

Advies

Overheveling Geriatrische revalidatiezorg van AWBZ naar Zvw

Nadere uitwerking garantiebekostiging en
overheveling kapitaallasten

Inhoud

Vooraf	5
1. Inleiding	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Leeswijzer	7
2. Tariefsoort oude prestaties	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Vast tarief	9
2.3 Bandbreedte- en maximumtarief	9
2.4 Conclusie en advies	10
3. Overheveling kapitaallasten	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Kapitaallasten extramurale zorg	13
3.3 Kapitaallasten intramurale zorg	13
3.3.1 Van nacalculatie naar norm	13
3.3.2 Overheveling kapitaallasten	14
3.3.2.1 Model 1: Overhevelen met uitvoering binnen de Zvw	14
3.3.2.2 Model 2: Overhevelen met uitvoering binnen de AWBZ	16
3.3.3 Tariefsoort kapitaallasten	16
3.4 Conclusie en advies	16
4. Registratie oude prestaties en opbrengstverrekening	19
4.1 Registratie oude prestaties	19
4.1.1 Optie 1: Het afleiden van de oude parameters	19
4.1.2 Optie 2: Registreren van de oude parameters	19
4.1.3 Conclusie	19
4.2 Opbrengstverrekening	20
4.2.1 Optie 1: Op cliëntniveau direct op de factuur in 2013	20
4.2.2 Optie 2: Op instellingsniveau achteraf	20
4.2.3 Conclusie	20
4.3 Aandachtspunten	20
4.3.1 Volume afspraken	20
4.3.2 Nieuwe producten	21
4.3.3 Overgang op DBC-declaratie	21

Vooraf

In 2009 heeft de minister van VWS de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd te adviseren over de wijze waarop de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) (voorheen somatische revalidatiezorg) onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) bekostigd en gefinancierd kan worden. De NZa heeft hierop in 2010 een uitvoeringstoets 'Overheveling Somatische revalidatiezorg van AWBZ naar Zvw' opgesteld.

Voor u ligt het advies over de nadere invulling van de garantiebekostiging van de GRZ en de overheveling van de kapitaallasten voor deze zorg. De GRZ wordt per 1 januari 2013 overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zvw. Gelijkzeitig wordt volgens de planning een nieuw bekostigingssysteem geïntroduceerd. Om de zorgvuldigheid hiervan te borgen en risico's voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid af te dekken is in 2013 sprake van een garantiebekostiging.

In de brief aan de Tweede kamer van 13 mei 2011 worden enige randvoorwaarden geschetst waaraan de bekostiging in 2013 moet voldoen. Zo wordt aangegeven dat sprake is van een garantiebekostiging en dat rekening wordt gehouden met het invoertraject van de normatieve huisvestingscomponent (NHC) voor de bekostiging van de kapitaallasten. Op detail niveau moet het beleid nog verder worden ingevuld.

Met dit document adviseert de NZa over de nadere invulling van de garantiebekostiging en het overhevelen van de kapitaallasten. Daarbij wordt stilgestaan bij de tariefsoort van de oude prestaties, die deel uitmaken van de garantiebekostiging, en het overhevelen van de kapitaallasten. Daarnaast geeft de NZa invulling aan de registratie van de oude parameters en de verrekening tussen de oude en nieuwe bekostiging. Dit advies is afgestemd met de veldpartijen.

Voor de vaststelling van de tariefsoort van de oude en nieuwe prestaties en voor de wijze van uitname van de kapitaallasten en van loon- en materiële kosten uit de AWBZ verwachten wij van de minister een aanwijzing.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Per 1 januari 2013 wordt de GRZ overgeheveld naar de Zvw. Deze overheveling valt naar verwachting samen met de introductie van de DBC-zorgproducten.¹ Als in 2013 overgegaan kan worden op declaratie in DBC's dan wordt de bekostiging gebaseerd op de oude prestaties terwijl de financiering plaats vindt op basis van de nieuwe prestaties.

Voor de bestaande zorgaanbieders geldt dat de inkomsten van de gedeclareerde DBC's, bij de eindafrekening, gelijk worden gesteld aan de kosten op basis van gerealiseerde oude parameters. Een eventueel hoger of lager gedeclareerd bedrag aan DBC's wordt verrekend.² Bij een positief verrekenbedrag moet de aanbieder nog geld ontvangen en bij een negatief verrekenbedrag moet de aanbieder geld afdragen. Nieuwe zorgaanbieders declareren DBC's. Hier is geen sprake van een garantieregeling. Volgens planning wordt in 2014 de zorg volledig op basis van DBC-zorgproducten bekostigd.

