

Advies

Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars

Toezicht- en uitvoeringsaspecten 2013 en
verder

maart 2012

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
Algemeen	7
Regulering en kostenbeheersing	8
Toezicht	15
1. Inleiding	21
1.1 Aanleiding voor het advies	21
1.2 Doelstelling van het advies	21
1.3 Reikwijdte van het advies	22
1.4 Leeswijzer	22
Deel 1: Reguleringsaspecten	25
2. De transitiefase	25
3. Knelpunten bij kostenbeheersing representatiemodel	27
3.1 Inleiding	27
3.2 Huidige kostenbeheersing	27
3.3 Ontwikkelingen die effect hebben op kostenbeheersing	29
3.3.1 Het scheiden van beheersing en betaalfunctie	29
3.3.2 Betalen op basis van declaraties	30
3.3.3 Oplossingen voor kostenbeheersing	31
3.4 Andere potentiële knelpunten gedurende transitiefase	34
3.4.1 Borging representatie	34
3.4.2 Declareren op cliëntniveau	35
3.4.3 Declareren niet-clientgebonden kosten	36
3.4.4 Verdeelsystematiek contracteerruimte	40
3.4.5 Knelpuntenprocedure en steun	41
3.4.6 Toekomstbestendigheid regulering	42
4. Nadere uitwerking omzetregulering in de transitiefase	45
4.1 Beheersing via omzetplafonds	45
4.1.1 Motivering van omzetplafonds	45
4.1.2 Schets model	45
4.1.3 Omzetplafond op aanvraag	47
4.1.4 Het niveau van omzetplafonds	48
4.1.5 Geen overeenstemming tussen aanbieder en representant	50
4.1.6 Omzetplafond bij continuering van zorg	50
4.1.7 Zelfstandigen zonder personeel	51
4.2 Informatievoorziening	51
4.3 Processchets	52
5. Gefaseerde transitie	53
6. Kostenbeheersing bij individuele inkoop	55
6.1 Uitgangspunten bij individuele inkoop	55
6.2 Kostenbeheersing bij individuele inkoop	56
6.3 Vaststellen inkoop ondoelmatige zorg	57
7. Acties VWS met betrekking tot regulering gedurende de transitiefase	59

Deel 2: Toezichtaspecten	61
8. Introductie toezichtvragen	61
9. Schets toekomstige uitvoering AWBZ	63
9.1 Fasegewijze invoering	63
9.2 Beoogde uitvoeringsstructuur	64
9.2.1 Centraal Indicatie Orgaan	64
9.2.2 AWBZ-uitvoerders	64
9.2.3 Representant	65
9.2.4 Zorgaanbieders	66
9.2.5 Centraal Administratiekantoor	67
10. Verantwoordelijkheidsverdeling	69
10.1 Inleiding	69
10.2 Verantwoordelijkheidsverdeling duidelijk?	69
10.2.1 Indicatiebesluit en zorgtoewijzing	69
10.2.2 Zorgplicht AWBZ-uitvoerders en regionale kostenbeheersing	70
10.2.3 Verantwoordelijkheidsverdeling AWBZ-uitvoerder en zorgaanbieder in kader kostenbeheersing	72
10.2.4 Verantwoordelijkheid betaling declaraties zorgaanbieders	73
10.3 Eisen aan de AWBZ-uitvoerder	73
10.3.1 De nieuwe rechtspersonen	74
10.3.2 Eisen aan de rechtspersoon	74
10.3.3 Beperking tot de AWBZ	76
11. Toezicht op taakuitvoering	77
11.1 Algemeen	77
11.2 Informatieverstrekking	78
11.3 Continuïteit zorgverlening	79
11.4 Zorginkoop	79
11.5 Klachtenregeling	81
11.6 Financiële beheersing zorgaanspraken	82
11.7 Rechtmatigheid declaraties	83
11.8 Verantwoording	84
11.9 Aanspreekpunt voor AWBZ-verzekerden, zorgaanbieders en gemeenten	85
12. Toezicht na wetswijziging	87
12.1 Algemeen	87
12.2 Toezichtmogelijkheden	88
12.3 Speerpunten	89
12.4 Overgangsjaar	90
13. AWBZ met individuele zorginkoop	91
13.1 Algemeen	91
13.2 Voorwaarden voor toezicht	91

Vooraf

Voor u ligt het advies uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars. Hierin adviseert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over regulerings- en toezichtaspecten met betrekking tot de uitvoering van Algemene Wet bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

In dit advies geeft de NZa antwoord op het verzoek van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 18 januari 2012 om haar te adviseren over haar voorgenomen beleid.

De NZa identificeert potentiële knelpunten voor de kostenbeheersing en draagt oplossingen aan om deze knelpunten te verhelpen. De NZa betreft daarbij zowel de regulering van, als het toezicht op de AWBZ.

Gezien de omstandigheid dat het wetsvoorstel waar dit advies betrekking op heeft bij de Raad van State lag ten tijde van schrijven, heeft geen consultatie met veldpartijen kunnen plaatsvinden. Afstemming met veldpartijen zal in een later stadium, bij de implementatie van het beleid van de staatssecretaris moeten plaatsvinden.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

– Algemeen

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) 18 januari 2012 gevraagd advies uit te brengen over de uitvoering van de Algemene Wet bijzondere Ziektelasten (AWBZ) door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden (UAZ).

Gewenste stelselwijziging

Het einddoel dat de staatssecretaris schetst in haar verzoek is een uitvoeringsstructuur waarbij zorgverzekeraars (in het wetsvoorstel AWBZ-uitvoerders genoemd) alle uit de AWBZ vloeiende taken voor eigen verzekerden uitvoeren.

Voor de taken van zorginkoop en kostenbeheersing is het bij volledige individuele uitvoering door AWBZ-uitvoerders noodzakelijk om een adequaat uitvoerdersbudget te kunnen vaststellen. Een uitvoerdersbudget is het zorginkoophudget waarmee de AWBZ-uitvoerder de voor zijn verzekerden noodzakelijke zorg kan inkopen. Omdat er nog geen verdeelmodel voorhanden is om uitvoerdersbudgetten vast te kunnen stellen, wordt door de staatssecretaris voorzien in een transitiefase.

In de transitiefase voeren AWBZ-uitvoerders alle uitvoeringstaken uit, met uitzondering van de taken die betrekking hebben op zorginkoop en kostenbeheersing. Zorginkoop en kostenbeheersing worden uitgevoerd via het zogenaamde representatiemodel.¹ Nederland wordt opgedeeld in 32 regio's (hiervoor wordt dezelfde indeling gehanteerd als voor de huidige zorgkantoorregio's). Per regio wordt één AWBZ-uitvoerder verantwoordelijk voor de zorginkoop en kostenbeheersing: de representant.

Voor de kostenbeheersing gaat de staatssecretaris er in de transitiefase van uit dat (net als nu) gewerkt wordt met een zogenaamd dubbel slot: contracteerruimte in combinatie met instellingsbudgettering. Per regio wordt een contracteerruimte vastgesteld en met deze contracteerruimte koopt de representant zorg in. De zorginkoop wordt vastgelegd in instellingsbudgetten, waarbij de NZa bewaakt dat de instellingsbudgetten de contracteerruimte niet overschrijden.

Uitgangspunten advies

De NZa is gevraagd om te adviseren over regulerings- en toezichtaspecten van de Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars (UAZ). Bij haar advisering over de reguleringsaspecten rond UAZ hanteert de NZa het uitgangspunt dat de regulering ongewijzigd blijft, tenzij systeemwijzigingen die gepaard gaan met UAZ vanuit het oogpunt van kostenbeheersing of uitvoerbaarheid een wijziging in de regulering vergen.

¹ De NZa heeft niet onderzocht wat de mededingingsrechtelijke consequenties zijn van het representatiemodel: het is aan de Nederlandse Mededingingsautoriteit om hier over te oordelen.

In dit advies is de NZa ervan uitgegaan dat representatie verankerd wordt in de AWBZ. Artikel 15a van het wetsontwerp regelt dat de minister AWBZ-uitvoerders kan aanwijzen die namens en met uitsluiting van de andere AWBZ-uitvoerders aan te wijzen vormen van zorg inkopen. Dit artikel maakt het mogelijk om per regio één representant aan te wijzen die de zorginkoop in die regio uitvoert.

De NZa wijst er op dat voor zowel de regulering van als het toezicht op de AWBZ van groot belang is dat het representatiemodel goed verankerd is in de wet. Zonder een duidelijke wettelijke basis is regulering via regionale contracteerruimtes en toezicht op de uitvoering van de zorginkoopzaak en kostenbeheersingzaak van de representant niet mogelijk.

Opbouw advies

Het voorliggende advies gaat in op zowel de uitvoeringsaspecten van UAZ met betrekking tot regulering en kostenbeheersing, als op de consequenties voor het toezicht door de NZa op een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ.

– Regulering en kostenbeheersing

De NZa vat het begrip kostenbeheersing hier als volgt op: kostenbeheersing heeft als resultaat dat de zorguitgaven het beschikbare macrokader niet overschrijden. De NZa beziet de consequenties van de transitiefase van UAZ in samenhang met de voorgenomen ontwikkeling op het gebied van het betaalverkeer.

Huidige kostenbeheersing

De huidige kostenbeheersing in de AWBZ bestaat uit een combinatie van contracteerruimtes, instellingsbudgettering en bevoorschottingsregels. De staatssecretaris van VWS bepaalt de landelijke contracteerruimte (in 2011 circa € 18,5 miljard). De NZa verdeelt de landelijke contracteerruimte over de 32 zorgkantorregio's. Vervolgens maken zorgkantoren productieafspraken met zorgaanbieders. De NZa toetst per regio of de gemaakte productieafspraken passen binnen de contracteerruimte van die regio. Wanneer de afspraken de beschikbare contracteerruimte overschrijden, kort de NZa de betreffende omzet die volgt uit de productieafspraken naar rato. Vervolgens legt de NZa de tarieven van de afgesproken prestaties vast in een tariefbeschikking per zorgaanbieder, waarbij een eventuele korting wordt verwerkt in het sluittarief.² In de onderbouwing op de tariefbeschikking (de rekenstaat) presenteert de NZa de totale waarde van de productieafpraak plus het sluittarief: de aanvaardbare kosten.

Zorgaanbieders en zorgkantoren kunnen twee keer per jaar productieafspraken bij de NZa indienen: 1 november voorafgaand aan het betreffende jaar (de eerste budgetronde) en 1 november lopende het betreffende jaar (de tweede budgetronde of herschikkingsronde). Na afloop van het jaar vindt de nacalculatie plaats. Bij de nacalculatie wordt de gerealiseerde omzet afgezet tegen de aanvaardbare kosten. Wanneer de waarde van de gerealiseerde omzet hoger is dan de aanvaardbare kosten, wordt de overschrijding verwerkt in het sluittarief van het lopende jaar.

² Een sluittarief wordt ook gebruikt voor de bekostiging van zorg die niet in individueel declareerbare prestaties is vervat, zoals de nacalculerbare kapitaallasten en bestendig beleid.

De NZa past niet de afgesproken tarieven aan en stelt het productievolume ook niet neerwaarts bij. De overschrijding wordt enkel in een afzonderlijk tarief, het sluittarief, verwerkt.

De betaling aan zorgaanbieders gebeurt op basis van bevoorschotting. Het zorgkantoor geeft het Centraal Administratiekantoor (CAK) opdracht om zorgaanbieders maandelijks een voorschot uit te keren.

Ontwikkelingen die effect hebben op de kostenbeheersing

Er zijn twee ontwikkelingen die rechtstreeks consequenties hebben voor de kostenbeheersing:

- Het scheiden van de inkoop- en beheersfunctie van de afrekenfunctie (per 1 januari 2013).
- De overstap van betalen op basis van bevoorschotting naar betalen op basis van declaraties (verwacht per 1 januari 2013).

In de door de staatssecretaris van VWS geschetste transitiefase van UAZ ligt de verantwoordelijkheid voor de zorginkoop en beheersing bij de representant, terwijl het streven is dat de zorg wordt afgerekend door de individuele AWBZ-uitvoerders.

Momenteel worden zorgaanbieders bevoorschot op basis van hun budget aanvaardbare kosten, dat gebaseerd is op de productieafspraken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor (plus het sluittarief van de zorgaanbieder). De staatssecretaris van VWS streeft naar de situatie dat de betaling aan zorgaanbieders gebaseerd is op de gedeclareerde zorg.

De tweede ontwikkeling staat als zodanig los van UAZ en is een logische consequentie van de invoering van prestatiebekostiging. Deze twee ontwikkelingen samen zorgen voor knelpunten in de beheersing.

Wanneer de taken van kostenbeheersing (door de representant) en afrekenen (door de AWBZ-uitvoerders) worden gesplitst, is voor kostenbeheersing een goede informatie-uitwisseling tussen AWBZ-uitvoerders en representanten noodzakelijk. Een goede informatie-uitwisseling alleen is echter niet voldoende voor kostenbeheersing.

Betalen op basis van declaraties brengt risico's met zich voor de kostenbeheersing. Door de betaling te baseren op declaraties, kan een zorgaanbieder zonder aanvullende regelgeving meer ontvangen (door meer te declareren) dan zijn budget aanvaardbare kosten. Daardoor kan het macrokader gedurende het jaar worden overschreden. Daarnaast wordt met de invoering van UAZ het maken en monitoren van productieafspraken losgekoppeld van het betaalproces. Dit vergroot de kans aanmerkelijk (ten opzichte van de situatie dat inkoop en afrekenen in één hand liggen) dat AWBZ-uitvoerders bij overproductie (productie boven de productieafpraak) daadwerkelijk meer uitbetalen dan het budget aanvaardbare kosten van de betreffende zorgaanbieder. Wanneer wordt betaald op basis van declaraties geldt dat AWBZ-uitvoerders blijven uitbetalen, ook wanneer een zorgaanbieder over zijn budget gaat. Kostenbeheersing *gedurende* het jaar is dan niet gegarandeerd.

Om toch te komen tot kostenbeheersing, moet het aan zorgaanbieders te veel betaalde geld bij hen worden teruggehaald. In de huidige situatie met bevoorschotting komt het niet voor dat geld moet worden teruggehaald vanwege overproductie: de overproductie is niet uitbetaald.

Belang goede informatie-uitwisseling

Het scheiden van de zorginkoopfunctie van de afrekenfunctie stelt hoge eisen aan de informatie-uitwisseling tussen representanten en overige AWBZ-uitvoerders. Representanten moeten op de hoogte zijn van de realisatiecijfers van zorgaanbieders, om waar nodig bij te sturen en voor de zorginkoop in de tweede budgetronde. AWBZ-uitvoerders moeten weten welke zorg is gecontracteerd (en dus uitbetaald mag worden) en moeten op de hoogte worden gebracht wanneer een zorgaanbieder over zijn budget dreigt te gaan, om zo overbetaling te beperken. Wanneer de informatie-uitwisseling niet goed is geborgd, zijn er grote risico's voor de kostenbeheersing.

Oplossingen voor kostenbeheersing

De NZa heeft drie opties geïdentificeerd voor het bovengenoemde knelpunt voor kostenbeheersing:

- Optie 1: continueren huidige systematiek van bevoorschotten;
- Optie 2: maken van vereffeningbedragen;
- Optie 3: Gebruik maken van omzetplafonds.

Ad 1) Bij deze optie geeft de representant opdracht tot bevoorschotting aan het CAK. Zolang wordt bevoorschot door de representant op basis van de aanvaardbare kosten zijn de kosten beheerst: het macrokader kan niet worden overschreden. Het nadeel van deze optie is dat het declareren met uitzondering van enkele rechtmatigheidsaspecten weinig betekenisvol is. Doordat aanbieders niet direct op hun declaraties worden afgerekend, komt de kwaliteit van de declaraties in het geding. Dit heeft dan weer gevolgen voor de totstandkoming van uitvoerdersbudgettering op basis van een goed verdeelmodel. Betrouwbare declaratiegegevens zijn nodig voor de ontwikkeling van een goed verdeelmodel voor uitvoerdersbudgetten. Optie 1 verhoudt zich daarmee niet goed met de gewenste eindsituatie van individuele inkoop.

Ad 2) Een vereffeningbedrag is een op grond van art. 56b Wmg door de NZa vast te stellen bedrag dat een AWBZ-uitvoerder in rekening kan brengen bij een zorgaanbieder. Dit is een nieuwe bevoegdheid die is geïntroduceerd met de Wet Aanvulling instrumenten bekostiging Wmg (AIB Wmg). In beginsel kan een vereffeningbedrag worden gebruikt om overbetalingen aan zorgaanbieders te corrigeren.

Aan een vereffeningbedrag kleven een aantal nadelen. Het eerste nadeel is dat het een 'kan' bepaling is: een AWBZ-uitvoerder kan dit bedrag in rekening brengen, maar hoeft dit niet. Het is dus aan de AWBZ-uitvoerder om te bepalen of hij de te veel betaalde middelen terughaalt bij de zorgaanbieder, of niet. Een AWBZ-uitvoerder heeft maar beperkte prikkels om het vereffeningbedrag in rekening te brengen: hij mag het geld niet zelf houden, maar moet dit weer aan het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) teruggeven. Een zorgaanbieder zal de AWBZ-uitvoerder proberen te overtuigen dat hij het vereffeningbedrag niet in rekening moet brengen (door bijvoorbeeld aan te geven welke negatieve consequenties dit heeft voor de toekomstige dienstverlening door en financiële positie van de zorgaanbieder).

Omdat de kostenbeheersing alleen achteraf plaats vindt, is de kans op overschrijdingen groter dan onder het huidige model. Wanneer de zorgaanbieder in de tussentijd failliet gaat, of wanneer het terugbetalen van de overschrijding tot faillissement zou leiden, is het (volledig) terughalen van de teveel betaalde middelen niet mogelijk. Strategisch gedrag bij sommige zorgaanbieders om terugbetalen onmogelijk te maken is niet ondenkbaar.

Naarmate de informatie-uitwisseling tussen representant en overige AWBZ-uitvoerders minder goed op orde is, is de kans groter op substantiële overschrijdingen en dus substantiële vereffeningbedragen. Wanneer de informatie-uitwisseling goed op orde is, kunnen AWBZ-uitvoerders eerder stoppen met betaling, om overbetaling te beperken.

Overigens moet nog nader worden onderzocht of de NZa op grond van doelmatigheidstoezicht kan afdwingen (via handhavinginstrumenten) dat AWBZ-uitvoerders vereffeningbedragen daadwerkelijk in rekening brengen bij zorgaanbieders.

Ad 3) Artikel 50 lid 2 Wmg geeft de NZa de bevoegdheid om voor de som van de tarieven die een zorgaanbieder declareert een maximum te stellen (een omzetplafond). Dit is een nieuwe bevoegdheid die met de AIB Wmg is geïntroduceerd. Door het huidige budget aanvaardbare kosten (preciezer: het beslag op de contracteerruimte) als omzetplafond van een instelling vast te stellen, wordt een grens gecreëerd waarboven een zorgaanbieder niet mag declareren.

In hun werking doen omzetplafonds precies hetzelfde als wat het huidige systeem van kostenbeheersing doet: de omzet van een zorgaanbieder begrenzen. De systematiek van omzetplafonds verschilt op twee punten van de huidige systematiek. (1) In de huidige systematiek is het voor de kostenbeheersing noodzakelijk om alle prijzen en volumes vast te leggen, terwijl bij omzetplafonds alleen het plafond zelf hoeft te worden vastgelegd voor de kostenbeheersing. (2) De huidige systematiek (in combinatie met betalen op basis van declaraties en het splitsen van de taken van kostenbeheersing en afrekenen) kan niet goed omgaan met overbetaling en omzetplafonds wel.

Omzetplafonds zijn te combineren met de huidige budgetsystematiek. Er zijn dan nog steeds twee budgettrondes met tariefverzoeken en de NZa stelt nog steeds individuele vaste tarieven (inclusief sluittarief) vast en voert na afloop van het jaar de nacalculatie uit. Het omzetplafond is dan een aanvulling op het huidige systeem en wordt vastgesteld om een titel te creëren om eventuele overbetalingen (veroorzaakt door de overstap op afrekenen op basis van declaraties) bij de zorgaanbieder terug te vorderen.

De NZa ziet twee mogelijke manieren om het omzetplafond van een zorgaanbieder te bepalen:

- Optie 3a: op basis van de eerste en tweede productieafspraken;
- Optie 3b: op basis van louter de tweede productieafspraken.

Ad 3a) Bij deze variant wordt het omzetplafond bepaald op basis van de productieafspraken uit de eerste budgetronde (november jaar t-1). Vervolgens kan het omzetplafond worden opgehoogd op basis van de budgetafspraken uit de tweede budgetronde.

Optie 3a betekent allereerst dat het risico van overbetaling aanzienlijk wordt gereduceerd, ten opzichte van optie 2 (vereffeningbedrag). Daar waar het een zorgaanbieder nu is toegestaan om overproductie in rekening te brengen bij AWBZ-uitvoerder, is het overschrijden van het omzetplafond in strijd met de wet. Zo nodig kan de NZa voor deze overschrijding een boete opleggen. Wanneer de NZa een overschrijding constateert, kan de NZa de grens handhaven door de betreffende zorgaanbieder te verplichten om het te veel ontvangen terug te storten in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ).

Een potentieel nadeel van optie 3a is dat ze een meer rigide vorm dan noodzakelijk van kostenbeheersing is dan vereffeningbedragen (of optie 3b). Bij een vereffeningbedrag is overbetaling door de AWBZ-uitvoerder rechtmatig. Een omzetplafond is een harde grens en overschrijding is onrechtmatig. Omzetplafonds kunnen lopende het jaar beknellend werken, als in de eerste budgetronde niet de volledige contracteerruimte wordt besteed. Wanneer de zorgproductie van een zorgaanbieder aanzienlijk hoger is dan ingeschat tijdens de eerste budgetronde, kan hij met het omzetplafond in de knel komen. De zorgaanbieder zit met zijn declaraties al bij het plafond, terwijl de herschikking nog niet is geweest.

