdeel uit van de historische omzet en worden buiten het Ingroeimodel gelaten. De wijze waarop zorgaanbieders kunnen innoveren valt buiten de scope van dit verantwoordingsdocument.

Eerstelijns productie fysiotherapie en ketenzorg

Voor zorg die niet meer in het budget is opgenomen, zoals eerstelijns fysiotherapie, geldt dat deze geen deel uitmaakt van de historische omzet en het Ingroeimodel (zie ook hoofdstuk 4.2). Dit geldt ook voor de ketenzorg die via functionele bekostiging of individuele zorgprestaties in 2011 in rekening wordt gebracht. Ketenzorg is niet opgenomen in het FB en zal dan ook niet meelopen in de historische omzet.

Fusie-effect

In hoofdstuk 3 is kort stil gestaan hoe wordt omgegaan met fusies gedurende het Ingroeimodel. Daarbij is ook het zogenaamde 'fusie-effect' besproken. Bij het vaststellen van de historische omzet A-segment neemt de NZa de bedragen aangemerkt als 'fusie effect' mee in de berekening van de historische omzet, tenzij er in het lokaal overleg afspraken zijn gemaakt dat dit fusie-effect niet van toepassing is.

Klinisch genetische centra

Alle UMC's kennen een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. Voor deze centra worden nu nog afzonderlijke budgetten vastgesteld. Voorgesteld wordt geen afzonderlijk Ingroeimodel voor deze centra op te stellen, maar de budgetten toe te voegen aan de historische omzet van de UMC's.

De meerderheid van de centra is inmiddels bestuurlijk gefuseerd met UMC's, waardoor het samenvoegen van de budgetten aan de historische omzetten van de UMC's in de rede ligt. Bij twee klinisch genetische centra is nog sprake van een bestuurlijke scheiding. Indien de budgetten van deze centra worden toegevoegd bij de historische omzetten van de UMC's heeft dit consequenties voor de samenwerking. Een andere mogelijkheid is om voor deze twee klinische genetische centra een Ingroeimodel vast te stellen waarbij de historische omzet voor deze centra apart zal worden vastgesteld. De NZa heeft de voorlopige voorkeur om de budgetten van de twee betreffende centra wel samen te voegen bij de historische omzetten van de UMC's.¹⁵ Bezien zal worden in hoeverre dit tot problemen leidt bij de betreffende centra.

¹⁵ Ook vanuit VWS worden de klinisch genetische centra niet meer gezien als aparte entiteiten. De bijbehorende WBMV vergunningen zijn mee veranderd en dus vergeven aan de UMC's.

Bijzondere tandheelkunde

De grotere centra voor bijzondere tandheelkunde ontvangen onder nadere voorwaarden een budget. Deze kosten worden opgenomen in de historische omzet. Ziekenhuizen die een afdeling bijzondere tandheelkunde hebben en voldoen aan bepaalde voorwaarden (onder andere grootte), ontvangen in het FB een vergoeding voor kosten bijzondere tandheelkunde. Deze afdelingen binnen de ziekenhuizen declareren op basis van een individueel stoeluurtarief. De overige zorgaanbieders (bijvoorbeeld tandartsen en kleine ziekenhuizen) declareren uniforme landelijke tarieven. Tarieven voor de ziekenhuizen ten aanzien van de bijzondere tandheelkunde worden momenteel dus individueel vastgesteld. Landelijke uniforme maximumtarieven voor alle relevante zorgaanbieders zijn in het kader van prestatiebekostiging wel wenselijk. De NZa zal nagaan of, zo ja op welke wijze en wanneer de tarieven voor deze functie aangepast zullen worden. De NZa streeft voor een aanpassing van de tarieven per 2011. Indien dit niet haalbaar is, wordt in ieder geval een aanpassing doorgevoerd per 2012. Daarbij zal het garantiepercentage per 2011 zorgen voor een dempende werking van de effecten die mogelijk kunnen optreden bij enkele ziekenhuizen.

Kaakchirurgie

Kaakchirurgie maakt onderdeel uit van de historische omzet (onder andere FB-parameters). Afhankelijk van de voortgang bij DBC-O zullen hiervoor in 2011 DOT-zorgproducten of de huidige overige verrichtingen beschikbaar zijn. Voor 2012 is in ieder geval een doorontwikkeling nodig van de producten voor de kaakchirurgie. Ook bij de kaakchirurgie geldt dat per 2011 het garantiepercentage per 2011 zorgt voor een dempende werking voor mogelijke effecten die kunnen optreden.

4.1.2.7 Kassiersfunctie

Met de afschaffing van het budget komt een einde aan een aantal vergoedingen die zijn opgenomen in de post 'nog in te verrekenen in tarieven', de zogenaamde kassiersfunctie. Deze post valt uiteen in de volgende onderdelen:

- Integrale kankercentra
- Productiesamenwerkingsverbanden
- Verrekening lumpsummen
- Overheveling vast/variabel

De bovenstaande kassiersfuncties vervallen met de invoering van prestatiebekostiging in 2011. Immers, met de invoering van prestatiebekostiging en de afschaffing van het budget is er geen sprake van het verrekenen van de opbrengsten aan het budget waarin deze posten meeliepen.

Integrale Kanker Centra

In de kabinetsreactie 'Waardering voor betere zorg IV' geeft de minister van VWS aan dat de precieze invulling van de bekostiging van de Integrale Kankercentra de komende tijd door VWS zal worden uitgewerkt. De NZa zal deze vergoedingen niet meenemen in de historische omzet.

Productiesamenwerkingsverbanden

De vergoedingen behorende bij de productiesamenwerkingsverbanden komen te vervallen, met uitzondering van de kapitaallasten gebouw. Deze historische afschrijvingskosten plus de rente worden verwerkt in het budget bij de nacalculatie. Sinds een aantal jaren komt daar niets meer bij. Geld voor nieuwbouw en onderhoud moeten de productiesamenwerkingsverbanden zelf met de ziekenhuizen regelen. Deze historische bedragen kunnen worden opgenomen in de historische omzet van de betrokken ziekenhuizen (op individuele ziekenhuisbasis).

Om een vergelijkbare ingroei voor ziekenhuizen met en zonder deelname in zo'n productiesamenwerking tot stand te brengen zouden de kapitaallasten gebouw in de overgangsfase op verzoek van de samenwerkende ziekenhuizen kunnen worden toegevoegd aan de historische omzet van (één van de) betrokken ziekenhuizen.

4.1.2.8 Overzichtstabel van de verschillende componenten

Het budget 2009 vormt het uitgangspunt voor de historische omzet van het A-segment. De verschillende budgetcomponenten (aio's, FB, eerste lijn, et cetera) worden weergegeven in de eerste kolom van tabel 4.2. De budgetcomponenten die volledig deel uitmaken van historische omzet zijn aangemerkt als 'ja, lopen geheel mee'. De andere budgetcomponenten maken niet volledig deel uit van de historische omzet. De uitzonderingen en de bij die uitzonderingen behorende budgetregels worden weergegeven in respectievelijk de tweede en derde kolom. Een aantal weergegeven regels, zoals kapitaallasten, medisch specialisten en geneesmiddelen, vereist nog nadere uitwerking door de NZa en/of besluitvorming door VWS.

Tabel 4.2. Historische omzet: budget A-segment

Onderdeel binnen het budget A-segment	Onderdeel van de historische omzet?	Welke vergoeding lopen niet mee in de historische omzet?	Toelichting
Kapitaallasten	Ja (in beginsel wel) Afhankelijk van besluitvorming overgangsregeling		
Loonkosten:			
aio's ¹⁶	Ja, loopt geheel mee		
Bijzondere functies	Ja, met uitzondering van:	- Loonkosten traumahelikopter - Loonkosten donorteam	Is een volledig vaste vergoeding, loopt via zorgverzekeringsfonds
Eerstelijns zorg	Ja, loopt geheel mee		
FB	Ja, met uitzondering van:	- Loonkosten OTO bij rampen en crisis - Loonkosten coördinatie regionaal overleg acute zorg	Is een volledig vaste vergoeding, loopt via zorgverzekeringsfonds
Medisch specialisten	Afhankelijk van besluitvorming rondom beheersing medisch specialisten		
Overige loonkosten	Ja, met uitzondering van:	Kosten NMI	Precieze invulling financiering wordt uitgewerkt door VWS
		Perinatale Registratie Nederland (voorheen LNR)	Precieze invulling financiering wordt uitgewerkt door VWS
		Referentiecentrum Weefseltypering	Omdat in 2009 geen budgetvergoeding is opgenomen. Precieze invulling financiering wordt uitgewerkt door VWS.

¹⁶ Voor zover sprake is van een restpost in het FB.

		Loonkosten individueel beleid	Indien de budgetvergoeding is beëindigd per 2010 of 2011
		Loonkosten calamiteitenhospitaal	Is een volledig vaste vergoeding, loopt via zorgverzekeringsfonds
Materiële kosten:			
aio's ¹⁷	Ja, loopt geheel mee		
Bijzondere functies	Ja, met uitzondering van:	- Materiële kosten traumahelikopter	Is een volledig vaste vergoeding, loopt via zorgverzekeringsfonds
Eerstelijns zorg	Ja, loopt geheel mee		
FB	Ja, met uitzondering van:	- Materiële kosten OTO bij rampen en crisis - Materiële kosten coördinatie regionaal overleg acute zorg	Is een volledig vaste vergoeding, loopt via zorgverzekeringsfonds
Geneesmiddelen	Nee (voorlopig niet zie ook paragraaf 4.1.2.5)		
Medisch specialisten	Afhankelijk van besluitvorming rondom beheersing medisch specialisten		
Overige materiële kosten	Ja, met uitzondering van:	Stichting Sanquin Bloedvoorziening	Precieze invulling financiering wordt uitgewerkt door VWS
		Loonkosten individueel beleid	Indien de budgetvergoeding is beëindigd per 2010 of 2011
		Materiële kosten calamiteitenhospitaal	Is een volledig vaste vergoeding, loopt via zorgverzekeringsfonds
Overige kosten:			
Algemeen	Ja, loopt geheel mee		
Herallocaties	Ja, loopt geheel mee		
Lokale component	Ja, loopt geheel mee		
Nacalculatie	Ja, loopt geheel mee		

Bron: NZa

4.1.3 Omzet B-segment

De omzet B-segment wordt door instellingen verantwoord in de jaarrekening en deze bestaat uit de volgende onderdelen:

- De omzet van DBC's:
 - geopend in basisjaar (2009 of 2010) en gesloten in basisjaar voor zo ver aangemerkt als B-segment in jaar voorafgaand aan basisjaar;
 - geopend in basisjaar en gesloten in basisjaar voor zo ver aangemerkt als B-segment in basisjaar.
- De mutatie in het onderhanden werk (OHW) B-segment basisjaar minus OHW B-segment jaar voorafgaand aan basisjaar.

De NZa sluit wat betreft het bepalen van het onderhanden werk (kostencomponent¹⁸) aan op de wijze waarop dit nu in het kader van de Regeling Jaarverslaggeving Ziekenhuizen plaatsvindt.

¹⁷ Voor zover sprake is van een restpost in het FB.

¹⁸ Indien sprake is van loondienst maakt ook honorarium deel uit van omzet ziekenhuis. Afhankelijk van keuzes voor het model bij de medische specialisten moet daarvoor een correctie plaatsvinden.

4.1.4 Basisjaar en aansluiting historische omzet op 2011

Het is van belang dat de historische omzet representatief wordt gemaakt voor het jaar 2011. Om een aansluiting te maken met de nieuwe omzet in 2011 worden de volgende aanpassingen doorgevoerd op de historische omzet:

- De indexering van de loon- en prijsmutaties;
- Reeds ingeboekte taakstellingen;
- De groeiruumte die VWS beschikbaar stelt.

De verschillende aanpassingen worden in de komende paragrafen verder toegelicht. Na bespreking van de bovenstaande aanpassingen die benodigd zijn op de historische omzet, zal worden ingegaan op de keuze voor het basisjaar voor de bepaling van de historische omzet.

Om aan te sluiten bij het jaar 2011 speelt de keuze voor het basisjaar uiteraard een belangrijke rol. Afgewogen dient te worden of 2009 of 2010 als basisjaar wordt gehanteerd (zie ook paragraaf 4.1.4.4). In deze komende paragrafen is als eerste vertrekpunt het jaar 2009 gehanteerd en dat de budgetten 2009 en de omzetten B-segment 2009 de basis vormen voor de historische omzet. Het basisjaar 2009 is het meest recente en afgewikkelde jaar voor aanvang van het Ingroeimodel per 2011. Na de bespreking van de indexering, taakstelling en groeiruumte wordt nader stil gestaan bij de keuze voor het basisjaar en welke overwegingen daarbij een rol spelen.

Tot slot wordt nog stil gestaan bij de 'BKZ check' op de historische omzetten.

4.1.4.1 Indexering

De historische omzet van het basisjaar wordt aangepast voor de loon- en prijsontwikkeling. Hierbij wordt de systematiek toegepast die ook bij het bepalen van de tarieven wordt gehanteerd:

- OVA-percentage voor de personele kosten;
- CEP-cijfers voor de prijsindex consumptieve bestedingen huishoudens voor materiële kosten en investeringen in inventarissen.

De personele kosten worden geïndexeerd op basis van de Overheidsbijdrage aan de Arbeidskostenontwikkeling (OVA). Dit percentage wordt aan de hand van een tussen VWS en werkgeversorganisaties afgesproken convenant berekend op basis van de loonkostenontwikkeling in de markt. Het OVA-percentage voor 2010 is in de zomer 2010 definitief bekend. Voor 2011 wordt een voorcalculatorisch percentage vastgesteld; dit percentage is eveneens medio 2010 bekend.

De materiële kosten en de investeringen in inventaris worden trendmatig aangepast op basis van de prijsindex consumptieve bestedingen huishoudens uit het Centraal Economisch Plan (CEP) van het Centraal Plan Bureau (CPB). Het definitieve percentage voor 2010 is begin april van dat jaar bekend bij de publicatie van het CEP. Het voorcalculatorische percentage 2011 wordt dan eveneens bekend gemaakt.

Voor de loon- en prijsbijstelling 2011 zijn medio 2010 dus alleen voorcalculatorische percentages beschikbaar. Daarmee kan op twee manieren omgegaan worden:

- Optie 1: de voorlopige cijfers dienen als uitgangspunt voor het bepalen van de historische omzet en worden niet meer (achteraf) aangepast.

- Optie 2: Er vindt een vorm van nacalculatie plaats. Dit betekent dat bij de verrekening van de opbrengsten de definitieve historische omzet wordt bepaald op basis van definitieve indexcijfers.

Een voordeel van optie 1 is dat zorgaanbieders vooraf optimale zekerheid hebben over de omvang gegarandeerde omzet. Ook wordt de verrekening achteraf daarmee zo simpel mogelijk gehouden (geen correcties meer). Optie 2 sluit mogelijk iets beter aan bij de methode die nu wordt gehanteerd bij de tarieven van de zorgproducten, omdat daarbij ook sprake is van een aanpassing van de tarieven naar aanleiding van de definitieve indexcijfers. Deze aanpassing in de tarieven wordt alleen pas in het jaar erna doorgevoerd.

In de expertgroep gaven partijen aan de voorkeur te hebben voor optie 2. Achterliggende reden van partijen hierbij is dat zorgaanbieders liever achteraf gecompenseerd worden voor de definitieve loon- en prijsontwikkeling. Partijen vinden een dergelijke werkwijze meer voorzienbaar.

Voornemen NZa

De NZa is voornemens om optie 2 te hanteren. Allereerst sluit deze methodiek beter aan bij de methodiek die wordt gehanteerd bij de tarieven van zorgproducten. Ten tweede vindt de NZa het een logisch uitgangspunt dat partijen worden gecompenseerd voor de definitieve loon- en prijsontwikkeling.

Vraag 1

Deelt u het voornemen van de NZa om de definitieve indexcijfers te hanteren? Dit betekent dat bij de verrekening van de opbrengsten de historische omzet wordt bepaald op basis van definitieve indexcijfers.

4.1.4.2 Taakstellingen

Medio 2007 heeft de minister van VWS de NVZ, de NFU en de OMS en ZN aangekondigd voornemens te zijn om in de ontwerprijksbegroting 2008 een taakstellende efficiencybesparing te verwerken van € 160 miljoen in 2008, oplopend tot structureel € 400 miljoen in 2011. De minister van VWS heeft in de aanwijzing aan de NZa (22 juli 2009) aangegeven dat de oploop van de taakstelling in 2010 (€ 75 miljoen) geheel in het A-segment verwerkt moest worden. De NZa heeft de taakstelling 2010 conform de aanwijzing verwerkt. Het aandeel van elke instelling in het totale taakstellingsbedrag is daarbij gebaseerd op het aandeel van het instellingsbudget, vermeerderd met het B-segment, in het totaal van alle instellingsbudgetten, vermeerderd met het B-segment. Met andere woorden: het aandeel per ziekenhuis in de totale ziekenhuisomzet. De op deze wijze individueel vastgestelde korting over 2010 zal op de historische omzet van 2009 in mindering worden gebracht.

Tevens zal de historische omzet gecorrigeerd moeten worden voor de taakstelling 2011 (laatste tranche) van € 150 miljoen. In het jaar 2011 worden ziekenhuizen voor een deel (factor 1-z) bekostigd op basis van het eindmodel prestatiebekostiging. De volgende technische varianten zijn mogelijk om de taakstelling in 2011 te verwerken:

Optie 1: de gehele taakstelling wordt verwerkt in het integrale Ingroeimodel, maar niet in de tarieven:

$$T = z \cdot \text{historische omzet} + (1-z) \cdot \text{omzet PB} - \text{totale kortingsbedrag}$$

Optie 2: de taakstelling wordt deels verwerkt in het integrale Ingroeimodel, en ook in de tarieven:

$$T = z*(\text{historische omzet} - \text{totale kortingsbedrag}) + (1-z)*\text{omzet PB}$$

Verrekening van de korting via het vaste segment vindt de NZa geen wenselijke optie. Als efficiencyverschillen buiten de tarieven om afgerekend worden, ontstaat immers niet de gewenste ontwikkeling in de tarieven in de markt. Met andere woorden: de korting verrekenen via het vaste segment is marktverstoring. Verrekening via het vaste segment zou ook inhouden dat jaarlijks, ook na beëindiging van de transitiefase, de korting op instellingsniveau zou moeten worden berekend.

De NZa geeft er de voorkeur aan de korting in de tarieven te verwerken om de volgende redenen:

- De korting is structureel, en zal dus ook na 2011 moeten doorlopen; dat kan in het eindmodel alleen via verwerking in de tarieven. Daarnaast is het een doelmatigheidsbesparing, waarbij achterliggende gedachte is dat bij meer volume ook lagere tarieven gehanteerd kunnen worden.
- Uitgangspunt moet zijn om tijdens de transitieperiode al zoveel als mogelijk het eindmodel in te voeren, zodat goed zicht ontstaat op de omzet- en schadelastontwikkeling.
- Door de korting in de tarieven te verwerken vervalt (in het eindmodel) de noodzaak om de korting op instellingsniveau te berekenen.
- Wel dient nog bezien te worden of het gezien de termijnen haalbaar is om de korting per 2011 te verwerken in de tarieven.

Los van de keuze of de taakstelling wel of niet in de tarieven wordt verwerkt, moet de taakstelling ook in het Ingroeimodel worden verwerkt. Immers, zorgaanbieders worden voor 1-z bekostigd op basis van prestatiebekostiging. Een deel van de taakstelling zal daarom ook meegenomen moeten worden in het integrale Ingroeimodel. Afhankelijk van de keuze om wel of niet ook via de tarieven te korten, moet besloten worden of het totale of een deel van het kortingsbedrag meegenomen wordt in de historische omzet.

Tot slot is het nog een uitwerkingspunt op welke manier het kortingsbedrag per instelling wordt bepaald. Voorheen werd het kortingsbedrag per instelling berekend op basis van het aandeel van het instellingsbudget (inclusief omzet B-segment) in het macro budget (inclusief omzet B-segment). In 2011 kan deze berekening eenvoudig worden uitgevoerd, namelijk op basis van aandeel van de 'historische omzet' uit de vooraf vastgestelde rekenregel, in het totaal van historische omzetten van alle ziekenhuizen.

Zoals het bovenstaande laat zien, speelt een aantal uitwerkingsvraagstukken een rol bij de wijze waarop de taakstelling meegenomen wordt in het integrale Ingroeimodel. De wijze waarop de taakstelling daadwerkelijk verwerkt dient te worden, zal opgenomen worden in de definitieve aanwijzing van VWS die aan de NZa wordt verzonden. Deze uitgangspunten van VWS zijn daarbij leidend voor de verdere uitwerking.