De garantieregeling compenseert voor prijsverschillen tussen de oude parameters en de nieuwe DBC's. De bekostiging (op oude paramaters) vindt plaats op basis van het aantal gerealiseerde ligdagen en nog niet op basis van een gemiddeld aantal dagen, zoals opgenomen in de DBC's. Indien het aantal gerealiseerde dagen in 2013 lager is dan in 2012 wordt hier niet voor gecompenseerd. Immers onder de AWBZ is al sprake van prestatiebekostiging, waarbij de inkomsten afhankelijk³ zijn van de gerealiseerde uren en ligdagen.

Hiermee is in grote lijnen de bekostiging en financiering in 2013 ingevuld. Een aantal onderdelen van de bekostiging in 2013 staat nog open. De verdere invulling vindt u in dit advies. Dit advies heeft betrekking op het transitiejaar 2013.

In dit advies wordt niet ingegaan op de tariefsoort van de nieuwe prestaties. Immers in uw brief van 13 mei 2011 heeft u reeds aangegeven dat in de transitiefase voor de DBC's maximumtarieven en later vrije prijzen gelden.

1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 treft u ons advies aan over de tariefsoort van de oude prestaties. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de overheveling van de kapitaallasten. In hoofdstuk 4 lichten wij toe hoe wij invulling willen geven aan het vaststellen van het volume uitgedrukt in oude parameters en de opbrengstverrekening.

¹ Een succesvolle invoering van DBC's voor de GRZ per 2013 is afhankelijk van de beschikbaarheid van DBC's die geschikt zijn voor prestatiebekostiging. Daarnaast dienen zorgaanbieders die GRZ leveren voldoende in staat te zijn om DBC's te registreren en te declareren.

² Zou enkel het beheersen van de uitgaven worden beoogd dan zou een onderschrijding van het budget niet worden gecompenseerd en alleen een overschrijding worden terugbetaald.

³ Afgezien van de kapitaallasten en enkele andere parameters die nog niet op cliëntniveau worden gedeclareerd.

2. Tariefsoort oude prestaties

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de mogelijke tariefsoorten voor de loon- en materiële kosten besproken. Er bestaan drie opties voor de tariefsoort:

- vast tarief;
- bandbreedtetarief;
- maximumtarief.

In 2012 hebben zorgkantoren de mogelijkheid om binnen een bandbreedte (tussen 94% en 100%) kortingen op de prijs van de intramurale zorg af te spreken. Voor de extramurale zorg zijn de tarieven gemaximeerd.

2.2 Vast tarief

Vaste tarieven kunnen gehanteerd worden indien verzekeraars geen prikkels hebben om doelmatig in te kopen. Doordat in 2013 de zorgverzekeraars geen risico lopen omdat de GRZ volledig wordt vergoed middels de risicoverevening zijn er beperkte prikkels tot het scherp inkopen van GRZ.

Door de vaste tarieven te baseren op het gewogen gemiddelde tarief⁴, worden de gerealiseerde besparingen in het verleden, onder het regime van een contracteerruimte, gecontinueerd. Nadeel van deze methode is dat verzekeraars dan niet de mogelijkheid wordt geboden om te onderhandelen en een rol te spelen in de beheersbaarheid of tot het kwaliteitsbeleid. Dit is contrair met het gewenste eindperspectief en de doelstelling van de garantiebekostiging. Daarnaast zijn er wellicht zorgaanbieders die in 2012 voor de maximale prijs GRZ leveren. Deze zorgaanbieders kunnen alleen tegen het vastgestelde lagere tarief in 2013 de zorg te leveren. Dit staat haaks op de garantiebekostiging en de doelstelling hiervan.

2.3 Bandbreedte- en maximumtarief

Bandbreedte- en maximumtarieven zijn onderhandelbare tarieven. Bij een onderhandelbaar tarief kan meer worden gedifferentieerd op basis van de kwaliteit van de geleverde zorg.

In het algemeen loopt een zorgaanbieder in een model van prestatiebekostiging met gereguleerde maximumtarieven dan wel bandbreedtetarieven een prijsrisico. Immers de zorgverzekeraar kan de zorg onder de maximumprijs contracteren. De mate waarin dat gebeurt zal afhankelijk zijn van de aanwezige concurrentie en van de inkoopmacht van de zorgverzekeraar. Vooralsnog heeft de zorgverzekeraar in 2013 een beperkte financiële prikkel om de inkoopprijs te drukken omdat de zorgverzekeraars geen financieel risico lopen.