Ad 3b) De hoogte van het omzetplafond kan ook worden gebaseerd op louter de productieafpraak uit de tweede budgetronde. Een zorgaanbieder krijgt voor het begin van het jaar een omzetbeschikking waarin staat vermeld dat het omzetplafond van de zorgaanbieder de hoogte heeft van de productieafpraak uit de tweede budgetronde (indien nodig gecorrigeerd bij de contracteerruimte toets). De precieze hoogte van het omzetplafond is voor de zorgaanbieder dan nog niet kenbaar: hij weet niet hoe hoog zijn productieafpraak uit de tweede budgetronde zal zijn.

Omdat de hoogte van het omzetplafond nog niet vast staat tot na de tweede budgetronde, is het niet in strijd met de wet om zorg te declareren, ook al zou achteraf blijken dat de zorgaanbieder daarmee over zijn omzetplafond is gegaan. Omdat de hoogte van de grens op het moment van declareren niet kenbaar was, is geen sprake van verwijtbaarheid. Optie 3b heeft daarmee een vergelijkbare mate van flexibiliteit als het huidige systeem van kostenbeheersing.

Optie 3b blijft daarmee heel dicht bij de huidige beheerssystematiek. Het enige verschil met de huidige systematiek is dat een overschrijding van de tweede productieafpraak juridisch beter geadresseerd kan worden: een overschrijding kan bij een omzetplafond immers worden teruggevorderd. Het nadeel van optie 3b ten opzichte van optie 3a is dat bij optie 3b de kans op overschrijdingen een stuk groter is dan bij optie 3a en vaker geld bij zorgaanbieders zal moeten worden teruggevorderd.

De NZa is van mening dat, gegeven de wens om een goed verdeelmodel voor individuele inkoop te ontwikkelen (dus door te gaan met betalen op basis van declaraties) en gegeven de nadelen met betrekking tot vereffeningbedragen, de introductie van omzetplafonds de beste optie is om kosten te beheersen gedurende de transitiefase. Optie 3b ligt daarbij het dichtst bij de huidige situatie en heeft geen negatieve gevolgen voor de flexibiliteit van de kostenbeheersing.

De NZa adviseert om per 2013 over te stappen op kostenbeheersing via omzetplafonds. De NZa is van mening dat de invoer van omzetplafonds per 1 januari 2013 haalbaar is. De NZa ontvangt via het huidige systeem van kostenbeheersing reeds alle informatie die zij nodig heeft voor het vaststellen van een omzetplafond.

Overstap op een algemene tariefbeschikking

Representatie is een transitiefase: individuele inkoop door AWBZ-uitvoerders is de gewenste eindsituatie. Voor individuele inkoop is het noodzakelijk dat een zorgaanbieder met verschillende AWBZ-uitvoerders verschillende tarieven kan afspreken. Uitvoeringstechnisch is dit alleen te realiseren via een algemene tariefbeschikking met maximumtarieven. Een algemene tariefbeschikking geeft voor alle zorgaanbieders aan welke tarieven zij maximaal in rekening mogen brengen voor de verschillende prestaties.

Een algemene tariefbeschikking is af te zetten tegen een individuele tariefbeschikking: dit is een tariefbeschikking die alleen voor een op naam gestelde zorgaanbieder geldt. Op dit moment wordt met individuele vaste tarieven gewerkt.³ Voor de overstap op individuele inkoop zal het type tariefbeschikking en de tariefsoort moeten wijzigen, hetgeen betekent dat de minister van VWS aan de NZa een aanwijzing moet geven.

Omzetplafonds maken het mogelijk om de omzet van zorgaanbieders te begrenzen zonder dat de NZa individuele vaste tarieven hoeft vast te stellen. Dit maakt de overstap naar een algemene tariefbeschikking met behoud van kostenbeheersing op instellingsniveau mogelijk. In plaats van individuele tariefbeschikkingen met vaak tientallen tarieven, hoeft de NZa alleen een omzetplafond per zorgaanbieder vast te stellen en daarnaast landelijk geldende maximumtarieven. Een algemene tariefbeschikking in combinatie met omzetplafonds brengt meer vrijheid voor partijen met zich mee om de zorginkoop vorm te geven, zonder dat de kostenbeheersing afneemt.

Uit oogpunt van een beheerste transitie naar individuele inkoop acht de NZa het onwenselijk om de overstap op een algemene tariefbeschikking tegelijk met een overstap op individuele inkoop door te voeren. De NZa adviseert om over te stappen op een algemene tariefbeschikking vóórdat wordt overgestapt op individuele inkoop.

Gegeven de beperkte periode die nog rest om de regulering voor 2013 aan te passen, adviseert de NZa om in 2013 nog met individuele vaste tarieven te werken. De NZa adviseert om in 2014 over te stappen op een algemene tariefbeschikking met maximumtarieven, om zo de samenloop met de overstap op individuele inkoop te voorkomen en om zo snel mogelijk de voordelen van een algemene tariefbeschikking te kunnen realiseren.

Risico's knelpuntenprocedure

In het huidige systeem is het normaal gesproken het zorgkantoor de partij die een knelpuntenprocedure start.⁴ In de transitiefase wordt de knelpuntenprocedure complexer.

Tijdens de transitiefase kunnen niet alleen de representant, maar ook de overige AWBZ-uitvoerders een knelpuntenprocedure starten. Vanuit hun zorgplicht zijn alle AWBZ-uitvoerders immers belanghebbende. Een AWBZ-uitvoerder heeft een prikkel om knelpunten in te dienen, zodat deze zijn cliënten van de beste zorg kan voorzien binnen de indicatiestelling, terwijl hij niet verantwoordelijk is voor de doelmatige zorginkoop.

Welke prikkel heeft een representant om doelmatig in te kopen als hij geen zorgplicht heeft? En welke prikkel heeft de AWBZ-uitvoerder om doelmatig om te gaan met wachtlijstbeheer, knelpuntenprocedures en zorgbemiddeling terwijl hij verantwoordelijk is voor de cliënt en niet voor kostenbeheersing? Met alle betrokken partijen moet onderzocht worden hoe de uitvoering, gelet op deze problematiek, het beste vorm gegeven kan worden.

³ Op dit moment wordt de onderhandelingsruimte op de tarieven vastgelegd in een beleidsregel van de NZa. Vervolgens wordt het onderhandelingsresultaat tussen zorgaanbieder en zorgkantoor door de NZa vastgelegd in een individueel vast tarief. Bij een algemene tariefbeschikking wordt de onderhandelingsruimte door de NZa vastgelegd op de tariefbeschikking zelf, die vervolgens door iedere zorgaanbieder kan worden gebruikt.

⁴ Zorgaanbieders zijn ook belanghebbende bij de knelpuntenprocedure en kunnen dus ook een knelpuntenprocedure starten.

Individuele inkoop

Bij het model van individuele inkoop zoals in de brief van 18 januari 2012 geschetst, wordt de beheersing primair gerealiseerd via het budgetverdeelmodel en de budgettering van AWBZ-uitvoerders. Een goed verdeelmodel is daarom een randvoorwaarde voor kostenbeheersing. Met het loslaten van de budgettering/omzetregulering van zorgaanbieders is het aan de AWBZ-uitvoerders om de zorguitgaven te beheersen.

Met het vervallen van instellingsbudgettering vervalt het belangrijkste instrument van kostenbeheersing van de NZa. Het enige directe kostenbeheersinginstrument dat de NZa dan tot zijn beschikking heeft is het macrobeheersinstrument (MBI).

Bij een systeem van uitvoerdersbudgettering zonder instellingsbudgettering zijn de vormgeving van de uitvoerdersbudgettering en de prikkels voor AWBZ-uitvoerders de belangrijkste instrumenten om kostenbeheersing te stimuleren. Naar mate het budget harder is, heeft de AWBZ-uitvoerder meer reden om binnen het budget te blijven (vanwege reputatie-effecten). De vraag is echter hoe een hard plafond zich verhoudt tot de uitspraak dat AWBZ-uitvoerders de AWBZ niet risicodragend gaan uitvoeren.

Wanneer een AWBZ-uitvoerder over zijn budget dreigt te gaan, zijn er drie opties: (1) de overheid past bij, de (2) AWBZ-uitvoerder past bij, of (3) de dienstverlening aan de verzekerden wordt beperkt: wachtlijsten lopen op en/of de hoeveelheid zorg per cliënt wordt beperkt. Niet risicodragendheid sluit optie 2 uit. Optie 3 kan lopende het jaar (door bijvoorbeeld wachtlijsten op te laten lopen), of in toekomstige jaren door in te teren op een egalisatiereserve.

Het is aan het kabinet om te bepalen of het wenselijk is dat er verschillen in toegankelijkheid van AWBZ-zorg bestaan voor cliënten die bij verschillende verzekeraars zitten. Voor zover optie 3 politiek of juridisch⁵ niet haalbaar is en wanneer een AWBZ-uitvoerder failliet gaat, zal de overheid de rekening moeten betalen.⁶

Hoewel een egalisatiereserve noodzakelijk is bij een systeem van uitvoerdersbudgettering, moet van de mogelijkheid om een reserve op te bouwen niet te veel worden verwacht op het gebied van doelmatigheids-prikkels voor de AWBZ-uitvoerder. Zolang de reserve beklemd is voor AWBZ-zorguitgaven, is een reserve maar van beperkte waarde voor de AWBZ-uitvoerders. Wanneer de maximale omvang van de reserve zou worden begrensd, wordt deze doelmatigheidsprikkel nog verder verzwakt.

Een niet risicodragende uitvoering van de AWBZ door individuele AWBZ-uitvoerders zonder instellingsbudgettering kent risico's voor de kostenbeheersing. Wanneer AWBZ-uitvoerders geen financieel risico lopen hebben zij maar een beperkt belang bij kostenbeheersing. Het is in principe mogelijk om prikkels in het systeem te introduceren waardoor een AWBZ-uitvoerder meer belang heeft bij kostenbeheersing. Deze prikkels kosten wel geld.

⁵ Het gebruik van optie 3 wordt beperkt door het recht op zorg: een cliënt die meent dat zijn recht op zorg niet wordt nagekomen kan naar de rechter stappen.

⁶ De staatssecretaris van VWS spreekt in haar brief van 18 januari over zowel positieve als negatieve reserves. Er kunnen alleen negatieve reserves ontstaan wanneer een partij zich garant stelt voor deze schuld. Dat zal alleen de staat kunnen. De staat is de uiteindelijke risicodragende bij een niet-risicodragende uitvoering door verzekeraars.

Een systeem van prikkels zal immers in ieder geval positieve prikkels moeten bevatten. Als AWBZ-uitvoerders alleen een negatief risico zouden lopen, zouden AWBZ-uitvoerders stoppen met het uitvoeren van de AWBZ (markttuitreding).

- Wanneer uitgaven ten behoeve van positieve prikkels voor AWBZ-uitvoerders door de staatssecretaris van VWS acceptabel worden geacht, geeft de NZa de staatssecretaris van VWS in overweging om nadere doelmatigheidsprikkels te ontwikkelen. Met doelmatigheidsprikkels kan worden bevorderd dat AWBZ-uitvoerders een doelmatige uitvoering van de AWBZ nastreven. Daarbij zou ook moeten worden onderzocht hoe doelmatigheid over de verschillende bekostigingsschotten (AWBZ, Zvw en Wmo) heen kan worden gerealiseerd. Indien de staatssecretaris dat wenst, kan de NZa hier aanvullend advies over uitbrengen.

– Toezicht

Algemeen

De NZa vindt het vanuit toezichtperspectief positief dat de voorgenomen wetwijziging een eind maakt aan de huidige discrepantie tussen de formele verantwoordelijkheid van de AWBZ-verzekeraars en de feitelijke uitvoering door zorgkantoren op basis van mandaat en volmachtverlening. De verantwoordelijkheid van de AWBZ-uitvoerder is in het eindmodel helder geregeld en de AWBZ-uitvoerder is voor de toezichthouder volledig aanspreekbaar. In tegenstelling tot de huidige situatie spelen in de transitiefase twee partijen een rol in de uitvoering van de AWBZ, namelijk representanten en AWBZ-uitvoerders. Dit brengt een wederzijdse afhankelijkheid ten aanzien van informatie-uitwisseling met zich mee. Om adequaat toezicht te kunnen houden moet er aan een aantal randvoorwaarden zijn voldaan. Een belangrijke voorwaarde is een wettelijke verankering van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de representant en de AWBZ-uitvoerder.

Bevoegdheden NZa

De staatssecretaris heeft gevraagd om te adviseren over de mogelijkheden om toezicht te houden op de recht- en doelmatigheid van de uitvoering van de AWBZ, wanneer de zorginkoop wordt uitgevoerd door representanten, terwijl het declaratieverkeer via de AWBZ-uitvoerders loopt.

Om adequaat toezicht te kunnen houden, vraagt de NZa om duidelijkheid ten aanzien van de bevoegdheid van de NZa om:

- (1) De representant rechtstreeks aan te kunnen spreken;
- (2) Regels te kunnen stellen over de controle zoals geregeld in artikel 31 Wmg.

Ad 1) De NZa adviseert de bevoegdheid van de NZa om de representant rechtstreeks aan te spreken op de taken te verduidelijken. Hetzelfde geldt voor de verslaglegging over de uitvoering van deze taken aan de toezichthouder. Dit zou kunnen door aanpassing van het wetsvoorstel door een lid toe te voegen aan artikel 15a, of door een nadere uitleg bij het artikel in de memorie van toelichting (MvT).

Ad 2) Voor de effectiviteit van het toezicht is het vervolgens nodig om de bevoegdheid van de NZa om regels te stellen met betrekking tot de controle zoals vastgelegd in artikel 31 Wmg, ook van toepassing te laten zijn op rechtspersonen die namens een AWBZ-uitvoerder taken uitvoeren.

Om te zorgen dat de NZa hierop vervolgens kan handhaven, zou daarnaast in de handhavingsartikelen 76 en 82 van de Wmg, het aangepast artikel 31 moeten worden toegevoegd aan de opgesomde artikelen waarop de handhaving van de NZa betrekking heeft. Met die aanpassing kan de NZa overtreding van hetgeen krachtens artikel 31 Wmg is geregeld, handhaven. In de Wmg zoals deze op dit moment luidt, ontbreekt deze schakel. Toevoeging van artikel 31 aan de opsomming in de handhavingsartikelen van de Wmg is naar de mening van de NZa sowieso noodzakelijk, los van het nu voorgestelde verandertraject in de AWBZ, zodat de AWBZ-uitvoerder zelf kan worden aangesproken.

Specifieke toezichtaspecten

Daarnaast vraagt de NZa de staatssecretaris van VWS aandacht voor de volgende specifieke aspecten van toezicht.

Op dit moment hebben zorgkantoren geen formele bevoegdheid om bij de zorgtoewijzing neerwaarts van het indicatiebesluit af te wijken, ook al gebeurt dit na overleg met en met instemming van de cliënt. De NZa kan zich voorstellen dat in de transitieperiode de huidige praktijk van de zorgtoewijzing wordt voortgezet, en dat deze tevens wordt geformaliseerd, opdat er geen onduidelijkheid bestaat over de rechtmatigheid van betalingen als – in het belang van verzekerden – door de AWBZ-uitvoerder wordt afgeweken van het indicatiebesluit.

In de voorziene situatie krijgt de NZa een taak in het kader van het toetsen van de betrouwbaarheid van bestuurders. Afgezien van de vraag waarom voor deze toetsing wordt gekozen, vraag de NZa zich af of het praktisch is om deze taak bij de NZa te beleggen. Ook is niet duidelijk welk concreet normenkader de NZa moet hanteren voor het toetsen van bestuurders. Pas als er een duidelijk normenkader is ontwikkeld, kan de NZa ook een inschatting maken van de consequenties. Daarbij moet onder andere gedacht worden aan het regelen van de toegang tot bronnen die nodig zijn voor de toetsing en het inrichten van de organisatie voor de feitelijke toetsing. Op dit moment is de NZa niet geëquipeerd voor deze taak. De opbouw van deskundigheid en de feitelijke toetsing vergt extra menskracht van de NZa.

De NZa stelt zich voor de toetsing van bestuurders op dezelfde wijze te organiseren als bij de Zvw. De gewenste samenhang tussen de AWBZ en de Zvw nopen ook tot een gelijkvormige toetsing van bestuurders van verzekeraars in beide segmenten.

Het beleggen van de taak met betrekking tot het bewaken van de continuïteit van zorgverlening (en het onderhouden van het *early warning system* (EWS)) bij de AWBZ-uitvoerders lijkt de NZa niet de meest doelmatige optie, zolang regionaal de representant nog functioneert. De NZa geeft in overweging om deze taak in de transitiefase bij de representant te beleggen.

De uitvoering van de persoonsgebonden budgetregeling (pgb) en de vergoedingsregeling is een taak van de AWBZ-uitvoerder. Deze uitvoering maakt geen onderdeel uit van het zorginkoopproces, omdat cliënten de zorg zelfstandig inkopen. Zolang de pgb-regeling en de vergoedingsregeling subsidieregelingen zijn op grond van artikel 44 AWBZ vallen ze buiten de reikwijdte van de beheersingsregulering door de NZa. Het CVZ heeft als taak deze uitgaven te beheersen.

De NZa onderschrijft dat een gecombineerd inzicht in de kosten van de zorg in natura, het pgb en de vergoedingsregeling vanaf het moment van individuele zorginkoop noodzakelijk is op het niveau van de AWBZ-uitvoerder. De feitelijke kostenbeheersing: beoordeling van de besteding van het pgb en de vergoeding, en van de uitputting van het subsidieplafond berust per 1 januari 2013 bij de AWBZ-uitvoerder. De NZa vraagt zich af of de representant - gedurende een korte periode - wel op regionaal niveau inzicht moet hebben in de totale kosten. Indien dit toch noodzakelijk wordt geacht, dient via een afzonderlijke informatie-uitwisseling met de AWBZ-uitvoerders de representant inzicht te krijgen in de bestedingen van pgb en de vergoedingsregeling op regionaal niveau. Hiertoe moeten de betalingen worden toegerekend naar regio op basis van NAW-gegevens.

Het is het voornemen van de staatssecretaris om het pgb vanaf 2014 een verzekerde aanspraak te maken, die valt onder het systeem van de contracteerruimte.⁷ De NZa gaat in dit advies niet in op de vraag hoe het pgb onder de beheerssystematiek van de contracteerruimte gebracht kan worden. Indien de staatssecretaris dit wenselijk vindt, kan de NZa hier op een later tijdstip over adviseren.

Wat moet er nog geregeld worden

Om toezicht te kunnen houden in een uitvoeringsstructuur waarbij de AWBZ wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars, moeten nog diverse zaken nader worden geregeld zoals:

- (1) Adequate informatievoorziening;
- (2) Kader voor het bewaken van de omzetplafonds;
- (3) Gescheiden administraties Zvw en AWBZ;
- (4) Opstellen van protocollen;
- (5) Normen voor de informatieverstrekking vanuit Vektis;
- (6) de overgang 2012-2013.

Ad 1) Om de AWBZ op een doelmatige wijze uit te voeren en de administratieve lasten te beperken, moet de informatievoorziening adequaat geregeld worden. Het betreft onder andere de informatie over de kwaliteit van de te leveren zorg, de productie-informatie uit de declaraties op cliëntniveau en de AWBZ-brede zorgregistratie. De NZa vindt het noodzakelijk dat de eisen aan de communicatie tussen AWBZ-uitvoerder en representant goed worden geregeld. Het is de verantwoordelijkheid van veldpartijen de informatie-uitwisseling goed te organiseren.

Ad 2) Om veldpartijen aan hun taak in het kader van het bewaken van het omzetplafond te kunnen houden en hen als toezichthouder hierop ook formeel aan te kunnen aanspreken, zijn heldere en toetsbare afspraken tussen representant en AWBZ-uitvoerders over de informatiestromen noodzakelijk.

Ad 3) Een belangrijk doel van de nieuwe uitvoeringsstructuur is dat de consumenten bij één loket terecht kunnen voor alle vragen over de AWBZ en de Zvw. De voorwaarden van het wetsvoorstel dwingen tegelijkertijd tot een volledige scheiding van de administraties van de AWBZ en de Zvw. De norm daarvoor is niet duidelijk. De NZa adviseert de wetgever nader toe te lichten welke gegevens de AWBZ-uitvoerder en de zorgverzekeraar mogen uitwisselen. De NZa zal dat dan afstemmen met het College bescherming persoonsgegevens (CBP).

⁷ Programmabrief hervorming langdurige zorg, juni 2011

Ad 4) De NZa baseert haar toezicht vooral op door veldpartijen opgestelde normen en haar eigen uitwerking hiervan. Zelfregulering speelt ook in de gewijzigde AWBZ een belangrijke rol en is een aangrijpingspunt voor toezicht. De NZa ziet bij continuering van deze praktijk voldoende aanknopingspunten voor een adequaat toezicht op de uitvoering van deze taken.

Voor een aantal taken, zoals het uitvoeren van betalingen en het beheersen van financiële kaders, moeten de toezichtinstrumenten worden aangepast. Zo zal de NZa in de aanloop naar het eerste uitvoeringsjaar de richtlijnen voor de financiële verantwoording en de protocollering externe accountant aanpassen. De NZa zal dit doen in afstemming met het CVZ als beheerder van het AFBZ.

Ad 5) Om adequaat toezicht te houden op declaratie op cliëntniveau moeten er specifieke normen voorhanden zijn waaraan de informatieverstrekking vanuit Vektis moet voldoen. Het betreft hier informatie over de technische en formele controles op tijdigheid, juistheid en volledigheid van de declaraties door de zorgaanbieders per AWBZ-uitvoerder.

Ad 6) Tot slot is het voor toezicht van belang dat het duidelijk is welke partij in 2013 kan worden aangesproken als de huidige concessiehouders in 2012 onrechtmatige uitgaven hebben gedaan of als de uitvoering niet rechtmatig of doelmatig heeft plaatsgevonden.