4.1.4.3 Groeirimte

Voor de aanpassing van de historische omzet speelt de toekenning van de groeirimte 2010 en de groeirimte 2011 (met name de volumecomponent) een belangrijke rol. Beide groeirimten worden hieronder verder toegelicht.

Groeiruimte 2010: generieke of gedifferentieerde toedeling?

In de brief van 3 februari jl. stelt VWS voor om, indien gekozen wordt voor 2009 als basisjaar te hanteren, de historische omzet 2009 generiek voor alle ziekenhuizen aan te passen met de groeiruumte 2010. Vanuit uitvoeringstechnisch oogpunt is het generiek toekennen van de groeiruumte op de historische omzet wenselijk. Daarnaast is een generieke groeiruumte passender bij een tijdelijk overgangsmodel.

Een andere optie is om de groeiruumte 2010 gedifferentieerd toe te kennen aan de individuele zorgaanbieders. Achterliggende gedachte daarbij is dat sterk groeiende ziekenhuizen dan meer groeiruumte ontvangen dan ziekenhuizen, die geen groei of zelfs een daling van de productie kennen. Een bijkomend voordeel is een gedifferentieerde verdeling van de ruimte mogelijk meer recht doet aan de lokale verschillen ten aanzien van de volumegroei. In de expertgroep hebben veldpartijen bij een keuze voor het basisjaar 2009 de voorkeur uitgesproken voor het gedifferentieerd toekennen van de groeiruumte 2010.

Vooraf is het van belang aan te geven dat het gedifferentieerd toekennen van de groeiruumte 2010 wel een relatieve verdeelsleutel betreft. De beschikbare ruimte is immers door het ministerie van VWS vooraf bepaald. Dit betekent dat de groeiruumte 2010 naar rato dient te worden verdeeld naar de verschillende ziekenhuizen, afhankelijk van de groei die een ziekenhuis doormaakt. Dit vermindert de voorzienbaarheid voor de ziekenhuizen. Het is immers vooraf onbekend hoeveel groeiruumte daadwerkelijk wordt toegekend aan het totaal van de individuele zorgaanbieders.

De uitwerking van gedifferentieerde verdeling van de groeiruumte 2010 stuit op (grote) uitvoeringstechnische problemen. Ten eerste is de vraag op welke wijze er een differentiatie tot stand wordt gebracht. Hiervoor zal een rekenregel opgesteld moeten worden. Er zijn verschillende opties om de gedifferentieerde groei te berekenen. Allereerst kan de groei gedifferentieerd worden toegekend op basis van een gemiddelde groei per ziekenhuis in de afgelopen periode (bijvoorbeeld de jaren 2005-2009). De aanname bij deze optie is dat de groei in 2010 in lijn is met de gemiddelde groei van afgelopen jaren. Ten tweede kan op basis van één of meerdere FB-parameters uit 2010 de groeiruumte worden toegekend. Daarbij zit wel een aantal grote uitwerkingspunten verbonden. Bijvoorbeeld: welke parameter(s) zijn geschikt om groei te bepalen, gewogen of ongewogen gebruik van parameters etc.

Tegen deze achtergrond wordt benadrukt dat, welke berekeningsmethode ook gekozen wordt, het een benadering is van de werkelijke realisatie van 2010. De tweede optie heeft voorts als nadeel dat de volumegroei per zorgaanbieder over 2010 niet in 2010 definitief kan worden vastgesteld, omdat de productie pas na afloop van het jaar bekend is.

Voornemen NZa

De NZa is voornemens om de groeiruumte 2010 gedifferentieerd toe te kennen aan de historische omzet indien het jaar 2009 als basisjaar wordt gehanteerd. Daarbij zal iedere berekeningsmethode wel een benadering van de werkelijke realisatie 2010 zijn. Dit pleit er dan ook voor berekeningsoptie 1 waarbij de differentiatie van de groeiruumte wordt bepaald op basis van de historische groei in de periode 2005-2009. Bij de methode kan immers de toekenning van de groeiruumte berekend worden in de tweede helft van 2010.

Vraag 2

Deelt u het voornemen van de NZa om de groeiruumte 2010 gedifferentieerd toe te kennen, waarbij de differentiatie van de groeiruumte wordt bepaald op basis van de historische groei van een individuele zorgaanbieder in de periode 2005-2009?

Ter toelichting: Een alternatief is om het jaar 2010 te hanteren als basisjaar voor de historische omzet. Indien gekozen wordt voor het basisjaar 2010 hoeft de groeiruumte 2010 niet verdeeld hoeft te worden. Immers, de gerealiseerde groei 2010 wordt dan meegenomen in de basis van de historische omzet. De afweging tussen basisjaar 2009 en 2010 komt in paragraaf 4.1.4.4 aan de orde.

Verder dient er ook een BKZ check uitgevoerd te worden op het totaal van de historische omzetten. De uiteindelijke keuze voor het basisjaar speelt daarin ook een rol. Dit aspect komt aan de orde in paragraaf 4.1.4.5.

Groeiruumte 2011: meenemen in de omzet onder prestatiebekostiging

In de brief van 3 februari jl. wordt voorgesteld door VWS om de historische omzet niet aan te passen met de groeiruumte 2011. In plaats daarvan kan de groeiruumte 2011 gebruikt worden voor het budgettaire accommoderen van de groeiers binnen het overgangsmodel. Achterliggende gedachte is dat er meer groeiruumte overblijft voor de daadwerkelijke groeiers en dat dalers geen 'onterechte' garanties krijgen. Nadeel hiervan is wel dat de groei in 2011 maar voor '1-z' vergoed wordt. Dit speelt met name bij een hoge 'z'. Hierdoor kunnen wachtlijsten ontstaan en loopt de toegankelijkheid van zorg risico.

Ditzelfde nadeel hebben partijen ook aangevoerd. Partijen hebben verder ook aangevoerd dat een omzetgroei in termen van DOT materieel niet altijd betekent dat er daadwerkelijk meer productie geleverd wordt. Het is immers niet mogelijk om te bepalen of een zorgaanbieder daadwerkelijk meer zorg heeft geleverd, of dat er sprake is van registratie-effecten of een hogere/lagere omzet door andere DOT-tarieven. Daarom vinden partijen het onwenselijk om de groeiruumte 2011 toe te kennen aan de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging.

Een alternatief is om de groeiruumte 2011 mee te nemen in de historische omzet. Keerzijde van deze optie is dat de zorgaanbieders die een productiedaling kennen een extra garantie krijgen, doordat hun historische omzet hoger wordt vastgesteld dan hun gerealiseerde omzet onder prestatiebekostiging. Bovendien is bij dit alternatief het risico groter dat het BKZ wordt overschreden. Immers, het totaal aan transitieomzetten ligt bij dit alternatief hoger. Dit kan weer andere nadelige gevolgen met zich meebrengen voor de groeiers.

Bij het toekennen van de groeiruumte 2011 aan de historische omzet hebben partijen de optie geopperd om de groeiruumte 2011 te differentiëren met behulp van FB-parameters. Partijen geven daarbij aan dat een groei in productie beter te meten is in termen van FB-parameters dan op basis van omzet in termen van DOT zorgproducten.

Indien ervoor gekozen wordt om de groeiruumte 2011 toe te kennen aan de historische omzet, wordt deze ruimte in ieder geval generiek toegekend. Een gedifferentieerde benadering voor het jaar 2011 stuit op te grote uitvoeringstechnische problemen. Het is immers uitermate complex om de volumegroei achteraf vast te stellen vanwege de systeemwijziging van DBC's naar de DOT-productstructuur, het afschaffen van de budgetparameters en de eventuele uitbreiding van het B-segment

2011. Bovendien is in 2011 geen sprake meer van een FB, zoals in 2010 en wordt een deel van de transitieomzet bepaald door de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging. Een gedifferentieerde toekenning op basis van FB-parameters is dan ook niet wenselijk, omdat dit kan leiden tot zogenaamde 'schaduwprizen'.

Voornemen NZa

Tegen deze achtergrond is de NZa voornemens conform de uitgangspunten van VWS om de groeiruumte 2011 niet mee te nemen in de historische omzet. Dit betekent dat de groeiruumte volledig in de omzet onder prestatiebekostiging valt. Zo ontvangen dalers geen 'onterechte' garanties in hun historische omzet. Deze benadering zou mogelijk wel pleiten voor een relatief lage garantiepercentage binnen de bandbreedte.

Vraag 3

Deelt u het voornemen van de NZa om de groeiruumte 2011 niet mee te nemen in de historische omzet, maar om de groeiruumte 2011 volledig toe te kennen in de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging?

4.1.4.4 Keuze voor basisjaar: 2009 of 2010

Voor de bepaling van de historische omzet en de aansluiting op het jaar 2011 zijn verschillende opties mogelijk ten aanzien van de keuze voor het basisjaar. Allereerst is het mogelijk om basisjaar 2009 te kiezen. Daarbij is het mogelijk om de groeiruumte 2010 generiek of gedifferentieerd toe te kennen (zie ook paragraaf 4.1.4.3). De derde optie is om het jaar 2010 als basisjaar te hanteren. De drie verschillende opties en de bijbehorende voor- en nadelen worden hieronder toegelicht.

Optie 1: Basisjaar 2009 en generieke groei 2010

Het basisjaar 2009 wordt als basis gekozen en er wordt uitgegaan voor een generieke groei voor 2010.

Voordeel van deze optie is dat zorgaanbieders in de tweede helft van 2010 dan beschikken over de historische omzet, waarvan de hoogte in beginsel niet meer als gevolg van bijvoorbeeld de realisatie 2010 kan wijzigen.¹⁹ Tijdig inzicht in de omvang van de historische omzet is voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars van belang met het oog op contractafspraken en prijsstelling van de zorgproducten in 2011. Mogelijk volgen gedurende 2011, afhankelijk van keuze voor nacalculatie loon- en prijsontwikkelingen (zie paragraaf 4.1.4.1) nog enkele wijzigingen. Deze aanpassing is echter zeer beperkt en sluit aan op de ontwikkeling van de werkelijke kosten.

Optie 2: Basisjaar 2009 en gedifferentieerde groei 2010

Bij deze optie wordt het jaar 2009 als basisjaar gehanteerd en wordt uitgegaan voor een gedifferentieerde toedeling van de groeiruumte voor 2010. Deze groei wordt vastgesteld op basis van een vooraf vastgestelde rekenregel waardoor er altijd sprake is van een benadering voor de werkelijke groei.

Wanneer deze optie wordt gekozen, kan de historische omzet in het najaar 2010 aan de zorgverzekeraars en zorgaanbieders voorafgaand aan de contractafspraken en de prijsstelling van zorgproducten worden meegedeeld. In 2011 kan op basis van de werkelijke productie naast eventuele aanpassingen voor prijs- en loonontwikkeling tevens sprake zijn van aanpassing van de historische omzet, wanneer de werkelijke

¹⁹ Het precieze moment van definitieve vaststelling van de historische omzet is ook mede afhankelijk van de aanpassing van de Wet Markordering Gezondheidszorg (Wmg). Hoofdstuk 7 gaat daar nader op in.

macrogroei groter is dan geraamd. Dit effect hoeft niet groot zijn, wanneer bij het toedelen van de gedifferentieerde groeiruimte rekening wordt gehouden met de te verwachten macrogroei (en de werkelijke groei daar uiteraard ook op uitkomt).

Optie 3: Basisjaar 2010

Wanneer wordt uitgegaan van het basisjaar 2010 kan niet eerder dan eind 2011 formeel de historische omzet worden bepaald.

Het voordeel van het hanteren van het basisjaar 2010 is dat dit jaar in de regel beter aansluit op 2011. Immers, bij een keuze voor het voortzetten van het transitie-model na 2011 wordt dan eveneens aangesloten op de meest recente historische omzet. De groei in 2010 is verdisconteerd en hoeft niet via een rekenregel generiek of gedifferentieerd te worden verdeeld. Nadeel is dat het basisjaar 2010 pas op een laat moment formeel kan worden vastgesteld, namelijk in de tweede helft van 2011, na aanvang van de invoering van het Ingroeimodel. Daarnaast kan de keuze voor het basisjaar 2010 bepaalde prikkels met zich mee brengen. Ziekenhuizen kunnen mogelijk hun omzet van 2010 manipuleren, zodat dit leidt tot een hogere historische omzet. Zorgverzekeraars kunnen hier waarschijnlijk wel countervailing power bieden bij de vaststelling van de nacalculatie 2010.

In de expertgroep is de voorkeur uitgesproken om 2010 als basisjaar te hanteren. Ziekenhuizen kunnen zelf op basis van de beleidsregels Ingroeimodel en eigen gegevens de historische omzet al eerder bepalen, hetgeen de voorzienbaarheid voor zorgaanbieders vergroot.

Afweging tussen de verschillende opties

Concluderend, heeft het hanteren van basisjaar 2009, zowel in optie 1 als 2 het voordeel dat tijdig aan de zorgaanbieders kan worden medegedeeld welke omvang de historische omzet heeft en daarmee welk deel van de omzet is gegarandeerd. Het nadeel van basisjaar 2009 is dat het minder aansluit op de werkelijkheid gezien de termijn tussen 2009 en 2011. Voor zorgaanbieders waarvoor er in 2010 en 2011 ten opzichte van 2009 sprake is van een grote productiegroei is het hanteren van het basisjaar 2009 nadelig, terwijl voor instellingen die te maken hebben met een daling dit andersom geldt. Optie 2 mitigeert dit effect gedeeltelijk, maar heeft als nadeel dat de groei op basis van een enkele parameter wordt vastgesteld. Dit zal ook een benadering van de werkelijke realisatie 2010 zijn.

Voornemen NZa

Tegen deze achtergrond kan geconcludeerd worden dat er sprake is van een trade-off tussen tijdig duidelijkheid vooraf over de hoogte historische omzet en zoveel als mogelijk aansluiting maken op de werkelijke productie van zorgaanbieders door het gebruik van recentere gegevens.

De NZa heeft de voorkeur voor het basisjaar 2010. Allereerst is dit het meest recente jaar wat daardoor goed aansluit op de gerealiseerde groei. Met andere woorden: het jaar 2010 sluit beter aan op de werkelijke gerealiseerde zorgproductie. Een nadeel van deze opties is wel dat de historische omzet pas eind 2011 vastgesteld kan worden na afwikkeling van de nacalculatie 2010.

Daarbij kan de 'BKZ check' en de mogelijke consequenties van deze check pas later definitief plaatsvinden. Paragraaf 4.1.4.5 gaat nader in op de BKZ check.

Vraag 4

Deelt u het voornemen van de NZa om het basisjaar 2010 te hanteren voor de bepaling van de historische omzet?

4.1.4.5 Historische omzet in relatie tot BKZ

In zijn brief 'Waardering voor betere zorg IV' heeft de minister van VWS aangegeven dat het totaal van de referentiebedragen (historische omzetten) moet passen binnen de beschikbare macrobudgettaire ruimte.²⁰ Dit zou betekenen dat bij de (definitieve) vaststelling van de historische omzetten bekeken moet worden of de omzetten binnen de beschikbare macrobudgettaire ruimte passen. Indien dit niet het geval is, zal een (neerwaartse) aanpassing van de historische omzetten noodzakelijk zijn.

In de brief van VWS 'Verzoek om start voorbereiding en uitwerking 'Waardering voor betere zorg IV' wordt dit punt nader toegelicht.²¹ VWS licht in haar brief toe dat in de begroting 2011, die op Prinsjesdag naar het parlement wordt verzonden, definitief duidelijk wordt wat de macrobudgettaire beschikbare ruimte 2011 voor de ziekenhuizen is. Voorafgaand zal VWS een raambedrag afgeven aan de NZa onder voorbehoud van de budgettaire besluitvorming rond de Voorjaarsnota en de begroting 2011. De macrobudgettaire ruimte wordt nog aangepast voor de loon- en prijsbijstelling voor het jaar 2011. Tevens zijn in genoemd bedrag nog de categorale instellingen opgenomen. De groeirimte 2011 zit in beginsel niet in dit bedrag.

De NZa zal de komende tijd verder gaan met de uitwerking van de historische omzetten. Om recht te doen aan de randvoorwaarde van VWS, zal aan het einde van de exercitie de 'BKZ-check' worden uitgevoerd. Hierbij spelen wel een aantal uitwerkingpunten die van belang zijn voor de 'BKZ-check':

- De budgetten/omzetten zullen technisch worden aangepast voor een aantal zaken (bijvoorbeeld volledig vaste vergoedingen, kosten loondienst medische specialisten, schoning voor voorzieningen waar VWS vanaf 2011 separaat financiering voor regelt, etc).
- Het is onduidelijk welke kosten wel of niet in het BKZ zijn opgenomen en sommige onderdelen zullen lastig te kwantificeren zijn, bijvoorbeeld de gelieerde ZBC's. Het is dus van belang dat vooraf helder is waaruit het BKZ-bedrag is opgebouwd, zodat partijen vooraf weten waarop de check precies plaatsvindt.

Bij de BKZ check speelt daarnaast nog de keuze van het basisjaar een rol. Indien basisjaar 2009 gehanteerd wordt, kan de BKZ check in de tweede helft van 2010 uitgevoerd worden op basis van gegevens van het jaar 2009. Wanneer basisjaar 2010 gehanteerd wordt, leidt dit tot een BKZ check die pas in de tweede helft van 2011 bekend kan worden gemaakt. De omvang van deze aanpassing kan immers pas na verwerking van de nacalculatieformulieren 2010 worden vastgesteld en is door de NZa niet bij voorbaat in te schatten. Deze toetsing is dan wel op basis van recentere gegevens.

De NZa beziet voorts nog of een neerwaartse aanpassing van de historische omzetten gebaseerd dient te zijn op een concrete aanwijzing van de minister van VWS.

²⁰ VWS, Waardering voor betere zorg IV, CZ/TSZ 2973145, 18 januari 2010

²¹ Zie ook de brief van VWS aan de NZa hierover: VWS, Verzoek om start voorbereiding uitwerking 'Waardering voor betere zorg IV', 3 februari 2010

4.2 Bepaling omzet bij prestatiebekostiging

In het Ingroeimodel worden de historische omzet en de gerealiseerde omzet bij Prestatiebekostiging als volgt gewogen:

$$T = z * (\text{historische omzet}) + (1 - z) * (\text{gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging})$$

Het uitgangspunt is dat de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging die opbrengsten 2011 omvat, waarvan de kosten ook via de historische omzet worden bekostigd. Dat wil zeggen dat de opbrengsten die niet zijn meegenomen in de historische omzet (bijvoorbeeld onderlinge dienstverlening of de vergoedingen voor het volledig vaste segment) ook geen onderdeel uitmaken de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging.

De indeling van dit hoofdstuk is als volgt. Paragraaf 4.2.1 beschrijft welke opbrengsten deel uit maken van de gerealiseerde omzet onder prestatiebekostiging. De opbrengsten die geen onderdeel uitmaken van de gerealiseerde omzet komen aan de orde in paragraaf 4.2.2.

4.2.1 Bepaling gerealiseerde omzet prestatiebekostiging

De volgende opbrengsten in 2011 maken onderdeel uit van de gerealiseerde omzet Ingroeimodel:

- Opbrengsten van DBC's ('oud')
- Opbrengsten van DOT producten en add-ons
- Opbrengsten overige producten en trajecten
- Gedeeltelijke vaste vergoedingen voor onder andere spoedeisende hulp die in 2011 meegenomen wordt in de gerealiseerde omzet onder prestatiebekostiging.

De verschillende onderdelen worden hieronder verder toegelicht.

4.2.1.1 Opbrengsten van DBC's ('oud')

In 2011 zullen nog DBC's worden afgesloten die in 2010 zijn geopend. De omzet van deze DBC's, voor zo ver deze betrekking heeft op 2011, wordt meegenomen in de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging als onderdeel van het Ingroeimodel. Dit geldt zowel voor de DBC's in het A-segment als de DBC's in het B-segment. Dit betreft de volgende zaken:

- DBC's A-segment (oud) geopend in 2010 en gesloten in 2011 minus onderhanden werk (OHW) A-segment (oud) ultimo 2010.
- DBC's B-segment (oud) geopend in 2010 en gesloten in 2011 minus onderhanden werk (OHW) B-segment (oud) ultimo 2010.

De NZa sluit wat betreft het bepalen van het onderhanden werk aan op de wijze waarop dit nu in het kader van de Regeling Jaarverslaggeving Ziekenhuizen plaatsvindt. Er wordt vanuit gegaan dat de overige trajecten (zoals IC-dagen), ook als deze behoren bij de DBC's (oud), geleverd in 2011 als add-on worden gedeclareerd.