Bij onderhandelbare tarieven is het mogelijk dat zodra inzicht bestaat in de DBC-tarieven zorgverzekeraars hier al op in willen spelen. In gevallen

⁴Afgesproken voor de 'oude' prestaties in 2012, waarbij rekening wordt gehouden met de indexering naar 2013.

dat de totale DBC-omzet lager is dan de totale omzet op oude parameters willen zorgverzekeraars mogelijk een lagere prijs afspreken. Hiermee wordt niet voldaan aan de doelstelling van de garantiebekostiging. Dit effect zou bij tarieven met een beperkte bandbreedte of vaste tarieven niet aanwezig zijn.

Eén van de bezwaren tegen de huidige ZZP-bekostiging is dat de behandelvergoeding gekoppeld is aan verblijf. De sector is bezig de ligduur te verkorten en de behandeling te intensiveren. Het huidige tarief voor de ZZP's gaat uit van een minder intensieve behandeling en is voor deze nieuwe behandelaanpak niet kostendekkend. Dit is ondervangen door een transitietoeslag te introduceren.⁵ Een sterke prijsprikkel op de dagvergoeding zal tegenovergesteld werken aan het doel van de transitietoeslag. Bandbreedtetarieven zorgen ervoor dat deze prikkel beperkt blijft.

2.4 Conclusie en advies

In onderstaande tabel staan de voor- en nadelen, respectievelijk geduid met een + of -, van de diverse tariefsoorten opgesomd.

criteria	vasttarief	bandbreedtetarief	maximumtarief
aansluiten doel garantie-bekostiging	+/- past voldoende bij het doel van een garantiebudget	+/- past voldoende bij het doel van een garantiebudget	- werkt niet als garantiebudget
mate van interferentie oude- en nieuwe bekostiging	+ voorkomt interferentie tussen oude-nieuwe bekostiging ofwel draagt bij aan doelstelling garantiebekostiging	+/- stelt grenzen aan de interferentie tussen oude-nieuwe bekostiging ofwel draagt bij aan doelstelling garantiebekostiging	- interferentie mogelijk waarbij ZZP prijs is gebaseerd op DBC-prijs waarbij 'afbouwers al eerder worden geconfronteerd met DBC-effecten
mate van inverse prikkels tov de transitietoelagen	+ creëert geen inverse prikkels tov de transitietoelagen	+/- creëert maar zeer beperkte perverse prikkels tov de transitietoelagen vanwege geringe bandbreedte	- creëert inverse prikkels tov de transitietoelagen
mate van aansluiting met bestaande afspraken (intramuraal)	- sluit niet aan bij de bestaande afspraken	+ sluit aan bij bestaande afspraken	- sluit niet aan bij de bestaande afspraken
mate van aansluiting met bestaande afspraken (extramuraal)	- sluit niet aan bij de bestaande afspraken	- sluit niet aan bij de bestaande afspraken	+ sluit aan bij de bestaande afspraken
mate waarin verzekeraars/aanbieders zich kunnen onderscheiden	- verzekeraars/ aanbieders kunnen zich niet onderscheiden	+/- verzekeraars/aanbieders kunnen zich onderscheiden van elkaar	+ verzekeraars/aanbieders kunnen zich onderscheiden van elkaar
transactiekosten	+ geen transactiekosten	- wel transactiekosten	- wel transactiekosten
mate van aansluiting bij het eindperspectief	- sluit niet aan bij het eindperspectief	+/- sluit aan bij het eindperspectief	+ sluit aan bij het eindperspectief

⁵ De transitietoelagen zijn macroneutraal ingevoerd. Door een besparing op de ligdagen kan de behandelinzet worden geïntensiveerd.

Om de garantiebekostiging daadwerkelijk als garantie op de prijs te laten werken dient de garantiebekostiging zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de bestaande situatie en die te continueren. Hierdoor kunnen instellingen zich richten op de transitie en het functioneren in het nieuwe systeem.

Het ligt in de rede om onderhandelbare tarieven binnen een bandbreedte te hanteren omdat dit systeem nu al geldt voor de intramurale zorg. Voor de extramurale zorg gelden maximum tarieven. In de praktijk betekent dit dat het grootste gedeelte van deze zorg binnen een bandbreedte wordt ingekocht.

Advies

De NZa adviseert in de transitieperiode (2013) om voor de loon- en materiële kosten na het vergelijken van de voor- en nadelen van de verschillende tariefsoorten, bandbreedtetarieven te hanteren. Dit aangezien bandbreedtetarieven het meest in lijn liggen met de doelstelling van het garantiebudget en naar verwachting het meest tegemoet komen aan alle risico's en rollen van partijen.