Verbinding uitvoering AWBZ en Wmo

De staatssecretaris hecht groot belang aan een goede verbinding van de uitvoering van de AWBZ en de Wmo. De afstemming is in het belang van ketenzorg en een doelmatige uitvoering van de AWBZ en de Wmo. De verantwoordelijkheid voor de afstemming van de regionaal georiënteerde Wmo en de landelijk georiënteerde AWBZ ligt op het snijvlak van zorginkoop en informatieverstrekking over zorgverlening. Voor een sterke verbinding tussen de Wmo en de AWBZ zijn afspraken nodig tussen AWBZ-uitvoerders en gemeenten (uitvoerders van de Wmo). Afstemming kan goed op regionaal niveau tussen representant en gemeente plaatsvinden alsmede tussen de landelijke organisaties van zorgverzekeraars (ZN) en gemeenten (VNG).

De taken waaraan de representant moet voldoen om zijn verantwoordelijkheid waar te maken, zijn, aan de hand van casuïstiek, nog slechts beperkt omschreven. ZN en de VNG zijn hiermee gestart. Om tot een goede invulling voor toezicht en het monitoren van samenwerking te komen, zullen hiervoor nog meetbare afspraken opgesteld moeten worden.

De afstemming van zorginkoop na de transitiefase, waarin de landelijk opererende AWBZ-uitvoerders deze taak moeten overnemen, vraagt bijzondere aandacht.

Toezicht bij individuele zorginkoop

Vanaf het moment dat de AWBZ-uitvoerders individueel zorg inkopen, verdwijnt het fenomeen representant in de AWBZ. Dit bevordert de toezichtbaarheid. De toepassing van het handhavinginstrumentarium door de NZa wordt daardoor eenduidiger. Randvoorwaarde voor individuele zorginkoop is dat er een adequaat model om AWBZ-uitvoerders te budgetteren beschikbaar is, dat rekening houdt met dynamische verzekerdportefeuilles.

Als in de fase van niet-risicodragende individuele zorginkoop de mogelijkheid wordt gecreëerd om een negatieve reserve op te bouwen ontstaat een geheel nieuwe situatie. Hierbij kan ook de zorgplicht van de AWBZ-uitvoerders in het geding zijn. Om toezicht te kunnen houden op de ontwikkeling van deze reserve is aanvullende regelgeving nodig. Zaken die geregeld moeten zijn betreffen de boven- en ondergrens van de reserve, de voorwaarden om een negatieve reserve te mogen hebben, eisen aan het herstelplan, mogelijkheden voor de AWBZ-uitvoerder om de negatieve reserve om te buigen, et cetera. Als hierover duidelijkheid is, kan de NZa vaststellen of zij hier toezicht op kan houden.

- Met het oog op de verantwoordelijkheid voor toezicht op de doelmatige uitvoering van de AWBZ, zal de NZa nog meer dan nu aan proactief toezicht moeten doen. Om vroegtijdig te kunnen signaleren dat een AWBZ-uitvoerder financieel in de problemen komt, zou de NZa het inkoopgedrag en de uitvoering van overige taken van AWBZ-uitvoerders moeten monitoren. Het alternatief is dat de NZa pas kan ingrijpen wanneer een knelpunt zich heeft voorgedaan.
- Het is voor de NZa gezien de vele onzekerheden zowel op het vlak van uitvoering als van toezicht nog prematuur om deze fase gedetailleerd in te vullen. De NZa blijft daarom graag betrokken bij dit vervolgtraject.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding voor het advies

Het kabinet wil dat zorgverzekeraars de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gaan uitvoeren voor hun eigen verzekerden, in plaats van de huidige uitvoering via regionale zorgkantoren. Het bereidt daartoe een wijziging voor van de AWBZ en enkele andere wetten. Dit wetsvoorstel ligt momenteel ter advisering voor bij de Raad van State. Beoogd wordt de wetswijzigingen met ingang van 1 januari 2013 in werking te laten treden.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 25 mei 2011 advies uitgebracht over het conceptwetsvoorstel Uitvoering Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Hiervan is gebruik gemaakt bij de verdere ontwikkeling van het wetsvoorstel. In haar brief van 18 januari 2012 vraagt de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de NZa een aanvullend advies uit te brengen voor de overgangsfase die is voorzien in het huidige wetsvoorstel. Daarbij vraagt zij aandacht voor zowel het regulerings- als het toezichtaspect van de wijzigingen in de AWBZ in de overgangsfase. In haar brief schetst de staatssecretaris tevens de beoogde situatie 'na de evaluatie'. Zij vraagt of de NZa voldoende instrumenten heeft om ook na de evaluatie toezicht te kunnen houden op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitvoering van de AWBZ.

1.2 Doelstelling van het advies

In dit advies wordt, conform het verzoek van de staatssecretaris, geadviseerd over de nadere uitwerking van regulerings- en toezichtaspecten van de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden (UAZ). In het bijzonder zal de NZa ingaan op de volgende vragen:

1. Wat is er nodig om de in uw brief geschetste taakverdeling tussen representanten en AWBZ-uitvoerders goed te laten werken met het oog op kostenbeheersing?
 - a. Welke eventuele knelpunten moeten door VWS, de NZa of door ZN worden opgelost om te komen tot een goed proces van kostenbeheersing, voorafgaand aan het jaar, gedurende het jaar en na afloop van het jaar?
 - b. Kunnen deze eventuele knelpunten worden opgelost?
2. Hoe ziet de NZa de samenloop tussen de uitvoering van de AWBZ in de overgangsfase en het eventueel overstappen op omzetplafonds voor zorgaanbieders, al dan niet gecombineerd met een algemene tariefbeschikking en de overstap op declaraties op cliëntniveau?
3. Heeft de NZa voldoende mogelijkheden om toezicht te houden op de recht- en doelmatigheid van de uitvoering van de AWBZ, wanneer de zorginkoop wordt uitgevoerd door representanten, terwijl het declaratieverkeer via de AWBZ-uitvoerders loopt?
 - a. Zijn de verschillende verantwoordelijkheden voldoende afgebakend voor het houden van toezicht en het eventueel opleggen van sancties?
 - b. Aan welke voorwaarden moet zijn voldaan, om een sterke verbinding tot stand te kunnen brengen tussen de uitvoering van de AWBZ en de Wmo?

4. Biedt de wetgeving de NZa voldoende instrumenten om te zorgen voor de beheersing van zorgkosten wanneer overgestapt wordt op individuele zorginkoop door AWBZ-uitvoerders?
- Welke mogelijkheden ziet de NZa om na te gaan of sprake is van inkoop van ondoelmatige zorg?
 - Wanneer reservevorming (zowel positieve reserves als negatieve reserves) voor het zorginkoopbudget worden mogelijk gemaakt, acht de NZa dan dat op dit punt nadere regelgeving gewenst is?
5. Heeft de NZa voldoende instrumenten om na de invoering van individuele zorginkoop toezicht te houden op de recht- en doelmatigheid van de uitvoering van de AWBZ?

1.3 Reikwijdte van het advies

Dit advies richt zich op de voor UAZ noodzakelijke wijzigingen in de financiering, kostenbeheersing en toezicht.

Hoewel in kaart wordt gebracht welke aanpassingen in de prestatieregulering nodig zijn voor UAZ, is het niet het doel van dit advies om deze aanpassingen ook uit te werken. Dit wordt in aparte trajecten door de NZa opgepakt.

Naast UAZ heeft het kabinet het voornemen om de AWBZ op andere onderdelen te wijzigen. Op termijn moet het persoonsgebonden budget (pgb) een verzekerde aanspraak worden en wordt een start gemaakt met het scheiden van wonen en zorg. Ook worden een aantal pakketmaatregelen genomen en delen van de AWBZ overgeheveld naar Zvw of Wmo. Deze wijzigingen zijn in dit advies buiten beschouwing gelaten. Bij toekomstige advisering door de NZa over deze onderwerpen zal de relatie met UAZ worden gelegd.

De NZa heeft niet onderzocht wat de mededingingsrechtelijke consequenties zijn van het representatiemodel: het is aan de Nederlandse Mededingingsautoriteit om hier over te oordelen.

Dit advies beperkt zich tot reguleringswijzigingen en toezichtaspecten die betrekking hebben op inkoop via representatie en inkoop door individuele AWBZ-uitvoerders. Een risicodragende uitvoering blijft in dit advies buiten beschouwing, omdat het huidige kabinet hierover geen besluit zal nemen.

1.4 Leeswijzer

Deel 1

Deel 1 richt zich op de vraagstukken rond regulering en kostenbeheersing.

Hoofdstuk 2 schetst de door het kabinet voorgestelde transitiefase.

Hoofdstuk 3 brengt de potentiële knelpunten van UAZ voor de kostenbeheersing en uitvoerbaarheid in kaart en draagt oplossingen aan.

In hoofdstuk 4 wordt één van de geadviseerde reguleringswijzigingen, omzetplafonds, in detail uitgewerkt. Hoofdstuk 5 gaat over de mogelijkheid om de door de NZa voorgestelde reguleringswijzigingen gefaseerd door te voeren.

Hoofdstuk 6 gaat over de eindsituatie zoals voorgesteld door het kabinet: individuele inkoop door AWBZ-uitvoerders.

Hoofdstuk 7 ten slotte brengt kort in kaart welke stappen de staatssecretaris van VWS moet nemen om de adviezen van de NZa te implementeren.

Deel 2

Deel 2 richt zich op de vraagstukken rond toezicht. Hoofdstuk 8 introduceert de toezichtvragen die in het advies worden geadresseerd.

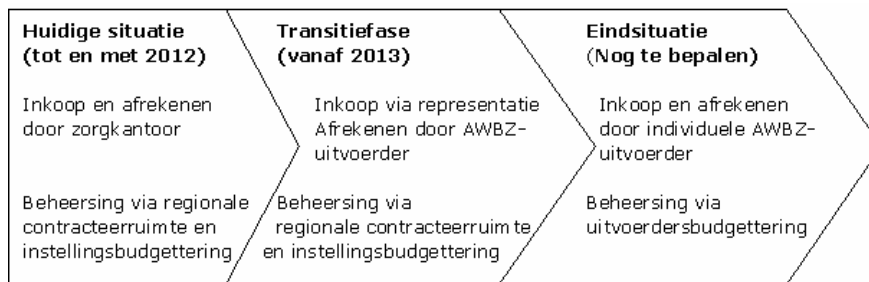
In hoofdstuk 9 wordt eerst een beeld gegeven van de te verwachten situatie na invoering van de voorgenomen wetswijziging. Dit is het beeld waarop de NZa dit advies heeft gebaseerd. Op basis van haar analyse van de beoogde situatie aan de hand van de in hoofdstuk 8 genoemde vragen, wil de NZa vanuit toezichtoogpunt met name kanttekeningen plaatsen bij de verdeling van verantwoordelijkheden in de toekomstige uitvoering van de AWBZ. Hieraan is hoofdstuk 10 gewijd.

In dit hoofdstuk is ook aandacht voor de eisen die aan de nieuwe AWBZ-uitvoerders worden gesteld. In hoofdstuk 11 gaat de NZa vervolgens dieper in op het toezicht op de uitvoering van taken door AWBZ-uitvoerders en representanten.

In hoofdstuk 12 schetst de NZa een globaal beeld van hoe het toezicht er in de overgangsfase uit kan komen te zien, inclusief eventuele speerpunten die zich daarbij voordoen gelet op de beoogde uitvoeringsstructuur in de eerste overgangsfase (met zorginkoop door representanten). Hoofdstuk 13 gaat in op de fase daarna, met zorginkoop door individuele AWBZ-uitvoerders zonder dat zij daarvoor risico dragen.

Deel 1. Reguleringsaspecten

2. De transitiefase



Het einddoel waar het kabinet naar streeft is een uitvoeringsstructuur waarbij zorgverzekeraars (in het wetsvoorstel aangeduid met AWBZ-uitvoerders) alle uit de AWBZ vloeiende taken voor eigen verzekerden uitvoeren.

Dit betekent dat AWBZ-uitvoerders in de eindsituatie hun eigen inkoopbeleid voor AWBZ-zorg ontwikkelen en afspraken maken met zorgaanbieders voor hun eigen verzekerden. Voor de beheersbaarheid betekent dit dat er een adequaat en stabiel verdeelmodel beschikbaar moet zijn voor de verdeling van de AWBZ-middelen over individuele AWBZ-uitvoerders. Omdat een verdeelmodel om uitvoerdersbudgetten vast te kunnen stellen nog niet voor handen is, heeft het kabinet een transitiefase voorgesteld.

In de transitiefase voeren AWBZ-uitvoerders alle uitvoeringstaken uit, met uitzondering van de taken die betrekking hebben op zorginkoop en kostenbeheersing. Zorginkoop en kostenbeheersing worden uitgevoerd via het zogenaamde representatiemodel. Nederland wordt opgedeeld in 32 regio's, dezelfde (geografische) indeling wordt gehanteerd als voor de huidige zorgkantoorregio's. Per regio wordt één AWBZ-uitvoerder verantwoordelijk voor de zorginkoop en kostenbeheersing: de representant.

Voor de kostenbeheersing gaat het kabinet er van uit dat (net als nu) gewerkt wordt met een zogenaamd dubbel slot: contracteerruimte in combinatie met instellingsbudgettering. Per regio wordt een contracteerruimte vastgesteld en met deze contracteerruimte koopt de representant zorg in. De zorginkoop wordt vastgelegd in instellingsbudgetten, waarbij de NZa bewaakt dat de instellingsbudgetten de contracteerruimte niet overschrijden.

Het representatiemodel is in de conceptwet geregeld via artikel 15a AWBZ. Dit artikel regelt dat de minister AWBZ-uitvoerders kan aanwijzen die namens en met uitsluiting van de andere AWBZ-uitvoerders aan te wijzen vormen van zorg inkopen. Dit artikel maakt het mogelijk om per regio één representant aan te wijzen die de zorginkoop in die regio uitvoert.

De NZa wijst er op dat voor zowel de regulering van als het toezicht op de AWBZ van groot belang is dat het representatiemodel goed verankerd is in de wet. Zonder artikel 15a AWBZ ontbreekt onder UAZ de wettelijke basis voor regulering via regionale contracteerruimtes en is het toezicht op de uitvoering van de zorginkooptaak en kostenbeheersingstaak van de representant niet goed mogelijk.

3. Knelpunten bij kostenbeheersing representatiemodel

3.1 Inleiding

De drie door de overheid gedefinieerde publieke belangen van de gezondheidszorg zijn kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De betaalbaarheid van de gezondheidszorg is van belang, omdat de kosten daarvan door de burgers worden betaald. Gezien dit publieke belang is het overheidsbeleid gericht op kostenbeheersing.

De NZa vat het begrip kostenbeheersing hier als volgt op. Kostenbeheersing heeft als resultaat dat de zorguitgaven het beschikbare macrokader niet overschrijden. Kostenbeheersing staat daarmee automatisch op gespannen voet met de zorgplicht: AWBZ-verzekerden hebben een aanspraak op noodzakelijke zorg, die in de wet niet wordt ingeperkt door de beschikbaarheid van middelen. Dit betekent niet dat kostenbeheersing niet mogelijk is, alleen dat er grenzen aan zijn.

Kostenbeheersingsinstrumenten kunnen op verschillende momenten in de inkoopcyclus aangrijpen: voorafgaand aan een jaar, gedurende het jaar en na afloop van een jaar.

Om wat te kunnen zeggen over de kostenbeheersing onder representatie, is het noodzakelijk om eerst aan te geven hoe kostenbeheersing in het huidige systeem wordt gerealiseerd. Vervolgens kan in kaart worden gebracht welke gevolgen UAZ onder representatie voor de kostenbeheersing heeft en welke knelpunten ontstaan.

3.2 Huidige kostenbeheersing

De AWBZ is een volksverzekering tegen 'bijzondere ziektekosten'. Wie verzekerd is voor een zorgverzekering is voor de uitvoering van de AWBZ bij dezelfde zorgverzekeraar ingeschreven. De AWBZ bepaalt dat verzekerden aanspraak hebben op zorg tegenover de zorgverzekeraar.⁸ Tot op heden wordt de AWBZ niet uitgevoerd door de zorgverzekeraars, maar door zogenaamde zorgkantoren. Deze zorgkantoren (verbindingskantoren) zijn door de minister aangewezen rechtspersonen, die belast zijn met enkele administratieve taken.

Naast de administratieve taken hebben de zorgverzekeraars door middel van een mandaatverlening en een volmacht een aantal taken aan de zorgkantoren overgedragen. Eén van de belangrijkste activiteiten van zorgkantoren is het inkopen van zorg. De AWBZ bepaalt dat zorgverzekeraars overeenkomsten sluiten met zorgaanbieders over aard, omvang en prijs van de te verlenen zorg.

Het huidige systeem van kostenbeheersing steunt op drie pijlers: de contracteerruimte, instellingsbudgettering en regulering van bevoorschotting.

⁸ Dit recht op zorg kan onder voorwaarden ook via een PGB worden gerealiseerd.

Om de AWBZ betaalbaar en daarmee toegankelijk te houden geldt met ingang van 2005 voor AWBZ-zorgaanbieders een systeem van dubbele budgettering, waarbij het jaarlijkse macrobudget wordt aangeduid met de term contracteerruimte en waarbij individuele instellingen worden gebudgetteerd. Dit systeem is tot stand gekomen met instemming van de brancheorganisaties van AWBZ instellingen (en van ziektekostenverzekeraars). Dit is vastgelegd in het convenant AWBZ 2005-2007. De daarop volgende jaren is het systeem van doelmatige zorginkoop door zorgkantoren binnen een beschikbaar (regio)kader voortgezet.

Elk jaar ontvangt de NZa van de minister een aanwijzing over de landelijke contracteerruimte. Hierin staat hoe de contracteerruimte berekend en verdeeld moet worden naar de betreffende zorgkantoren. Daarnaast is hierin opgenomen hoe de tariefverzoeken van de individuele zorgaanbieders aan de contracteerruimte getoetst moeten worden.

Het uitgangspunt van de contracteerruimte is dat de zorg die in het jaar t-1 werd ingekocht ook in het jaar t kan worden ingekocht, mits de aanspraak niet gewijzigd is. Dit betekent dat de basis voor de berekening de productieafspraken van het jaar t-1 is. Daarnaast wordt elk jaar groeiruimte beschikbaar gesteld voor extra productie of verzwaring van de zorgvraag.

De aanvragen voor tarieven worden getoetst aan de contracteerruimte die per zorgkantoorregio door de NZa wordt vastgesteld. In de huidige situatie beoordeelt de NZa de budgetverzoeken op één moment. De indieningstermijn hiervan is 1 november. Hierbij kunnen zowel de productieafspraken voor het jaar t+1 worden ingediend als de beschikingsafspraken voor het jaar t.

Het totaal van de ingediende budgetverzoeken wordt vergeleken met de regionale contracteerruimte. Indien het totaal van de verzoeken de contracteerruimte overschrijdt worden de aanvragen door de NZa gecorrigeerd naar rato van de totale budgetaanvraag (eerste ronde) of naar rato van de toename ten opzichte van de eerste ronde (herschikking).

Het systeem van de contracteerruimte kent twee ventielen voor het geval dat frictie ontstaat tussen de beschikbare contracteerruimte en de geïndiceerde zorgvraag. Het betreft hier de knelpuntenprocedure en de spoedprocedure. Van een knelpunt kan sprake zijn als aan vier voorwaarden wordt voldaan:

- Er is een problematische wachtlijst. De geïndiceerde zorg kan niet binnen de Treeknorm geleverd.⁹
- De geïndiceerde zorg kan niet binnen de productieafspraken van een andere zorgaanbieder worden opgevangen.
- Er is geen onderbenutting van de contracteerruimte in de betreffende regio.
- Andere zorgkantoorregio's hebben geen middelen over.

Meldingen in het kader van de knelpuntenprocedure kunnen door de zorgkantoren bij de NZa worden gedaan. Op basis van deze meldingen rapporteert de NZa de staatssecretaris. De staatssecretaris kan besluiten om middelen aan de contracteerruimte toe te voegen. Door middel van de spoedprocedure kan de NZa meldingen van het niet leveren van dringend noodzakelijke zorg direct onderzoeken.

⁹ Treeknormen zijn normen voor de maximale wachttijd voor een cliënt.

Na afloop van het jaar wordt de zorg verantwoord middels de nacalculatie. Hierbij is de productieafspraken de bovengrens van de bekostiging. Geleverde zorg die boven de productieafspraken is geleverd wordt niet bekostigd.

3.3 Ontwikkelingen die effect hebben op kostenbeheersing

Er zijn twee ontwikkelingen die rechtstreeks consequenties hebben voor de kostenbeheersing:

- (1) Het scheiden van de inkoop- en beheersfunctie van de afrekenfunctie (per 1 januari 2013).
- (2) De overstap van betalen op basis van bevoorschotting naar betalen op basis van declaraties (verwacht per 1 januari 2013).

Ad 1) In de door het de staatssecretaris van VWS geschetste transitiefase van UAZ ligt de verantwoordelijkheid voor de zorginkoop en beheersing bij de representant, terwijl het streven is dat de zorg wordt afgerekend door de individuele AWBZ-uitvoerders.

Ad 2) Momenteel worden zorgaanbieders bevoorschot op basis van hun budget aanvaardbare kosten, dat gebaseerd is op de productieafspraken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. De staatssecretaris van VWS streeft naar de situatie dat de betaling aan zorgaanbieders gebaseerd is op de gedeclareerde zorg.

De tweede ontwikkeling staat als zodanig los van UAZ en is een logische consequentie van de invoering van prestatiebekostiging. Deze twee ontwikkelingen zorgen voor knelpunten in de beheersing.

3.3.1 Het scheiden van beheersing en betaalfunctie

Het opsplitsen van het zorginkoopproces en het afrekenproces kent risico's voor de financiële beheersing. Wanneer de representant verantwoordelijk is voor de zorginkoop in een regio, moet hij een actueel overzicht hebben van de zorgproductie in die regio. Alleen dan kan de representant in de gaten houden dat de gemaakte productieafspraken adequaat zijn voor de zorgvraag in de regio. Wanneer de representant geen actueel overzicht heeft van de realisatiecijfers per zorgaanbieder, kan hij geen goede afspraken maken in de herschikkingsronde. Ook heeft de representant dan geen zicht op eventuele knelpunten die in zijn regio dreigen.