4.2.1.2 Opbrengsten van DOT-producten en add-ons

De omzet DOT-producten 2011 en add-ons maken onderdeel uit van de opbrengsten bij prestatiebekostiging en vallen onder het Ingroeimodel. Deze omzet wordt als volgt gedefinieerd:

- Omzet DOT-producten geopend in 2011 en gesloten in 2011 gereguleerd segment plus OHW ultimo 2011 DOT-producten gereguleerd segment.
- Omzet DOT-producten vrij segment geopend in 2011 plus OHW ultimo 2011 DOT-producten vrij segment.

- Omzet add-ons (IC, dure, weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren) 2011.

De opbrengsten DOT-producten en add-ons maken onderdeel uit van de gerealiseerde omzet Ingroeimodel.²² De add-ons voor IC-dagen, dure en weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren (add-ons) zijn declarabel vanaf het moment dat ze uitgevoerd/toegediend zijn. Hiervoor is geen derhalve geen onderhanden werk van toepassing.

4.2.1.3 Opbrengsten overige producten en trajecten

De opbrengsten van overige producten en trajecten 2011, waarvoor een vergoeding in de historische omzet is opgenomen, worden eveneens meegenomen in de opbrengsten Ingroeimodel. Deze overige producten en trajecten betreffen onder andere dienstverlening aan 1^e lijn/extramuraal, zoals afnamen, analyses en huisbezoeken laboratoria, functieonderzoeken, en verblijf (verkeerde bed, gezonde moeders, et cetera). Een gedetailleerde lijst van deze activiteiten wordt momenteel nog opgesteld.

4.2.1.4 Gedeeltelijke vaste vergoeding 2011

In hoofdstuk 4 (zie ook paragraaf 4.1.4.2) is voorgesteld dat de volledig vaste vergoedingen per 2011 direct in het vaste segment op te nemen en buiten het Ingroeimodel te houden, waarmee in 2011 direct het gewenste eindmodel wordt bereikt.

De gedeeltelijke vaste vergoedingen voor de spoedeisende zorg, traumazorg en brandwondenzorg zullen in 2011 wel meelopen in de historische omzet. De definitieve systematiek voor de bepaling van deze gedeeltelijke vaste vergoedingen wordt nog uitgewerkt en zal pas in 2012 ingevoerd. De kosten van deze functies zijn daarnaast meegenomen in de kostprijzen en tarieven en komen dus ook voor een belangrijk gedeelte tot uiting in de gerealiseerde omzet onder prestatiebekostiging. In 2012 zal een structurele vergoeding voor de vaste kosten verbonden aan deze zorg tot stand worden gebracht.

VWS heeft gevraagd in 2011 in het vaste segment in ieder geval 'de beschikbaarheidstoelage voor de kleine ziekenhuizen' op te nemen, zodat per saldo deze ziekenhuizen via de historische en de nieuwe omzet de volledige vergoeding ontvangen. Ook voor brandwondenzorg en traumazorg kan een dergelijke oplossing worden gekozen. Aan welke zorgaanbieders deze tijdelijke vergoeding via het vaste segment en wat de hoogte van deze tijdelijke vergoeding is, wordt in het deelproject Vast segment in overleg met het ministerie van VWS nader uitgewerkt.

4.2.1.5 Samenvatting omzet bij prestatiebekostiging

De omzet bij prestatiebekostiging, die onderdeel zijn van het Ingroeimodel worden in tabel 5.1 samengevat.

²² Voor dure, weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren is dit nog afhankelijk van de keuze of deze middelen onderdeel uitmaken van de historische omzet.

Tabel 4.3. Omzet bij prestatiebekostiging als onderdeel Ingroeimodel

Welke opbrengsten?	Uitsplitsing van deze opbrengsten
DBC A-segment opbrengsten (geopend in 2010)	Omzet DBC A-segment gesloten in 2011
	Openstaande DBC A-segment ultimo 2010 (onderhanden werk)
DBC B-segment opbrengsten (geopend in 2010)	Omzet DBC B-segment gesloten in 2011
	Openstaande DBC B-segment ultimo 2010 (onderhanden werk)
DOT-producten 2011 gereguleerd segment (geopend in 2010)	Omzet zorgproducten gereguleerd segment gesloten in 2011
	Openstaande DOT-producten gereguleerd ultimo 2011 (onderhanden werk)
DOT-producten 2011 vrij segment (geopend in 2010)	Omzet zorgproducten gesloten in 2011
	Openstaande DOT-producten ultimo 2011 (onderhanden werk)
Opbrengst trajecten	Verkeerde bed 2011
	Verblijf gezonde moeder 2011
	Verblijf gezonde zuigeling 2011
Overige opbrengsten	Ondersteunende en overige producten eerstelijns 2011
	Overige producten 2011
	Overige trajecten 2011
Overige vergoedingen	Opbrengst buitenlandse patiënten 2011
	Diverse baten en lasten 2011 opgenomen in budget basisjaar/historische omzet
	Gedeeltelijk vaste vergoedingen 2011

Bron: NZa

4.2.2 Uitzonderingen

Daarnaast zijn er nog overige opbrengsten te onderscheiden die géén onderdeel uitmaken van de historische omzet. Deze opbrengsten zijn weergegeven in tabel 5.2. De onderstaande prestaties zorgen wel voor opbrengsten voor zorgaanbieders, maar zullen niet meegenomen worden bij de bepaling van de gerealiseerde omzet onder prestatiebekostiging.

Tabel 4.4. Opbrengsten die geen onderdeel zijn van de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging

Opbrengsten die geen onderdeel zijn van de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging	Uitsplitsing	Toelichting	
1. Aanvullende inkomsten conform de beleidsregel aanvullende inkomsten zorginstellingen ²³	Gezondheidszorgprestaties op aanvraag van een andere instelling voor gezondheidszorg, waarop de beleidsregel tarifiering onderlinge dienstverlening van toepassing is.	Prestaties hangen niet samen met de functie-uitoefening in het kader van het leveren van de verstrekking waarvoor de instelling is opgericht en erkend maar vallen in principe wel onder een andere instelling (bijvoorbeeld extramurale farmaceutische hulp vanwege ziekenhuizen op basis van een ontheffing art 13 WOG, levering van thuiszorg).	
	Prestaties vallende onder één van de volgende categorieën		Prestaties bij niet-verzekerde en niet-medisch geïndiceerde zorg waarbij zorgverzekeraars en de zorgaanbieder gezamenlijk hebben afgesproken dat de opbrengsten niet ter dekking van het budget worden gebracht.
			Niet zorg- en niet patiënt cliëntgebonden prestaties (opbrengsten verhuur, restaurant)
			Immateriële dienstverlening, bijvoorbeeld sponsoring
			Activiteiten in kader van subsidieregelingen/specifieke regelingen (bijvoorbeeld Opleidingsfonds, uitkering Koppelfonds)
			Opbrengsten SCEN-consultatietarief
			Opbrengsten uit heffingsrente (dit punt wordt nog wel nader uitgewerkt als onderdeel van het project afwikkeling FB).
2. DBC's en overige producten GGZ		Afzonderlijke regulering	
3. Volledige vaste vergoedingen			

Bron: NZa

4.3 Vaststelling en verrekening

Een belangrijk onderdeel van het transitieproces is de wijze waarop de historische omzet en de transitieomzet wordt vastgesteld. Paragraaf 4.3.2 tot en met 4.3.6 gaan hier nader op in. Het verschil tussen historische omzet en de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging op basis van dit garantiepercentage wordt aangeduid als transitieomzet. Dit is vooraf vastgelegd in de rekenregel van het Ingroeimodel:

²³ Evenals in deze beleidsregel (CI-933/CA-108) dient een uitzondering te worden gehanteerd voor de genoemde opbrengsten die in het budget 2009 en daarmee de historische omzet zijn opgenomen.

$$T = z * (\text{historische omzet}) + (1 - z) * (\text{gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging})$$

De procedures en de bijbehorende tijdspaden rondom de definitieve vaststelling van de transitieomzet en de verrekening daarvan worden eveneens uitgewerkt in dit hoofdstuk. Daarbij wordt ook stil gestaan hoe omgegaan wordt met correcties die op een later moment doorgevoerd moeten worden.

Ten tweede gaat dit hoofdstuk ook in op de wijze waarop de opbrengstverschillen worden verrekend. Paragraaf 4.3.6 en 4.3.7 beschrijft dit aspect.

4.3.1 Beschikbaarheid beleidsregels

Voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars is het allereerst van belang wanneer inzicht bestaat in de vormgeving van het transitieomzet en de welke spelregels zullen gaan gelden per 2011. Deze informatie zal worden weergegeven in de beleidsregels Prestatiebekostiging inclusief Ingroeimodel 2011 en de DOT prestaties en tarieven en de met DOT samenhangende beleidsregels 2011.²⁴

Op basis van deze beleidsregels en het DOT-pakket kunnen instellingen zelf alvast een inschatting maken van de historische omzet en de garantieomzet. De inwerkingtreding van de beleidsregels Prestatiebekostiging kan pas plaatsvinden nadat de wijziging van de Wmg in werking is getreden.

4.3.2 Inzicht in de historische omzet

Voor de bepaling van de historische omzet is de nacalculatie (en dus de afwikkeling) van een het gekozen basisjaar leidend. Daarbij dient vooraf worden bepaald of het jaar 2009 of het jaar 2010 als uitgangspunt wordt genomen (zie hoofdstuk 4, paragraaf 4.1.4.4). Het is van belang dat individuele zorgaanbieders tijdig inzicht krijgen in hun formeel door de NZa vast te stellen historische omzet, zodat:

- De voorbereidingen van de onderhandelingen met zorgverzekeraars en de begrotingsvoorbereiding voor het jaar 2011 tijdig gestart kunnen worden.
- Tijdig transparant richting zorgaanbieders gemaakt wordt op welke methodiek de berekeningen worden uitgevoerd voordat een nieuw bekostigingsmodel wordt ingevoerd.
- De ziekenhuizen inzicht krijgen in de wijze waarop de nacalculatie en afwikkeling van de budgetten is verwerkt. Het budget op basis van nacalculatie in het basisjaar vormt immers de basis voor het bepalen van de historische omzet.

Op basis van beleidsregels kunnen ziekenhuizen in ieder geval zelf een voorlopige inschatting maken van de omvang van het historisch budget.

4.3.3 Tariefbeschikking historische omzet

De historische omzet vormt een belangrijk onderdeel het Ingroeimodel. Om ziekenhuizen tijdig op de hoogte te stellen van de historische omzet is het voornemen van de NZa zo snel als mogelijk een tariefbeschikking tariefbeschikking af te geven met daarin de definitieve historische omzet. Dit hangt wel samen met de uiteindelijke keuze voor het basisjaar van de

²⁴ Op 1 juni 2010 ontvangt de NZa van DBC-O het DOT-pakket 2011. Dit pakket bevat onder andere de productstructuur, DOT tarieven, registratieregels en de declaratieregels. De NZa zal vervolgens het DOT-pakket per 1 juli 2010 vaststellen.

historische omzet (2009 of 2010), en de besluitvorming rondom aanpassing van prijs- en loonindex, de groeirimte en de BKZ check (zie hoofdstuk 4).

Zoals eerder aangegeven, is de keuze van het basisjaar een trade-off tussen duidelijkheid vooraf (basisjaar 2009) of het gebruik van recentere gegevens wat beter aansluit op de werkelijkheid (basisjaar 2010). De NZa heeft het voornemen om basisjaar 2010 te hanteren voor de historische omzet. Voor de volledigheid zijn de procedures en tijdspaden voor zowel basisjaar 2009 als basisjaar 2010 hieronder verder uitgewerkt. Dit geeft ook inzicht wanneer de gegevens beschikbaar zijn voor ziekenhuizen bij de verschillende basisjaren.

4.3.3.1 Basisjaar 2009

Indien gekozen wordt voor jaar 2009 als basis van de historische omzet dan geldt het volgende. Wanneer het budget 2009 definitief is vastgesteld, is het voor de NZa mogelijk om de (voorlopige²⁵) historische omzet te bepalen. De vaststelling van het budget 2009 vindt plaats nadat de nacalculatieformulieren 2009 zijn ingediend en de nacalculatie is vastgesteld. De indieningstermijn verstrijkt op 1 juni 2010. De verwerking en vaststelling door de NZa vereist vervolgens een doorlooptijd van enkele maanden. Mocht blijken dat er naar aanleiding van bezwaren het budget 2009 wijzigt, dan zal voor zover relevant ook de historische omzet A-segment worden gecorrigeerd.

Bij de keuze voor het basisjaar 2009 voor de historische omzet kan naar verwachting begin 2010 een (voorlopige) tariefbeschikking worden afgegeven. Eerder is niet mogelijk in verband met de vereiste aanpassing van de Wmg. Het is wel mogelijk om eerder een indicatie van de historische omzet af te geven. Deze indicatie geeft dan, vooruitlopend op het nieuwe beleid al inzicht in de door de NZa vast te stellen hoogte van de historische omzet. Bij het geven van een indicatie is een aantal momenten mogelijk. Allereerst kunnen de historische omzetten worden geconsulteerd op basis van de ingediende en de nog niet beoordeelde nacalculaties (in augustus). Ten tweede kan naar aanleiding van de verwerking van de nacalculaties de historische omzetten geconsulteerd worden (in oktober). Tot slot kunnen allebei momenten worden gebruikt om een indicatie van de historische omzet te communiceren met individuele zorgaanbieders.

De NZa zal zo snel als mogelijk na inwerkingtreding van de Wmg een tariefbeschikking afgeven voor het onderdeel historische omzet. Mochten na dit moment van afgifte nog wijzigingen in de historische omzet optreden bijvoorbeeld als gevolg van ontwikkelingen in loon- en prijsindex of productie, afhankelijk van de keuze van toedeling van de groeirimte, dan zal een nieuwe tariefbeschikking voor de betreffende zorgaanbieder worden afgegeven.

4.3.3.2 Basisjaar 2010

Bij de keuze voor het basisjaar 2010 zal de historische omzet pas na indiening van de nacalculatie 2010 definitief vastgesteld kunnen worden. De indieningstermijn voor de nacalculatie 2010 verstrijkt op 1 juni 2011. De verwerking en vaststelling door de NZa vereist vervolgens een doorlooptijd van enkele maanden. Ook in dit geval zullen de historische omzetten voorlopig worden vastgesteld en geconsulteerd op basis van de ingediende en de nog niet beoordeelde nacalculaties (in augustus 2011).

²⁵ Afhankelijk van de keuzen met betrekking tot het beschikbaar stellen van de groeirimte 2010 en loon- en prijsindex 2011 (zie paragraaf 4.1.4).

Ten tweede kan naar aanleiding van de verwerking van de nacalculaties de historische omzetten geconsulteerd worden (in oktober 2011). Bij dit basisjaar kan dus op een later moment inzicht gegeven worden. Na deze consultatie kan dan de historische omzet basisjaar 2010 definitief worden vastgesteld en een tariefbeschikking worden afgegeven.

4.3.4 Tariefbeschikking omzetgarantie en te verrekenen bedrag

De transitieomzet kan na opstelling en indiening van de jaarrekening 2011 door de NZa worden vastgesteld. Voor de historische omzet is dan al een tariefbeschikking afgegeven. Voor het vaststellen van de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging heeft de NZa het voornemen om via het jaardocument 2011 een specificatie van de benodigde gegevens op te vragen. Dit betekent dat de transitieomzet na 1 juni 2012, dit is de indieningstermijn voor de jaarrekening, kan worden vastgesteld door middel van een tariefbeschikking. Over de opname van de benodigde gegevens in het jaardocument vindt nog nader overleg plaats met VWS.

4.3.5 Nagekomen correcties

Bij de vaststelling van de historische omzet en de transitieomzet zullen in sommige gevallen wijzigingen ofwel correcties doorgevoerd moeten worden. Deze paragraaf beschrijft op welke wijze wordt omgegaan met de correcties die van toepassing zijn op de historische omzet en daarnaast komt aan de orde hoe correcties die van toepassing zijn op de transitieomzet en de uiteindelijke verrekening van de opbrengstverschillen meegenomen worden.

4.3.5.1 Correcties historische omzet

De basis voor de historische omzet A-segment is de nacalculatie van het gekozen basisjaar (2009 of 2010). In het nacalculatieformulier wordt tevens de omzet van het B-segment (2009 of 2010), zoals verantwoord in de jaarrekening, vastgelegd.²⁶

Het is mogelijk dat ondanks dat de nacalculatie definitief is vastgesteld, toch op een later moment alsnog wordt aangepast, bijvoorbeeld ten gevolge van de afhandeling van een bezwaarschrift of op grond van een verzoek om herziening. De NZa heeft daarbij het voornemen dat deze latere wijzigingen geen gevolgen hebben voor de hoogte van de historische omzet. Dit betekent dat de historische omzet éénmalig wordt vastgesteld op basis van de definitieve nacalculatie van het basisjaar en dat geen rekening wordt gehouden met latere wijzigingen hiervan.

Voorgaande overweging heeft ook gevolgen voor de behandeling van eventuele bezwaren tegen de vaststelling van de historische omzet. Het heeft geen nut om bezwaar te maken tegen de vaststelling van de historische omzet ingeval de zorgaanbieder het oneens is met de nacalculatie over het basisjaar. Dit is noodzakelijk, omdat de historische omzet mede wordt bepaald door de beschikbare budgettaire ruimte in het lopende kalenderjaar. Immers, er dient een BKZ check uitgevoerd te worden op de totale som van alle historische omzetten. Daardoor is het niet mogelijk eventuele correcties op nacalculaties te verwerken in de

²⁶ Daarbij dient nog rekening te worden gehouden met de definitie, bijvoorbeeld uitsluitend kostendeel of aanpassing voor honoraria specialisten in loondienst.

historische omzet, zonder dat dit leidt tot aanpassingen van alle tariefbeschikkingen.²⁷

Het voorgaande houdt echter niet in dat er geen correcties meer kunnen plaatsvinden op de nacalculatie van het basisjaar. Het betreffen gescheiden procedures. De gevolgen van die correcties van de afwikkeling van de nacalculatie bij een individuele zorgaanbieder dienen te worden meegenomen te worden in nakomende jaren. De NZa stelt in dat verband vast dat dergelijke correcties niet meer kunnen worden uitgevoerd bij de vaststelling van het budget. Immers, er is dan geen budget meer waarin dergelijke correcties doorgevoerd kunnen worden. De NZa stelt om die reden voor hiervoor een aparte beschikking af te geven, op grond waarvan een betaalplicht ontstaat in een toekomstig jaar. Dit is mogelijk in de systematiek van de wetgeving, zoals deze nu door VWS wordt voorbereid.

4.3.5.2 Correcties transitieomzet en te verrekenen bedrag

Er kan ook bezwaar en beroep tegen de transitieomzet en het te verrekenen bedrag worden aangetekend.

De declaratietermijnen en betalingstermijnen zijn bepalend voor een tijdige bepaling van de transitieomzet. Een verkorting van deze declaratietermijnen specifiek voor de zorg is niet zonder meer mogelijk omdat deze termijnen zijn opgenomen in het Burgerlijk. Op grond van de Wmg kan de NZa, indien nodig, nadere regels stellen over het bekendmaken van openstaande declaraties door zorgaanbieders aan bijvoorbeeld zorgverzekeraars.

In 2008 is door de minister van VWS, mede gelet op de administratieve lasten, vastgesteld dat er onvoldoende aanleiding is om de declaratietermijnen aan te passen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen gezamenlijk binnen de wettelijke randvoorwaarden goede contractuele afspraken te maken over de indieningstermijn van declaraties en de declaratiecyclus verder professionaliseren. De NVZ, NFU en ZN hebben gezamenlijk een convenant afgesloten in het kader van het declaratieverkeer. Tevens hebben veel zorgaanbieders en zorgverzekeraars nadere bepalingen betreffende de declaratietermijnen in hun onderlinge contracten opgenomen.

Wat de betalingstermijn betreft geldt volgens het Burgerlijk Wetboek een standaard betalingstermijn van 30 dagen. Dit uitgangspunt is tevens in het convenant opgenomen. Indien de zorgverzekeraar (delen van) de declaratie betwist, is hij ten aanzien van het betwiste gedeelte niet gehouden aan de hier overeengekomen betalingstermijn, mits hij binnen deze termijn schriftelijk gemotiveerd aan de zorgaanbieder te kennen heeft gegeven op welke punten hij bezwaar heeft.