Voor de intramurale zorg adviseert de NZa een bandbreedte van 6%, conform de huidige bandbreedte. Voor de extramurale zorg wordt de bandbreedte nog bepaald. De NZa adviseert om deze te baseren op de spreiding in de prijsafspraken die voor 2012 zijn ingediend. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de tariefsoort van de kapitaallasten.

3. Overheveling kapitaallasten

3.1 Inleiding

Naast de overheveling van de loon- en materiële kosten worden ook de kapitaallasten, die samenhangen met de GRZ, overgeheveld. Het gaat om de overheveling van de kapitaallasten van de intramurale zorg GRZ (ZZP 9A) en van de extramurale zorg GRZ (H801).

De bekostiging van de kapitaallasten van de extramurale zorg verschilt van de bekostiging van de kapitaallasten van de intramurale zorg. In 2007 zijn de kapitaallasten voor de extramurale zorg genormeerd en opgenomen in de tarieven waardoor er sprake is van integrale tarieven.

De bekostiging van de intramurale kapitaallasten is tot en met 2011 nog volledig gebaseerd op nacalculatie. Per 2012 wordt de bekostiging stapsgewijs genormeerd. Het invoertraject (2012 t/m 2017) van de genormeerde intramurale kapitaallasten valt samen met de overheveling van de GRZ van AWBZ naar Zvw (vanaf 2013). Door het invoertraject voor de intramurale kapitaallasten zullen de overhevelingsscenario's voor de extramurale en intramurale zorg verschillen.

3.2 Kapitaallasten extramurale zorg

De kapitaallasten voor de extramurale zorg zijn al vanaf 2007 genormeerd⁶ en onderdeel van een integraal tarief en kunnen daarmee direct overgeheveld worden, zonder verrekening of overgangsregeling.

3.3 Kapitaallasten intramurale zorg

3.3.1 Van nacalculatie naar norm

De bekostiging van de kapitaallasten van de intramurale zorg AWBZ wordt vanaf 2012 gebaseerd op de normatieve huisvestingscomponent (NHC), waarbij sprake is van een overgangsperiode voor bestaande zorgaanbieders van 2012 t/m 2017.

De NHC kent een andere grondslag dan de nu bestaande kapitaallastenvergoeding. De huidige bekostiging is gebaseerd op een 50-jarige lineaire financiering en aflossing inclusief renovatie, terwijl de NHC gebaseerd is op een 30-jarige annuïtaire financiering en aflossing zonder renovatie. Dit betekent dat voor recente gebouwen de oude vergoeding hoger is, terwijl voor oudere gebouwen de NHC hoger zal zijn. Op totaalniveau (macroniveau) is er sprake van een mix van oude en nieuwe gebouwen, waardoor de kapitaallasten op basis van de oude vergoeding gemiddeld lager liggen dan de kapitaallasten op basis van de NHC. Er is dan sprake van een groei naar de NHC. In de grafiek onder 3.3.2.1 is dit zichtbaar als een stijgende lijn van de kapitaallasten op basis van nacalculatie 2011 naar de kapitaallasten op basis van NHC.

⁶ Met de invoering van de integrale tarieven is tevens een correctie in de rekenstaat opgenomen om dubbele bekostiging te voorkomen. Deze correctie wordt vanaf 2012 in vier jaar in het AWBZ-budget afgebouwd.

De NHC is per 2012 ingevoerd, waarbij voor bestaande zorgaanbieders een overgangperiode geldt van 2012 t/m 2017. In de overgangperiode wordt de bekostiging volgens het bestaande regime (nacalculeerbare kapitaallasten) afgebouwd en de NHC opgebouwd. De bekostiging wordt vastgesteld als het gewogen gemiddelde van de nacalculeerbare kapitaallasten en de NHC, conform de wegingsfactoren in onderstaande tabel.

Invoertarief integrale tarieven (NHC)

Jaar	Nacalculeerbare kapitaallasten	NHC
2011	100%	0%
2012	90%	10%
2013	80%	20%
2014	70%	30%
2015	50%	50%
2016	30%	70%
2017	15%	85%
2018	0%	100%

Een aandachtspunt bij dit model is dat bestaande zorgaanbieders voor de kapitaallasten in een overgangssituatie zitten waarin zij niet de beschikking hebben over de volledige NHC. Voor 2013 hebben bestaande zorgaanbieders voor 20% beschikking over de NHC terwijl nieuwe zorgaanbieders beschikking hebben over 100% van de NHC.

3.3.2 Overheveling kapitaallasten

Het eindperspectief voor de bekostiging van de kapitaallasten GRZ is voor zowel de AWBZ als de Zvw gelijk: een integraal tarief.