Essentieel voor een model waarbij de representant verantwoordelijk is voor zorginkoop en individuele AWBZ-uitvoerders verantwoordelijk zijn voor het afhandelen van declaraties, is dat AWBZ-uitvoerders de representant meteen op de hoogte stellen van binnengekomen declaraties. De representant moet vervolgens beschikken over een adequaat systeem om de door de AWBZ-uitvoerder aangeleverde informatie over declaraties te aggregeren tot een actueel beeld van de realisatie per gecontracteerde zorgaanbieder. Tot slot moeten representanten en AWBZ-uitvoerders er gezamenlijk voor zorgen dat niet meer gedeclareerde zorg wordt uitbetaald, dan het budget van de zorgaanbieder toestaat. Anders ontstaat overfinanciering.

Een belangrijk onderdeel van doelmatige zorginkoop zoals in de huidige situatie wordt vormgegeven is het sturen op de bandbreedte bij extramurale zorg. Extramurale zorg wordt geïndiceerd in klassen. Klassen kennen een bandbreedte (klasse 2 is bijvoorbeeld minstens 2 en hoogstens 3,9 uur zorgverlening en kent een bandbreedte van 1,9 uur). Zorgkantoren maken afspraken met zorgaanbieders over de gemiddelde declaratie binnen de klasse.¹⁰ Het representatiemodel compliceert het sturen op de bandbreedte. Het is immers de representant die hier inkoopafspraken over moet maken, terwijl de declaraties bij de AWBZ-uitvoerder binnen komen. Alleen een goede en tijdige informatie uitwisseling tussen AWBZ-uitvoerders en representant, maakt het mogelijk om een doelmatige uitvoering te continueren.

Op dit moment is onbekend in hoeverre de informatie-uitwisseling tussen AWBZ-uitvoerder en representant voldoende is om beheersing te waarborgen. Hiervoor is het nodig dat vastgesteld wordt of de relevante cliëntgegevens en overige inkoopgegevens worden overgedragen:

- tussen AWBZ-uitvoerders onderling;
- tussen AWBZ-uitvoerders en representanten;
- van zorgkantoren naar AWBZ-uitvoerders;
- van zorgkantoren naar representanten (mocht dit niet het huidige zorgkantoor betreffen).

Het is aan AWBZ-uitvoerders om aan te tonen dat deze informatie-overdracht daadwerkelijk heeft plaatsgevonden en dat er informatie-uitwisselingsystemen zijn om informatie tussen AWBZ-uitvoerders en representanten mogelijk te maken.

Een goede en tijdige informatie-uitwisseling tussen AWBZ-uitvoerders en representanten is volgens de NZa een randvoorwaarde voor een beheerste uitvoering van de AWBZ. Indien deze informatie-uitwisseling niet is gegarandeerd, adviseert de NZa uit oogpunt van beheersbaarheid om zowel de inkooptaak als de betaalfunctie bij representanten neer te leggen (zie ook paragraaf 11.4).

3.3.2 Betalen op basis van declaraties

Momenteel worden zorgaanbieders bevoorschot op basis van hun budget aanvaardbare kosten, die gebaseerd is op de productieafspraken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. De staatssecretaris van VWS streeft naar de situatie dat de betaling aan zorgaanbieders per 1 januari 2013 gebaseerd zal zijn op de gedeclareerde zorg.

Door de betaling te baseren op declaraties, kan een zorgaanbieder meer ontvangen (meer declareren) dan zijn budget aanvaardbare kosten. Doordat het maken en monitoren van productieafspraken (een taak van de representant) is losgekoppeld van het betaalproces (een taak van de AWBZ-uitvoerders), is de kans aanmerkelijk vergroot dat AWBZ-uitvoerders bij overproductie (productie boven de productieafpraak) daadwerkelijk meer uitbetalen dan het budget aanvaardbare kosten van de betreffende zorgaanbieder.

Om de uitgaven gedurende het jaar te beheersen is het noodzakelijk dat de representant de opbrengsten van de zorgaanbieder kan monitoren en dat het betalingsverkeer zonedig gedurende het jaar kan worden bijgesteld.

¹⁰ Als bijvoorbeeld wordt afgesproken dat een zorgaanbieder op maximaal 35% in de bandbreedte zit, betekent dit dat bij een klasse 2 gemiddeld niet meer dan 2,7 uur per week wordt gedeclareerd. Dit is een gemiddelde op populatieniveau, niet op het niveau van individuele cliënten.

Om bij uitbetaling door AWBZ-uitvoerders overbetaling te minimaliseren zijn er twee opties: (1) bij een dreigende overschrijding stoppen AWBZ-uitvoerders op verzoek van de representant de betaling aan een zorgaanbieder, of (2) de tarieven van zorgaanbieders worden op basis van realisatiecijfers aangepast, zodat geen overschrijding plaats vindt.

De eerste optie vergt dat representanten en AWBZ-uitvoerders een goede en tijdige informatie-uitwisseling hebben en dat AWBZ-uitvoerders in staat en bereid zijn om de betaling aan een zorgaanbieder stop te zetten, terwijl er nog wel declaraties binnenkomen.¹¹ De tweede optie vergt dat representanten en AWBZ-uitvoerders een goede en tijdige informatie-uitwisseling hebben en dat representanten op basis van productieprognoses de tarieven van een zorgaanbieder kunnen aanpassen (en daar op basis van het contract tussen zorgaanbieder en representant ook toe bevoegd zijn). Onder de huidige regulering met individuele vaste tarieven mogen partijen geen andere tarieven in rekening brengen dan door de NZa vastgesteld. Iedere aanpassing van het tarief moet door de NZa worden vastgesteld. Wanneer een algemene tariefbeschikking met maximumtarieven (zoals omschreven in paragraaf 3.4.6) zou worden ingevoerd, kunnen representanten en zorgaanbieders tarieven bijstellen zonder tussenkomst van de NZa. Indien een aanbieder prestaties opvoert boven een overeengekomen aantal, en de representant ziet hiervan de baten dalen, kan de representant reageren met een lagere prijs.

3.3.3 Oplossingen voor kostenbeheersing

De NZa heeft drie opties geïdentificeerd voor het bovengenoemde knelpunt voor kostenbeheersing:

- Optie 1: continueren huidige systematiek van bevoorschotten;
- Optie 2: gebruik maken van vereffeningbedragen;
- Optie 3: gebruik maken van omzetplafonds.

Continueren huidige systematiek van bevoorschotten

Bij deze optie geeft de representant opdracht tot bevoorschotting aan het CAK. Zolang wordt bevoorschot door de representant op basis van de aanvaardbare kosten zijn de kosten beheerst: het macrokader kan niet worden overschreden. Het nadeel van deze optie is dat declaraties van geleverde zorg er voor zorgaanbieders niet echt 'toe doen' (er wordt niet direct op afgerekend), wat de kwaliteit van de declaraties niet ten goede komt. Er wordt ook al jaren gewerkt naar een situatie van afrekenen op basis van declaraties. Betrouwbare declaratiegegevens zijn nodig voor de ontwikkeling van een goed verdeelmodel voor uitvoerdersbudgetten. Optie 1 verhoudt zich daarmee niet goed met de gewenste eindsituatie.

Vereffeningbedrag

Een vereffeningbedrag is een opgrond van art. 56b Wmg door de NZa vast te stellen bedrag dat een AWBZ-uitvoerder in rekening kan brengen bij een zorgaanbieder. In beginsel kan een vereffeningbedrag worden gebruikt om overbetalingen aan zorgaanbieders te corrigeren.

Aan een vereffeningbedrag kleven een aantal nadelen. Het eerste nadeel is dat het een 'kan' bepaling is: een AWBZ-uitvoerder kan dit bedrag in rekening brengen, maar hoeft dit niet. Het is dus aan de AWBZ-uitvoerder om te bepalen of hij de te veel betaalde middelen terughaalt bij de zorgaanbieder, of niet.

¹¹ De NZa heeft van zorgverzekeraars signalen ontvangen dat gezien de inrichting van het betaalverkeer het stopzetten van betalingen problematisch is.

Een AWBZ-uitvoerder heeft maar beperkte prikkels om het vereffeningbedrag in rekening te brengen: hij mag het geld niet zelf houden, maar moet dit weer aan het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) teruggeven. Een zorgaanbieder zal de AWBZ-uitvoerder proberen te overtuigen dat hij het vereffeningbedrag niet in rekening moet brengen (door bijvoorbeeld aan te geven welke negatieve consequenties dit heeft voor de toekomstige dienstverlening door en financiële positie van de zorgaanbieder).

Overigens moet nog nader worden onderzocht of de NZa op grond van doelmatigheidstoezicht kan afdwingen (via handhavingsinstrumenten) dat AWBZ-uitvoerders vereffeningbedragen daadwerkelijk in rekening brengen bij zorgaanbieders. Aan het innen van een vereffeningbedrag zijn potentieel kosten verbonden voor de AWBZ-uitvoerder: wanneer een zorgaanbieder het niet eens is met het in rekening brengen van een vereffeningbedrag, zal een civiele procedure moeten plaatsvinden.

Omdat de kostenbeheersing alleen achteraf plaats vindt, is de kans op overschrijdingen groter dan onder het huidige model. Wanneer de zorgaanbieder in de tussentijd failliet is, of wanneer het terugbetalen van de overschrijding tot faillissement zou leiden, is het (volledig) terughalen van de teveel betaalde middelen niet mogelijk. Strategisch gedrag bij sommige zorgaanbieders om terugbetalen onmogelijk te maken ligt voor de hand.

Naarmate de informatie-uitwisseling tussen representant en overige AWBZ-uitvoerders minder goed op orde is, is de kans groter op substantiële overschrijdingen en dus substantiële vereffeningbedragen. Wanneer de informatie-uitwisseling goed op orde is, kunnen AWBZ-uitvoerders eerder stoppen met betaling, om overbetaling te beperken.

Overigens moet nog nader worden onderzocht of de NZa op grond van doelmatigheidstoezicht kan afdwingen (via handhavingsinstrumenten) dat AWBZ-uitvoerders vereffeningbedragen daadwerkelijk in rekening brengen bij zorgaanbieders.

Omzetplafonds

Artikel 50 lid 2 Wmg geeft de NZa de bevoegdheid om voor de som van de tarieven die een zorgaanbieder declareert een maximum te stellen (een omzetplafond). Door het huidige budget aanvaardbare kosten als omzetplafond van een instelling vast te stellen, wordt een grens gecreëerd waarboven een zorgaanbieder niet mag declareren.

In hun werking doen omzetplafonds precies hetzelfde als wat het huidige systeem van kostenbeheersing doet: de omzet van een zorgaanbieder begrenzen. De systematiek van omzetplafonds verschilt op twee punten van de huidige systematiek. (1) In de huidige systematiek is het voor de kostenbeheersing noodzakelijk om alle prijzen en volumes vast te leggen, terwijl bij omzetplafonds alleen het plafond zelf hoeft te worden vastgelegd voor de kostenbeheersing. (2) De huidige systematiek (in combinatie met betalen op basis van declaraties en het splitsen van de taken van kostenbeheersing en afrekenen) kan niet goed omgaan met overbetaling en omzetplafonds wel.

De NZa ziet twee mogelijke manieren om het omzetplafond van een zorgaanbieder te bepalen:

- Optie a) Op basis van de eerste en tweede productieafspraken;
- Optie b) Op basis van louter de tweede productieafspraken.

Ad a) Bij deze variant wordt het omzetplafond bepaald op basis van de productieafspraken uit de eerste budgetronde (november jaar t-1). Vervolgens kan het omzetplafond worden opgehoogd op basis van de budgetafspraken uit de tweede budgetronde.

Optie a betekent allereerst dat het risico van overbetaling aanzienlijk wordt gereduceerd, ten opzichte van een systeem met vereffeningbedragen. Daar waar het een zorgaanbieder nu is toegestaan om overproductie in rekening te brengen bij AWBZ-uitvoerder, is het overschrijden van het omzetplafond in strijd met de wet. Zo nodig kan de NZa voor deze overschrijding een boete opleggen. Wanneer de NZa een overschrijding constateert, kan de NZa de grens handhaven door de betreffende zorgaanbieder te verplichten om het te veel ontvangen terug te storten in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ).

Een potentieel nadeel van optie a –omzetplafonds- is dat ze een meer rigide vorm van kostenbeheersing zijn dan vereffeningbedragen. Bij een vereffeningbedrag is overbetaling door de AWBZ-uitvoerder rechtmatig. Een omzetplafond is een harde grens en overschrijding is onrechtmatig. Zowel het declareren van zorg boven het plafond door de zorgaanbieder alsook het uitbetalen door de AWBZ-uitvoerder zijn in strijd met de de Wmg en als zodanig een economisch delict. Omzetplafonds kunnen lopende het jaar beknellend werken, als in de eerste budgetronde niet voor de volledige contracteerruimte productieafspraken zijn gemaakt. Wanneer de zorgproductie van een zorgaanbieder aanzienlijk hoger is dan ingeschat tijdens de eerste budgetronde, kan hij met het omzetplafond in de knel komen. De zorgaanbieder zit met zijn declaraties al bij het plafond, terwijl de herschikking nog niet is geweest.

Ad b) De hoogte van het omzetplafond kan ook worden gebaseerd op louter de productieafspraken uit de tweede budgetronde. Een zorgaanbieder krijgt voor het begin van het jaar een omzetbeschikking waarin staat vermeld dat het omzetplafond van de zorgaanbieder de hoogte heeft van de productieafspraken uit de tweede budgetronde (indien nodig naar beneden bijgesteld bij de contracteerruimte toets). De precieze hoogte van het omzetplafond is voor de zorgaanbieder dan nog niet kenbaar: hij weet niet hoe hoog zijn productieafspraken uit de tweede budgetronde zal zijn.

Omdat de hoogte van het omzetplafond nog niet vast staat tot na de tweede budgetronde, is het niet in strijd met de wet om zorg te declareren, ook al zou achteraf blijken dat de zorgaanbieder daarmee over zijn omzetplafond is gegaan. Omdat de hoogte van de grens op het moment van declareren niet kenbaar was, is geen sprake van verwijtbaarheid. Optie b heeft daarmee een vergelijkbare mate van flexibiliteit als het huidige systeem van kostenbeheersing.

Optie b –omzetplafond op basis van tweede budgetafspraken- blijft daarmee heel dicht bij de huidige beheerssystematiek. Het enige verschil met de huidige systematiek is dat een overschrijding van de tweede productieafspraken beter geadresseerd kan worden: een overschrijding kan bij een omzetplafond immers worden teruggevorderd. Het nadeel van optie b ten opzichte van optie a is dat bij optie b de kans op overschrijdingen van het omzetplafond een stuk groter is dan bij optie a en dus vaker geld bij zorgaanbieders zal moeten worden teruggevorderd.

Advies NZa

De NZa is van mening dat, gegeven de wens om een goed verdeelmodel voor individuele inkoop te ontwikkelen (dus door te gaan met betalen op basis van declaraties) en gegeven de nadelen met betrekking tot vereffeningbedragen, de introductie van omzetplafonds de beste optie is om kosten te beheersen gedurende de transitiefase.

De NZa adviseert om per 1 januari 2013 kostenbeheersing vorm te geven via omzetplafonds en deze omzetplafonds louter te baseren op de tweede productieafspraken. De NZa is van mening dat de invoer van omzetplafonds per 1 januari 2013 haalbaar is.

In hoofdstuk 1 wordt het instrument van omzetplafond in detail uitgewerkt.

3.4 Andere potentiële knelpunten gedurende transitiefase

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op andere mogelijke knelpunten die bij de door de staatssecretaris van VWS geschetste taakverdeling moeten worden opgelost om te komen tot een verantwoord proces van kostenbeheersing.

De volgende zaken kunnen potentieel tot knelpunten leiden:

- De wijze waarop representatie is geregeld
- Declareren op cliëntniveau.
- Declareren niet-cliëntgebonden kosten
- Wijziging in de wijze waarop de regionale contracteerruimte wordt bepaald
- Knelpuntenprocedure en steun
- De wens om op termijn over te stappen op individuele inkoop.

3.4.1 Borging representatie

Wettelijke borging

Om als NZa de systematiek van regionale contracteerruimtes te kunnen continueren, is een wettelijke borging voor deze vorm van regionaal reguleren noodzakelijk. Op dit moment is de grondslag voor het regionaal reguleren artikel 40 AWBZ. Dit artikel regelt onder andere de aanwijzing van verbindingskantoren (zorgkantoren).

Met het verdwijnen van artikel 40 AWBZ bij UAZ (zorgkantoren houden immers op te bestaan), vervalt de basis voor regionaal reguleren. Artikel 15a AWBZ creëert een nieuwe basis.

Het wetsvoorstel UAZ (artikel 15a AWBZ) stelt aangaande de vormgeving van de representatie dat de minister "een of meer AWBZ-uitvoerders kan aanwijzen" die namens alle AWBZ-uitvoerders zorg inkopen. AWBZ-uitvoerders zijn rechtspersonen die worden opgericht door zorgverzekeraars. Het wetsvoorstel bepaalt tevens dat de representant één van de AWBZ-uitvoerders in de regio is.

Representanten zijn specifiek verantwoordelijk voor de recht- en doelmatige uitvoering van hun wettelijke taak om namens AWBZ-uitvoerders zorg in te kopen. De zorgplicht ligt bij de AWBZ-uitvoerder. De AWBZ-uitvoerders zijn integraal verantwoordelijk voor en aanspreekbaar op de uitvoering van de AWBZ. Artikel 15a AWBZ (of een vergelijkbaar artikel) is nodig voor het continueren voor de systematiek van regionale contracteerruimtes.

Zonder artikel 15a AWBZ ontstaat een knelpunt voor de kostenbeheersing gedurende de transitiefase. Het beheersmodel van regionale contracteerruimtes mist dan een wettelijke grondslag en representanten zijn niet aan te spreken op hun activiteiten op het gebied van zorginkoop en kostenbeheersing.

Aantal representanten¹²

Vanuit het oogpunt van eenduidige verantwoordelijkheid en procesmatige eenvoud is het volgens de NZa noodzakelijk om uit te gaan van één representant per regio. De representant is verantwoordelijk voor zorginkoop en kostenbeheersing en bij meer dan één representant per regio ontbreekt een specifieke partij die op de uitvoering van deze taken kan worden aangesproken.

Vanuit het hele proces van kostenbeheersing (productieafspraken indienen bij de NZa) werkt een systeem met meer dan één representant per regio sterk complicerend en vertragend: wanneer de representanten er onderling niet uitkomen zal de NZa uiteindelijk een beslissing moeten nemen. Dit is een tijdrovend proces. Gezien de toets aan de contracteerruimte is tijdverlies buitengewoon onwenselijk.

De NZa adviseert hierom met klem op per regio één representant aan te wijzen.

3.4.2 Declareren op cliëntniveau

Huidige situatie

Een meerderheid van de prestaties kan op cliëntniveau worden gedeclareerd. Voorbeelden hiervan zijn de ZZP's en de extramurale prestaties. Momenteel is dat nog in een overgangsfase. De vastlegging van het budget aanvaardbare kosten in de rekenstaat naar aanleiding van de nacalculatie is nu nog de "definitieve rekening". Zorgkantoren rekenen op basis van de in de rekenstaat vermelde aanvaardbare kosten af. Omdat zorgkantoren niet méér afrekenen dan het budget aanvaardbare kosten, wordt nooit meer zorg afgerekend dan de beschikbare contracteerruimte. Beheersing is middels de afrekenregels van het CVZ onderdeel van de AWBZ: deze schrijven voor dat een zorgaanbieder door het zorgkantoor niet meer mag worden bevoorschot dan zijn aanvaardbare kosten.

Doordat een zorgkantoor niet meer afrekent dan het budget aanvaardbare kosten heeft hij een belang om een beroep te doen op de knelpuntenprocedure als hij zijn zorgplicht niet na kan komen en overheveling tussen zorgkantoorregio's of zorgaanbieders niet mogelijk is. De NZa kan op basis van de knelpuntenprocedure de staatssecretaris adviseren extra middelen aan een regionale contracteerruimte toe te kennen.

Transitiefase UAZ

In de nieuwe situatie worden de declaraties die aan individuele AWBZ-uitvoerders zijn toe te wijzen (het variabele segment) op termijn afgerekend door de AWBZ-uitvoerders. Voor een doelmatige overstap moeten een tweetal zaken op orde zijn:

- Uitvoeringstechnische zaken
- De macrobeheersing

¹² De NZa heeft het representatiemodel niet getoetst op mededingingsrechtelijke aspecten.

Alvorens wordt overgestapt op het declareren van zorg door zorgaanbieders bij AWBZ-uitvoerders moet zijn vastgesteld dat zorgaanbieders de administratie en ICT op orde hebben en daadwerkelijk kunnen declareren. De implementatie van het declareren wordt door de NZa gemonitord en zorgaanbieders zijn daarin al ver gevorderd. Op het moment dat zorgaanbieders in staat zijn om een declaratie te versturen naar de AWBZ-uitvoerder kan worden afgerekend door representanten dan wel AWBZ-uitvoerders.

Alvorens deze stap wordt genomen moet ook bij de AWBZ-uitvoerders of representanten worden vastgesteld dat de administratie er klaar voor is. Dergelijke checks zijn van belang. Hiermee wordt voorkomen dat zorgaanbieders mogelijk te laat betaald worden voor de geleverde zorg. Een te late betaling kan leiden tot onvoldoende liquide middelen bij zorgaanbieders.

Voor een uitvoering van de AWBZ binnen het beschikbare macrokader gedurende de transitiefase is het noodzakelijk dat een vorm van kostenbeheersing van toepassing is, zoals geschetst in paragraaf 3.3.

3.4.3 Declareren niet-cliëntgebonden kosten

Huidige situatie

Er is zorg of er zijn delen van zorg die nog niet via een declarabele prestatie kan (kunnen) worden bekostigd. Dit zijn de volgende vormen van zorg.

– (a) Spoedzorg

De NZa voert momenteel een onderzoek naar de bekostiging van spoedzorg uit. De NZa streeft er naar om in april de staatssecretaris te adviseren over de meest geschikt vorm van bekostiging (prestatie en tariefsoort).