Voornemen NZa

Gezien de vormgeving van het Ingroeimodel is het ongewenst dat in latere jaren door het overschrijden van declaratie- en betalingswijzigingen geconstateerd dient te worden dat de transitieomzet in 2011 aangepast dient te worden. De NZa heeft dan ook de het voornemen om de garantieomzet evenals de historische omzet éénmalig vast te stellen waarbij geen rekening wordt gehouden met latere wijzigingen hiervan. Een en ander zal nadrukkelijk worden vastgelegd in de beleidsregels Prestatiebekostiging; de aangepaste Wmg maakt dit mogelijk.

²⁷ Zoals in paragraaf 4.4.5 al is vermeld, dient ook nog gezien te worden of een neerwaartse aanpassing van de historische omzetten gebaseerd dient te zijn op een concrete aanwijzing van de minister van VWS.

Met het uitgangspunt van eenmalige vaststelling van de garantieomzet wordt voorkomen dat er afhankelijk van de wijziging er al dan niet een discussie ontstaat over het al dan niet aanpassen van de garantieomzet. Bovendien wordt aangegeven dat voor het vaststellen van de omzet bij prestatiebekostiging de jaarrekening 2011 de basis vormt. In het kader van de regeling AO/IC ziet de accountant toe op een juiste verantwoording. Voor de NZa vormt deze verantwoording het uitgangspunt. De NZa gaat er vanuit dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij hun declaraties en betalingen inclusief eventuele materiële controles rekening houden met deze basis en het tijdpad, die door de NZa gehanteerd worden bij het bepalen van de historische omzet, de omzet bij prestatiebekostiging en daarmee de garantieomzet

4.3.6 Verrekening met zorgverzekeraars

Bij het Ingroeimodel moeten verschillen in opbrengsten worden verrekend. De algemene rekenregel voor het model luidt als volgt:

$$\text{Transitieomzet} = z \cdot (\text{historische omzet}) + (1-z) \cdot (\text{gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging})$$

Het te verrekenen opbrengstverschil wordt als volgt bepaald: de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging minus de transitieomzet.

De NZa adviseerde in de uitvoeringstoets 'Van Budget naar Prestatie' een landelijk verrekensysteem tussen de transitieomzet en de opbrengsten bij prestatiebekostiging, rechtstreeks via het zorgverzekeringsfonds. Door de verrekening op deze manier te organiseren, wordt de zorginkoop niet oneigenlijk beïnvloed door de opbrengstverrekening. In de kabinetsreactie wordt gesteld dat de wijze van verrekening van de over- of onderschrijdingen van de transitieomzet nader nog wordt uitgewerkt. VWS heeft inmiddels over dit aspect een principebesluit genomen. In 2011 zal verrekening van de opbrengstverschillen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars plaatsvinden. In principe zal deze verrekening van de opbrengstverschillen over 2011 gebeuren met gebruikmaking van het zorgverzekeringsfonds en dus worden belegd bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Aan het CVZ zal door VWS nog een uitvoeringstoets over dit onderwerp gevraagd worden.

4.3.7 Methodiek van de verrekening

De berekening van de te verrekenen bedragen in 2011 zal aansluiten op de huidige berekening van de opbrengstverschillen. Het verschil tussen de garantieomzet en de werkelijke omzet wordt het 'te verrekenen bedrag' (overschot of tekort) voor het ziekenhuis. Dit te verrekenen bedrag zal op basis van actuele marktaandeelen (marktaandeelen 2011) van de zorgverzekeraars bij het betreffende ziekenhuis onderverdeeld worden.

Het verschil ten opzichte van de huidige verrekening is dat niet alle ziekenhuizen met alle zorgverzekeraars het bedrag rechtstreeks verrekenen, maar dat naar alle waarschijnlijkheid de verrekening rechtstreeks plaatsvindt via het zorgverzekeringsfonds. De ziekenhuizen verrekenen hun te verrekenen bedrag met het zorgverzekeringsfonds, waarna het zorgverzekeringsfonds zorgt dat de zorgverzekeraars hun aandeel ontvangen en/of betalen. Voor de zorgverzekeraars kunnen alle bedragen per ziekenhuis opgeteld worden en in één keer verrekend worden. Het voordeel hiervan is dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars maar met één partij hoeven te verrekenen. Dit betekent dat de administratieve lasten voor het veld omlaag gaan.

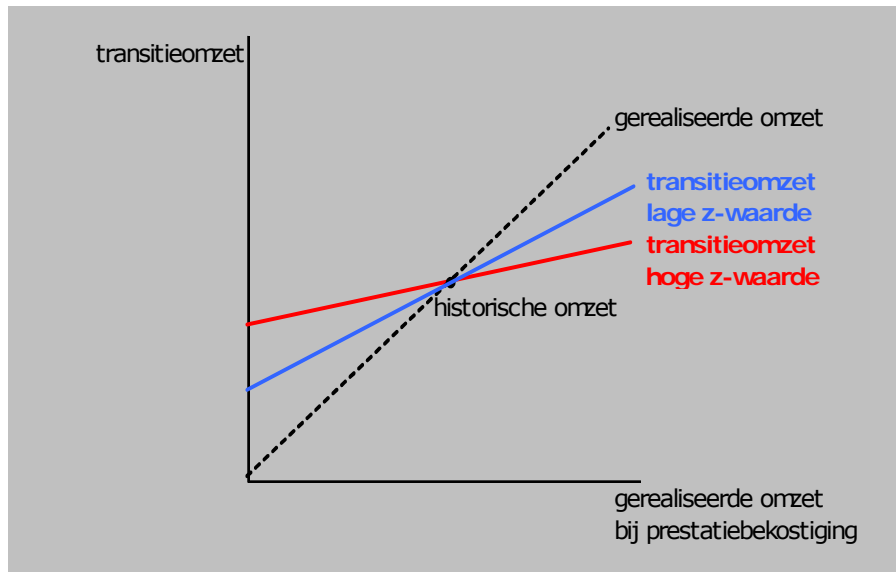
Hieronder wordt kort in een aantal stappen de te volgen procedure beschreven:

- vaststellen historische omzet via tariefbeschikking;
- vaststellen gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging per ziekenhuis;
- vaststellen van de transitieomzet per ziekenhuis;
- berekenen te verrekenen bedrag per ziekenhuis: verschil tussen transitieomzet en gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging;
- vaststellen te verrekenen bedrag per ziekenhuis;
- ziekenhuizen kunnen verrekenen met zorgverzekeringsfonds;
- uitvraag declaratiegegevens zorgverzekeraars per ziekenhuis;
- berekenen marktaandeel per zorgverzekeraar per ziekenhuis;
- toepassen schadelastschuif;
- vaststellen te verrekenen bedragen per ziekenhuis per zorgverzekeraar;
- vaststellen totaal te verrekenen per zorgverzekeraar;
- zorgverzekeraars kunnen verrekenen met zorgverzekeringsfonds.

5. Bepaling hoogte garantiepercentage

De hoogte van het garantiepercentage bepaalt in welke mate een zorgaanbieder de omzet bij prestatiebekostiging mag behouden (zie figuur 5.1 voor een schematische weergave).

Figuur 5.1. Transitieomzet als functie van gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging, bij hoog en laag garantiepercentage (Z-waarde)



Bron NZa

In de kabinetsreactie 'Waardering voor betere zorg IV' is aangegeven dat de startwaarde van het garantiepercentage in 2011 tussen 75% en 100% zal moeten liggen. Voor het vaststellen van het garantiepercentage 2011 heeft de minister van VWS de NZa verzocht een aantal factoren te betrekken. Daarbij denkt de minister in ieder geval aan de omvang van de (te verwachten) financiële risico's voor individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars in relatie tot het aanpassingsvermogen van de sector (dit laatste is mede afhankelijk van het weerstandsvermogen van instellingen) en de mate waarin het eindmodel voor de prestatiebekostiging is uitontwikkeld. Hieronder valt:

- de kwaliteit van de maximumtarieven onder DOT (de mate waarin ze de daadwerkelijke redelijke kostprijs van de DBC-zorgproducten reflecteren);
- de ontwikkeling van adequate vergoedingen voor zorgfuncties die onder het 'vaste segment' vallen;
- de doorontwikkeling van de DOT-productstructuur.

In de kabinetsreactie is verder aangegeven dat voor de algemene ziekenhuizen en de UMC's identieke uitgangspunten gaan gelden voor wat betreft de hoogte van het garantiepercentage. Uitgangspunt van de NZa hierbij is dat één uniform landelijk garantiepercentage zal worden vastgesteld, waarbij iedere zorgaanbieder gelijk behandeld wordt (gelijke risico's en gelijke kansen). Ook gezien de duur van het overgangsmodel van minimaal één jaar ligt een landelijk garantiepercentage in de rede. Bij de nadere vaststelling van het garantiepercentage 2011 door de NZa zijn twee verschillende aanvliegroutes mogelijk:

- de startwaarde van het garantiepercentage kan aan de hand van de duur van de transitieperiode worden bepaald;
- de startwaarde kan worden vastgesteld op basis van verschillende factoren, zoals de factoren die VWS heeft genoemd.

Hieronder worden de verschillende twee routes toegelicht.

5.1 Duur van de transitieperiode bepaalt de hoogte van het garantiepercentage

Allereerst kan de startwaarde van het garantiepercentage worden bepaald aan de hand van de duur van de transitieperiode. Uitgangspunt hierbij is dat de overgang naar volledige prestatiebekostiging zo geleidelijk mogelijk moet verlopen. Gelet op het voornemen van de minister van VWS om het Ingroeimodel kort te laten duren (minimaal één jaar, eventueel verlengd tot twee jaar) ligt het voor de hand om het garantiepercentage zo laag mogelijk vast te stellen op 75%. Hiermee wordt de overgang van 2011 naar 2012 zo klein mogelijk en zijn voldoende prikkels aanwezig om de dynamiek in de sector te blijven behouden. Dit is een bestuurlijke benadering van de bepaling van de hoogte van de startwaarde van het garantiepercentage.

Dit vertrekpunt sluit ook aan bij het uitgangspunt van de minister van VWS. In zijn kabinetsreactie geeft de minister aan dat de transitieperiode zo kort mogelijk moet zijn. De minister wil een tijdelijke demping van de prikkels in het B-segment en marktverstoringen zoveel als mogelijk beperken.

5.2 Factoren voor bepaling garantiepercentage

Ten tweede kan op basis van vooraf vastgestelde factoren de startwaarde van het garantiepercentage nader worden ingevuld. Na een inventarisatie van de verschillende factoren kan een kwalitatieve afweging gemaakt worden die zoveel mogelijk recht doet aan de veelheid van belangen en risico's voor de betrokken partijen. Deze overall afweging zal uiteindelijk leiden tot invulling van de bandbreedte die is meegegeven door VWS.

Bij het nader vaststellen van het garantiepercentage binnen de bandbreedte 75-100% kan de NZa een aantal factoren analyseren die medebepalend kunnen zijn in de financiële risico's voor de zorgaanbieders en/of de overheid, te weten:

- Factor 1: De omzetverschuivingen door de overgang van DBC's naar DOT zorgproducten.
- Factor 2: De hoogte van de overfinanciering bij DBC's en de hoogte van de over- en of onderfinanciering onder DOT.
- Factor 3: De volledigheid van de productstructuur van DOT.
- Factor 4: Het aandeel van het B-segment.
- Factor 5: Het weerstandsvermogen van de sector.
- Factor 6: De verwachte groei van de vraag naar zorg, waarbij de gerealiseerde groei van het A- en B-segment in de periode vanaf 2005 als indicator kan worden genomen.
- Factor 7: De mate waarin de vaste vergoedingen op de korte termijn verbeterd kunnen worden en mogelijke verschuivingen hierdoor.

De factoren zijn weergegeven in Tabel 6.1, samen met de gegevensbronnen waarop een eerste analyse gebaseerd is en een korte toelichting. Deze voorlopige resultaten geven inzicht in de mate waarin spreiding tussen zorgaanbieders voorkomt.

Tabel 5.1. Factoren die betrokken kunnen worden bij de bepaling hoogte garantiepercentage

Factor	Gegevensbronnen	Gevolgen garantiepercentage (Z-waarde)	Voorlopige resultaten
1. Omzetverschuivingen door de overgang van DBC's naar DOT	DBC-O berekeningen onderdeel van DOT conceptrelease RS04 en obv DIS data 2007	Hoe groter de spreiding van omzetmutaties over de zorgaanbieders des te hoger z moet zijn om deze mutaties te dempen.	De omzetmutaties bij 85% van de algemene ziekenhuizen liggen in een bandbreedte tussen +/- 5% van de DBC omzet. Bij de resterende groep van algemene ziekenhuizen liggen deze hoger, rond de 10-15%.
2. Kwaliteit tarieven DOT / Over- en onderfinanciering via DOT ten opzichte van het FB	Nacalculatie/opbrengstverrekening/FB/Jaarrekeningen 2007-2008	Hoe groter de spreiding in over- en onderfinanciering over de zorgaanbieders, des te hoger z moet zijn om de financiële gevolgen hiervan te dempen. Hoe hoger de overfinanciering ten opzichte van het FB, des te hoger z gekozen moet worden om overschrijding van het BKZ te voorkomen.	Naar aanleiding van het recente Prismant onderzoek naar de overfinanciering in 2008 heeft de NZa geconcludeerd dat de overfinanciering de komende jaren in ieder geval sterk zal teruglopen. Maar op individueel niveau kan onderfinanciering zich voordoen.
3. Volledigheid productstructuur DOT	Prismant rapportage	Hoe beter de dekking van DOT, des te lager de Z-waarde kan zijn.	Kwalitatieve inschatting
4. Omzetaandeel B-segment	FB, Nacalculatie 2008, jaarrekeningen, DOT Conceptrelease RS04	Grotere omvang B-segment geeft partijen meer ruimte om de financiële effecten op te vangen.	Voor de UMC's geldt dat het B-segment een aandeel van 5-7% in de totale omzet heeft. Bij de algemene ziekenhuizen varieert het omzetaandeel B-segment van 11% tot 30% (gemiddeld 20%).
5. Weerstandsvermogen sector	jaarrekeningen 2007-2008, Monitor Eigen Vermogen, rapport PwC september 2009	Hoe hoger het weerstandsvermogen van de sector, des te beter zijn partijen in staat financiële schommelingen op te vangen.	In 2008 lag de solvabiliteit uitgedrukt als eigen vermogen ten opzichte van het balanstotaal voor de algemene ziekenhuizen gemiddeld op 10%. Voor de UMC's lagen de waarden tussen de 7% en 28%, met een gemiddelde van 16%.
6. Volumeontwikkelingen	FB en opbrengsten B-segment 2005-2008	Mate van eerdere volumegroei geeft aan in welke mate een hoger garantiepercentage mogelijk gaat knellen.	Voor de algemene ziekenhuizen ligt deze omzetgroei gemiddeld rond de 3%, en de waarden tussen -2% (krimp) en +7%. Voor de UMC's ligt de gemiddelde omzetgroei 2010-2011 ook rond de 4%, en de waarden tussen 2% en 5%. Dit is een nominale groei.
7. Omzetmutaties in het vaste segment	input vanuit deelproject vaste segment	Verschuivingen tussen de levering van zorgaanbieders kan gevolgen hebben op de omzetten van zorgaanbieders.	Kwalitatieve inschatting

Bron: NZa

Opgemerkt moet worden dat de genoemde factoren zowel betrekking hebben op werkelijke invoereffecten (herallocaties als gevolg van het

afschaffen van het budget, factoren 1, 2, 4 en 7) als op systeemrisico's als gevolg van een imperfect eindmodel (factoren 2, 3 en 7). Daarbij kan bovendien niet altijd een zuiver onderscheid tussen echte invoereffecten en systeemrisico's worden gemaakt. Dat bemoeilijkt vervolgens de afweging in hoeverre zaken als weerstandsvermogen en volumeontwikkelingen (factoren 5 en 6) een rol moeten spelen in de vaststelling van het garantiepercentage.

Een exacte kwantitatieve analyse van de verschillende factoren, op basis waarvan een garantiepercentage bepaald zou kunnen worden, is voorsnog niet goed mogelijk, enerzijds doordat er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn, en anderzijds doordat invoereffecten en onvolkomenheden in het systeem door elkaar lopen. Tegen deze achtergrond zijn bij deze route twee opties mogelijk:

- Optie 1: Het garantiepercentage wordt vóór 1 juli 2010 gezamenlijk met de beleidsregels vastgesteld. Dit is ook tot nu toe vanuit het oogpunt van voorzienbaarheid het uitgangspunt geweest. Gezien de beperkte beschikbare recente data ligt het dan voor de hand om een hoger garantiepercentage vast te stellen.
- Optie 2: Het garantiepercentage wordt later vastgesteld, zodra meer informatie beschikbaar is, en meer voortgang is geboekt in de doorontwikkeling van het eindmodel. Mogelijk kan door de beschikbaarheid van meer onderliggende data het garantiepercentage lager vastgesteld worden. Nadeel bij deze optie is dat partijen later geïnformeerd worden over de hoogte van het garantiepercentage, hetgeen ten koste gaat van de voorzienbaarheid. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat er vóór 1 september 2010 duidelijkheid vereist is, in verband met de premiecalculaties voor 2011.

5.3 Afweging

Zoals eerder aangegeven, zijn er twee aanvliegroutes mogelijk om de startwaarde van het garantiepercentage nader te bepalen, namelijk op basis van de duur van de transitieperiode en op basis van de genoemde factoren. Gelet op het voornemen om de transitieperiode te beperken tot 1 jaar, opteert de NZa voor een garantiepercentage van 75%.

Leden van de expertgroep hebben aangegeven dat een hoger garantiepercentage wenselijk is, omdat zij het niet acceptabel vinden dat veldpartijen systeemrisico's moeten opvangen. De NZa merkt hierbij op dat een hoger garantiepercentage niet samengaat met een overgangperiode van één jaar. Immers, de overgang naar het eindmodel na afloop van het transitiejaar is dan erg groot. Een keuze voor een hoger garantiepercentage gaat volgens de NZa dan ook hand in hand met een langere transitieperiode (minimaal twee jaar).

Vraag 5

Deelt u het voornemen van de NZa om het garantiepercentage op 75% te zetten?

Indien gekozen wordt voor het vaststellen van een hoger garantiepercentage op basis van de verschillende factoren, kunnen er twee benaderingen gehanteerd worden:

- uitgaan van een zo hoog mogelijk garantiepercentage (100%), en beredeneren in hoeverre dit percentage omlaag gebracht kan worden, of
- uitgaan van een zo laag mogelijk garantiepercentage (75%), en beredeneren in hoeverre dit percentage omhoog gebracht moet worden.

De NZa is voornemens de tweede benadering te hanteren, omdat bij een zo laag mogelijk garantiepercentage de prikkels van het eindmodel het best tot uitdrukking komen. Ook gaat een zo laag mogelijk garantiepercentage het best samen met een kortdurende transitieperiode. Duidelijk is wel dat het garantiepercentage niet exact te berekenen is op basis van de diverse factoren. Ook blijkt dat de spreiding van de analyseresultaten tussen instellingen groot is. De vaststelling van de Z-waarde zal derhalve altijd een zekere beleidsmatige keuze betreffen.

Vraag 6

Indien u van mening bent dat het garantiepercentage hoger dan 75% vastgesteld dient te worden, kunt u dan aangeven hoe hoog het garantiepercentage dient te zijn in 2011?

Vraag 7

Indien u kiest voor een hoger garantiepercentage dan 75%, welke consequenties heeft dit volgens u voor de duur en de afbouw van het transitiepad?

Met betrekking tot het moment waarop het garantiepercentage bekend moet zijn, zijn twee opties geschetst, namelijk (1) het vaststellen van het garantiepercentage gelijktijdig met de beleidsregels, en (2) uitstel tot 1 september 2010, om met meer informatie een betere afweging te kunnen maken. Gelet op de vereiste voorzienbaarheid bij belangrijke systeemwijzigingen heeft de NZa het voornemen om het garantiepercentage zo vroeg mogelijk vast te stellen (optie 1). Uitstel met één of enkele maanden tot 1 september zal naar verwachting van de NZa niet tot veel extra informatie leiden.

Vraag 8

Wat heeft uw voorkeur ten aanzien van de beschikbaarheid van de startwaarde van het garantiepercentage en wat zijn uw overwegingen daarbij?

- bekendmaking garantiepercentage gelijktijdig met de beleidsregels+
- pas op 1 september bekendmaking garantiepercentage.