Omdat de overheveling naar de Zvw grote wijzigingen met zich meebrengt heeft de NZa voor de bekostiging en de overheveling van de kapitaallasten de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- Een kostenneutrale overheveling van AWBZ naar Zvw inclusief de toegroei naar de NHC in de periode 2013 t/m 2017.
- Een geleidelijk toenemend volumerisico voor de huidige zorgaanbieders in de periode 2013 t/m 2017.
- Een model dat dicht bij de beoogde eindsituatie (volledige risicodragendheid voor verzekeraars per 2015) ligt.
- Minimale uitvoeringslasten (in de Zvw).

Overhevelingmethoden

Aangezien de toegroei naar de NHC deels samenvalt met de overheveling van de GRZ naar de Zvw is dit van invloed op de overheveling van de kapitaallasten. Door de gestelde randvoorwaarde van kostenneutraliteit (met een toegroei naar de NHC) dient aangesloten te worden bij het overgangsregime, zoals onder de AWBZ is vormgegeven. Hiertoe zijn twee overhevelingsscenario's uitgewerkt:

- Overhevelen met uitvoering binnen de Zvw.
- Overhevelen met uitvoering binnen de AWBZ.

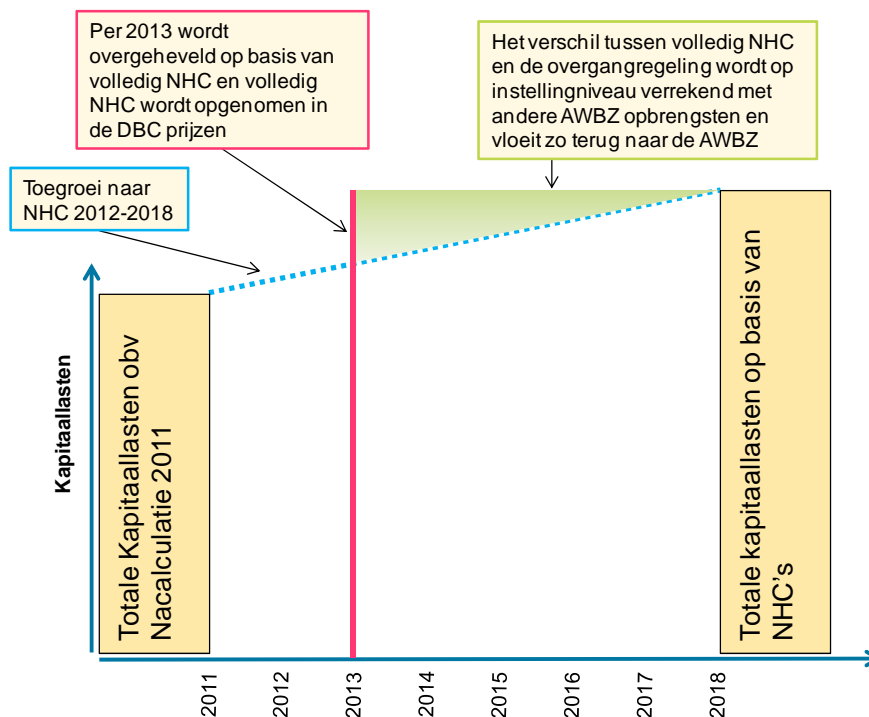
3.3.2.1 Model 1: Overhevelen met uitvoering binnen de Zvw

Binnen dit model worden de kapitaallasten voor de GRZ onder de Zvw vergoed. De kapitaallasten worden op basis van de volledige NHC

toegerekend aan de DBC's. Door zowel bestaande als nieuwe zorgaanbieders worden integrale DBC-tarieven gedeclareerd.⁷

Bovenstaande betekent dat de overheveling van de kapitaallasten gebaseerd wordt op de volledige NHC. Door het vastgestelde ingroeitraject⁸ worden hiermee te veel middelen overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Om ervoor te zorgen dat de overheveling kostenneutraal is, vindt er een verrekening met het 'AWBZ-budget' van de bestaande zorgaanbieders plaats.

Het verschil tussen de volledige NHC en de vergoeding waar de bestaande zorgaanbieder volgens de overgangsregeling recht op heeft wordt verrekend met de AWBZ-inkomsten van de zorgaanbieder. Hiertoe dient een zorgaanbieder de inkomsten van de kapitaallasten onder de Zvw te vermelden bij de berekening van de vaststelling van de aanvaardbare kosten onder de AWBZ. Dit brengt met zich mee dat de zorgaanbieder wel AWBZ-zorg moet leveren omdat er anders geen verrekening kan plaatsvinden.