– (b) De toeslag extreme zorgzwaarte en het bijzonder zorgplan
De NZa heeft de staatssecretaris in januari geïnformeerd over de gevolgen in de bekostiging die de per 1 januari 2012 gewijzigde Regeling zorgaanspraken AWBZ met zich meebrengt (zie brief van 24 januari 2012, met kenmerk 12D0002972). De NZa heeft gevraagd om voor 1 maart 2012 aan te geven of de staatssecretaris deze uitvoering wenst. De NZa kan vervolgens omstreeks april de staatssecretaris adviseren over een geschikte bekostiging (prestatie en tariefsoort).

– (c) De vervoerskosten naar de dagbesteding

De huidige bekostiging van vervoerskosten naar de dagbesteding is voor een deel gebaseerd op nacalculatie op de werkelijke kosten. De NZa voert momenteel een onderzoek uit naar tarieven voor vervoer van intramurale cliënten. Het vervoer van extramurale cliënten wordt overgeheveld naar de Wmo. De NZa kan omstreeks april de staatssecretaris adviseren over een geschikte bekostigingswijze, de prestaties en de tariefsoort.

– (d) Inventaris

De vergoeding voor inventaris is nu nog gekoppeld aan het aantal plaatsen en moet worden gekoppeld aan de ZZP's. De NZa streeft er naar om in 2013 een normbedrag te berekenen. Vervolgens zal de NZa de staatssecretaris adviseren.

- (e) Bestendig beleid voor WO II slachtoffers
De NZa heeft de staatssecretaris per brief in december 2011 geadviseerd (11D0050616) over de bekostiging van WO II slachtoffers. De staatssecretaris moet hierover nog een besluit nemen.

- (f) Bestendig beleid wadden en ademhalingsondersteuning
De NZa onderzoekt momenteel de noodzaak van het bestendig beleid. De NZa heeft haar zienswijze voorgelegd aan betrokken zorgaanbieders en zorgkantoren. De NZa zal de staatssecretaris omstreeks april 2012 informeren over de stand van zaken en zonodig adviseren over de wijze waarop de zorg in de toekomst kan worden bekostigd.

- (g) Vergoeding voor MRSA besmetting
De NZa voert momenteel een onderzoek uit naar de bekostiging van de gevolgen van een MRSA-besmetting en zal de staatssecretaris in april 2012 adviseren.

- (h) Expertise ZG
De NZa heeft de staatssecretaris in 2011 geïnformeerd over de bekostiging van de ZG expertisecomponent (11d0015077). Over de wijze waarop vanaf 2013 de zorg moet worden bekostigd moet nog een besluit worden genomen door de staatssecretaris.

- (i) Zorginfrastructuur
De kosten die gemoeid zijn met extramurale zorginfrastructuur zijn tot en met 2017 nog nacalculerbaar (zie Aanwijzing van 12 juli 2011, nr MC-U-3072372). Deze zorginfrastructuur houdt ook verband met het thema scheiden wonen en zorg. Onderzoek naar de bekostiging van de zorginfrastructuur moet nog plaatsvinden en is nog niet door de staatssecretaris geagendeerd bij de NZa.

- (j) De overgangsregeling kapitaallasten tot en met 2017

- (k) De garantieregeling ADL-clusters tot en met 2013

- (l) Inloofunctie GGZ
De inloofunctie is niet meer van toepassing bij de overheveling van begeleiding naar de Wmo.

- (m) De bekostiging van kinderen en jeugdigen in de GGZ.
De NZa heeft voor de bekostiging van kinderen en jeugdigen ZZP's ontwikkeld. De staatssecretaris heeft de NZa nog geen aanwijzing gegeven om deze te implementeren. Dit met het oog op de overheveling van deze zorg naar de gemeente per 2015.

- (n) Jeugd LVG wachtlijstmiddelen voor onorthodoxe initiatieven (€ 6,5 miljoen)
Zorgkantoren en zorgaanbieders hebben de mogelijkheid om een lumpsumafsprake te maken. Deze middelen worden mogelijk overgeheveld. De staatssecretaris moet hierover een besluit nemen.

- (o) Bezwaar en beroep
Het liquide maken voor zorgaanbieders van de financiële consequenties van bezwaar en beroepszaken.

Bovengenoemde vormen van zorg kunnen niet door zorgaanbieders op cliëntniveau bij de AWBZ-uitvoerders in rekening worden gebracht. De bekostiging en afrekening moet gedurende de transitiefase op een andere wijze plaatsvinden. In deze notitie omvat het zogenaamde vaste segment de hierboven genoemde zorgvormen (a t/m o) die niet op prestatie en cliëntniveau kunnen worden afgerekend.

Hier tegenover staat het variabele segment dat wel op prestatie en cliëntniveau wordt afgerekend.

Transitiefase UAZ

Voor een aantal van de hierboven genoemde vormen van zorg kan naar verwachting een declareerbare prestatie worden ontwikkeld die zonedig met een overgangsregeling kan worden ingevoerd. Dit betreft de zorg genoemd onder a t/m d en f. Niet ondenkbaar is dat voor de zorg genoemd onder a t/m c al per 2013 een declareerbare prestatie is ontwikkeld.

Voor een aantal vormen van zorg is al een overgangsregeling van toepassing (j en k).

Op aantal vormen van zorg is naar verwachting gedurende het transitietraject geen aanspraak meer omdat ze worden overgeheveld (l, m, n) naar respectievelijk Wmo en gemeentelijke jeugdzorg.

Voor een aantal zaken die verband houden met zorgverlening op grond van de AWBZ is het mogelijk noodzakelijk dat achteraf een vergoeding of tarief wordt vastgesteld en afgerekend (g,o).

Op grond van de Wmg kan de niet-cliëntgebonden zorg op een tweetal manieren worden bekostigd:

- Een beschikbaarheidsbijdrage die op grond van een NZa beschikking bij het CVZ kan worden gedeclareerd (artikel 56 a Wmg).
- Tarieven die bij ziektekostenverzekeraars (straks AWBZ-uitvoerders) in rekening worden gebracht.

Voor een beschikbaarheidsbijdrage komen uitsluitend vormen van zorg in aanmerking waarvan de kosten niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar, of door middel van tarieven in de zin van deze wet in rekening te brengen zijn aan, individuele AWBZ-uitvoerders of verzekerden, of waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifiering marktversturend zou werken, en die niet op andere wijze worden bekostigd.

Voor een aantal zorgvormen moet nog onderzoek plaatsvinden naar de mate waarin de kosten in redelijkheid kunnen worden toegerekend aan individuele verzekerden of AWBZ-uitvoerders (a,b,c,d,f,g,i). Voor het merendeel zijn deze onderzoeken geagendeerd in het werkprogramma van de NZa (a,b,c,d,f,g). Deze zorgvormen zijn opgenomen in het werkprogramma omdat de verwachting bestaat dat hiervoor kostendekkende prestaties en tarieven kunnen worden ontwikkelen die op cliëntniveau kunnen worden ingekocht en in rekening kunnen worden gebracht. Vervolgens kunnen deze zorgvormen worden overgeheveld van het vaste segment naar het variabele segment. Bij een aantal zorgvormen vindt geen onderzoek meer plaats naar de bekostiging omdat deze worden overgeheveld naar een voorliggende voorziening (Wmo/jeugdzorg).

Gedurende de fase waarin overheveling nog niet heeft plaatsgevonden ligt het niet in de rede om deze zorg op grond van de beschikbaarheidsbijdrage te bekostigen.

Het is derhalve noodzakelijk om te bezien of een andere bekostigingswijze mogelijk is gedurende de fase waarin de overhevelingen nog niet heeft plaatsgevonden. Een bekostigingswijze waarbij de toegankelijkheid van de zorg niet in gevaar komt en die ook recht doet aan de zorgplicht die bij de AWBZ-uitvoerders ligt. Bij veel vormen van zorg is het noodzakelijk dat AWBZ-uitvoerders de zorg inkopen en controleren. Dit draagt bij aan een doeltreffende en doelmatige uitvoering.

Dit betreft de zorg genoemd onder a t/m g, i en zolang niet overgeheveld naar een voorliggende voorziening ook de zorg genoemd onder l t/m n. Daarom adviseert de NZa om deze vormen van zorg aanvankelijk te bekostigen via budgettering (huidige werkwijze) en voor zover nu al van toepassing een (geormerkte) contracteerruimte met een (sluit)tarief.

De zorgaanbieder ontvangt één (sluit)tarief dat na iedere budgetronde in het jaar t-1 en t en na de nacalculatie in t+1 wordt vastgesteld en dat wordt vermeld in een individuele tariefbeschikking. Het tarief wordt meermaals per zorgaanbieder vastgesteld om te voorkomen dat zorgaanbieders mogelijk geen, onvoldoende of te veel inkomsten hebben. De vraag is waar deze tarieven vervolgens in rekening worden gebracht. Op grond van de Wmg kan de NZa alleen voorschrijven dat dit tarief in rekening kan worden gebracht aan een ziektekostenverzekeraar of verzekerde. Bij de gewijzigde Wmg ook aan AWBZ-uitvoerders maar niet aan representanten. De Wmg gaat ervan uit dat partijen bij een tariefverzoek aan de zorgautoriteit zelf een voorstel doen over de wijze waarop het onderlinge declaratieverkeer wordt geregeld (art. 54). Gedurende de transitiefase zou de representant de declaratie kunnen afdoen namens de AWBZ-uitvoerders. Hierover moeten dan tussen de AWBZ-uitvoerders onderling duidelijke afspraken worden gemaakt. Een andere mogelijkheid is dat centraal, bijvoorbeeld door het CAK, de zorg wordt afgerekend zonder tussenkomst van de representant AWBZ-uitvoerder. Op grond van de Wmg kan de NZa niet voorschrijven dat een aanbieder rechtstreeks het sluittarief in rekening kan brengen bij het CAK. Indien dit gewenst zou zijn, dan moet de Wmg worden aangepast.

De meest doeltreffende en doelmatige systematiek is dat de representant bevoorschot en uiteindelijk op basis van de (gemuteerde) sluittarieven definitief afrekent. Hierbij geldt net zoals nu het geval is dat de representant niet meer afrekent dan het (sluit)tarief. Bij een systematiek waarbij geen sprake is van afreken- en bevoorschottingsregels die hun grondslag hebben in de AWBZ, kan de NZa per zorgaanbieder verrekenbedragen vaststellen ná de nacalculatie gebaseerd op het verschil tussen het definitieve AK van het vaste segment en de uitgekeerde opbrengsten (voorschot).

Na schoning van het vaste segment is alleen nog sprake van overgangsregelingen. Momenteel is sprake van twee overgangsregelingen: het garantiebudget bij ADL-clusters en de overgangsregeling kapitaallasten. Niet ondenkbaar is dat in de toekomst nieuwe overgangsregelingen van toepassing zijn. De tarieven van de verrekenbedragen die op grond van de genoemde twee overgangsregelingen worden vastgesteld kunnen onafhankelijk van een controle door een ziektekostenverzekeraar worden berekend.

De met deze overgangsregeling gepaard gaande verrekenbedragen kunnen rechtstreeks bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) via het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) worden verrekend. Tevens is het op grond van de Wmg mogelijk om naar marktaandeel van de AWBZ-uitvoerders de bedragen tussen zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar te vereffenen. Het voordeel van een rechtstreekse verrekening met het CVZ of AFBZ is een lagere administratieve last en een snellere vaststelling door de NZa. De bedragen kunnen dan even snel worden vastgesteld (t+1) door de NZa als nu het geval is zodat zorgaanbieders hier geen financieel voor- of nadeel van ondervinden. Een verrekening naar individuele AWBZ-uitvoerders treft pas doel indien het budget van de AWBZ-uitvoerders de kapitaallasten/ADL-zorg voldoende dekt en ze geprikkeld worden tot een doelmatige inkoop.

Het is niet doelmatig om via vereffenbedragen tussen zorgaanbieders en verzekeraars af te rekenen en vervolgens via een ex-post nacalculatie op het verzekeraarsbudget via het AFBZ hiervoor weer te corrigeren.

Geconcludeerd wordt dat zolang sprake is van een vast segment in de transitiefase het noodzakelijk is dat de representant de zorg inkoop. Deze zorg kan het meest doeltreffend en doelmatig worden bekostigd via budgettering, een (sluit)tarief en regels over de wijze van afrekening.

3.4.4 Verdeelsystematiek contracteerruimte

Voor de zorginkoop van het jaar t wordt de regionale contracteerruimte van het betreffende jaar definitief vastgesteld in augustus van het jaar t-1. De beleidsregels die worden opgesteld door de AWBZ-uitvoerders/-representanten voor zorginkoop zijn op 1 juli jaar t-1 bekend. Ook voor de transitiefase is een adequaat en stabiel verdeelmodel noodzakelijk.

Het huidige verdeelmodel kan ook in de transitiefase toegepast worden. De afgelopen jaren is gebleken dat het huidige model adequaat en stabiel is. De groei is voldoende gebleken om de indicatiegroei op te kunnen vangen. Vanaf 2008 zijn er dan ook geen formele knelpunten in verband met problematische wachtlijsten bij de NZa gemeld. Een aandachtspunt hierbij is wel een aantal 'knellende' regio's in 2011. Een ander aandachtspunt is dat het huidige model (zonder herverdeling) alleen toepasbaar is als de regio's in 2013 dezelfde regio's zijn als in 2012.

Voor 2013 wordt op dit moment ook een nieuw verdeelmodel ontwikkeld door een extern onderzoeksbureau. Dit model wordt gebaseerd op indicatiegegevens en demografische ontwikkelingen. In mei 2012 wordt een advies gegeven door de NZa aan de staatssecretaris van VWS of dit model ook toepasbaar is om de voorlopige contracteerruimte voor 2013 te verdelen. Voorwaarden voor toepasbaarheid van het nieuwe model zijn in ieder geval dat het nieuwe verdeelmodel van voldoende kwaliteit is en dat partijen in staat zijn om de overstap per 2013 te maken. Vervolgens vindt door de staatssecretaris van VWS besluitvorming plaats over de toepassing in 2013 van dit nieuwe verdeelmodel.

Een aandachtspunt bij dit nieuwe verdeelmodel is dat het een 'zuiver' verdeelmodel is. Hiermee wordt bedoeld dat alleen de cliëntgegevens van de regio worden meegenomen in de aandelen per regio/representant. Dit betekent dat de bovenregionale zorg die nu door de zorgkantoren wordt ingekocht hierin niet is meegenomen. Indien de representant niet alleen voor de cliënten in de eigen regio inkoop moet hiervoor nog worden gecorrigeerd en is inzicht noodzakelijk voor partijen om welke cliënten het gaat (opdat voor deze cliënten de juiste zorg kan worden ingekocht). Ook bij dit model is het noodzakelijk dat de regio indeling hetzelfde blijft. In de toekomst kan hiervoor een andere keuze worden gemaakt maar dan moeten de onderliggende gegevens aan andere regio's worden toegerekend.

Wanneer wordt overgestapt op een zuiver verdeelmodel moet deze bovenregionale zorg worden omgezet in binnenregionale zorg. Dit leidt onder de huidige vorm van budgettering tot een substantiële toename van het aantal tariefbeschikkingen: iedere zorgaanbieder ontvangt een tariefbeschikking voor elke regio waar hij zorg levert. Dit vergroot de uitvoeringslasten en administratieve lasten en komt de uitvoerbaarheid niet ten goede. Een aanpassing van de regulering zoals in paragraaf 3.3 wordt uiteengezet vereenvoudigt het beheersproces.

De staatssecretaris streeft naar een wettelijke verankering van pgb's en de vergoedingsregeling per 2014. Wanneer pgb's een verzekerde aanspraak worden moet worden onderzocht hoe zij onder de beheerssystematiek van de AWBZ kunnen worden gebracht. Dit is een onderwerp voor toekomstige advisering door de NZa.

3.4.5 Knelpuntenprocedure en steun

Knelpuntenprocedure

De representant kan de knelpuntenprocedure en spoedprocedure starten bij de NZa: het doel van een knelpuntenprocedure is om de contracteerruimte uit te breiden en de contracteerruimte wordt door de representant beheerd. Indien een AWBZ-uitvoerder van mening is dat de representant niet voldoende zorg voor de verzekerden van de uitvoerder inkoop moet de betreffende representant door de AWBZ-uitvoerder worden aangesproken. Uiteindelijk is de AWBZ-uitvoerder verantwoordelijk voor een goede uitvoering van de AWBZ voor de cliënt.

De scheiding tussen zorginkoop door representanten en uitvoering (zorgplicht) door AWBZ kan tot een complexe situatie leiden waarin de AWBZ-uitvoerder (met wellicht een zorgaanbieder) een knelpunt bij de NZa indient terwijl de representant nog mogelijkheden heeft om binnen de kaders zorg in te kopen/cliënten van zorg te voorzien.

Op basis van CBB-uitspraken over de knelpuntenprocedure zal de NZa besluiten moeten nemen op aanvragen van de AWBZ-uitvoerder. Op alle individuele aanvragen moet de NZa een besluit nemen waardoor onder andere rechtsmogelijkheden open worden gesteld voor betrokken partijen.

De complexiteit zit erin dat de AWBZ-uitvoerder de prikkel heeft om knelpunten in te dienen, zodat deze de cliënten van de beste zorg voorzien binnen de indicatiestelling, terwijl zij niet verantwoordelijk zijn voor de doelmatige zorginkoop. Hierdoor worden de NZa en daarmee VWS geconfronteerd met meerdere partijen die belanghebbende zijn in de knelpuntenprocedure. Met alle betrokken partijen moet onderzocht worden hoe deze problematiek het beste vorm gegeven kan worden.

Bovengenoemd knelpunt is een van de belangrijkste punten om nader uit te werken met het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland. Welke prikkel heeft de representant om doelmatig in te kopen als hij niet de zorgplicht heeft? En welke prikkel heeft de AWBZ-uitvoerder om zorgvuldig om te gaan met wachtlijstbeheer knelpuntenprocedures, zorgbemiddeling en beheersing terwijl zij primair verantwoordelijk zijn voor de cliënt?

Steunverlening AWBZ-aanbieders

Ook bij de regulering rond zorgaanbieders die failliet dreigen te gaan wordt met de gescheiden taakverdeling tussen representanten en AWBZ-uitvoerders complexer. Er is immers geen zorgkantoor meer verantwoordelijk voor de zorgplicht, maar een aantal AWBZ-uitvoerders. In de Beleidsregel steunverlening staat het borgen van de continuïteit van zorg centraal. Dit kan leiden tot het, onder voorwaarden, beschikbaar stellen van financiële steun aan zorgaanbieders. Ook op dit dossier zijn wijzigingen nodig om de adequate beheersing van de macromiddelen te waarborgen. De NZa zal nader bezien of hierin in de beleidsregel specifieke aanpassingen noodzakelijk zijn. AWBZ-uitvoerders kunnen de komende tijd aangeven hoe dit onderwerp gezamenlijk met de representanten wordt opgepakt voor de transitiefase.

3.4.6 Toekomstbestendigheid regulering

Het geschetste eindmodel zoals beschreven in de brief van 18 januari 2012 bestaat uit:

- (1) AWBZ-uitvoerders zelf zorg inkopen,
- (2) AWBZ-uitvoerders daartoe een inkoopbudget ontvangen en
- (3) dat de instellingsbudgettering wordt losgelaten.

Ad 1) Individuele inkoop betekent dat AWBZ-uitvoerders een eigen landelijk zorginkoopbeleid moeten ontwikkelen en toepassen. Dit betekent dat een AWBZ-uitvoerder verschillende tarieven met verschillende zorgaanbieders moet kunnen afspreken en vice versa.

Ad 2) Budgettering van AWBZ-uitvoerders betekent dat de wettelijke bevoegdheid om AWBZ-uitvoerders te budgetteren moet worden gecreëerd (momenteel worden ziektekostenverzekeraars voor hun AWBZ-uitgaven nagecalculeerd op de werkelijke kosten) en dat een budgetverdeelmiddel moet worden gecreëerd.

Ad 3) Met het loslaten van instellingsbudgettering vervalt de noodzaak om individuele vaste tarieven per zorgaanbieder vast te stellen voor het variabele segment. Individuele vaste tarieven zijn in het huidige stelsel een noodzakelijk onderdeel van de instellingsbudgettering.

De meest eenvoudige wijze om een zorgaanbieder in staat te stellen om voor dezelfde prestatie verschillende tarieven met verschillende AWBZ-uitvoerders af te kunnen spreken is om over te stappen op een algemene tariefbeschikking. Een algemene tariefbeschikking geeft voor alle zorgaanbieders aan welke tarieven zij maximaal in rekening mogen brengen voor de verschillende prestaties. Een algemene tariefbeschikking bepaalt de kaders voor de tarieven van alle zorgaanbieders. In de AWBZ lijkt een algemene tariefbeschikking met maximumprijzen per prestatie het meest toepasselijk.

Een alternatief is om in de eindsituatie per zorgaanbieder, per prestatie, per AWBZ-uitvoerder een individueel vast tarief vast te stellen. Dit leidt echter tot een veelvoud van het aantal tariefbeschikkingen die de NZa moet afgeven, terwijl de ratio achter individuele vaste tarieven (de instellingsbudgettering) juist is komen te vervallen. De NZa adviseert daarom ten stelligste om in de eindsituatie gebruik te maken van een algemene tariefbeschikking met maximumtarieven.

De vraag rijst: wanneer moet deze algemene tariefbeschikking worden ingevoerd? Één optie is om over te stappen op een algemene tariefbeschikking wanneer overgestapt wordt op individuele inkoop. De NZa ziet hier significante uitvoeringsrisico's. Zo kan bijvoorbeeld het betaalproces ontregeld raken en kunnen zorgaanbieders in grote liquiditeitsproblemen komen, indien systemen niet op orde zijn. Zowel de overstap op individuele inkoop, als de overstap op een algemene tariefbeschikking brengt veranderingen in processen van zorgaanbieders en AWBZ-uitvoerders met zich mee. Door deze twee wijzigingen tegelijkertijd te laten plaatsvinden, neemt het risico op uitvoeringsproblemen toe.

De NZa kan alleen na een aanwijzing van de minister van VWS een tariefsoort wijzigen. Voor de overstap op een algemene tariefbeschikking met maximumtarieven is een aanwijzing nodig.