6. Het vaste segment

6.1 Omvang van het vaste segment

6.1.1 Uitgangspunten VWS voor vaste segment

Het vaste segment bestaat uit een aantal specifieke functies of kenmerken van de zorgverlening die een publiek belang kennen, zoals beschikbaarheid of specifieke deskundigheid. Bij het vaststellen van de zorgactiviteiten die onder het vaste segment moeten vallen, heeft VWS de volgende uitgangspunten gehanteerd:²⁸

- Zo veel mogelijk functies worden via zorgproducten gedeclareerd. Sommige zorg leent zich hier niet voor. Deze zorg zal (deels) via het zogenaamde vaste segment worden bekostigd. De basis van de vergoedingen voor zorgfuncties in het vaste segment wordt gevormd door productieonafhankelijke, genormeerde kosten.
- Bekostiging via het vaste segment is mogelijk wanneer:
 - De continuïteit van functies in het geding is als deze uitsluitend via zorgproducten worden vergoed én de aanwezigheid van de functie uit het oogpunt van publiek belang noodzakelijk is, en/of:
 - De functies nu of voorheen in het budget van de ziekenhuizen waren opgenomen.
 - De vergoedingen moeten aansluiten op de (meer)kosten van deze functies.
 - De functies die via het vaste segment worden vergoed betreffen uitsluitend zorgfuncties die onder de reikwijdte van de Wmg vallen.
 - De kosten van de functies zijn in belangrijke mate gebaseerd op beschikbaarheid, of er bestaat een gerede kans dat de opbrengsten uit de prestaties deze kosten (jaarlijks) onvoldoende dekken.
 - Er zijn geen prestaties gedefinieerd die rechtstreeks bij een patiënt in rekening kunnen worden gebracht; of dat het niet redelijk is om deze kosten in rekening te brengen bij een beperkt aantal cliënten (bijvoorbeeld hulpverlening met de inzet van een traumahelikopter).

6.1.2 Volledig vaste segment

Voor een aantal zorgfuncties bestaan geen declarabele zorgprestaties. Deze zorgfuncties worden geheel via een vaste vergoeding bekostigd. De vergoeding voor deze zorgfuncties wordt aangeduid als 'volledig vaste vergoeding'. De zorgactiviteiten met een volledig vaste vergoeding worden 100% via het vaste segment bekostigd.

Op basis van bovengenoemde criteria heeft VWS bepaald dat de volgende zorgfuncties volledig moeten worden bekostigd via het vaste segment:

- enkele functies die vergoed worden via de 'academische component':
 - toppreferente zorg;
 - fundamenteel zorggerelateerd wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling;
- donoruithnameteams;
- calamiteitenhospitaal;
- helikoptervoorzieningen voor traumazorg;
- het ontwikkelen van de kennisfunctie en coördinatie van de trauma(keten) zorg en het opleiden trainen en oefenen ten behoeve van rampen (OTO).

²⁸ Waardering voor betere zorg IV, d.d. 19-01-2010

Voorbeeld

Een traumacentrum met helikoptervervoorziening ontvangt hiervoor een volledig vaste vergoeding, wat wil zeggen dat de helikoptervervoorziening in het geheel niet via zorgprestaties wordt bekostigd. Op basis van de huidige budgetvergoeding voor 2010 (en zonder indexatie) zou de vaste vergoeding, per traumacentrum met helikoptervervoorziening, € 3.886.776 bedragen.

6.1.3 Gedeeltelijk vaste segment

Voor aantal zorgfuncties bestaan wel declarabele zorgprestaties, maar zijn er situaties waarbij deze declarabele zorgprestaties niet voldoende zijn om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te borgen. Deze zorgactiviteiten worden gedeeltelijk via vaste vergoedingen bekostigd, waarbij het uitgangspunt geldt dat de bekostiging zoveel mogelijk via de declarabele zorgprestaties plaats vindt. Vergoedingen voor deze zorgfuncties zullen verder als gedeeltelijk vaste vergoedingen worden aangeduid. Deze zorgfuncties worden voor een deel via een vaste vergoeding en voor een deel via DBC's bekostigd.

De zorgfuncties waarvoor gedeeltelijk vaste vergoedingen worden vastgesteld zijn:

- spoedeisende hulp (SEH);
- traumazorg;
- brandwondenzorg.

Voorbeeld

Een ziekenhuis ontvangt voor zijn traumacentrum een vaste vergoeding van bijvoorbeeld € 500.000 voor de kosten van beschikbaarheid. Daarnaast declareert het ziekenhuis voor bijvoorbeeld € 2.300.000 aan DBC's op het gebied van traumazorg.

6.1.4 Afbakening van het vaste segment

Het is aan VWS om via een aanwijzing te bepalen welke zorgfuncties in aanmerking komen om via het vaste segment te worden bekostigd. De, onder het volledig vaste segment en gedeeltelijk vaste segment genoemde, zorgfuncties vormen een limitatieve set van zorgactiviteiten waarvoor de NZa een vaste vergoeding zal uitwerken.

Op grond van de criteria die VWS heeft toegepast om de omvang van het vaste segment te bepalen kan niet geconcludeerd worden dat de zorgfuncties waarvoor de NZa een vaste vergoeding bepaalt de enige zorgactiviteiten zijn die volgens de criteria van VWS in aanmerking komen voor een vaste vergoeding. In principe kunnen andere zorgfunctie dan de reeds onder het vaste segment geplaatste zorgfuncties voldoen aan de criteria die VWS heeft geformuleerd voor het bepalen van de omvang van het (gedeeltelijk) vaste segment. In alle gevallen is het aan VWS om te bepalen of een zorgfunctie via het vaste segment wordt bekostigd.

6.2 Wie ontvangen de vaste vergoedingen?

Niet alle zorgaanbieders komen in aanmerking voor een vaste vergoeding. Uit oogpunt van betaalbaarheid zal voor iedere zorgfunctie waarvoor een gedeeltelijke of volledige vaste vergoeding wordt vastgesteld slechts een beperkt aantal zorgaanbieders een vaste vergoeding ontvangen. Hierdoor rijst de vraag: wie ontvangen de vaste vergoedingen?

Deze vraag is in hoge mate een beleidsmatige vraag en raakt de verantwoordelijkheid van de overheid voor de toegankelijkheid tot zorg. Het ligt daarom voor de hand dat VWS en niet de NZa deze vraag beantwoordt.

In de rest van dit hoofdstuk wordt uiteengezet welke partijen door VWS zijn aangewezen als ontvangers van vaste vergoedingen, of waarvan VWS heeft aangegeven dat zij het voornemen heeft om deze partijen aan te wijzen. Per zorgfunctie zal worden aangegeven hoe partijen zijn aangewezen, welke partijen zijn aangewezen en welke stappen eventueel nog noodzakelijk zijn voor het aanwijzen van ontvangende partijen.

6.2.1 Volledig vaste segment

Academische component

De ontvangers van de academische component zijn geregeld via subsidieregeling op grond van art. 123a. Zvw. De ontvangers zijn de acht UMC's plus het Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis.

Donoruitnameteams

De aanbieders met donoruitnameteams zijn aangewezen via art. 8 WBMV. VWS heeft aangegeven dat zij de WBMV dusdanig wil wijzigen dat op grond van art. 8 WBMV ontvangers van vaste vergoedingen kunnen worden aangewezen. De vijf aangewezen aanbieders zijn: Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Medisch Centrum Sint Radboud Nijmegen, Universitair Medisch Centrum Maastricht, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam en Leids Universitair Medisch Centrum.

Calamiteitenhospitaal

De aanbieder met het calamiteitenhospitaal (UMCU) is niet via art. 8 WBMV aangewezen. De budgetvergoeding is door de NZa zelfstandig vastgesteld. Het aanwijzen van de aanbieder met recht op een vaste vergoeding voor een calamiteitenhospitaal moet door VWS nog worden geregeld. Een mogelijkheid om dit te organiseren is via een aanpassing van de beleidsvisie op traumazorg, die op grond van art. 8 WBMV is vastgesteld en het UMCU aan te wijzen als instelling met een calamiteitenhospitaal.

Helikoptervoorzieningen voor traumazorg

Aanbieders met deze voorzieningen zijn via de beleidsvisie op traumazorg, die op grond van art. 8 WBMV is vastgesteld, aangewezen. De aangewezen vier zorgaanbieders zijn: VU Medisch Centrum/Academisch Medisch Centrum Amsterdam, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Universitair Medisch Centrum Sint Radboud Nijmegen en Universitair Medisch Centrum Groningen.

De kennisfunctie en coördinatie van de trauma(keten) zorg en OTO

Traumacentra zijn via de beleidsvisie op traumazorg, die op grond van art. 8 WBMV is vastgesteld, aangewezen. De tien traumacentra in Nederland zijn: VU Medisch Centrum/Academisch Medisch Centrum Amsterdam, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Sint Elisabeth Ziekenhuis Tilburg, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Universitair Medisch Centrum Sint Radboud Nijmegen, Universitair Medisch Centrum Maastricht, Universitair Medisch Centrum Groningen, Isala Klinieken Zwolle, Leids Universitair Medisch Centrum en Medisch Spectrum Enschede.

6.2.2 Gedeeltelijk vaste segment

Spoedeisende hulp

- Voor de gedeeltelijk vaste vergoeding voor SEH's hanteert VWS als uitgangspunt de zogenaamde 45-minutennorm: alleen aanbieders die een SEH exploiteren die nodig is om aan de 45-minutennorm te voldoen, komen in aanmerking voor een vergoeding. Het RIVM onderzoekt periodiek welke aanbieders dit betreft en rapporteert haar bevindingen aan de NZa. Alleen de exploitanten van door het RIVM geïdentificeerde zorglocaties komen in aanmerking voor een gedeeltelijke beschikbaarheidsvergoeding. De NZa zal de systematiek om te bepalen welke aanbieders in aanmerking komen voor een vaste vergoeding voor hun SEH opnemen in haar beleidsregels.
- De NZa doet in 2010 onderzoek naar een systematiek om de hoogte van en de ontvangers van de gedeeltelijk vaste vergoeding voor SEH's te bepalen. Deze nieuwe systematiek zal vanaf 2012 gaan gelden. Voor 2011 wordt uitgegaan van de huidige ontvangers van een vergoeding op basis van de beleidsregel beschikbaarheidstoelage (CI-821). De huidige ontvangers zijn: Delfzicht Ziekenhuis, Bethesda Ziekenhuis, Refaja Ziekenhuis, R.K. Ziekenhuis Sint Lucas, Ommelander Ziekenhuis Groep, St. Chr.Zorgvoorz. Talma Sionsberg locatie Dokkum, Röpcke, IJsselmeerziekenhuizen, Medisch Spectrum Twente, Streekziekenhuis Zevenaar, Stichting Van Weel Bethesda Ziekenhuis.

Traumazorg

De NZa gaat er van uit dat deze vaste vergoeding alleen bedoeld is voor het borgen van de toegankelijkheid van traumazorg in traumacentra. Traumacentra zijn via de beleidsvisie op traumazorg, die op grond van art. 8 WBMV is vastgesteld, aangewezen (zie 3.1).

Brandwondenzorg

De huidige aanbieders met een brandwondencentrum zijn: Martiniziekenhuis (Groningen), Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) en Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk). Er bestaat op dit moment geen expliciete grondslag voor het exclusief toekennen van een vaste vergoeding aan de drie huidige brandwondencentra of aan andere aanbieders: deze centra zijn niet expliciet aangewezen om als enige deze zorg te leveren. Om de exclusiviteit van de vaste vergoeding voor brandwondenzorg beter te borgen zal VWS de brandwondencentra specifiek moeten aanwijzen.

6.3 Bepalen hoogte van de vaste vergoedingen

De NZa moet de hoogte van de vaste vergoedingen bepalen. Dit hoofdstuk gaat over de wijze waarop dit zal gebeuren.

6.3.1 Volledig vaste segment

Voor het volledig vaste segment zijn in 2011 de huidige budgetvergoedingen het uitgangspunt voor het bepalen van de tarieven. Voor 2012 en verder hanteert de NZa als uitgangspunt dat tarieven kosten georiënteerd moeten zijn. Dat wil zeggen dat de betreffende zorgfunctie kostendekkend kan worden aangeboden. De NZa onderzoekt hoe de tarieven voor het volledig vaste segment op termijn kunnen worden herijkt.

Academische component

De academische component is in de kern een subsidieregeling die via de premiegelden wordt uitgekeerd. De hoogte van de academische component wordt voor iedere ontvanger door VWS bepaald. Het

ministerie geeft de hoogte van de vergoedingen voor 1 oktober 2010 door aan de NZa, waarna de NZa dit bedrag opneemt op de beschikking voor de betreffende aanbieders.

Donoruitnameteams

De volledig vaste vergoeding voor donorteam wordt gebaseerd op de huidige budgetvergoeding voor donorteam (donorteam per fte, in 2010 € 124.854,92), geïndexeerd voor prijsontwikkelingen. De donoruitnameteams zijn in twee regio's verdeeld: regio west (Erasmus Medisch Centrum Rotterdam en Leids Universitair Medisch Centrum) en regio oost (Medisch Centrum Groningen, Universitair Medisch Centrum Sint Radboud Nijmegen en Universitair Medisch Centrum Maastricht). Beide regio's hebben 7,6 fte capaciteit toegewezen gekregen, gelijk verdeeld over de in die regio participerende ziekenhuizen.

Calamiteitenhospitaal

De volledig vaste vergoeding voor het calamiteitenhospitaal wordt gebaseerd op de huidige budgetvergoeding voor het calamiteitenhospitaal (calamiteitenhospitaal, in 2010 de volgende vergoedingen: loonindex € 1.968.738, materiële index € 563.955), geïndexeerd voor prijsontwikkelingen.

Helikoptervoorzieningen voor traumazorg

De volledig vaste vergoeding voor helikoptervoorzieningen wordt gebaseerd op de huidige budgetvergoeding voor helikoptervoorzieningen (Helicoptervoorziening, in 2010 de volgende vergoedingen: loonindex € 1.061.626,09 en materiële index € 2.825.149,81), geïndexeerd voor prijsontwikkelingen.

De kennisfunctie en coördinatie van de trauma(keten) zorg en OTO

De volledig vaste vergoeding voor deze zorgfunctie wordt gebaseerd op de huidige budgetvergoeding voor deze zorgfunctie (Coörd. Reg. Overleg acute zorg, in 2010 loonindex € 34.600,20 en materiële index € 3.194,55; OTO bij rampen en crisis loonindex € 857.890,62 en materiële index € 80.262,26), geïndexeerd voor prijsontwikkelingen.

6.3.2 Gedeeltelijk vaste segment

Voor het bepalen van de hoogte van de gedeeltelijk vaste vergoedingen wordt door de NZa in 2010 een onderzoek uitgevoerd, wat moet leiden tot nieuwe tarieven in 2012. Voor 2011 zullen ter overbrugging vergoedingen worden vastgesteld die gebaseerd zijn op de huidige budgetvergoedingen.

Spoedeisende hulp

Voor de SEH wordt in 2011 uitgegaan van de huidige budgetvergoedingen op basis van de beleidsregel beschikbaarheidstoeslag (CI-821), geïndexeerd voor prijsontwikkelingen.

Traumazorg

Voor de traumazorg wordt in 2011 uitgegaan van de budgetvergoeding voor traumacentra (Traumacentrum, in 2010 loonindex € 614.571,69 en materiële index € 57.391,00).

Brandwondenzorg

Voor de brandwondenzorg wordt uitgegaan van de budgetvergoeding voor erkende brandwondenbedden (Bed brandwonden, in 2010 loonindex € 135.498,82 en materiële index € 42.846,55). Het Rode kruis ziekenhuis heeft 25 bedden, het Martini ziekenhuis heeft 12 bedden en het Maasstad ziekenhuis 25 bedden.

Op dit moment wordt naar aanleiding van een brief van de drie brandwondencentra onderzocht in hoeverre de huidige budgetvergoedingen toereikend zijn voor de brandwondencentra. Indien dit tot een aanpassing van de budgetten leidt, zal dit in de historische omzet meelopen.

6.4 Financiering van de vaste vergoedingen

6.4.1 Declaratie bij zorgverzekeringsfonds

Het uitgangspunt voor de financiering van de vaste vergoedingen is dat deze vergoedingen door de rechthebbende rechtstreeks bij het zorgverzekeringsfonds in rekening worden gebracht en door de beheerder van het zorgverzekeringsfonds (CVZ) rechtstreeks worden uitgekeerd aan de betreffende zorgaanbieder.

Om bovenstaande systematiek te realiseren moet de Wmg worden aangepast. VWS is hier mee bezig. Wanneer de wet is aangepast is de systematiek als volgt.

- Vaststellen van recht op vaste vergoeding: op aanvraag of ambtshalve?
- Opmaken individuele tariefsbeschikking, strekkende het recht om het door de NZa vastgestelde bedrag te declareren bij het zorgverzekeringsfonds.
- Declaratie bij het zorgverzekeringsfonds door zorgaanbieder.
- Uitbetaling aan zorgaanbieder door CVZ.

De vaste vergoeding is declarabel vanaf de eerste dag van het jaar waarop de vaste vergoeding betrekking heeft. De vergoeding zal in twaalf gelijke (maandelijkse) delen worden uitbetaald.

6.4.2 Gedeeltelijk vaste vergoedingen 2011

Voor de gedeeltelijk vaste vergoedingen voor het jaar 2011 wordt een andere methode gehanteerd. De gedeeltelijk vaste vergoedingen in 2011 zijn een overgang richting de nieuwe systematiek die vanaf 2012 moet gaan gelden. Deze vergoedingen zijn overgangsvergoedingen en lijken niet (per se) op de vergoedingen in de eindsituatie. Daarnaast is het de vraag of alle ontvangers van gedeeltelijk vaste vergoedingen al per 2011 door VWS formeel zijn aangewezen.

Daarom wordt het niet wenselijk gevonden om voor 2011 gedeeltelijk vaste vergoedingen vast te stellen die rechtstreeks bij het zorgverzekeringsfonds in rekening kunnen worden gebracht. In plaats daarvan worden de gedeeltelijk vaste vergoedingen in 2011 volledig via de historische omzet vergoed. Omdat de historische omzet alleen voor factor Z in de transitieomzet omzet meetelt, wordt het historische budget hiervoor gecorrigeerd. Dit kan door de vergoedingen te vermenigvuldigen met $1/Z$, waardoor de gedeeltelijk vaste vergoedingen volledig meetellen in de transitieomzet.

De financiering van de gedeeltelijk vaste vergoeding vindt vervolgens plaats via de opbrengstverrekening van het Z-waarde model.

7. Overgangsregeling kapitaallasten

Er is nog geen besluit genomen over de overgangsregeling kapitaallasten. Hierdoor heeft de NZa dit onderdeel nog niet in dit document kunnen opnemen. Zie ook hoofdstuk 1.3.

8. Beheersing honoraria medisch specialisten

Er is nog geen besluit genomen over de beheersing van de honoraria van medisch specialisten. Hierdoor heeft de NZa dit onderdeel nog niet in dit document kunnen opnemen. Zie ook hoofdstuk 1.3.

9. Afwikkeling van het budget

Dit hoofdstuk gaat specifiek in op de afwikkeling na ultimo 2010 van het functiegerichte budget van de medische specialistische zorg bij ziekenhuizen en UMC's. Het doel is het zorgvuldig uitfaseren van het functiegerichte budget van de medische specialistische zorg bij ziekenhuizen en de UMC's²⁹.

In dit hoofdstuk wordt eerst behandeld of er additionele regelgeving nodig is voor een soepele overgang van functiegerichte budgettering naar prestatiebekostiging. Daarbij wordt specifiek ingegaan op de waardering van het onderhanden werk. Daarna worden alle in 2010 geldende beleidsregels en nadere regels met betrekking tot het FB beoordeeld op relevantie per 2011 en doorloop. Voor sectoren die niet overgaan op prestatiebekostiging (categorale zorginstellingen³⁰) blijft de huidige regelgeving gelden. De minister wil immers de budgetten voor de categorale instellingen in elk geval in 2011 handhaven. Verder vallen de beleidsregels met betrekking tot DBC's buiten de scope van dit project, deze zullen met de invoering van DOT door de NZa worden herzien. In het laatste deel van dit hoofdstuk wordt toegelicht hoe de budgetjaren na 2010 worden afgehandeld en welke tijdsfasering hiervoor geldt.

9.1 Noodzaak nieuwe regelgeving onderhanden werk

In het kader van het zorgvuldig uitfaseren van de functiegerichte budgettering is nagegaan of er nieuwe regelgeving nodig is. Hierbij is één onderwerp zeer uitvoerig aan bod gekomen: de waardering van het onderhanden werk. Het punt van de waardering onderhanden werk is naar voor gebracht door een werkgroep³¹ van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Voor het overige zijn geen punten naar voren gebracht die mogelijk nieuwe regelgeving vergen.

9.1.1 Vraagstuk onderhanden werk

Definitie

Bij de invoering van de DBC-systematiek is ervoor gekozen om het OHW³² mee te nemen in de omzetbepaling. FB-parameters die deel uitmaken van de (geopende) DBC tellen mee voor de bepaling van het budget voor het desbetreffende jaar. Buiten beschouwing laten van het onderhanden werk leidt dan tot een opbrengsttekort.