De voordelen van dit model:

- Bij invoering van de DBC's kunnen de kapitaallasten op basis van de NHC aan de DBC's worden toegerekend.
- Dit model maakt integrale tarieven mogelijk voor bestaande en nieuwe aanbieders. Dit betekent dat er onder de Zvw een gelijk speelveld is.
- Dit model maakt integrale tarieven mogelijk, waardoor het model dicht bij de eindsituatie ligt.
- De uitvoeringslasten zijn beperkt doordat onder de Zvw geen opbrengstverrekening met betrekking tot de NHC plaats hoeft te vinden.

⁷ Voor bestaande zorgaanbieders vindt in 2013 nog een opbrengstverrekening plaats, waarbij integrale DBC's worden afgezet tegen integrale ZZP's.

⁸ De vergoeding op basis van de NHC is, op macro niveau, hoger dan de vergoeding op basis van de huidige bekostiging.

Nadeel:

- Een mogelijk weglekeffect van AWBZ-middelen als het te veel betaalde niet verrekend kan worden. De NZa schat dit risico als laag in.

3.3.2.2 Model 2: Overhevelen met uitvoering binnen de AWBZ

Binnen dit model worden de kapitaallasten gedurende het overgangsmoedel niet onder de Zvw vergoed maar alleen boekhoudkundig aan de Zvw toegerekend.

De afbouw van de nacalculerbare kapitaallasten en de opbouw van de NHC-vergoeding van de GRZ vinden volledig onder de AWBZ plaats. De vergoeding in het AWBZ-‘budget’ heeft dan voor een deel betrekking op GRZ en wordt in rekening gebracht bij de AWBZ-uitvoerder (verzekeraar). Per 2018 kunnen de kapitaallasten voor de intramurale zorg volledig vergoed worden onder de Zvw. Hiermee vindt er weliswaar per jaar een verrekening tussen de AWBZ en de Zvw plaats, maar is de bekostiging onder de Zvw uitgesteld tot 2018. De invoering van integrale DBC’s vindt hiermee pas in 2018 plaats.

Voor nieuwe zorgaanbieders ontstaat een situatie waarin of separaat NHC’s moeten worden vergoed, of waarin kapitaallasten binnen de AWBZ moeten worden gedeclareerd. Het bekostigen van de kapitaallasten voor bestaande zorgaanbieders onder de AWBZ levert voor nieuwe aanbieders hoe dan ook een situatie op waarin een speciale regeling moet worden ingesteld voor de vergoeding van de kapitaallasten.

3.3.3 Tariefsoort kapitaallasten

De tariefsoort voor de kapitaallasten (NHC) onder de AWBZ is voor bestaande zorgaanbieders gedurende het overgangstraject een vast tarief. Hiermee wordt voorkomen dat de oude bekostiging de basis blijft voor prijsafspraken op de NHC. Voor model 1 adviseert de NZa ook om gedurende het overgangstraject een integraal tarief vast te stellen voor zowel de ZZP’s als de DBC’s, waarbij, voor bestaande zorgaanbieders, niet onderhandeld kan worden over de kapitaallastencomponent. Hiermee wordt aangesloten op het overgangstraject dat onder de AWBZ is vastgesteld. Voor nieuwe zorgaanbieders adviseert de NZa om maximumtarieven vast te stellen, waarbij ook over de kapitaallasten onderhandeld kan worden.

3.4 Conclusie en advies

Beide modellen zijn kostenneutraal en kennen een geleidelijke toename van het volumerisico voor bestaande zorgaanbieders. De modellen verschillen met name ten aanzien van de beoogde eindsituatie. In onderstaande tabel is dit weergegeven.

Model 1: Overhevelen met uitvoering binnen de Zvw	Model 2: Overhevelen met uitvoering binnen de AWBZ
+ Past goed bij het einddoel: integrale tarieven vanaf 2013	- Past niet goed bij het einddoel: pas in 2018 integrale tarieven
+ Kapitaallasten gekoppeld aan prestatie	- Kapitaallasten niet gekoppeld aan prestatie
+/- Zelfde vergoedingsystematiek voor nieuwe en bestaande aanbieders onder de Zvw. Voor bestaande zorgaanbieders vindt een verrekening onder de AWBZ plaats.	- Afwijkende kapitaallasten-systematiek voor nieuwe aanbieders

Advies

De NZa adviseert model 1, waarbij de kapitaallasten overgeheveld worden op basis van de volledige NHC, waarbij een jaarlijkse verrekening, via de nacalculatie AWBZ, plaatsvindt. Gedurende het overgangstraject adviseert de NZa om voor bestaande zorgaanbieders tarieven vast te stellen, waarbij geen prijsafspraken over de kapitaallasten worden gemaakt. Voor nieuwe zorgaanbieders adviseert de NZa om maximumtarieven vast te stellen, waarbij ook over de kapitaallasten onderhandeld kan worden.