De NZa adviseert om over te stappen op een algemene tariefbeschikking met maximumtarieven, vóórdát wordt overgestapt op individuele inkoop door AWBZ-uitvoerders. In dat geval moet er een alternatief komen voor de huidige vorm van instellingsbudgettering: de huidige vorm van instellingsbudgettering is immers geënt op individuele vaste tarieven. Het instrument van omzetplafonds zoals uiteengezet in paragraaf 3.3 maakt het mogelijk om instellingsbudgettering te realiseren in combinatie met een algemene tariefbeschikking.

4. Nadere uitwerking omzetregulering in de transitiefase

4.1 Beheersing via omzetplafonds

4.1.1 Motivering van omzetplafonds

Gezien de risico's voor de kostenbeheersing zoals geschetst in hoofdstuk 3 en gezien de wenselijkheid om al gedurende de transitiefase over te stappen op een algemene tariefbeschikking, adviseert de NZa om over te stappen op kostenbeheersing via omzetplafonds.

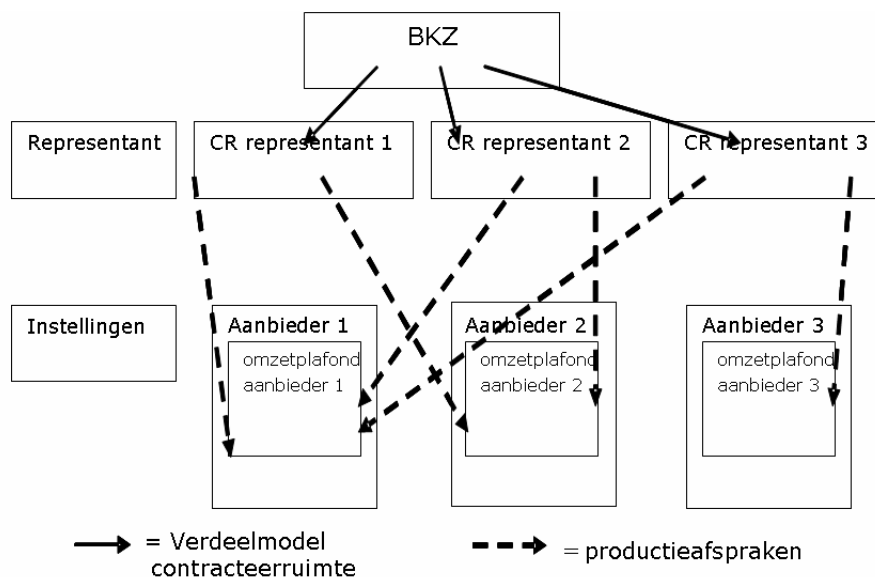
Omzetplafonds bieden een alternatieve vorm van instellingsbudgettering en zijn, in tegenstelling tot de instellingsbudgettering, wel te combineren met een algemene tariefbeschikking. De introductie van omzetplafonds vergroot ook de beheersing gedurende het jaar, wanneer overgestapt wordt op financieren op basis van declaraties.

4.1.2 Schets model

Een alternatieve vorm van instellingsbudgettering is te realiseren via het nieuwe artikel 50 lid 2 Wmg, dat 1 januari 2012 van kracht is geworden. Op grond van deze nieuwe bepaling kan de NZa een financiële grens stellen voor de som van de tarieven van een prestatie of een groep van prestaties. Met andere woorden, de NZa kan een omzetplafond vaststellen. Dit omzetplafond kan aan een hele sector worden opgelegd, maar ook aan individuele zorgaanbieders. De NZa stelt een omzetplafond ambtshalve vast. De NZa kan overgaan op het vaststellen van omzetplafonds, nadat zij daartoe een aanwijzing van de minister van VWS heeft ontvangen.

De NZa zou als volgt gebruik kunnen maken van het instrument van omzetplafonds.

Figuur 1: weergave beheersmodel



Omzetplafond bij individuele vaste tarieven

Wanneer gewerkt wordt met individuele vaste tarieven, maken zorgaanbieders en representanten productieafspraken en dienen een tariefverzoek in bij de NZa, zoals dit ook bij het huidige model gebeurt. De NZa stelt daarbij vast welk deel van de productieafpraak ten laste van de contracteerruimte komt: het beslag op de contracteerruimte. De NZa toetst de productieafspraken aan de contracteerruimte.

Indien het totaal van de verzoeken de contracteerruimte overschrijdt dan worden de aanvragen door de NZa gecorrigeerd naar rato van de totale budgetaanvraag (eerste ronde) of naar rato van de toename ten opzichte van de eerste ronde (herschikking).

Voorafgaand aan het jaar geeft de NZa een hoe het omzetplafond van zorgaanbieders bepaald wordt. De NZa ziet daarbij twee mogelijke varianten:

- Het omzetplafond wordt bepaald op basis van de productieafpraak van de eerste budgetronde en wordt vervolgens aangepast op basis van de productieafpraak bij de tweede budgetronde.
- Het omzetplafond wordt bepaald op basis van de productieafpraak van de tweede budgetronde.

In paragraaf 3.3 heeft de NZa beargumenteerd waarom zij kiest voor het vaststellen van een omzetplafond op basis van de tweede budgetronde. In dit hoofdstuk wordt verder uitgegaan van optie 2. Optie 1 wijkt in zijn technische uitwerking overigens nauwelijks af van optie 2.

De beschikking met het omzetplafond van de zorgaanbieder bevat geen bedrag, maar een regel: het omzetplafond heeft de hoogte van het beslag op de contracteerruimte van de (zo nodig gecorrigeerde) productieafpraak uit de tweede budgetronde.

Na afloop van het jaar dient de zorgaanbieder een nacalculatieformulier in, vergezeld van een accountantsverklaring. De NZa controleert of de zorgaanbieder zijn omzetplafond heeft overschreden. Bij een overschrijding van het omzetplafond stelt de NZa een beschikking op, die de zorgaanbieder verplicht om de overschrijding terug te storten in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

Omzetplafond bij algemene tariefbeschikking

Wanneer wordt overgestapt op een algemene tariefbeschikking kan het beheersmodel als volgt werken.

Representanten maken productieafspraken met zorgaanbieders. In plaats van deze productieafspraken per prestatie vast te leggen in een individuele tariefbeschikking voor de zorgaanbieder, stelt de NZa voor elke zorgaanbieder alleen een omzetplafond vast. Voor het vaststellen van de omzetplafonds is het voldoende om te weten wat de totale waarde is van de productieafpraak die ten laste moet komen van de regionale contracteerruimte: het beslag op de contracteerruimte.¹³ De NZa vraagt per regio, per zorgaanbieder het beslag op de contracteerruimte uit bij de representanten.

¹³ Voor andere doeleinden kan het nog steeds noodzakelijk zijn om de onderliggende productieafpraak met alle prijzen en volumes op te vragen.

De NZa toetst per regio het totale beslag op de contracteerruimte van de gemaakte afspraken aan de regionale contracteerruimte. Bij een overschrijding kort de NZa het beslag op de contracteerruimte van de zorgaanbieders naar rato. Vervolgens stelt de NZa op basis van het beslag op de contracteerruimte van een zorgaanbieder zijn omzetplafond vast.

De NZa voorziet in twee rondes in het vaststellen van het beslag op de contracteerruimte: een eerste ronde en een herschikkingsronde. De NZa moet nog bezien wat het beste moment is voor deze rondes, maar gaat er vooraan van uit dat aangesloten kan worden bij de huidige budgetmomenten. Het omzetplafond wordt bepaald op de hoogte van het beslag op de contracteerruimte van de productieafpraak uit de tweede ronde.

Na afloop van het jaar toetst de NZa of een zorgaanbieder over zijn omzetplafond is gegaan. Bij een overschrijding van het omzetplafond stelt de NZa een beschikking op, die de zorgaanbieder verplicht om de overschrijding terug te storten in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

Voor de toets aan het omzetplafond moet de zorgaanbieder na afloop van het jaar (voor 1 juni t+1) een verantwoordingsdocument aan de NZa sturen (vergelijkbaar met de huidige nacalculatie). De zorgaanbieder moet verantwoorden hoeveel zorg hij heeft gedeclareerd die valt onder het omzetplafond.¹⁴ Het verantwoordingsdocument moet vergezeld gaan met een accountantsverklaring.

Wanneer blijkt dat de zorgaanbieder het omzetplafond heeft overschreden, legt de NZa de terugbetaalbeschikking op. De NZa monitort vervolgens in overleg met het CVZ of de zorgaanbieder terugbetaalt. Wanneer de zorgaanbieder niet conform de terugbetaalbeschikking handelt, kan de NZa handhavend optreden.

Om zeker te stellen dat zorgaanbieders zich niet onttrekken aan de omzetregulering, kan als voorwaarde bij de algemene tariefbeschikking worden opgenomen dat een zorgaanbieder over een omzetplafond moet beschikken, wil hij van deze tariefbeschikking gebruik kunnen maken.

Figuur 2: weergave beheersmodel



Op hoofdlijnen ziet het reguleringsproces er uit als in figuur 2, met dien verstande dat er twee rondes van productieafspraken in een jaar zijn en het omzetplafond gebaseerd is op de tweede ronde.

4.1.3 Omzetplafond op aanvraag

Artikel 50 lid 2 Wmg voorziet alleen in het ambtshalve vaststellen van omzetplafonds: zorgaanbieder en/of AWBZ-uitvoerder kunnen daartoe geen verzoek indienen. De bedoeling van de voorgestelde regulering is echter om de hoogte van het omzetplafond te bepalen op basis van de

¹⁴ Niet alle vormen van zorgverlening vallen onder het omzetplafond, denk aan dure geneesmiddelen of nacalculerbare kapitaallasten.

overeenkomst tussen zorgaanbieder en representant. Hoewel de NZa de productieafpraak tussen zorgaanbieder en representant kan achterhalen via een informatieverzoek, heeft het de voorkeur van de NZa dat zorgaanbieder en representant in staat worden gesteld om een verzoek tot het vaststellen van een omzetplafond te doen. De NZa adviseert daarom om de Wmg dusdanig aan te passen, dat omzetplafonds ook op aanvraag kunnen worden vastgesteld.

4.1.4 Het niveau van omzetplafonds

Bij het vaststellen van omzetplafonds zijn er twee mogelijke niveaus waarop deze kunnen worden vastgesteld:

- (1) Het niveau van de regio;
- (2) Het niveau van het concern.

Ad 1) Wanneer het omzetplafond op het niveau van de regio (dat wil zeggen per zorgaanbieder, per regio) wordt vastgesteld, krijgt een zorgaanbieder een apart omzetplafond in iedere regio waar hij actief is. Dit is vergelijkbaar met de huidige situatie, waarbij veel zorgaanbieders per regio waar zij actief zijn een tariefverzoek indienen en een tariefbeschikking en rekenstaat ontvangen. Compensatie van bovenregionale onder- en overproductie van een zorgaanbieder die werkzaam is in meerdere regio's moet dan door de NZa worden vastgesteld.

Ad 2) Wanneer het omzetplafond op concernniveau wordt vastgesteld, werkt dit als volgt. Wanneer een zorgaanbieder in meerdere regio's zorg wil leveren, dan moet hij in al deze regio's productieafspraken maken. De NZa toetst per regio of het beslag op de contracteerruimte van de productieafspraken in die regio past binnen de contracteerruimte van de betreffende regio. Wanneer er sprake is van een overschrijding in een regio, dan wordt het beslag op de betreffende contracteerruimte van iedere zorgaanbieder in die regio naar rato gecorrigeerd. Vervolgens worden per zorgconcern de beslagen op de contracteerruimtes in alle regio's bij elkaar opgeteld. Dit totale beslag op de contracteerruimte wordt vastgesteld als omzetplafond.

Tabel 1: Contracteerruimte toets en omzetplafonds op concernniveau

	Representant regio 1	Representant regio 2	Representant regio 3	Omzet plafond
Aanbieder 1	Productie-afspraken	Productie-afspraken	Productie-Afspraak	Omzetplafond aanbieder 1
Aanbieder 2	Productie-afspraken	-	Productie-Afspraak	Omzetplafond aanbieder 2
Aanbieder 3	-	Productie-Afspraak	-	Omzetplafond aanbieder 3
	Toets contracteerruimte regio 1	Toets contracteerruimte regio 2	Toets contracteerruimte regio 3	

In de bovenstaande tabel is een en ander schematisch weergegeven. Zorgaanbieders maken productieafspraken met representanten. Het zwarte kader (vertikaal) geeft de toets van de contracteerruimte in regio 1 weer. Na de toets en het eventueel korten van productieafspraken, wordt het omzetplafond vastgesteld. Het rode kader (horizontaal) geeft aan waarover het omzetplafond van zorgaanbieder 1 wordt vastgesteld. Eerst wordt het zwarte kader uitgevoerd en vervolgens het rode kader.

In de omzettoets, waarin de realisatie wordt afgezet tegen het omzetplafond wordt ook alleen gekeken naar het concernniveau. Het omzetplafond en de omzettoets liggen dus bij zorgaanbieders die in meer dan één regio actief zijn op een hoger niveau dan het representantenregio niveau. Zolang iedere representant zijn productieafspraken goed bewaakt, zal een zorgaanbieder niet over zijn omzetplafond gaan. Mocht de zorgaanbieder onverhoopt toch over zijn plafond gaan, dan wordt dit gecorrigeerd via de omzettoets.

Het staat de representanten vrij om zonder tussenkomst van de NZa tussenregionale compensatie binnen het omzetplafond toe te staan. Als binnen een concern in regio X een overproductie ontstaat en binnen regio Y een onderproductie, dan kan deze productie met elkaar verreken worden. De omzettoets vindt immers alleen op concernniveau plaats. Zorgaanbieders kunnen aan de representant aantonen dat de overproductie gedekt kan worden door een onderproductie elders. Vervolgens is het aan de representant of deze de overproductie accepteert en laat uitbetalen door de AWBZ-uitvoerders. Representanten hebben via de vormgeving van hun (privaatrechtelijk) zorginkoop contract met de zorgaanbieder mogelijkheden om deze tussenregionale compensatie te voorkomen, indien zij dat willen. De productieafspraken in een bepaalde regio geeft de zorgaanbieder immers de plicht om de overeengekomen hoeveelheid zorg te leveren in die regio.

Het doel van de omzetregulering is om de uitgaven te beheersen. Daarbij is het niet noodzakelijk dat de omzetplafonds per zorgaanbieder, per regio worden vastgesteld. Zolang alle zorgproductie onder een omzetplafond valt en de som van alle omzetplafonds lager is dan de totale (landelijke) contracteerruimte, blijft de financiële beheersing gewaarborgd. Vanuit het perspectief van administratieve lasten en uitvoeringslasten is het vervolgens wenselijk om het aantal afzonderlijke omzetplafonds te minimaliseren, derhalve adviseert de NZa om het omzetplafond op concernniveau vast te stellen.

4.1.5 Geen overeenstemming tussen aanbieder en representant

De situatie kan voorkomen dat zorgaanbieder en representant er niet uit komen bij het maken van de productieafpraak. Als partijen niet tot overeenstemming zijn gekomen over de hoogte van hun productieafpraak, kan door partijen eenzijdig informatie aan de NZa worden verstrekt over de gewenste hoogte van het omzetplafond. De NZa zal dan moeten beoordelen hoe hoog het omzetplafond moet worden vastgesteld. In de beoordeling wordt in de eerste budgetronde uitgegaan van het laagste bedrag aan beslag op de contracteerruimte. Dit zal worden vastgesteld als omzetplafond op de tariefbeschikking. Hiervoor is gekozen omdat:

- De representant niet gedwongen kan worden een productieafpraak met een zorgaanbieder te maken. In het model bestaat immers geen contracteerplicht meer.
- De zorgaanbieder niet verplicht kan worden een hogere afspraak met de representant af te spreken dan gewenst door de zorgaanbieder.

Om deze twee situaties te voorkomen wordt bij twee eenzijdige verzoeken uitgegaan van het laagste bedrag aan omzetplafond.

In de tweede budgetronde wordt het omzetplafond alleen naar beneden bijgesteld, voor zover de zorgaanbieder daar mee akkoord gaat: de representant kan de productieafpraak in de tweede ronde niet eenzijdig naar beneden bijstellen.

4.1.6 Omzetplafond bij continuering van zorg

Een uitzondering op de hiervoor geschetste standaardprocedure vormt de situatie waarbij een bestaand contract wordt stopgezet en het recht op continuering van zorg blijft bestaan. Zoals vastgelegd in artikel 15 lid 4 AWBZ heeft een cliënt die bijvoorbeeld in een verpleeghuis woont, het recht op continuering van de zorg. Als een contract tussen zorgaanbieder en representant wordt stopgezet, wordt daarom voor de cliënten die op dat moment nog in zorg zijn, de zorg gecontinueerd. Omdat een zorgaanbieder in het nieuwe model volgens de algemene tariefbeschikking alleen mag declareren, als hij een omzetbeschikking heeft én omdat hij tevens niet meer omzet mag maken dan zijn omzetplafond, heeft de zorgaanbieder een omzetbeschikking nodig met een omzetplafond dat het toelaat om de zorg daadwerkelijk te kunnen blijven leveren.

Het beslag op de contracteerruimte in geval van het recht op continuering van zorg wordt meegenomen in de toets op de contracteerruimte. Bij een overschrijding wordt op dit plafond echter niet gekort: dit plafond is bedoeld om de continuering van zorg mogelijk te maken tegen de tarieven die golden toen de contractering werd beëindigd. Door het omzetplafond te korten zou de zorgaanbieder materieel gezien niet meer de prijs ontvangen waar hij op grond van artikel 15 lid 5 AWBZ recht op had. Anders dan bij een gewone productieafpraak ligt bij continuering van zorg het volume immers vast (de zorg voor de cliënten die in zorg waren toen het contract werd beëindigd). Een korting op het omzetplafond is dan noodzakelijkerwijs een korting op de prijs.

Het heeft de voorkeur van de NZa dat representanten, ook wanneer zij de intentie hebben om op termijn een zorgaanbieder niet meer te contracteren, contracteren en productieafspraken maken ten behoeve van de cliënten die reeds in zorg zijn.

4.1.7 Zelfstandigen zonder personeel

Het is een wens van dit kabinet dat zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers) rechtstreeks door zorgkantoren kunnen worden gecontracteerd. Vertaald naar UAZ in 2013 betekent dit dat ZZP'ers door representanten gecontracteerd moeten kunnen worden.

In 2012 start een experiment met het contracteren van ZZP'ers. Komend jaar wordt gezien hoe de contractering van ZZP'ers een vaste plaats in de financiële beheersing kan krijgen.

4.2 Informatievoorziening

Wanneer wordt overgestapt op een algemene tariefbeschikking in combinatie met omzetplafonds, heeft de NZa voor het proces van het vaststellen van omzetplafonds alleen het beslag op de contracteerruimte per zorgaanbieder per regio nodig. Voor het proces van het toetsen of zorgaanbieders binnen hun omzetplafond zijn gebleven, hoeft de NZa alleen de omzetwaarde van de gedeclareerde zorg te weten. In beide gevallen gaat het om omzetbedragen: hoeveel euro omzet is afgesproken en hoeveel euro omzet is gerealiseerd?

De huidige gespecificeerde productieafspraken is daarmee niet meer nodig vanuit oogpunt van omzetregulering.

De NZa gebruikt de informatie die zij binnenkrijgt via de budgettering ook voor andere taken, zoals het opstellen van marktscans en het onderhoud op prestaties en tarieven. De NZa levert de gegevens uit de budgetafspraken ook (op een geaggregeerd niveau) door aan het ministerie van VWS.

Het is de vraag of het proportioneel is om alle informatie die de NZa momenteel verkrijgt via de budgetregulering uit te vragen voor haar taken op het gebied van markttoezicht en onderhoud op prestaties en tarieven.

Wanneer de staatssecretaris van VWS de uit deze gespecificeerde productieafspraken afgeleide informatie nog steeds van de NZa wenst te ontvangen, dan adviseert de NZa de staatssecretaris van VWS daartoe een aanwijzing te geven. De NZa is immers alleen gerechtigd om informatie uit te vragen wanneer zij deze informatie nodig heeft voor het uitvoeren van een wettelijke taak.

4.3 Processchets

Wanneer de algemene tariefbeschikking in combinatie met omzetplafond zijn ingevoerd, ziet het reguleringsproces er als volgt uit:

Tabel 2: tijdelijk omzetregulering

Wie	Wat	Wanneer
NZa	Vaststellen algemene tariefbeschikking	1 juli t-1
Zorgaanbieder samen met representant(en)	Indienen informatie uitvraag/verzoek voor omzetbeschikking zorgaanbieder	Vóór 1 november t-1
NZa	Vaststellen omzetplafonds	Uiterlijk 1 januari t
Zorgaanbieder samen met representant(en)	Indienen informatie uitvraag/verzoek aangepaste omzetbeschikking (herschikking)	Vóór 1 november t
NZa	Vaststellen aangepaste omzetplafonds	Uiterlijk 1 januari t+1
Zorgaanbieder	Verantwoording omzet	Vóór 1 juni t+1
Zorgaanbieder	Indienen nacalculatieformulier ten behoeve van sluittarief	Vóór 1 juni t+1
NZa	Afronden omzettoets	Uiterlijk 1 oktober t+1
NZa	Afronden nacalculatie ten behoeve van sluittarief	Uiterlijk 1 oktober t+1

5. Gefaseerde transitie

De NZa is voorstander van het zo snel mogelijk invoeren van het omzetplafond en de algemene tariefbeschikking. De redenen hiervoor zijn uiteengezet in hoofdstukken 2 en 3.

Met name de invoering van een algemene tariefbeschikking heeft voor veldpartijen echter uitvoeringsconsequenties. Waar partijen nu nog gebruik kunnen maken van de individuele tariefbeschikking (en rekenstaat) die de NZa af geeft, zullen partijen bij een algemene tariefbeschikking af moeten gaan op wat zij onderling hebben afgesproken en dit in hun systemen moeten vastleggen. Wanneer partijen gebruik willen maken van de mogelijkheid om gedurende het jaar tarieven bij te stellen, dan zullen ze zich daar ook in technische zin op moeten voorbereiden.