Het OHW wordt in het A-segment in de opbrengsten ter dekking van het budget meegenomen. Het OHW in het A-segment heeft geen invloed op de hoogte van de omzet; deze is immers gelimiteerd door het FB-budget. In het B-segment is het OHW deel van de omzet en het resultaat.

Bij afsluiten van de budgettering ultimo 2010 heeft een ziekenhuis in beginsel een prikkel om het OHW laag te waarderen en zo de opbrengsten ter dekking van het budget te verlagen. Immers, via de opbrengstverrekening is de omzet gegarandeerd. De in 2011 alsnog te declareren DBC's maken in 2011 deel uit van de omzet 2011 (omzet 2011

²⁹ De klinisch genetische centra worden meegenomen als onderdeel van de UMC's.

³⁰ audiologie, dialyse, radiotherapie, revalidatie, epilepsie- en long-astma centra

³¹ NVZ, NFU, Orde en ZN

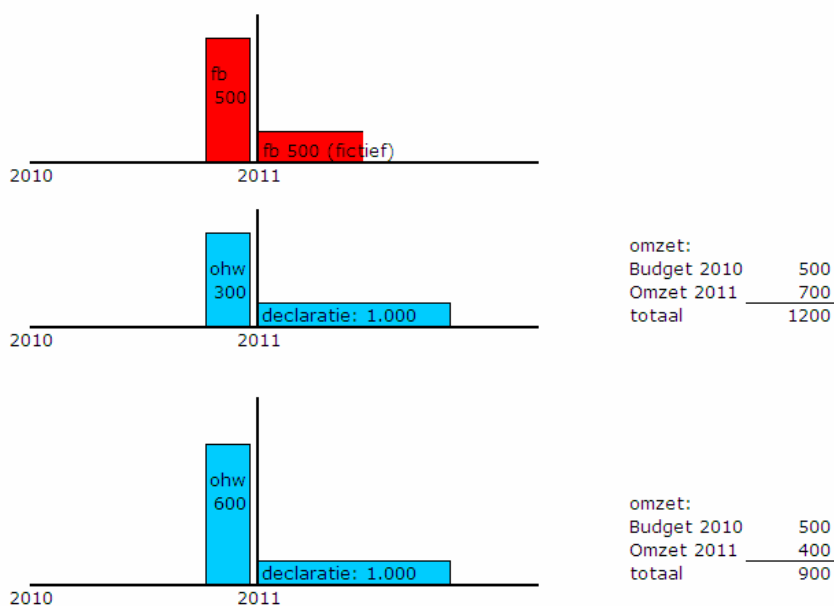
³² in het boekjaar geopende, maar aan het eind van het boekjaar nog niet afgesloten en gefactureerde DBC's

= gedeclareerde DBC-opbrengst + OHW 2011 +/- OHW 2010) en zijn daarmee medebepalend voor het resultaat van het ziekenhuis.

De waardering van het OHW 2010 (A-segment) beïnvloedt dus niet de basis voor het Z-waarde model. Het integrale Z-waarde model gaat uit van de omzet in 2010 = FB+B omzet, waarbij B omzet 2010 = in 2010 gedeclareerde B DBC's +/- OHW2009 + OHW2010.

Belangen zorgaanbieders

Zoals hierboven is aangegeven, kunnen de ziekenhuizen baat hebben bij een onderwaardering van het onderhanden werk ultimo 2010, als gevolg van opbrengstverrekening in 2010 en een resultaatseffect in 2011. Ziekenhuizen met een overwaardering van het onderhanden werk, kunnen daarentegen in 2011 geconfronteerd worden met een negatief effect. Onderstaand wordt dit geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld:



Dbc geopend in 2010 en gefactureerd in 2011:

- Fb-parameters zijn in 2010 omzet
- Dbc-tarief is in 2011 bij facturatie omzet

Gevolg: dubbele bekostiging als er geen correctie (OHW) wordt gemaakt.

Bron: NZa

Daarnaast raakt de onderhanden werk discussie de overgang van DBC's naar DOT-zorgproducten. Een zorginstelling die gekozen heeft cq kiest voor waardering van het onderhanden werk op basis van zorgactiviteiten hoeft in beginsel geen andere methodiek te hanteren als gevolg van overgang naar DOT. Zorginstellingen die de tariefwaarde hanteren of een andere grondslag hebben gekozen moeten mogelijk wel corrigeren. Dit conflicteert niet met de eis van een bestendiger gedragslijn omdat er sprake is van een stelselwijziging.

Belangen zorgverzekeraars

Verzekeraars zien de kostenstijging als gevolg van de stelselwijziging als negatief effect, terwijl deze geen relatie heeft met daadwerkelijk meer geleverde zorg of meerkosten. Afhankelijk van de ex post verevening zou voor de zorgverzekeraar een tegengestelde prikkel als voor zorgaanbieders kunnen uitgaan. Een eenmalige verhoging van het

onderhanden werk 2010 zou voor de zorgverzekeraars gunstig uitpakken, indien in 2011 meer risico wordt gelopen in de verevening. In september 2010 zal de ex post verevening worden vastgesteld. Eventuele nadelige gevolgen van een systeemwijziging voor verzekeraars kunnen dus ook in de risicoverevening worden gecorrigeerd.

Werkgroep veldpartijen

Het vraagstuk van waardering van het onderhanden werk bij afwikkeling van het FB, is ook door een werkgroep van zorgaanbieders en zorgverzekeraars geadresseerd:

- De veldpartijen stellen dat er sprake is van een ongewenste prikkel van te lage waardering door ziekenhuizen van het onderhanden werk ultimo 2010, met een kostenstijging als gevolg.
- Op basis van zelf uitgevoerde analyses concludeert de werkgroep dat er sprake is van een ongelijk speelveld vanwege grote resultaatseffecten door de verschillende waarderingssystematieken die ziekenhuizen hebben gekozen bij de introductie van de DBC-systematiek in 2005 (landelijk 6-7 verschillende methodes). Identieke instellingen die destijds andere keuzes hebben gemaakt bij de waarderingmethode van OHW zouden in 2011 éénmalig met een verschillend resultaat geconfronteerd worden.

De werkgroep heeft voorgesteld om over te gaan tot uniformeren van de OHW waardering bij de laatste nacalculatie (2010) op het FB-systeem (A-segment). De waarde van het OHW zou dan op basis van de instellings specifieke budgetwaarde van de variabele FB-parameters³³, die deel uitmaken van het zorgprofiel van de openstaande DBC's, worden berekend, verhoogd met (semi-)vaste parameters³⁴. Het verschil tussen de voorgestelde waardering en de instellings specifieke waardering zou vervolgens dienen te worden verwerkt in de post nog in de tarieven te verrekenen in 2010 en neerslaan in het resultaat van 2011. Het effect van deze systematiek is dat in 2010 geen over- of onderdekking ontstaat op de overlopende DBC's. De resultaten slaan neer in 2011 en afhankelijk van het overgangsregime (hoogte Z-waarde) zal dit in meerdere of mindere mate worden gedempt.

9.1.2 Materieel belang

Om te kunnen beoordelen of het door veldpartijen voorziene probleem kan worden beschouwd als een systeemrisico bij overgang van budgettering naar prestatiebekostiging waarvoor regulering noodzakelijk is, is inzicht nodig in de materiële omvang ervan.

In 2011 wordt opbrengstresultaat van 2010 verschoven naar exploitatieresultaat. Het Z-waarde model verzwakt de prikkel om dit te doen omdat de opbrengst 2011 slechts voor (1-z) mee telt in het resultaat/de omzet 2011. Op de korte termijn lijkt dat verschuiving van het OHW naar 2011 voordelig uit te pakken voor ziekenhuizen.

De prikkel wordt echter beperkt door de dempende werking die uitgaat van het Z-waarde model en de eis van een bestendige gedragslijn³⁵ die geldt voor de jaarrekening. De NZa vindt daarom dat het materieel belang van een uniforme waarderingssystematiek voor het onderhanden werk relatief beperkt is. Daarnaast speelt het probleem niet voor de hele omzet van de ziekenhuizen (niet voor B-segment).

³³ opname, dagbehandeling, verpleegdag, epb etc)

³⁴ bedden, specialistenplaatsen, adherentie etc

³⁵ Dat betekent dat niet ieder jaar de winst- en verliesrekening en de balans op steeds andere grondslagen mag worden samengesteld.

Dit zal geïllustreerd worden aan de hand van twee rekenvoorbeelden met betrekking tot de waardering van het onderhanden werk 2010. Hierbij wordt uitgegaan van twee ziekenhuizen met ongeveer dezelfde productieomvang en een vergelijkbaar B- segment. Alleen in de waardering van het onderhandenwerk zit een verschil.

Rekenvoorbeeld 1

	1	2	3	4	5=(4-2+3)	6=(1-5)	7	8	9=(7+8-3)
instelling	budget2010	Ohw09	ohw10	opbr10	dekking	verschil	opbr2011	ohw11	omzet11
A					A		A		
X	100	20	40	70	90	10	90	40	90
Y	100	10	20	90	100	0	90	20	90
B omzet					B		B omzet		
X	30	6	8	25	27		25	8	25
Y	30	4	6	25	27		25	6	25
Totaal					Totaal				
X	130	26	48	95	117				115
Y	130	14	26	115	127				115

in 2011 is het Z waarde model van toepassing Z =

80%

$$=(80%*(100+27))+(20%*115) =9$$

Kolom1	z waarde	omzet	verrekening
X	124,6	115	9,6
Y	124,6	115	9,6

Bron: NZa

Uit voorbeeld 1 blijkt dat bij een consistente waardering van het OHW door de zorgaanbieder er geen verschillen optreden. Dit kan wel gebeuren op het moment dat de zorgaanbieder van waarderingmethodiek verandert of op een andere wijze het onderhanden werk beïnvloedt. In voorbeeld 2 wordt dit geïllustreerd doordat instelling X zijn OHW waardeert naar 10 in plaats van 40.

Rekenvoorbeeld 2

	1	2	3	4	5=(4-2+3)	6=(1-5)	7	8	9=(7+8-3)
instelling	budget2010	Ohw09	ohw10	opbr10	dekking	verschil	opbr2011	ohw11	omzet11
A					A		A		
X	100	20	10	90	80	20	90	40	120
Y	100	15	20	90	95	5	90	20	90
B omzet					B		B omzet		
X	30	6	8	25	27		25	8	25
Y	30	4	6	25	27		25	6	25
Totaal					Totaal				
X	130	26	18	115	107				145
Y	130	19	26	115	122				115

in 2011 is het Z waarde model van toepassing Z =

80%

$$=(80%*(100+27))+(20%*145) =9$$

Kolom1	z waarde	omzet	verrekening
X	130,6	145	-14,4
Y	124,6	115	9,6

Bron: NZa

De tariefwaarde van de DBC's slaat neer in de omzet van t+1. Alle openstaande DBC's ultimo t zitten in het OHW. De omzet t+1 is gelijk aan de declaratiewaarde t+1-OHW t. De declaratiewaarde wordt derhalve niet door de hoogte van het OHW beïnvloed. Indien het ziekenhuis de basis voor het OHW verlegt (en kiest voor een lagere waardering), dan zou dat ook voor het jaar erop moeten gelden. De omzetsijging in voorbeeld 2 (en de toename OHW van 10 naar 40 c.q. de eenmalige verlaging) acht de NZa dan ook onwaarschijnlijk.

9.1.3 Reguleringslasten

De NZa verwacht dat regulering leidt tot extra administratieve lasten voor de zorgaanbieders als gevolg van extra controles en correcties in de jaarrekeningen 2010 en 2011. De correctie in 2011 werkt dan door in de omzetcijfers 2011 (en dus in de Z-waarde). Bovendien zal binnen een ziekenhuis apart moeten worden omgegaan met de waardering OHW A en OHW B. Dat komt de duidelijkheid en eenduidigheid niet ten goede.

Daarnaast zal regulering leiden tot aanvullende handhavingswerkzaamheden voor de NZa, terwijl het materiële belang naar de mening van de NZa beperkt is. Met het Z-waarde model telt de opbrengst 2011 immers slechts voor (1-z) mee in het resultaat/de omzet 2011. Aangezien de bandbreedte voor de Z in 2011 zal worden vastgesteld binnen een bandbreedte van 75%-100%, zal het effect maximaal 25% bedragen van het waarderingsverschil. Omdat het probleem zich opnieuw voordoet in 2012, heeft de NZa naar mogelijke effecten over meerdere jaren gekeken.

9.1.4 Conclusie

De stelselwijziging kan voor ziekenhuizen aanleiding zijn om zich te beraden over de keuze voor een methodiek voor waardering van het OHW. Uitgaande van een consistente gedragslijn voor de jaarrekening voor het ziekenhuis, moet een andere waardering van het onderhanden werk 2010 ook doorwerken in het onderhanden werk 2011. Bij gelijk volume en gelijke kosten heft dat elkaar op³⁶.

Voor de macro uitgaven kan een effect ontstaan als alle ziekenhuizen hun onderhanden werk waardering verlagen; dat heeft echter voor die ziekenhuizen ook consequenties in 2011.

Concluderend stelt de NZa dat indien een ziekenhuis twee opeenvolgende jaren (in 2010 en 2011) een andere waarderingsmethodiek kiest, er een voordeel (of nadeel) zou kunnen worden behaald. De vraag is of de accountant deze onbestendige gedragslijn zal/mag accepteren. De NZa is niet voornemens om een uniforme waardering van het onderhanden werk, evenals andere resultaatsbepalingen in de jaarverslaggeving, bij afwikkeling van het FB voor te schrijven via nadere regelgeving. De uniformering kan ook leiden tot individuele negatieve effecten en daarmee verplaatsing van het probleem. Een correctie op het opbrengstresultaat werkt immers door in 2011 en het is niet onwaarschijnlijk dat sommige zorginstellingen daar nadeel van ondervinden.

De NZa zou partijen wel een handreiking kunnen bieden door bijvoorbeeld in het controleprotocol een passage op te nemen dat expliciet gelet zou

³⁶ Op 10 maart 2010 heeft de adviescommissie positief geadviseerd over deze beleidsregel.

kunnen worden op grote mutaties in het onderhanden werk bij afschaffing van het FB-budget.

Vraag 9

Kan de NZa u faciliteren middels het opstellen van een handreiking?

9.2 Inventarisatie en beoordeling beleidsregels en nadere regels

In het kader van de afwikkeling FB zullen alle in 2010 geldende beleidsregels en nadere regels met betrekking tot het FB voor de gebudgetteerde zorgaanbieders worden beoordeeld op relevantie per 2011 en doorloop.

In de bijlage is een overzicht opgenomen van de inventarisatie van de bestaande regelgeving (het zogenoemde 'stoplicht-overzicht'). Daarbij kan onderscheid worden gemaakt in regelgeving die automatisch afloopt per 2011 (bruin), regelgeving die dient te worden beëindigd met invoering van de prestatiebekostiging (rood), regelgeving die aanpassing behoeft (oranje) en regelgeving die ongewijzigd doorloopt in 2011 (groen). Per beleidsregel of nadere regel is aangegeven voor welke categorie van instelling deze geldt, in welke kleurencategorie deze is onder te brengen en of een overlap bestaat met de andere deelprojecten binnen Implementatie Prestatiebekostiging en andere sectoren/categorieën (Care of GGZ-Cure).

De beleidsregels en nadere regels die betrekking hebben op uitsluitend de categorale instellingen worden buiten beschouwing gelaten.

9.2.1 Regelgeving die afloopt per 2011 (bruin)

In de inventarisatie kan ten aanzien van de beleidsregels en nadere regels die per 2011 kunnen worden beëindigd een onderscheid worden gemaakt tussen de regelgeving die automatisch per 2011 zou aflopen (bruin) of regelgeving die afloopt als gevolg van de invoering van prestatiebekostiging (rood). Tot de eerstgenoemde categorie behoren de beleidsregels met een looptijd van één kalenderjaar.

Binnen deze categorie vallen de volgende beleidsregels.

Nummer	Titel
1124	Functiegerichte budgettering algemene ziekenhuizen 2010
1125	Functiegerichte budgettering academische ziekenhuizen 2010
1129	Aanpassing aanvaardbare kosten academische ziekenhuizen 2010
1130	Aanpassing aanvaardbare kosten algemene ziekenhuizen 2010

9.2.1.1 Onderbouwing per beleidsregel

Functiegerichte budgettering algemene ziekenhuizen 2010 (1124)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie algemene ziekenhuizen (010). Deze beleidsregel loopt van 1 januari 2010 t/m 31 december 2010 en blijft gelden voor de afhandeling van het budgetjaar 2010.

Functiegerichte budgettering academische ziekenhuizen 2010 (1125)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie academische ziekenhuizen (020). Deze beleidsregel loopt van 1 januari 2010 t/m 31 december 2010 en blijft gelden voor de afhandeling van het budgetjaar 2010.

Aanpassing aanvaardbare kosten academische ziekenhuizen 2010 (1129)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie algemene ziekenhuizen (010). Deze beleidsregel heeft betrekking op het budgetjaar 2010 en loopt door t/m 31 december 2010.

Aanpassing aanvaardbare kosten academische ziekenhuizen 2010 (1130)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie academische ziekenhuizen (020). Deze beleidsregel heeft betrekking op het budgetjaar 2010 en loopt door t/m 31 december 2010.

9.2.2 Regelgeving die wordt beëindigd (rood)

Als gevolg van de invoering van de prestatiebekostiging worden een aantal beleidsregels en nadere regels met betrekking tot het functiegerichte budget beëindigd.

Binnen deze categorie vallen de volgende beleidsregels.

Nummer	Titel
807	Personele en materiële kosten ziekenhuispsychiatrie
808	Kinderartsen in dienstverband
809	Locatiegebonden kosten algemene ziekenhuizen
811	Budgettering klinisch genetische centra
895	Beschikbaarheidstoeslag
921	Huur en erfpacht academische ziekenhuizen
927	Afschrijving academische ziekenhuizen
928	Instandhoudingsinvesteringen academische ziekenhuizen
1010	Opbrengstverrekening 2005
1011	Opbrengstverrekening 2006
1019	Opbrengstverrekening 2007
1020	Opbrengstverrekening 2008
1096	Heffingsrente
1115	Budgetschoning i.v.m. separate budgettering curatieve GGZ
100.075	Experiment Sint Maartenskliniek
xx	Opbrengstverrekening 2009
xx	Opbrengstverrekening 2010

*9.2.2.1 Onderbouwing per beleidsregel**Personele en materiële kosten ziekenhuispsychiatrie (807)*

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie algemene ziekenhuizen (010). De kosten beschreven in deze beleidsregel zijn per 1-1-2008 overgeheveld naar het budget voor de curatieve GGZ. Deze beleidsregel zal daarom per 01-01-2008 worden beëindigd.

Kinderartsen in dienstverband (808)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie algemene ziekenhuizen (010). De beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. Met de invoering van prestatiebekostiging zal deze beleidsregel dan ook worden beëindigd.

Locatiegebonden kosten algemene ziekenhuizen (809)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie algemene ziekenhuizen (010). De beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen

van de hoogte van de aanvaardbare kosten. Met de invoering van prestatiebekostiging zal deze beleidsregel dan ook worden beëindigd.

Budgettering klinisch genetische centra (811)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie klinisch genetische centra (390). De meerderheid van de centra is juridisch gefuseerd met UMC's, bij twee klinisch genetische centra is echter nog sprake van een bestuurlijke scheiding. Aangezien de WBMV vergunningen zijn toegekend aan de UMC's en sprake is van instellingen voor medisch specialistische zorg, worden de klinisch genetische centra voorsnog in het transitie-model meegenomen als onderdeel van de UMC's (zie paragraaf 4.1.2.6). De beleidsregel heeft betrekking de hoogte van de beleidsregelbedragen voor het vaststellen van de aanvaardbare kosten. Met de invoering van prestatiebekostiging zal deze beleidsregel dan ook worden beëindigd.

Beschikbaarheidstoeslag (895)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie algemene ziekenhuizen (010). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. De beleidsregel zal voor de categorie algemene ziekenhuizen met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd.

Huur en erfpacht academische ziekenhuizen (921)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie academische ziekenhuizen (020). De beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. Met de invoering van prestatiebekostiging zal deze beleidsregel dan ook worden beëindigd.

Afschrijving academische ziekenhuizen (927)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie academische ziekenhuizen (020). De beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. Met de invoering van prestatiebekostiging zal deze beleidsregel dan ook worden beëindigd.