Model 1 sluit het beste aan bij het einddoel van de overheveling van de kapitaallasten, namelijk vanaf 2013 integrale tarieven, die gekoppeld zijn aan de prestatie.

4. Registratie oude prestaties en opbrengstverrekening

In dit hoofdstuk wordt toegelicht op welke wijze de NZa gedurende de overgangperiode invulling geeft aan de registratie van de oude parameters en de opbrengstverrekening. Er wordt afgesloten met een aantal aandachtspunten.

4.1 Registratie oude prestaties

Gedurende de overgangperiode vindt de bekostiging nog plaats op de oude parameters. Om het volume van de oude parameters vast te stellen zijn er twee mogelijkheden:

- De oude parameters afleiden van de DBC's.
- De oude parameters apart registreren.

4.1.1 Optie 1: Het afleiden van de oude parameters

De NZa is nagegaan of het mogelijk is om beslisregels vast te stellen op basis waarvan oude prestaties worden afgeleid uit de nieuwe prestaties (vertaalprogramma DBC -> oude prestatie). Dit model heeft als voordeel dat dit een grotere stap richting eindmodel zou zijn. Men onderhandelt dan immers alleen over DBC's.

Uit deze analyse is gekomen dat het slechts ten dele mogelijk is om de oude prestaties af te leiden uit de DBC-registratie. De mutatiedagen, dure geneesmiddelen en de prestaties die verbonden zijn aan polikliniekbezoek en thuisbezoek kunnen niet worden afgeleid. Een ander nadeel van dit model is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in 2012 over onvoldoende informatie beschikken om over DBC's te onderhandelen. Het is nog onbekend bij zorgaanbieders welke DBC's ze gaan leveren, zodat ze hierover ook niet met verzekeraars kunnen spreken/onderhandelen. Tot slot brengt dit model met zich mee dat zorgaanbieders extra software moeten ontwikkelen, waardoor de planning opschuift en implementatie per 2013 niet haalbaar is.

4.1.2 Optie 2: Registreren van de oude parameters

Een alternatief is een registratie op basis van de huidige oude parameters. De zorgaanbieder registreert dan de geleverde huidige oude parameters op dezelfde wijze als de zorg nu wordt gedeclareerd. Het voordeel van deze methode is dat de bekostiging onafhankelijk is van de beschikbaarheid van geschikte DBC's of de DBC-registratie door zorgaanbieders. Indien zorgaanbieders de DBC-registratie nog niet op orde hebben, kan de methode toch worden toegepast. Nadeel hiervan is dat deze werkwijze verder af staat van het eindperspectief.

4.1.3 Conclusie

Gezien de planning rond de ICT-specificaties zijn alle partijen het er over eens dat het afleiden van de oude parameters niet haalbaar is en is het enige alternatief het registreren van de oude parameters.

4.2 Opbrengstverrekening

Doordat in 2013 de declaratie plaatsvindt op basis van DBC's, terwijl voor het garantiebudget gebruik wordt gemaakt van de bestaande ZZP's, is een verrekening noodzakelijk.

Een tweetal manieren van verrekenen is mogelijk:

- op cliëntniveau direct op de factuur in 2013;
- op instellingsniveau achteraf.

4.2.1 Optie 1: Op cliëntniveau direct op de factuur in 2013

Bij een gelijktijdige verrekening registreert de zorgaanbieder de oude prestaties die het best passen bij de verleende zorg en de opbrengsten verkregen door de declaratie van de nieuwe prestaties. Bij een gelijktijdige verrekening vindt de verrekening plaats op de factuur die na afsluiting van de DBC wordt verzonden. Een dergelijke methode is mogelijk omdat de oude en nieuwe prestaties (exclusief nacalculatie kapitaallasten) op cliëntniveau kunnen worden gedeclareerd. De cliënt vormt hiermee de sleutel.

Door alle declaraties op te tellen wordt inzicht verkregen in de totale DBC-opbrengst en het totale verrekenbedrag. Is het verrekenbedrag positief, dan is de DBC-opbrengst lager dan het garantiebepaald bedrag op basis van de oude prestaties. Hiermee wordt al in 2013 inzicht verkregen in de financiële consequenties van de invoering van de DBC's, zowel op instellingsniveau als op macroniveau.

4.2.2 Optie 2: Op instellingsniveau achteraf

De opbrengstverrekening kan ook na het jaar plaats vinden op basis van het verschil tussen de totale DBC-opbrengsten en de totale kosten op basis van de geregistreerde oude parameters.