Met het oog op een verantwoorde reguleringwijziging adviseert de NZa om in 2013 nog met individuele vaste tarieven te werken. Om de kostenbeheersing te borgen adviseert de NZa de staatssecretaris om in 2013 wel met omzetplafonds op grond van art. 50 lid 2 Wmg te werken.

De NZa adviseert om in 2014 de algemene tariefbeschikking met maximumtarieven te introduceren, zodat veldpartijen hier voldoende ervaring mee kunnen opdoen voordat omzetregulering van zorgaanbieders wordt losgelaten.

6. Kostenbeheersing bij individuele inkoop

6.1 Uitgangspunten bij individuele inkoop

Indien wordt overgestapt op individuele inkoop voor verzekerdend door AWBZ-uitvoerders gaat de NZa op basis van de informatie die zij van het ministerie van VWS heeft ontvangen uit van de volgende veronderstellingen:

- (1) Adequaat verdeelmodel voor AWBZ-uitvoerders.
- (2) Aanwijzen AWBZ-uitvoerders via wetgeving.
- (3) Mogelijkheid tot het vormen van een egaliseringsreserve bij AWBZ-uitvoerders voor zorginkoop. Deze reserve kan zowel positief als negatief zijn.
- (4) AWBZ-uitvoerders lopen geen risico, anders dan op beheerskosten en op eventuele inkoop van ondoelmatige zorg.
- (5) Een knelpuntenprocedure waarbij een AWBZ-uitvoerder de gelegenheid krijgt om aan te tonen dat zijn inkoopbudget niet toereikend is.
- (6) Loslaten van instellingsbudgettering door de NZa en het daarmee vervallen van de nacalculatie door de NZa.

Ad 1) Adequaat verdeelmodel voor AWBZ-uitvoerders. Voor individuele inkoop door AWBZ uitvoerders voor eigen verzekerden is een goed verdeelmodel noodzakelijk. AWBZ-uitvoerders dienen voldoende budget te hebben om de zorg voor hun verzekerden in te kunnen kopen.

Ad 2) Alle zorgverzekeraars moeten wettelijk worden aangewezen als AWBZ-uitvoerders voor hun eigen verzekerden. De wet voorziet momenteel niet in een dergelijke basis.

Ad 3) De huidige wet- en regelgeving maakt het reeds mogelijk om bij de AWBZ met reserves te werken voor ziektekostenverzekeraars. Van deze mogelijkheid wordt momenteel alleen gebruik gemaakt bij de beheerskosten. De lagere wet- en regelgeving moet dusdanig worden aangepast, dat ook voor de zorginkoop met reserves bij de AWBZ-uitvoerders kan worden gewerkt.

Ad 4) Zolang AWBZ-uitvoerders de AWBZ niet risicodragend uitvoeren, is de staat de uiteindelijke risicodragers.

Ad 5) Zolang er een recht op zorg bestaat en zolang een AWBZ-uitvoerder niet de mogelijkheid heeft om een nominale premie te heffen (en daarmee een eventueel exploitatietekort kan opvangen), is een knelpuntenprocedure noodzakelijk.

Ad 6) De NZa gaat er van uit dat bij individuele inkoop wordt gestopt met het budgetteren van zorgaanbieders: beheersing geschiedt louter via verzekeraarbudgettering. De NZa stelt prestaties en maximumtarieven vast (via een algemene tariefbeschikking) en treedt zo nodig op tegen aanmerkelijke marktmacht.

6.2 Kostenbeheersing bij individuele inkoop

Met het loslaten van de budgettering/omzetregulering van zorgaanbieders is het aan de AWBZ-uitvoerders om de zorguitgaven te beheersen.

Met het vervallen van instellingsbudgettering vervalt het belangrijkste instrument van kostenbeheersing van de NZa. Het enige directe kostenbeheersinginstrument dat de NZa dan tot zijn beschikking heeft is het macrobeheersinstrument (MBI). Het MBI is een sectorbreed omzetplafond: wanneer de sector in zijn geheel over de gestelde grens gaat, worden alle zorgaanbieders naar rato van hun omzet gekort.

Bij een systeem van uitvoerdersbudgettering zonder instellingsbudgettering zijn de vormgeving van de uitvoerdersbudgettering en de prikkels voor AWBZ-uitvoerders de belangrijkste instrumenten om kostenbeheersing te stimuleren. Naar mate het budget harder is, heeft de AWBZ-uitvoerder meer reden om binnen het budget te blijven (vanwege reputatie-effecten). De vraag is echter hoe een hard plafond zich verhoudt tot de uitspraak dat AWBZ-uitvoerders de AWBZ niet risicodragend gaan uitvoeren.

Wanneer een AWBZ-uitvoerder over zijn budget dreigt te gaan, zijn er drie opties: (1) de overheid past bij, de (2) AWBZ-uitvoerder past bij, of (3) de dienstverlening aan de verzekerden wordt beperkt: wachtlijsten lopen op en/of de hoeveelheid zorg per cliënt wordt beperkt. Niet risicodragendheid sluit optie 2 uit. Optie 3 kan lopende het jaar (door bijvoorbeeld wachtlijsten op te laten lopen), of in toekomstige jaren door in te teren op een egalisatiereserve.

Het is aan het kabinet om te bepalen of het wenselijk is dat verschillen in toegankelijkheid van AWBZ-zorg bestaan voor cliënten die bij verschillende verzekeraars zitten. Voor zover optie 3 politiek of juridisch¹⁵ niet haalbaar is en wanneer een AWBZ-uitvoerder failliet gaat, zal de staat de rekening moeten betalen.¹⁶

Reserves

Er kan een zekere doelmatigheidsprikkel uitgaan van een systeem waarbij de kostenbeheersing wordt bevorderd door het vaststellen van een normatief budget dat gebaseerd is op het gemiddelde inkoopresultaat van AWBZ-uitvoerders in een voorgaand jaar. Indien een AWBZ-uitvoerder door scherp in te kopen overhoudt op zijn budget, kan hij een positieve reserve opbouwen. Echter, het is de vraag of de reservevorming voor een sterke prikkel zorgt wanneer de AWBZ-uitvoerder de gevormde reserves slecht kan benutten voor de AWBZ zorginkoop.

¹⁵ Het gebruik van optie 3 wordt beperkt door het recht op zorg: een cliënt die meent dat zijn recht op zorg niet wordt nagekomen kan naar de rechter stappen.

¹⁶ De staatssecretaris van VWS spreekt in haar brief van 18 januari over zowel positieve als negatieve reserves. Er kunnen alleen negatieve reserves ontstaan wanneer een partij zich garant stelt voor deze schuld. Dat zal alleen de staat kunnen. De staat is de uiteindelijke risicodragende bij een niet-risicodragende uitvoering door verzekeraars.

Bij het toestaan van reserves moet worden vastgesteld of reserves van AWBZ-uitvoerders begrensd moeten worden. Deze begrenzing kan verschillen voor een positieve reserve respectievelijk een negatieve reserve. Het is niet wenselijk dat AWBZ-uitvoerders forse negatieve reserves hebben.¹⁷ Positieve reserves kunnen duiden op een doelmatige inkoop, waardoor een begrenzing hiervan een verkeerde prikkel kan introduceren. De reserve van AWBZ-uitvoerders zal moeten worden meegewogen in de knelpuntenprocedure. Algemeen kan gesteld worden dat de reservevorming momenteel nog niet in regelgeving is gevat, wat nadere keuzes en regelgeving hieromtrent noodzakelijk maakt.

Prikkels voor kostenbeheersing en doelmatigheid

Een niet risicodragende uitvoering van de AWBZ door individuele AWBZ-uitvoerders zonder instellingsbudgettering kent risico's voor de kostenbeheersing. Wanneer AWBZ-uitvoerders geen financieel risico lopen hebben zij maar een beperkt belang bij kostenbeheersing. Het is in principe mogelijk om prikkels in het systeem te introduceren waardoor een AWBZ-uitvoerder meer belang heeft bij kostenbeheersing. Deze prikkels kosten wel geld. Een systeem van prikkels zal immers in ieder geval positieve prikkels moeten bevatten. Als AWBZ-uitvoerders alleen een negatief risico zouden lopen, zouden AWBZ-uitvoerders stoppen met het uitvoeren van de AWBZ (markttuitreding).

Wanneer uitgaven ten behoeve van positieve prikkels voor AWBZ-uitvoerders door de staatssecretaris van VWS acceptabel worden geacht, geeft de NZa de staatssecretaris van VWS in overweging om nadere doelmatigheidsprikkels te ontwikkelen. Met doelmatigheidsprikkels kan worden bevorderd dat AWBZ-uitvoerders een doelmatige uitvoering van de AWBZ nastreven. Daarbij zou ook moeten worden onderzocht hoe doelmatigheid over de verschillende bekostigingsschotten (AWBZ, Zvw en Wmo) heen kan worden gerealiseerd. Indien de staatssecretaris dat wenst, kan de NZa hier aanvullend advies over uitbrengen.

6.3 Vaststellen inkoop ondoelmatige zorg

Bij individuele inkoop van zorg door AWBZ-uitvoerders wordt het macrobudget met een verdeelmodel verdeeld over de AWBZ-uitvoerders. De beheersing van het budget verloopt daarmee via de AWBZ-uitvoerders; zij zijn aan zet om ervoor zorg te dragen dat binnen het beschikbare budget zorg wordt ingekocht.

Verzekeraars maken binnen het verzekeraarbudget productieafspraken. Uitgaven boven het budget worden niet vergoed uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Een verzekeraar wordt geprikkeld om scherp in te kopen, omdat ondoelmatige zorginkoop in beginsel niet wordt gecompenseerd. Bij doelmatige zorginkoop houdt de verzekeraar budget over en kan daarmee investeringen doen om zich te onderscheiden van andere zorgverzekeraars.

Om de beheersbaarheid te borgen gaat de NZa het functioneren van AWBZ-uitvoerders monitoren. Wanneer een AWBZ-uitvoerder zijn verzekeraarbudget dreigt te overschrijden, kan de NZa besluiten in te grijpen. Dit kan variëren in gradatie: van het aangaan van een gesprek met de AWBZ-uitvoerder tot het sanctioneren door middel van een boete. Hiervoor is informatie nodig die in de nieuwe systematiek niet beschikbaar is bij de NZa.

¹⁷ Bij een grote negatieve reserve is het ook zeer de vraag of de AWBZ-uitvoerder het tekort weer kan inlopen.

De informatiebehoefte van de NZa moet in kaart worden gebracht en de aanlevering van de data moet worden verplicht in een nadere regel.

Zorgverzekeraars kunnen een knelpuntenprocedure starten, wanneer zij van mening zijn dat het verzekeraarsbudget onvoldoende is om aan hun zorgplicht te voldoen. De partij die het verzekeraarsbudget vaststelt, beoordeelt een dergelijk verzoek en toets of de zorginkoop doelmatig heeft plaatsgevonden.

7. Acties VWS met betrekking tot regulering gedurende de transitiefase

Om de transitiefase van UAZ in te voeren, moet door de staatssecretaris van VWS een en ander worden geregeld.

- De wet 'uitvoering AWBZ' moet worden ingevoerd en de staatssecretaris van VWS moet de representanten aanwijzen, inclusief de geografische regio's waar zij verantwoordelijk voor zijn.
- Voor zover de staatssecretaris van VWS de adviezen van de NZa overneemt, moet de staatssecretaris van VWS de NZa een aanwijzing geven waarin de volgende zaken worden geregeld:
 - Aanwijzing om beleidsregels inzake omzetplafonds vast te stellen;
 - Aanwijzing om de tariefsoort voor AWBZ prestaties van het variabele segment te veranderen van vaste tarieven naar maximumtarieven (wanneer wordt overgegaan op een algemene tariefbeschikking met maximumtarieven);
 - Aanwijzing geven als de staatssecretaris nog steeds van gespecificeerde productieafspraken afgeleide informatie van de NZa wenst te ontvangen.
 - Aangeven in hoeverre de NZa een en ander in beleidsregels en nadere regels moet uitwerken zoals in dit advies voorgesteld.

Tevens adviseert de NZa om te besluiten over de toekomstige bekostiging van de ZG expertisefunctie en WO II slachtoffers.

Met het oog op de kenbaarheid van de regulering moet de NZa haar beleidsregels en nadere regels tijdig (1 juli 2012) bekendmaken. Het opstellen van beleidsregels vergt een zorgvuldige voorbereiding. Het is dan ook zaak dat de NZa uiterlijk 1 april 2012 weet welk beleid zij moet implementeren.

.

Deel 2: Toezichtaspecten

8. Introductie toezichtvragen

In het verlengde van de reguleringsaspecten beschrijft de NZa in dit advies de consequenties voor het toezicht. Centrale vraag daarbij is of de NZa in de transitiefase en eindfase adequaat toezicht kan houden op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Voor zover zij daarvoor risico's onderkent, doet de NZa in dit advies aanbevelingen om de mogelijkheden voor adequaat toezicht te versterken.

Dit advies vormt de basis voor de beantwoording van de vragen van de staatssecretaris over het toezicht op de toekomstige situatie.

Eén van de wettelijke taken van de NZa is het houden van toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ (artikel 16, sub d Wmg). Uitgangspunt daarbij is de op dat moment geldende wet- en regelgeving.

- Om goed toezicht te kunnen houden is nodig dat is voldaan aan de volgende randvoorwaarden:
 - Het moet duidelijk zijn welke partijen formeel verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de AWBZ, en ook of adequaat is geregeld wie toezicht houdt op de uitvoering door die partijen. Wie kan de toezichthouder aanspreken op de uitvoering van de AWBZ?
 - Het moet duidelijk zijn welke taken de verschillende partijen hebben in de uitvoering van de AWBZ en aan welke normen de uitvoering daarvan moet voldoen, zodat de toezichthouder beschikt over normen waaraan zij de uitvoering kan toetsen.
 - Het moet duidelijk zijn hoe de verantwoording over de uitvoering is geregeld. De toezichthouder moet voldoende informatie krijgen en kunnen vergaren over de uitvoering om zich daarover een oordeel te kunnen vormen.
 - De toezichthouder moet beschikken over bevoegdheden en middelen om in te kunnen grijpen als de uitvoering 'onder de maat is'.

Aan de hand van bovengenoemde randvoorwaarden kan de NZa voorafgaande aan de voorgenomen wijziging van wet- en regelgeving toetsen of en zo ja welke risico's deze naar verwachting oplevert voor het toezicht. Op basis van de uitkomsten kan de NZa aanbevelingen doen aan de staatssecretaris over mogelijke verbeteringen om de risico's te verminderen en de mogelijkheden voor doelmatig en efficiënt toezicht in de toekomstige situatie te versterken. Voor zover mogelijk wil de NZa in aanvulling hierop ook vast een schets geven van de invulling van het toezicht in de toekomstige situatie.

9. Schets toekomstige uitvoering AWBZ

9.1 Fasegewijze invoering

In dit hoofdstuk wordt een beeld gegeven van de te verwachten situatie na invoering van de voorgenomen wetwijziging, waarbij de nadruk ligt op de overgangsfase zoals die is voorzien voor 2013.

In de overgang van de huidige uitvoering door 32 zorgkantoren naar uitvoering door landelijk werkende 'AWBZ-uitvoerders' (die deel uitmaken van een groep waartoe tevens een zorgverzekeraar behoort), is een aantal stappen voorzien. De eerste stap die in 2013 wordt gezet houdt in dat de zorgkantoren ophouden te bestaan en de zorgverzekeraars de AWBZ via regionale representatie gaan uitvoeren (fase 1). De zorginkoop gebeurt in deze fase per regio door een representant (die daarnaast tevens AWBZ-uitvoerder is). Voor de financiële beheersing wordt het systeem van regionale contracteer-ruimtes vooralsnog gehandhaafd. Wanneer er een adequaat verdeelmodel is om verzekeraars te budgetteren, wordt overgegaan op fase 2: zorginkoop door individuele AWBZ-uitvoerders. De uitvoerders krijgen daartoe een verzekeraarsbudget. Zij lopen daarbij geen financieel risico, anders dan op de beheerskosten en op een eventuele inkoop van ondoelmatige zorg. Kosten worden via de budgetten van verzekeraars beheerst. Of vervolgens wordt overgegaan tot risicodragendheid (fase 3), hangt af van aanvullende besluitvorming door de wetgever. Het kabinet heeft aangegeven dit over te laten aan zijn opvolger. Fase 3 blijft daarom in deze toezichttoets buiten beschouwing.

Onzekerheden

Het concept wetsvoorstel biedt in een aantal artikelen de bevoegdheid tot nadere regeling via Algemene maatregel van Bestuur (AMvB) of ministeriële regeling. Op dit moment is nog niet duidelijk in hoeverre en op welk moment van die bevoegdheid gebruik zal worden gemaakt. Bepaalde artikelen zullen met name voor de overgangsfasen worden gebruikt (bijvoorbeeld de regeling van de representant). In het vervolg van deze toezichttoets is waar relevant aangegeven wat vanuit het oogpunt van adequaat toezicht nog in nadere regelingen zou moeten worden vastgelegd, waar zelfregulering door het veld (vooralnog) niet opportuun cq te verwachten is.

Ook het tijdstraject waarop fase 2 wordt ingevoerd voor welke vormen van AWBZ-zorg en de wijze waarop daaraan praktisch invulling zal worden gegeven is vooralsnog onzeker. Niet duidelijk is hoelang een bepaalde fase zal duren. Voor het toezicht is dit relevant omdat de voor de overgangsfasen gekozen constructies niet optimaal zijn, tijdelijk nodig ter voorbereiding van de gewenste eindsituatie. Voor het toezicht kan dit betekenen dat 'geroeid moet worden met de riemen die er zijn' en ook het bewaken dat de uitvoerende instanties voldoende stappen zetten ter voorbereiding van de volgende fase. Het is in ieder geval wenselijk dat de overgangsfasen niet langer duren dan noodzakelijk en het eindperspectief voldoende helder en in zicht blijft.

9.2 Beoogde uitvoeringsstructuur

In deze paragraaf wordt de beoogde uitvoeringsstructuur geschetst. De informatie daarvoor is ontleend aan een beschrijving van het conceptwetsvoorstel Uitvoering Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de brief van de staatssecretaris aan de NZa 18 januari 2012. De tekst van het wetsvoorstel, zoals toegezonden aan de Raad van State, is niet in het bezit van de NZa. De NZa kan om die redenen nog geen finale juridische uitspraak doen over de toezichtaspecten van de wijzigingen in de AWBZ.

9.2.1 Centraal Indicatie Orgaan

Het Centraal Indicatie Orgaan (CIZ) beoordeelt, met inachtneming van de regels die daaraan zijn gesteld, of een verzekerde gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, aanspraak heeft op AWBZ-zorg. Vooralsnog houdt deze beoordeling het karakter van een besluit.

9.2.2 AWBZ-uitvoerders

Waar in de huidige AWBZ de uitvoering is opgedragen aan 'AWBZ-verzekeraar', komt deze in het wetsvoorstel te liggen bij 'AWBZ-uitvoerders'. Een AWBZ-uitvoerder moet behoren tot een groep waarvan ook een zorgverzekeraar deel uitmaakt. AWBZ-uitvoerders dragen er zorg voor dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen. Een zorgverzekeraar moet de verzekerden die bij hem een zorgverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) hebben afgesloten, aanmelden bij de AWBZ-uitvoerder in zijn groep. De AWBZ-uitvoerder is verplicht de aangemelde verzekerden in te schrijven.

Het wetsvoorstel stelt een aantal eisen aan de organisatie van de AWBZ-uitvoerder:

- Er moet sprake zijn van een aparte rechtspersoon ten opzichte van de zorgverzekeraar;
- Hij moet een administratie voeren die gescheiden is van de overige activiteiten in de groep;
- Er wordt een aantal eisen gesteld aan de bestuurders;
- Er moet worden voorzien in toezicht op het beleid van het bestuur en een redelijke mate van invloed van verzekerden.

De rechtspersoon (geen zorgverzekeraar zijnde) die de AWBZ wenst uit te voeren, dient zich daartoe aan te melden bij de NZa. De AWBZ-uitvoerder mag uitsluitend taken verrichten die bij of krachtens de wet aan hem zijn opgedragen, en de daaruit voortvloeiende werkzaamheden.

De overstap van het huidige model met zorgkantoren naar een systeem met AWBZ-uitvoerders die voor hun eigen verzekerden zorg inkopen, heeft gevolgen voor de wijze van zorginkoop, informatievoorziening en administratieve processen. Aan een aantal randvoorwaarden daarvoor zal op 1 januari 2013 nog niet zijn voldaan. In de eerste overgangsfase vindt de inkoop van AWBZ-zorg daarom plaats door een daartoe per regio aangewezen 'representant'. Het kabinet streeft er wel naar de zorgkantoren met ingang van 1 januari 2013 op te heffen en vanaf dat moment de uitvoering al zoveel mogelijk te laten gebeuren door individuele AWBZ-uitvoerders. Dit om te anticiperen op de uiteindelijke situatie waarin de AWBZ-uitvoerders individueel de AWBZ-uitvoeren (inclusief het inkopen van zorg).

De taken van de AWBZ-uitvoerder omvatten in de eerste overgangsfase in ieder geval:

- Het bewaken van tijdige zorgverlening en de continuïteit van de zorgverlening.
- Aanspreekpunt zijn voor AWBZ-verzekerden, zorgaanbieders en gemeenten.
- Uitvoeren van de PGB- en vergoedingsregeling.
- Behandelen van klachten.
- Uitvoeren van materiële controles.
- Bestrijden van misbruik en oneigenlijk gebruik.
- Het gebruik van AZR.
- Op termijn betalen van zorgaanspraken in afstemming met het CVZ.
- Zorgdragen voor de jaarlijkse verantwoording over de uitvoering van de AWBZ aan de NZa (rekening houdend met de verantwoording over de taken die de representant namens hem uitvoert).

Beoogd wordt de betaalfunctie die nu wordt vervuld door het CAK voor zover mogelijk op termijn te laten overnemen door de AWBZ-uitvoerders, in het verlengde van het declaratieverkeer dat via de AWBZ-uitvoerders gaat verlopen.