Instandhoudingsinvesteringen academische ziekenhuizen (928)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie academische ziekenhuizen (020). De beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. Met de invoering van prestatiebekostiging zal deze beleidsregel dan ook worden beëindigd.

Opbrengstverrekening 2005 (1010)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie algemene (010) en academische ziekenhuizen (020). De beleidsregel heeft betrekking op de verrekening van de opbrengstresultaten in 2005 en blijft gelden voor de afhandeling van het budgetjaar 2005.

Opbrengstverrekening 2006 (1011)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie algemene (010) en academische ziekenhuizen (020). De beleidsregel heeft betrekking op de verrekening van de opbrengstresultaten in 2006 en blijft gelden voor de afhandeling van het budgetjaar 2006.

Opbrengstverrekening 2007 (1019)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie algemene (010) en academische ziekenhuizen (020). De beleidsregel heeft betrekking op de verrekening van de opbrengstresultaten in 2007 en blijft gelden voor de afhandeling van het budgetjaar 2007.

Opbrengstverrekening 2008 (1020)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie algemene (010), academische ziekenhuizen (020), radiotherapeutische centra (090) en dialysecentra (060). De beleidsregel heeft betrekking op de verrekening van de opbrengstresultaten in 2008 en blijft gelden voor de afhandeling van het budgetjaar 2007.

Heffingsrente (1096)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), revalidatie-instellingen (100) en radiotherapeutische centra (090) en audiologische centra. De beleidsregel heffingsrente maakt het voor zorginstellingen mogelijk om naast DBC's een rentevergoeding te declareren aan de zorgverzekeraar, indien geen bevoorschotting door de zorgverzekeraar wordt overeengekomen. Deze opbrengsten dienen niet ter dekking van het budget.

In de adviescommissie is medio 2009 voorgelegd om de beleidsregel heffingsrente te beëindigen. Op verzoek van partijen is dit vooralsnog niet gebeurd, wel is door de NZa aangegeven dat dit per 1 januari 2011 alsnog gaat gebeuren. Als de beleidsregel inderdaad per 2011 wordt beëindigd, betekent dit dat zorginstellingen mogelijk rentevergoeding missen voor het onderhanden werk aangezien hier in de tarifiering vooralsnog geen rekening mee wordt gehouden. De NZa heeft de afweging gemaakt of er aanvullende regelgeving/maatregelen nodig is/zijn in het kader van de overgang naar prestatiebekostiging.

De NZa is van mening dat met de voorgestelde terugvaloptie in de nieuwe nadere regel declaratiebepalingen in voldoende mate wordt voldaan aan de eventuele financiële knelpunten die kunnen ontstaan bij het beëindigen van de beleidsregel heffingsrente. De terugvaloptie houdt in dat de zorgaanbieder kan declareren op of na het moment dat de behandelend specialist aangeeft dat het zorgtraject is beëindigd. De periode waarbinnen nieuwe zorgactiviteiten volgens de registratieregels geacht worden onderdeel uit te maken van het reeds gedeclareerde traject blijft onverminderd van kracht/doorlopen. M.a.w.: deze nieuwe zorgactiviteiten kunnen niet resulteren in een aanvullende declaratie. .

Naar de verwachting van de NZa (en andere partijen in de DOT werkgroep liquiditeit) hebben ziekenhuizen voldoende mogelijkheden om in lokaal overleg afspraken te maken over bevoorschotting. De praktijk wijst uit dat met name ZBC's moeite hebben om tot overeenstemming te komen met zorgverzekeraars. Met de terugvaloptie wordt voor ziekenhuizen en ZBC's in voldoende mate mogelijkheden gecreëerd om liquiditeitsproblemen als gevolg van de beëindiging van de beleidsregel heffingsrente te voorkomen.

Het opnemen van de terugvaloptie in de nadere regel declaratiebepalingen zal in het DOT project worden meegenomen. De DOT beleidsregels en nadere regels zullen per juli 2010 worden vastgesteld. In het kader van het project prestatiebekostiging zal daarom geen (aanvullende) regelgeving nodig zijn. De beleidsregel zal voor alle instellingscategorieën worden beëindigd.

Budgetschoning i.v.m. separate budgettering curatieve GGZ (1115)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie algemene (010) en academische ziekenhuizen (020). De beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. Met de invoering van prestatiebekostiging zal deze beleidsregel dan ook worden beëindigd.

Experiment Sint Maartenskliniek (100.075)

Deze nadere regel is alleen van toepassing op de Sint Maartenskliniek. Het experiment is eigenlijk afgelopen per 2010, maar op basis van art. 58, lid 5 van de Wmg is besloten door de NZa om de gevolgen van het experiment met een periode van een boekjaar te continueren. De Sint Maartenskliniek zit in een overgangsjaar naar een vorm van prestatiebekostiging toe. Met de invoering van prestatiebekostiging zal deze nadere regel naar verwachting worden beëindigd. Hier zal door de NZa medio 2010 nog nader naar worden gekeken.

Opbrengstverrekening 2009 (XX)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie algemene (010), academische ziekenhuizen (020), radiotherapeutische centra (090), dialysecentra (060), revalidatie-instellingen (100) en de epilepsie instellingen (070). De beleidsregel heeft betrekking op de verrekening van de opbrengstresultaten in 2009 en blijft gelden voor de afhandeling van het budgetjaar 2009.

Opbrengstverrekening 2010 (XX)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie algemene (010), academische ziekenhuizen (020), radiotherapeutische centra (090), dialysecentra (060), revalidatie-instellingen (100) en de epilepsie instellingen (070). De beleidsregel heeft betrekking op de verrekening van de opbrengstresultaten in 2010 en blijft gelden voor de afhandeling van het budgetjaar 2010.

9.2.3 Regelgeving die aanpassing behoeft (oranje)

Een aantal beleidregels en nadere regels zullen niet als geheel kunnen worden beëindigd, maar vergen wel aanpassing. Dit zal het geval zijn als de beleidsregels en nadere regels voor meer categorieën van instellingen van toepassing zijn dan waarvoor prestatiebekostiging wordt ingevoerd. Dit zal ook het geval zijn als de huidige beleidsregels of nadere regels voor meerdere sectoren van toepassing zijn (bijv. care). Voor deze specifieke categorieën of sectoren zullen de beleidsregels en nadere regels moeten blijven gehandhaafd.

Binnen de categorie oranje vallen de volgende beleidsregels.

Nummer	Titel
	Overschot budgettair bouwen
CU 001	Definities in het kader van de reikwijdte WMG
492	medisch specialisten in dienstverband
613	Lokale productiegebonden toeslag
677	BTW-constructies
679	Extramuraal afleveren van geneesmiddelen door intramurale instellingen
682	Controleprotocol
740	bijzondere tandheelkunde
805	Bureauformatie IKC's
806	Materiële kosten ICK en kostenregistratie
820	Palliatieve zorg IKC
867	capaciteitswijzigingen
919	kapitaallasten bij uitbesteding
933	Aanvullende inkomsten zorginstellingen
957	Afschrijving
958	Huur en erfpacht
973	bekostiging eerste tranche zorgopleidingen 2006
995	Instandhoudingsinvestering

998	Aanpassing eerste lijn laboratoriumonderzoeken voor huisartsenlaboratoria en productiesamenwerkingsverbanden
1014	Aanvaardbare kosten
1059	Definitieve opschoning budget 2008 in verband met uitbreiding B-segment
1061	Weesgeneesmiddelen in academische ziekenhuizen
1065	Bedragen Definitieve opschoning budgetten 2008 in verband met uitbreiding B-segment
1083	Kortingsmaatregel 2008
1084	Kortingsmaatregel 2009
1085	overgangsregime kapitaallastenvergoeding
1089	definitieve opschoning budget in verband met uitbreiding B-segment 2009
1091	afschrijvingskosten dubieuze debiteuren
1102	Budgetschoning 2e tranche zorgopleidingen - Cure
1114	Dure geneesmiddelen
1123	Kortingsmaatregel 2010
1134	Rente

9.2.3.1 Onderbouwing per beleidsregel

Overschot budgettair bouwen (B6)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), epilepsie-inrichtingen(040), kraaminrichtingen, dialyse centra (060), audiologische centra (070), radiotherapeutische centra (090), AWBZ-instellingen, Entandministraties AWBZ-instellingen, trombosediensten (220), ambulance diensten (240), abortusklinieken (370) en revalidatie-instellingen (100).

Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd. Voor de overige categorieën zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn. Met beëindiging van het bouwregime, zal deze beleidsregel voor de overige categorieën alleen nog van toepassing zijn voor in het verleden afgegeven vergunningen met budgettair bouwen die nog budgettair moeten worden vertaald.

Definities in het kader van de reikwijdte Wmg (001)

Deze beleidsregel is van toepassing op zorg als bedoeld in artikel 1 sub b van de WMG. Artikel C van deze beleidsregel heeft betrekking de wijze van financiering en bekostiging van toegelaten instellingen. De beleidsregel zal met de invoering van prestatiebekostiging worden gewijzigd voor wat betreft terminologie voor zover dat betrekking heeft op het huidige FB-systeem.

Medisch specialisten in dienstverband (492)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), radiotherapeutische centra (090) productiesamenwerkingsverbanden (411-412-413). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten.

De ziekenhuizen vervullen een kassiersfunctie voor de productiesamenwerkingsverbanden. De vergoedingen behorende bij de productiesamenwerkingsverbanden komen te vervallen, met uitzondering van de kapitaallasten gebouw. Omdat de kassiersfunctie komt te vervallen met de invoering van prestatiebekostiging in 2011, zal deze beleidsregel niet alleen voor de categorie algemene ziekenhuizen, maar ook de productiesamenwerkingsverbanden, met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd. Voor de radiotherapeutische

centra zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Lokale productiegebonden toeslag (613)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), epilepsie-inrichtingen(040), dialyse centra (060), radiotherapeutische centra (090), revalidatie-instellingen (100) en klinisch genetische centra (390). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en klinisch genetische centra met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd. Voor de overige categorieën zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

BTW-constructies (677)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), epilepsie-inrichtingen(040), dialyse centra (060), audiologische centra (070), radiotherapeutische centra (090), AWBZ-instellingen, Entadministraties AWBZ-instellingen, trombosediensten (220), ambulance diensten (240), gezondheidscentra, instellingen voor jeugd tandverzorging, transplantatie, productiesamenwerkingsverbanden (411-412-413), centrale posten ambulancevervoer (810) en PALGA.

De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd. Voor de overige categorieën zal per 01-01-2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn. Met beëindiging van het bouwregime, zal deze beleidsregel voor de overige categorieën alleen nog van toepassing zijn voor oude BTW-constructies die nog niet budgettair zijn afgerond.

Extramuraal afleveren van geneesmiddelen door intramurale instellingen (679)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), sanatoria, epilepsie-inrichtingen(040), beademingscentra, AWBZ-instellingen toegelaten voor behandeling en verblijf, revalidatie-instellingen (100) en productiesamenwerkingsverbanden (411-412-413).

Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en productiesamenwerkingsverbanden met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd. Voor de overige categorieën zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Controleprotocol (682)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), AWBZ-instellingen, entadministratieis AWBZ-instellingen, ambulancediensten (240) en centrale posten ambulance vervoer (810).

De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd. Voor de overige categorieën zal per 01-01-2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Bijzondere tandheelkunde (740)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020) en revalidatie-instellingen (100). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen

van het vaste uurtarief voor bijzondere tandheelkunde. Het tarief ten aanzien van de bijzondere tandheelkunde wordt momenteel individueel vastgesteld. Landelijke uniforme maximumtarieven voor alle relevante zorgaanbieders zijn in het kader van prestatiebekostiging wenselijk. De NZa zal nagaan of, zo ja op welke wijze en per welke datum de tarieven en beleidsregel voor deze functie aangepast zullen worden.

Bureauformatie IKC 's (805)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie integrale kankercentra (413). Met de afschaffing van het budget komt een einde aan een aantal vergoedingen die zijn opgenomen in de post 'nog in te verrekenen in tarieven', de zogenaamde kassiersfunctie. De kassiersfunctie integrale kankercentra vervalt met de invoering van prestatiebekostiging in 2011. Immers, met de invoering van prestatiebekostiging en de afschaffing van het budget is er geen sprake van het verrekenen van de opbrengsten aan het budget waarin deze posten meeliepen. In de kabinetsreactie 'Waardering voor betere zorg IV' geeft de minister van VWS aan dat de precieze invulling van de bekostiging van de Integrale Kankercentra de komende tijd door VWS zal worden uitgewerkt.

Materiële kosten IKC en kankerregistratie (806)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie integrale kankercentra (413). Met de afschaffing van het budget komt een einde aan een aantal vergoedingen die zijn opgenomen in de post 'nog in te verrekenen in tarieven', de zogenaamde kassiersfunctie. De kassiersfunctie integrale kankercentra vervalt met de invoering van prestatiebekostiging in 2011. Immers, met de invoering van prestatiebekostiging en de afschaffing van het budget is er geen sprake van het verrekenen van de opbrengsten aan het budget waarin deze posten meeliepen. In de kabinetsreactie 'Waardering voor betere zorg IV' geeft de minister van VWS aan dat de precieze invulling van de bekostiging van de Integrale Kankercentra de komende tijd door VWS zal worden uitgewerkt.

Palliatieve zorg integraal kankercentrum (820)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie integrale kankercentra (413). Met de afschaffing van het budget komt een einde aan een aantal vergoedingen die zijn opgenomen in de post 'nog in te verrekenen in tarieven', de zogenaamde kassiersfunctie. De kassiersfunctie integrale kankercentra vervalt met de invoering van prestatiebekostiging in 2011. Immers, met de invoering van prestatiebekostiging en de afschaffing van het budget is er geen sprake van het verrekenen van de opbrengsten aan het budget waarin deze posten meeliepen. In de kabinetsreactie 'Waardering voor betere zorg IV' geeft de minister van VWS aan dat de precieze invulling van de bekostiging van de Integrale Kankercentra de komende tijd door VWS zal worden uitgewerkt.

Capaciteitswijzigingen (867)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), radiotherapeutische centra (090) en revalidatie-instellingen (100). De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd. Voor de overige categorieën zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Kapitaallasten bij uitbesteding (919)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), epilepsie-inrichtingen(040), AWBZ-instellingen

toegelaten voor verblijf, trombosediensten (220) en revalidatie-instellingen (100).

Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. De beleidsregel zal voor de algemene ziekenhuizen met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd. Voor de overige categorieën zal per 01-01-2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Aanvullende inkomsten zorginstellingen (933)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), epilepsie-inrichtingen(040), dialyse centra (060), AWBZ-instellingen, prenatale zorg instellingen zorgaanpakken AWBZ, entadministraties AWBZ-instellingen, ambulance vervoer (240), revalidatie-instellingen (100), klinisch genetische centra (390), productiesamenwerkingsverbanden (411-412-413) en centrale posten ambulance vervoer (810).

Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen de aanvullende inkomsten die niet ter dekking dienen te komen van de aanvaardbare kosten. De beleidsregel zal voor de algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en klinisch genetische centra gedurende de duur van de periode voor het transitie-model doorlopen. Voor de overige categorieën zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn. Verwijzingen in deze beleidsregel naar beleidsregels die met invoering van prestatiebekostiging komen te vervallen (zoals bijvoorbeeld de beleidsregel heffingsrente), zullen worden weggelaten of vervangen.

Afschrijving (957)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), epilepsie-inrichtingen(040), dialyse centra (060), audiologische centra (070), radiotherapeutische centra (090), trombosediensten (220), ambulance diensten (240), abortusklinieken (370), transplantatie, productiesamenwerkingsverbanden (411-412-413), centrale posten ambulancevervoer (810) en AWBZ-instellingen.

Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. De beleidsregel zal voor de algemene ziekenhuizen met de invoering van prestatiebekostiging in beginsel worden beëindigd. Afhankelijk van toepassing van het overgangsregime kapitaallasten zal de beleidsregel in aangepaste vorm van toepassing blijven (zie hoofdstuk 7). Voor de overige categorieën zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Huur en erfpacht (958)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), epilepsie-inrichtingen(040), dialyse centra (060), audiologische centra (070), radiotherapeutische centra (090), trombosediensten (220), ambulance diensten (240), abortusklinieken (370), transplantatie, productiesamenwerkingsverbanden (411-412-413), centrale posten ambulancevervoer (810) en AWBZ-instellingen. Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. De beleidsregel zal voor de algemene ziekenhuizen en productiesamenwerkingsverbanden met de invoering van prestatiebekostiging in beginsel worden beëindigd. Afhankelijk van toepassing van het overgangsregime kapitaallasten zal de beleidsregel in aangepaste vorm van toepassing blijven (zie hoofdstuk 7). Voor de overige categorieën zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Bekostiging eerste tranche zorgopleidingen 2006 (973)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), revalidatie-

instellingen (100). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten vanaf 2006. De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd. Voor de revalidatie-instellingen blijven de geschoonde bedragen zichtbaar in volgende budgetjaren en zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Instandhoudingsinvestering (995)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), epilepsie-inrichtingen(040), dialyse centra (060), radiotherapeutische centra (090) revalidatie-instellingen (100), trombosediensten (220) en AWBZ-instellingen toegelaten voor de functie verblijf en behandeling voor verzekerden met een somatische dan wel psychogeriatrische aandoening of beperking en voor verzekerden met een psychosociaal probleem. Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd. Voor de overige categorieën zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Aanpassing eerste lijn laboratoriumonderzoeken voor huisartsenlaboratoria en productiesamenwerkingsverbanden (998)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorie huisartsenlaboratoria (380) en productiesamenwerkingsverbanden (411-412-413). Met de afschaffing van het budget komt een einde aan een aantal vergoedingen die zijn opgenomen in de post 'nog in te verrekenen in tarieven', de zogenaamde kassiersfunctie. De kassiersfunctie productiesamenwerkingsverbanden vervalt met de invoering van prestatiebekostiging in 2011. Immers, met de invoering van prestatiebekostiging en de afschaffing van het budget is er geen sprake van het verrekenen van de opbrengsten aan het budget waarin deze posten meeliepen. De beleidsregel zal voor de categorie productiesamenwerkingsverbanden met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd.

Aanvaardbare kosten (1014)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), dialyse centra (060), radiotherapeutische centra (090), beademingscentra en klinisch genetische centra (390). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en klinisch genetische centra met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd. Dit geldt tevens voor de vergoedingen opgenomen in de post 'nog in te verrekenen in tarieven', de zogenaamde kassiersfunctie. De kassiersfunctie productiesamenwerkingsverbanden vervalt met de invoering van prestatiebekostiging in 2011. Voor de overige categorieën zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Definitieve opschoning budget 2008 in verband met uitbreiding B-segment (1059)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), radiotherapeutische centra (090) en dialyse instellingen(060). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten vanaf 2008. De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen met invoering van de prestatiebekostiging worden beëindigd. Voor de overige categorieën

blijven de geschoonde bedragen zichtbaar in volgende budget jaren en zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Weesgeneesmiddelen in academische ziekenhuizen (1061 wordt 1133³⁷)
Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene (010) en academische ziekenhuizen (020). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten.

In het kader van prestatiebekostiging van de dure- en weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren is besloten dat deze vergoedingen binnen de nieuwe productstructuur DOT via apart te declareren prestaties zal verlopen, de zogenaamde add-ons. Add-ons zijn voorgesteld als bekostigingsmethodiek, omdat de kostenheterogeniteit van behandelingen met dure- en wees geneesmiddelen erg hoog is. Het is daarom niet wenselijk deze kosten in de tarieven per zorgproduct op te nemen. Gezien de hoge kostenheterogeniteit van behandelingen met dure geneesmiddelen kan verwerking van deze kosten op basis van gemiddelden in DBC's leiden tot onderbehandeling, selectieve doorverwijzing en risicoselectie. Momenteel is de NZa bezig om kostendekkende tarieven vast te stellen voor de add-ons.

De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen met invoering van de prestatiebekostiging worden aangepast. Voor zover de beleidsregel ingaat op de huidige bekostigingsmethodiek zal deze worden weggelaten. Het opnemen van de lijst met productnamen zal in de beleidregel gecontinueerd worden.

Bedragen Definitieve opschoning budgetten 2008 in verband met uitbreiding B-segment (1065)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), radiotherapeutische centra (090) en dialyse instellingen(060). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten vanaf 2008. De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd. Voor de overige categorieën blijven de geschoonde bedragen zichtbaar in volgende budget jaren en zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Kortingsmaatregel 2008 (1083)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), revalidatie-instellingen (100), epilepsie centra (040), radiotherapeutische centra (090) en dialyse instellingen(060). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten vanaf 2008 en zal daarom met de invoering van prestatiebekostiging dan ook worden beëindigd voor algemene en academische ziekenhuizen.