Er zijn twee mogelijkheden voor de verrekening. Deze verrekening kan plaatsvinden naar individuele zorgverzekeraars op basis van een verdeelsleutel (bijvoorbeeld marktaandelen). Een alternatief is om het verrekenbedrag rechtstreeks via het Zorgverzekeringsfonds te laten lopen. De NZa gaat nog na welke variant de voorkeur heeft.

4.2.3 Conclusie

De huidige verworvenheden en zekerheden worden het beste bestendig bij een opbrengstverrekening na het jaar. De juistheid van betalingen (fraudegevoeligheid) kan gecontroleerd worden middels een accountantsverklaring bij de opgave in oude en nieuwe prestaties. Daarnaast is het de vraag of de gelijktijdige verrekening in 2013 tijdig te realiseren is in de ICT-specificaties.

Een afrekening achteraf brengt wel met zich mee dat de impactanalyse van de implementatie van de DBC's pas in 2014 kan plaatsvinden. Dit kan consequenties hebben voor de snelheid van het invoertraject.

4.3 Aandachtspunten

4.3.1 Volume afspraken

In de Zvw is niet voorgeschreven dat verzekeraars met alle zorgaanbieders contractuele afspraken moeten maken

(restitutiepolissen). Om onnodige volumegroei uit te sluiten mag verwacht worden dat, over de oude prestaties, afspraken worden gemaakt met alle zorgaanbieders.

Daarnaast ontvangt de NZa signalen dat meer zorgaanbieders de transitietoeslagen in rekening willen brengen. Gezien de mogelijke spanningen met het vooraf vastgestelde kader lijkt het wenselijk om via prestatie en tariefregulering voorwaarden te stellen aan de registratie van de transitietoeslagen. Een zorgaanbieder kan dan alleen de transitietoeslagen registreren indien hierover contractuele afspraken met verzekeraars zijn gemaakt.

4.3.2 Nieuwe producten

Vanuit ActiZ is aangegeven dat het gewenst is dat nieuwe producten die nu nog niet declarabel zijn, ook worden opgenomen in de garantiebekostiging. Besluitvorming hierover is op dit moment niet mogelijk. Er is geen principiële bezwaar tegen opname van nieuwe activiteiten in het garantiebudget, maar dan dient vooraf duidelijk te zijn hoe deze activiteiten zich verhouden tot de huidige behandelpraktijk. Beschreven dient te worden:

- Is er sprake van additionele activiteiten of vervangen deze nieuwe activiteiten bestaande?
- Hoe dragen deze activiteiten bij aan de kwaliteit van de behandeling?
- Hoe dragen deze activiteiten bij aan de efficiency van de behandeling?
- Wat heeft de instellingen tot op heden weerhouden om deze activiteiten uit te voeren?
- Wat zijn de kosten van deze activiteiten en wat is het volume dat verwacht wordt?

De NZa kan op verzoek van een zorgaanbieder of zorgverzekeraar nieuwe prestaties en tarieven vaststellen.

4.3.3 Overgang op DBC-declaratie

Om over te kunnen gaan tot declaratie van DBC's voor de GRZ is het noodzakelijk dat er sprake is van een productstructuur die geschikt is voor prestatiebekostiging en die voldoet aan het toetsingskader. Daarnaast zal er zekerheid dienen te bestaan over het feit of zorgaanbieders en zorgverzekeraars klaar zijn voor de DBC-registratie en -declaratie. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is bijvoorbeeld of de zorgaanbieders tijdig kunnen beschikken over een softwarepakket waarmee DBC's kunnen worden geregistreerd en gefactureerd.

Op dit moment, medio januari 2012, bestaat er nog onzekerheid over beide punten. De productstructuur zal beoordeeld worden aan de hand van het toetsingskader. Daarnaast zal het veld gevraagd worden om met behulp van een registratiemonitor aan te tonen dat het gehele veld de systematiek technisch kan hanteren.

Indien één van beide randvoorwaarden niet ingevuld blijkt te zijn, heeft dat waarschijnlijk consequenties voor de overheveling. De NZa zal onderzoeken of er een scenario mogelijk is waarbij de huidige prestaties gedeclareerd blijven worden, terwijl er toch overgeheveld wordt. Daarbij zijn er twee opties:

- het declareren van de huidige prestaties binnen de ZVw;
- het declareren van de huidige prestaties met uitvoering binnen de AWBZ, waarbij deze achteraf ten laste worden gebracht van de Zvw.

De verdere technische uitwerking van deze opties zal in het eerste kwartaal van 2012 plaatsvinden.