Kortingsmaatregel 2009 (1084)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), revalidatie-instellingen (100), epilepsie centra(040), radiotherapeutische centra (090) en dialyse instellingen(060). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten vanaf 2009 en zal daarom met de invoering van prestatiebekostiging dan ook worden beëindigd. Voor de overige categorieën zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Overgangsregime kapitaallastenvergoeding (1085)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), dialyse centra (060), radiotherapeutische centra (090), beademingscentra en klinisch genetische centra (390). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en klinisch genetische centra worden aangepast voor de doorloop van de fasering na beëindiging van de budgettering. Voor de overige categorieën zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn. De overgangsregeling kapitaallasten wordt nader uitgewerkt in hoofdstuk 7.

Definitieve opschoning budget in verband met uitbreiding B-segment 2009 (1089)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), radiotherapeutische centra (090) en dialyse instellingen (060). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten vanaf 2009. De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd. Voor de overige categorieën blijven de geschoonde bedragen zichtbaar in volgende budget jaren en zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Afschrijvingskosten dubieuze debiteuren (1091)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), radiotherapeutische centra (090) en klinisch genetische centra (390). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en klinisch genetische centra met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd. Voor de radiotherapeutische centra zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Budgetschoning 2e tranche zorgopleidingen – Cure (1102)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), revalidatie-instellingen (100) en epilepsie-inrichtingen(040). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten vanaf 2008. De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen met de invoering van prestatiebekostiging worden beëindigd. Voor de overige categorieën blijven de geschoonde bedragen zichtbaar in volgende budget jaren en zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Dure Geneesmiddelen (1114)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020) en revalidatie-instellingen (100). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten.

In het kader van prestatiebekostiging van de dure- en weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren is besloten dat deze vergoedingen binnen de nieuwe productstructuur DOT via apart te declareren prestaties zal verlopen, de zogenaamde add-ons. Add-ons zijn voorgesteld als bekostigingsmethodiek, omdat de kostenheterogeniteit van behandelingen met dure- en wees geneesmiddelen erg hoog is. Het is daarom niet wenselijk deze kosten in de tarieven per zorgproduct op te nemen. Gezien de hoge kostenheterogeniteit van behandelingen met dure

geneesmiddelen kan verwerking van deze kosten op basis van gemiddelden in DBC's leiden tot onderbehandeling, selectieve doorverwijzing en risicoselectie. Momenteel is de NZa bezig om kostendekkende tarieven vast te stellen voor de add-ons.

De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen met invoering van de prestatiebekostiging worden aangepast. Voor zover de beleidsregel ingaat op de huidige bekostigingsmethodiek zal deze worden weggelaten. Het opnemen van de lijst met productnamen zal in de beleidregel gecontinueerd worden. Voor de revalidatie-instellingen zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Kortingsmaatregel 2010 (1123)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), revalidatie-instellingen (100), epilepsie centra(040), radiotherapeutische centra (090) en dialyse instellingen(060). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten vanaf 2010 en zal met de invoering van prestatiebekostiging dan ook worden beëindigd. Voor de overige categorieën zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

Rente (1134)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), revalidatie-instellingen (100) en epilepsie-inrichtingen(040). Deze beleidsregel heeft betrekking op het vaststellen van de hoogte van de aanvaardbare kosten. De beleidsregel zal voor de categorieën algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen met de invoering van prestatiebekostiging in beginsel worden beëindigd. Afhankelijk van toepassing van het overgangsregime kapitaallasten zal de beleidsregel in aangepaste vorm van toepassing blijven (zie hoofdstuk 7). Voor de overige categorieën zal per 1 januari 2011 een aangepaste beleidsregel van toepassing zijn.

9.2.4 Regelgeving die doorloopt in 2011 (groen)

Naar aanleiding van de inventarisatie zullen een aantal beleidregels en nadere regels ongewijzigd doorlopen in 2011. Binnen deze categorie groen vallen de volgende beleidsregels.

Nummer	Titel
B1	Beleidsregel algemene bepalingen experimenten
982	Steunverlening aan instellingen met financiële problemen
1116	Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg
CV-7000-5.0.-1	Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 21, CVR2)
CU-7000-4.0.-4 / CA-415	Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties

9.2.4.1 Onderbouwing

Steunverlening aan instellingen met financiële problemen (982)

Deze beleidsregel is van toepassing op de categorieën algemene ziekenhuizen (010), academische ziekenhuizen (020), sanatoria, epilepsie-inrichtingen(040), dialyse centra (060), beademingcentra, audiologische centra (070), radiotherapeutische centra (090), revalidatie-

instellingen (100), huisartsenlaboratoria (380), klinisch genetische centra (390), trombosediensten (220), ambulancediensten (240), abortusklinieken (370), instellingen voor jeugdtandverzorging, instellingen voor bijzondere tandheelkunde en huisartsendienstenstructuren.

Deze beleidsregel wordt op termijn door de NZa aangepast. Daarbij zal worden gewaarborgd dat steunbeleid passend zal zijn binnen een systeem van prestatiebekostiging.

9.2.5 Slotbepaling regelgeving

Waar in dit document wordt gesproken over beëindiging of wijziging van beleidsregels of nadere regels per enige datum, houdt dit in dat de beleidsregels of nadere regels in beginsel wel van toepassing blijven op de betreffende tijdvakken voorafgaand aan de beëindiging of wijziging. In de uitwerking van de beleidsregels of nadere regels zal dit verder worden geconcretiseerd.

9.3 Tijdsfad afwikkeling

De afwikkeling van het functiegerichte budget kan voor alle categorieën worden opgekapt in drie onderdelen: afwikkeling 2009, afwikkeling 2010 en verwerking bezwaarzaken met betrekking tot jaren t/m 2010.

9.3.1 Afwikkeling 2009

Op 1 april 2010 dienen de instellingen de voorlopige nacalculatie 2009 bij de NZa in te dienen. De definitieve nacalculatie 2009 dient voor 1 juni 2010 bij de NZa te zijn aangeleverd. Na het verlopen van de indieningstermijn wordt door de NZa het handhavinginstrument ingezet zodat alle gegevens tijdig beschikbaar zijn.

Alle voorlopige nacalculaties worden in mei 2010 afgehandeld. De definitieve nacalculaties worden in september 2010 in de budgetten verwerkt. Aansluitend aan de verwerking van de definitieve nacalculaties wordt de opbrengstverrekening 2009 gestart. De opbrengstverrekening 2009 bevat een consultatiefase waarin instellingen en verzekeraars onjuistheden en correcties op de verwerking van de nacalculatie en berekening van het opbrengstverschil kunnen aangeven. In december 2010 wordt de opbrengstverrekening 2009 definitief vastgesteld middels een tariefbeschikking.

Na de definitieve vaststelling kunnen afgegeven bedragen van de opbrengstverrekening 2009 niet meer worden gewijzigd. Eventuele correctie naar aanleiding van bezwaar/beroep worden verwerkt in het volgende boekjaar. Indien tijdig door de NZa en/of CBB een besluit op beroep wordt genomen kunnen eventuele correcties worden verwerkt in de opbrengstverrekening 2010.

Naar aanleiding van de tariefsbeschikking van december 2010 kunnen partijen in lokaal overleg overgaan tot voorlopige verrekening van de vastgestelde vaste bedrag. De verrekening op basis van marktaandelen vindt plaats in september 2011. Voor de bepaling van de marktaandelen van de verzekeraars per instelling wordt een gegevensvraag door het CVZ bij de verzekeraars gedaan. Deze gegevens zijn niet eerder dan 1 juli 2011 bij het CVZ beschikbaar.

9.3.2 Afwikkeling 2010

Op 1 april 2011 dienen de instellingen de voorlopige nacalculatie 2010 bij de NZa in te dienen. De definitieve nacalculatie 2010 dient voor 1 juni 2011 bij de NZa te zijn aangeleverd. Na het verlopen van de indieningstermijn wordt door de NZa het handhavinginstrument ingezet zodat alle gegevens tijdig beschikbaar zijn.

De aanvragen worden in september 2011 in de budgetten verwerkt. Aansluitend aan de verwerking in de rekenstaten wordt de opbrengstverrekening 2010 gestart. De opbrengstverrekening 2010 bevat een consultatiefase waarin instellingen en verzekeraars onjuistheden en correcties op de verwerking van de nacalculatie kunnen aangeven. In december 2011 wordt de opbrengstverrekening 2010 definitief vastgesteld middels een tariefbeschikking.

Naar aanleiding van de definitieve vaststelling kunnen partijen in lokaal overleg overgaan tot voorlopige verrekening van het vastgestelde vaste bedrag. De definitieve verrekening op basis van marktaandelen vindt op basis van de huidige procedure plaats in september 2012. Voor de bepaling van de marktaandelen van de verzekeraars per instelling wordt een gegevensvraag door het CVZ bij de verzekeraars gedaan. Deze gegevens zijn niet eerder dan 1 juli 2012 bij het CVZ beschikbaar.

Volgens partijen kan definitieve afrekening van het FB-systeem plaatsvinden op uiterlijk 1 december 2012. De NZa zou zich voor wat betreft het tijdspad kunnen aansluiten.

9.3.3 Correcties op vaststelling t/m 2010

Het is denkbaar dat correcties plaatsvinden nadat de historische omzet is vastgesteld en de geplande afsluiting van het laatste budgetjaar (2010) heeft plaatsgevonden. Wanneer mag een vaststelling als definitief worden beschouwd en wat zijn de mogelijkheden voor de NZa om het definitief worden te versnellen?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden wordt hieronder eerst het juridisch kader geschetst. Vervolgens wordt ingegaan op de vaststelling van de nacalculatie over het laatste FB-jaar en opbrengstverrekening.

9.3.3.1 Het juridisch kader

Op basis van de juridische kaders kan de volgende hoofdlijn worden geformuleerd:

Binnen de grenzen van wet en algemene beginselen van behoorlijk bestuur (m.n. voorzienbaarheid) kan de NZa in haar beleidsregels bepalen dat een bedrag op enig moment definitief wordt vastgesteld, zelfs al bestaat er een kans dat op een latere datum nog gegevens bekend worden die het vastgestelde bedrag beïnvloeden. Van geval tot geval zal *moeten* worden bekeken of de nagekomen gegevens aanleiding zijn om op grond van 'bijzondere omstandigheden' in afwijking van het beleid tóch een hernieuwde vaststelling te doen. Naar mate instellingen meer tijd hebben gehad om de voor de vaststelling gebruikte gegevens op orde te brengen en betrouwbaardere indicaties hebben gekregen, zal er minder snel sprake zijn van bijzondere omstandigheden en de noodzaak tot afwijking. De eenmalige vaststelling betekent niet dat er afbreuk kan worden gedaan aan bestaande civiele rechten zoals het recht op betaling van een declaratie die nog niet is verjaard. Hoe dat recht feitelijk moet worden verwerkt moet van geval tot geval worden bekeken (zie ook de

voorbeelden hieronder). De mogelijkheid van bezwaar en beroep kan nooit worden uitgesloten. Wel kan het risico ervan worden beperkt door over 'gevoelige' onderwerpen zo vroeg mogelijk³⁸ een *afzonderlijk* besluit te nemen.

9.3.3.2 Afsluiting van het FB

De vraag wanneer het FB als definitief heeft te gelden hangt af van de feitelijke omstandigheden:

- Er is geen bezwaar aangetekend tegen de tariefbeschikking waarmee de nacalculatie is vastgesteld, er zijn sindsdien meer dan zes weken verstreken en de NZa heeft de opgave van de instelling gevolgd. De conclusie moet dan zijn dat de nacalculatie definitief is komen vast te staan en dat er geen reden is om opnieuw een aanvraag in behandeling te nemen. Omdat het tarief niet verandert is er ook geen reden de opbrengstverrekening aan te passen. Wat dit betekent in de relatie zorgaanbieder-zorgverzekeraar hangt mede af van de (ons onbekende) inhoud van hun overeenkomst; het is niet uitgesloten dat in die relatie het declaratierecht al is verjaard.
- Er is een fout gemaakt in de nacalculatie (ofwel door de NZa ofwel door de instelling). Ook hier geldt de conclusie van 1).
- Als 1), maar de nacalculatie is door de NZa in voor de instelling nadelige zin gewijzigd. De instelling vermeldt geen nieuwe feiten of veranderde omstandigheden. De NZa kan³⁹ deze aanvraag afwijzen op grond van de Awb, gevolgen verder als onder 1).
- Idem, de instelling vermeldt wel nieuwe feiten of omstandigheden. De NZa is gehouden deze feiten te onderzoeken en te bezien of de nieuwe informatie tot een andere uitkomst leidt.
- De declaraties worden ingediend terwijl er een bezwaar of beroepszaak loopt tegen de betreffende tariefbeschikking. Het argument dat er al een definitieve beslissing is gaat in dit geval niet op. Het ligt met het oog op proceseconomie voor de hand om de beslissing waartegen het bezwaar zich richt (indien daar inhoudelijk aanleiding toe is) te wijzigen, zodat ook deze wijziging in de procedure kan worden beoordeeld. De noodzaak tot wijziging moet echter ook worden bekeken in het licht van het beleid ten aanzien van indieningstermijnen: volgt uit dergelijke beleid dat de instelling te laat is dan geldt dat in principe ook tijdens een procedure. Hieruit kan worden geconcludeerd dat het wenselijk is om naast de beperkingen die uit het wettelijk kader voortvloeien ook eigen beleid ten aanzien van indieningstermijnen te hebben.
- De mutaties vloeien voort uit een materiële controle. In dit geval zal het doorgaan om een terugbetaling door een instelling aan een of meer verzekeraars gaan. Uit de aard van deze transactie volgt dat deze altijd zal moeten worden verwerkt.

9.3.3.3 Opbrengstverrekening

Correcties na het laatste jaar waarover opbrengstverrekening plaatsvindt (2010, nu gepland voor december 2011) kunnen niet meer zoals nu gebeurt in een volgend jaar worden verwerkt. Daarom is van belang om vast te stellen wanneer 2010 nu definitief kan worden afgerond. Net als voor het FB geldt dat het antwoord samenhangt met de omstandigheden van het geval, maar dat er als de beschikkingen eenmaal onherroepelijk

³⁸ Dit moment wordt mede bepaald door de vraag of de NZa ten aanzien van het onderwerp een wettelijke bevoegdheid heeft. Zo zal voor het vaststellen van 'een grens aan de som van tarieven' eerst de Wmg gewijzigd moeten zijn.

³⁹ Uit de vermelding *kan* volgt dat de NZa aan beleidsvrijheid heeft en hier dus ook een beleidsregel over zou kunnen maken. Het belang daarvan is nu gering maar wordt bij de aanstaande stelselwijzigingen groter.

zijn komen vast te staan, nog slechts in uitzonderlijke gevallen zal hoeven te worden gecorrigeerd.

Als de beschikkingen in december 2010 worden afgegeven verstrikt medio januari de bezwaartermijn, moeten medio april bezwaren zijn afgehandeld, kan tot eind mei beroep worden aangetekend en zou medio 2012 definitief bekend moeten zijn wat de uitkomst van beroepszaken is. Dan kan ook de allerlaatste verrekeningsbeschikking worden afgegeven. Zoals eerder aangegeven is het niet mogelijk om de bezwaarmogelijkheid uit te sluiten: ook tegen de als allerlaatste bedoelde verrekeningsbeschikking is weer bezwaar mogelijk.

Om toch definitief een einde aan deze wijze van verrekenen mogelijk te maken kan overwogen worden om op dit moment (dus na medio 2012) nabranders in het dan lopende kalenderjaar en ten laste van het dan geldende budgettaire kader met het zorgverzekeringsfonds te verrekenen. Dat is wellicht mogelijk met de nieuwe systematiek die naar verwachting in de wet zal worden opgenomen. In de wet zal naar verwachting worden geregeld dat de NZa (ook ambtshalve) een vereffeningsbedrag kan vaststellen (een bedrag dat de ziektekostenverzekeraar bij een zorgaanbieder in rekening kan brengen ten behoeve van het vereffenen van het in rekening gebrachte, betrekking hebbend op een door de zorgautoriteit bepaalde periode). Met VWS zal worden afgestemd of dit instrumentarium kan worden gebruikt om nabranders in de opbrengstverrekening te corrigeren. Voor de omgekeerde situatie – zorgaanbieder brengt in rekening bij het zorgverzekeringsfonds – is die mogelijkheid echter op dit moment niet voorzien: deze mogelijkheid zal naar verwachting alleen voor beschikbaarheidsbijdragen gelden.

Met VWS zal worden besproken of op dit punt een aanvullende regeling kan worden getroffen in de wet, zodat de correctie van nabranders in de opbrengstverrekening op de meest efficiënte wijze kan worden uitgevoerd.

10. Vervolgproces en opstellen regels

Na oplevering van de volledige versie van het verantwoordingsdocument en de consultatie daarvan, zal de NZa definitieve keuzes maken. Deze zullen worden vastgelegd in de door de Raad van Bestuur vastgestelde beleidsregels en regelingen. De NZa streeft hierbij naar optimale voorzienbaarheid. Op dit moment valt echter niet het exacte tijdsplan aan te geven. Duidelijk is wel dat de beleidsregels en regelingen op zijn vroegst op 1 augustus 2010 openbaar kunnen worden (zie ook hoofdstuk 1.5).

De invoering van de nieuwe beleidsregels zal vrijwel gelijktijd plaatsvinden met een algehele herijking van de beleidsregels in de curatieve sector. Dit zal er toe leiden dat de opzet van de beleidsregels en de indeling ervan conform een geheel nieuwe aanpak zal zijn. In deze paragraaf worden de uitgangspunten van deze nieuwe aanpak geschetst en zal een algemene indruk worden gegeven van de opbouw van de beleidsregels.

10.1 Onderscheid beleidsregels – nadere regel

De NZa heeft de bevoegdheid beleidsregels vast te stellen ter nadere invulling van haar beleid. In dit verband is van belang dat de NZa beleidsregels zal ontwikkelen ten aanzien van de tariefregulering van de ziekenhuiszorg. Hierbij wordt onderkend dat de ziekenhuiszorg meer omvat dan de medisch specialistische zorg en dat ook overige prestaties onderdeel zijn van beleidsbepaling. Bij de opbouw van de beleidsregels zal worden aangesloten bij de functiegerichte benadering van de Wmg en van de Zvw. Vervolgens zal worden aangegeven op welke wijze de NZa in de ziekenhuiszorg de tariefregulering uitvoering zal geven. Dit houdt in dat wordt aangegeven op welke wijze tot tariefvaststelling wordt gekomen en hoe de totstandkomingsprocedure is. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de vaste beschikbaarheidsvergoedingen, de gereguleerde tarieven en de vrije tarieven. Vanwege de functiegerichte invulling van het beleid zal de NZa ook beleid formuleren ten aanzien van de vraag aan wie de tariefbeschikking zal worden gericht.

Voor zover noodzakelijk zal de NZa tevens nadere regels opstellen. Nadere regels zijn algemene verbindende voorschriften waaraan marktpartijen zich moeten houden. Het gaat hierbij dus niet om de formulering van de invulling van de eigen beleidsbevoegdheid, doch om opgelegde verplichtingen. Deze kunnen betrekking hebben op het declaratieverkeer, op administratieve verplichtingen en op transparantie-eisen. Ook is het mogelijk dat met nadere regels instructies worden gegeven over de vormgeving van contractuele relaties. Deze nadere regels zal de NZa in de toekomst gaan handhaven, bijvoorbeeld door het geven van een aanwijzing, een last onder dwangsom of een boete.

10.2 Eindmodel als uitgangspunt

De NZa heeft ervoor gekozen bij de formulering van de beleidsregels het eindmodel (volledige prestatiebekostiging) als uitgangspunt te hanteren. De transitieperiode met de Z-waarde zal in separate tijdelijke beleidsregels worden opgezet. Daarbij zal de duur van de overgangperiode worden vermeld. In de beleidsregel zal worden bepaald wanneer, onder welke omstandigheden en op welke wijze het

overgangsbeleid wordt ingetrokken. Door deze methodiek wordt op voorhand duidelijk welk onderdeel van het beleid tijdelijk is en wat het beoogde eindresultaat zal zijn. Tevens wordt het mogelijk exact te bepalen welk tijdelijk beleid minimaal noodzakelijk is om het transitie-model in stand te laten.

10.3 Integratie beleidsregel invoering DOT

Naast de hoofdbeleidsregel en het overgangsbeleid zal de NZa tevens overgaan tot het invoering van DOT. Ook in het kader van dat project zullen beleidsregels worden geformuleerd. Dit zal ertoe leiden dat in de loop van dit jaar voor de ziekenhuiszorg een complete onderling samenhangende set beleidsregels zal worden vastgesteld.