9.2.3 Representant

Totdat aan de randvoorwaarden voor zorginkoop door individuele AWBZ-uitvoerders is voldaan, is het de wens van het kabinet om de financiële beheersing via regionale contracteerruimtes te regelen. Het zorgaanbod wordt gebudgetteerd via omzetregulering van zorgaanbieders. Een regionale contracteerruimte impliceert regionale zorginkoop. Er wordt daarom in de overgangsfase voorzien in regionale inkoop via een representatiemodel. Bij dit model wordt per regio de zorginkoop uitgevoerd door een 'representant'. Per regio wordt één representant aangewezen uit de kring van AWBZ-uitvoerders. Deze koopt namens de AWBZ-uitvoerders zorg in en zorgt voor budgettaire beheersing die daarbij hoort in de regio. Om de regionale contracteerruimte in de overgangsfase een wettelijke basis te geven, wordt representatie via de wet geregeld. De zorginkoop taak van de representant is exclusief: voor zover een representant wordt aangewezen om (bepaalde vormen van) zorg in te kopen, zijn de overige AWBZ-uitvoerders daartoe niet meer bevoegd.

De zorginkooptaak van de representant bestaat uit:

- Contracten sluiten met zorgaanbieders in de regio, ook voor de crisisplaatsen.
- Beheersing van de kosten van de AWBZ-zorg, waarvoor inzicht in de regionale uitputting van de middelen voor zowel zorg in natura als voor de PGB-vergoeding nodig is.
- Bewaken dat doelmatige zorg wordt geleverd binnen de contracteerruimte, stimuleren van innovatie.
- Verantwoording afleggen aan de AWBZ-uitvoerders en de NZa over de zorginkoop en de doelmatige uitvoering van de AWBZ door de representant.

De representant dient over een zodanige administratie te beschikken dat hij in staat is zijn taak goed uit te voeren en daarover verantwoording af te leggen aan de AWBZ-uitvoerders.

Relatie tussen AWBZ-uitvoerders en representanten in fase 1

De zorgplicht berust bij de AWBZ-uitvoerder, ook in de overgangsfase. De AWBZ-uitvoerders zijn integraal verantwoordelijk voor en aanspreekbaar op de uitvoering van de AWBZ.

De representant koopt zorg in namens de AWBZ-uitvoerders en legt aan hen verantwoording af over de uitvoering van zijn taken. De AWBZ-uitvoerder is de formele opdrachtgever van de representant.

AWBZ-uitvoerders moeten het representanten mogelijk maken om de omvang van de declaraties te monitoren met het oog op de beheersing van de kosten. Representanten zijn specifiek verantwoordelijk voor de recht- en doelmatige uitvoering van hun wettelijke taak om namens de AWBZ-uitvoerders zorg in te kopen.

Toezicht op AWBZ-uitvoerders en representanten in fase 1

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door zowel de AWBZ-uitvoerders als de representanten. De toezichthouder dient erop toe te zien dat de AWBZ-uitvoerder zijn integrale verantwoordelijkheid voor een goede uitvoering van de AWBZ waarmaakt en tevens toe te zien op de goede taakvervulling door de representant. Volgens de brief van de staatssecretaris betekent dit dat indien de representant zijn wettelijke taak niet naar behoren uitvoert, niet alleen de representant, maar ook de AWBZ-uitvoerder daarop aangesproken moet worden door de toezichthouder. Een eventuele boete of andere maatregel wordt opgelegd aan partijen die de regels niet adequaat naleven.

De adviesaanvraag van de staatssecretaris gaat er daarbij vanuit dat via de verantwoording die de representant over de uitvoering van zijn taken aflegt aan de AWBZ-uitvoerder, is verzekerd dat ook de toezichthouder over voldoende informatie kan beschikken.

9.2.4 Zorgaanbieders

Zorgaanbieders leveren AWBZ-zorg op basis van de afspraken die zij daarover maken met de representant. Er is geen verplichting voor de representant om te contracteren met alle zorgaanbieders die daartoe de wens te kennen geven. Evenmin bestaat er een verplichting voor zorgaanbieders om een hogere productie af te spreken dan zij zelf wensen.

Omzetplafond

In het nieuwe bekostigingsmodel zoals voorgesteld door de NZa zal sprake zijn van een 'dubbel slot'. Aan de inkoopzijde worden de (regionale) contracteerruimtes vastgesteld. Aan de aanbodzijde vindt er omzetregulering plaats op basis van een nieuw instrument in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Hierbij staat het omzetplafond centraal, in tegenstelling tot het huidige systeem waarin de aantallen en prijzen van de afspraken centraal staan. Een omzetplafond is een bovengrens aan het beslag dat een zorgaanbieder individueel mag leggen op de macrobudgettaire middelen. De NZa legt in beleidsregels en nadere regels vast dat een zorgaanbieder niet meer AWBZ-zorg in rekening mag brengen dan een door de NZa vastgesteld omzetplafond. Om een omzetplafond te ontvangen, moet een zorgaanbieder een verzoek daartoe bij de NZa indienen. Zorgaanbieders en representanten maken productieafspraken over de te leveren zorg. De contracteerruimte van de representant is hierbij leidend. De representant maakt deze afspraken namens alle AWBZ-uitvoerders. Het totaal aan afspraken over de te leveren zorgprestaties resulteert in een productieafpraak met een zorgaanbieder. De NZa gaat bij het vaststellen van het omzetplafond uit van de totale omzetwaarde van de productieafpraak, de onderliggende afspraak over prijzen en volumes is daarvoor niet relevant.

Contracteerruimte toets

Het totaal aan productieafspraken binnen een representantenregio mag de regionale contracteerruimte niet overschrijden. Dit wordt getoetst door de NZa. Als er een overschrijding is, vindt een correctie plaats, door middel van een korting op de omzetwaarde van de productieafpraak. Deze toets vindt zowel bij de eerste afspraken als bij eventuele herschikking plaats. Op basis van de afspraken en eventuele correctie stelt de NZa per zorgaanbieder een omzetplafond vast en legt dit vast in een omzetbeschikking.

Omzettoets

Na afloop van het jaar toetst de NZa of de totale omzet binnen het plafond is gebleven. Iedere zorgaanbieder die een omzetbeschikking heeft gekregen, wordt via een nadere regel verplicht om zijn gerealiseerde omzet te verantwoorden. Voor de toets aan het omzetplafond gaat het om de declaraties die zijn goedgekeurd en betaald door iedere AWBZ-uitvoerder van verzekerden die zorg van de betreffende zorgaanbieder hebben afgenomen. De opgave van de omzet door de zorgaanbieder aan de NZa moet vergezeld gaan van een accountantsverklaring. Wanneer uit de toets blijkt dat de zorgaanbieder zijn omzetplafond heeft overschreden, leidt dit voor de NZa tot het vaststellen van een beschikking, waarin de zorgaanbieder verplicht wordt om het bedrag dat het omzetplafond te boven gaat terug te storten in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ).¹⁸ Een afschrift hiervan gaat naar het CVZ als beheerder van het AFBZ.

Tarief- en prestatieregulering

Productieafspraken en declaraties moeten ook in de nieuwe uitvoeringsstructuur passen binnen tarieven en prestaties zoals vastgesteld door de NZa.

9.2.5 Centraal Administratiekantoor

Op 7 november 2011 heeft de Eerste Kamer het wetsvoorstel aanvaard dat de instelling regelt van het zelfstandig bestuursorgaan CAK.¹⁹ Deze wet treedt in werking op een nog nader bij Koninklijk Besluit te bepalen tijdstip.

Deze wet legt de taken van het CAK vast. Voor zover het de AWBZ betreft gaat het daarbij om de vaststelling en inning van de eigen bijdragen ingevolge de AWBZ en het doen van betalingen aan zorgaanbieders die zorgverzekeraars of het CVZ aan hen verschuldigd zijn. Volgens de adviesaanvraag aan de NZa beoogd het kabinet de betalingen op termijn zoveel mogelijk te laten overnemen door AWBZ-uitvoerders. Het CAK blijft wel de eigen bijdragen innen. De minister benoemt het bestuur en stelt de begroting (verantwoording en jaarrekening) en het werkprogramma van het CAK vast. Op de uitvoering van de taken zoals geregeld in de AWBZ, blijft het toezicht op de NZa van kracht.

In haar brief van 22 juni 2010 heeft de NZa aan de minister van VWS haar reactie kenbaar gemaakt op het conceptwetsvoorstel CAK. In deze toezichttoets wordt hier daarom verder niet meer op ingegaan.

¹⁸ De individuele AWBZ-uitvoerder moet de declaraties voor zijn verzekerden ontvangen en betalen, maar heeft geen zicht op het totaal van de betalingen aan de zorgaanbieder en eventuele overschrijdingen van het omzetplafond.

¹⁹ Staatsblad 561, jaargang 2011, Wet van 7 november 2011 tot wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met de instelling van het Zelfstandig Bestuursorgaan CAK.

10. Verantwoordelijkheidsverdeling

10.1 Inleiding

Zoals beschreven in hoofdstuk 9 zijn in de voorgestelde structuur meerdere organisaties betrokken bij de uitvoering van de AWBZ. Belangrijke wijziging ten opzichte van de huidige uitvoeringsstructuur is het vervallen van de regionaal werkende zorgkantoren. De uitvoering komt in handen van 'AWBZ-uitvoerders'. De NZa vindt het, vanuit toezichtperspectief, positief dat de voorgenomen wetswijziging een eind maakt aan huidige discrepantie tussen de formele verantwoordelijkheid van de AWBZ-verzekeraars en de feitelijke uitvoering door zorgkantoren op basis van mandaat en volmachtverlening. De verantwoordelijkheid van de AWBZ-uitvoerder is in het eindmodel helder geregeld en de AWBZ-uitvoerder is voor de toezichthouder volledig aanspreekbaar. In tegenstelling tot de huidige situatie spelen in de overgangsfase twee partijen een rol in de uitvoering van de AWBZ, namelijk representanten en AWBZ-uitvoerders. Dit brengt een wederzijdse afhankelijkheid ten aanzien van informatie-uitwisseling met zich mee. Om adequaat toezicht te kunnen houden moet er aan een aantal randvoorwaarden zijn voldaan. Een belangrijke voorwaarde is een wettelijke verankering van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de representant en de AWBZ-uitvoerder.

In dit hoofdstuk analyseert de NZa de voorgestelde verantwoordelijkheidsverdeling, om waar nodig voorstellen te doen die een adequaat toezicht in de fasen op weg naar de eindsituatie kunnen bevorderen.

In paragraaf 10.2 geeft de NZa aan of de voorgestelde verantwoordelijkheidsverdeling voldoende duidelijk is, of sprake is van adequaat toezicht dan wel wijzigingen of aanvullingen gewenst zijn. Centrale speler in de nieuwe uitvoeringsstructuur is de AWBZ-uitvoerder. Aan de organisatie en taakuitvoering daarvan worden specifieke eisen gesteld. In paragraaf 10.3 komt aan de orde in hoeverre deze eisen duidelijk en goed toezichtbaar zijn.

10.2 Verantwoordelijkheidsverdeling duidelijk?

De NZa signaleert vanuit toezichtoogpunt een aantal aandachtspunten in de voorgestelde verantwoordelijkheidsverdeling. Deze hebben betrekking op:

- Het indicatiebesluit van het CIZ in relatie tot de zorgtoewijzing.
- De zorgplicht van de AWBZ-uitvoerders in relatie tot regionale kostenbeheersing.
- De verantwoordelijkheidsverdeling tussen AWBZ-uitvoerders en zorgaanbieders in het kader van de kostenbeheersing.
- De verantwoordelijkheid voor de betaling van de declaraties van zorgaanbieders.

In deze paragraaf worden de genoemde punten toegelicht.

10.2.1 Indicatiebesluit en zorgtoewijzing

Het CIZ stelt de behoefte aan zorg van een verzekerde vast en legt dit vast in een besluit. Formeel bestaat, ook in de huidige situatie, geen mogelijkheid om met de levering van zorg af te wijken van de indicatie.

Er is alleen sprake van een rechtmatige betaling als de zorg die wordt gedeclareerd, overeenkomt met de door het CIZ geïndiceerde zorg. In de praktijk komt een afwijking tussen de geïndiceerde en de geleverde zorg echter regelmatig voor, bijvoorbeeld in het kader van overbruggingszorg. Deze afwijking is doorgaans in het belang van de verzekerde, en vindt pas plaats na overleg met en met instemming van de verzekerde. In dat geval zou de formele afwijking geen probleem moeten opleveren met betrekking tot de rechtmatigheid, voor zover niet meer zorg wordt geleverd dan het indicatiebesluit aangeeft. Om hiervoor een oplossing te bieden wordt in de huidige praktijk een procedure van zorgtoewijzing gehanteerd. Hierbij wordt vastgelegd bij welke zorgaanbieder de verzekerde de zorg krijgt. De vaststelling of zorg rechtmatig is geleverd, wordt vervolgens getoetst aan wat bij de zorgtoewijzing is geregeld in plaats van aan de indicatie.

10.2.2 Zorgplicht AWBZ-uitvoerders en regionale kostenbeheersing

Individuele AWBZ-uitvoerders worden er integraal verantwoordelijk voor om de benodigde AWBZ-zorg voor hun verzekerden te waarborgen. De vraag is hoe deze verantwoordelijkheid zich verhoudt tot de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de kostenbeheersing. In de overgangsfase is deze immers gebaseerd op een regionale contracteerruimte en omzetplafonds per zorgaanbieder. Bij deze regionaal vormgegeven kostenbeheersing passen geen AWBZ-uitvoerders die individueel zorg inkopen voor hun eigen verzekerden. De zorginkoop zal vooralsnog – net als in de huidige situatie – plaats moeten vinden op regionaal niveau, voor alle AWBZ-uitvoerders gezamenlijk. De verdeling van deze beide verantwoordelijkheden voor zorginkoop en kostenbeheersing en de wijze waarop zij zijn verdeeld tussen de AWBZ-uitvoerder en de representant, bepalen mede op welke wijze de NZa toezicht kan houden op de uitvoering van de AWBZ enerzijds en de kostenbeheersing anderzijds.

De taakverdeling die voortvloeit uit het wetsartikel dat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de AWBZ-uitvoerder en de representant regelt, komt erop neer dat de zorginkoop wordt uitgevoerd door de representant en het overige door de AWBZ-uitvoerder. De brief van VWS van 18 januari 2012 voegt aan die taak om zorg in te kopen werkzaamheden toe die sterk met de zorginkoop samenhangen, te weten:

- het leveren van doelmatige zorg binnen de contracteerruimte;
- het stimuleren van innovatie binnen de innovatieruimte;
- het onderhouden van een adequate administratie organisatie;
- het afleggen van verantwoording over de zorginkoop en de kostenbeheersing.

De integrale verantwoordelijkheid van de AWBZ-uitvoerders hoeft niet helemaal parallel te lopen met de verantwoordelijkheid van de representanten voor zorginkoop. De werkzaamheden van de representant voor de zorginkoop zijn weer te geven als algemeen, op niveau van verzekerdenpopulaties, voorafgaand aan feitelijke zorgverlening. Die van de AWBZ-uitvoerder zijn aan te duiden als het individuele niveau, het feitelijk bewerkstelligen dat de verzekerde de zorg krijgt. De NZa is van mening dat met deze omschrijving de werkzaamheden voldoende onderscheiden zijn. Daarnaast is de taak van kostenbeheersing van de representant van hetzelfde niveau als die van de zorginkoop. Vanuit het oogpunt van kostenbeheersing is de taak van de representant van doorslaggevend belang.

De eerder aangehaalde brief van VWS geeft aan dat, naast het kunnen aanspreken van de AWBZ-uitvoerder, de representant op deze taken moet worden aangesproken.

De vraag is nu of de NZa de taken van de AWBZ-uitvoerder en van de representant kan onderzoeken, en of zij de bevoegdheid en de instrumenten heeft om elk van beide aan te spreken als dat nodig is.

Het wetsvoorstel gaat ervan uit dat de minister van VWS een AWBZ-uitvoerder aanwijst die namens alle andere AWBZ-uitvoerders de overeenkomsten sluit met de zorgaanbieders over de te verlenen zorg. In deze aanwijzing krijgt de regionale benadering zijn beslag. Doordat in de wet zelf en de daarop gebaseerde aanwijzing deze representant wordt geregeld, wordt deze representant een object voor het toezicht zoals geregeld in artikel 16 Wmg. Dat betekent dat de NZa de bevoegdheid heeft onderzoek te doen bij de representant.

Het betreffende artikel uit het wetsvoorstel gaat niet in op de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de AWBZ-uitvoerder en de representant. Het wetsartikel bepaalt dat het AWBZ-uitvoerders niet is toegestaan om zelf de taak van zorginkoop uit te voeren, indien de representant deze taak uitvoert. In dat geval komt de verantwoordelijkheid voor een goede zorginkoop op de representant te rusten. Tegelijkertijd bepaalt het wetsartikel dat de representant namens alle AWBZ-uitvoerders de taak van zorginkoop uitvoert, wat impliceert dat de eindverantwoordelijkheid op de AWBZ-uitvoerders rust terwijl zij geen bevoegdheid hiertoe hebben.

NZa constateert dat er zodoende meerdere interpretaties mogelijk zijn over de vraag wie verantwoordelijk voor en aanspreekbaar is op de taak van zorginkoop: de AWBZ-uitvoerder of de representant.

De eerder aangehaalde brief van VWS gaat ervan uit dat de NZa de AWBZ-uitvoerder kan aanspreken op de gehele uitvoering van de AWBZ en de representant kan aanspreken op de zorginkooptaak. Gezien de mogelijke interpretaties is onduidelijk of de NZa dit laatste kan doen. De NZa dringt aan op verduidelijking in dit opzicht. Dit zou kunnen door aanpassing van het wetsvoorstel waarmee een lid wordt toegevoegd aan het artikel 15a, of door een nadere uitleg bij het artikel in de memorie van toelichting (MvT).

De NZa merkt op dat de taken van de representant niet los staan van die van de AWBZ-uitvoerder. De taken staan deels ook op gespannen voet met elkaar qua belangen. Bij de AWBZ-uitvoerder gaat het om het nakomen van de zorgplicht waartoe hij een mandaat- en volmachtovereenkomst aangaat met de representant. Bij de representant gaat het niet alleen om de zorginkoop ten behoeve van de nakoming van de zorgplicht van de AWBZ-uitvoerders, maar ook om kostenbeheersing vanwege de regionale contracteerruimte. De rollen van AWBZ-uitvoerder en die van representant worden echter door de meeste verzekeraars beide gespeeld. AWBZ-uitvoerders zijn ervan afhankelijk hoe ze ten behoeve van elkaar invulling geven aan hun rol als representant. Ook is van belang dat de representant zich verantwoordt aan alle AWBZ-uitvoerders over de werkzaamheden voor de zorginkoop en dat de AWBZ-uitvoerder zo nodig de representant op zijn taakuitvoering aanspreekt.

De NZa kan als de bevoegdheid van de NZa daartoe nader is geregeld of geëxpliciteerd, zowel de AWBZ-uitvoerder als de representant aanspreken. De NZa kan de AWBZ-uitvoerder in het kader van de zorgplicht individueel aanspreken op de werkzaamheden op het niveau van de individueel verzekerden.

Daarnaast kan de NZa de AWBZ-uitvoerder aanspreken op de uitkomst van de zorgplicht: het voorzien in doelmatige zorg voor zijn verzekerden. Doorgaans zal dit een aanspreken zijn van de AWBZ-uitvoerders gezamenlijk als het gaat om de uitkomsten van de zorginkoop. De NZa kan de representant aanspreken op de werkzaamheden rond de zorginkoop en de werkzaamheden ten behoeve van de kostenbeheersing.

Het voorgestelde artikel 15a gaat ervan uit dat de representanten verslag doen van de uitvoering van hun taak aan de andere AWBZ-uitvoerders als hun opdrachtgevers. Deze verslaglegging maakt het mogelijk dat de AWBZ-uitvoerder verantwoording kan afleggen over de uitvoering van de AWBZ. Om de mogelijkheid te creëren dat de NZa de representant kan aanspreken op de verrichte werkzaamheden, zou de verslaglegging over de zorginkoop ook rechtstreeks aan de toezichthouder moeten worden gezonden. Een toevoeging inzake deze aanlevering aan de NZa aan lid 2 van artikel 15a voorkomt onzekerheid in de informatievoorziening van de toezichthouder.

Voor de effectiviteit van het toezicht is het vervolgens nodig om de bevoegdheid van de NZa om regels te stellen aan de controle zoals geregeld in artikel 31 Wmg, ook van toepassing te laten zijn op rechtspersonen die namens een AWBZ-uitvoerder taken uitvoeren. Om te zorgen dat de NZa hierop vervolgens kan handhaven, zou daarnaast in de handhavingsartikelen 76 en 82 van de Wmg, het aangepast artikel 31 moeten worden toegevoegd aan de opgesomde artikelen waarop de handhaving van de NZa betrekking heeft. Met die aanpassing kan de NZa overtreding van hetgeen krachtens artikel 31 Wmg is geregeld, handhaven. In de Wmg zoals deze op dit moment luidt, ontbreekt deze schakel. Toevoeging van artikel 31 aan de opsomming in de handhavingsartikelen van de Wmg is naar de mening van de NZa sowieso noodzakelijk, los van het nu voorgestelde verandertraject in de AWBZ, zodat de AWBZ-uitvoerder zelf kan worden aangesproken.

10.2.3 Verantwoordelijkheidsverdeling AWBZ-uitvoerder en zorgaanbieder in kader kostenbeheersing

De zorgaanbieder is er in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor dat hij het omzetplafond dat door middel van een beschikking van de NZa op hem van toepassing is, niet overschrijdt. Overschrijding komt, wettelijk gezien, immers neer op een overtreding van artikel 35 Wmg. Er is in elk geval een belang bij de zorgaanbieder zelf een overschrijding van het omzetplafond te voorkomen.

In principe is het een taak van de NZa om bij overschrijding van het omzetplafond handhavend op te treden. Het ontbreekt de NZa echter aan gegevens om de overtreding te constateren tenzij de NZa steeds zou beschikken over de declaratiegegevens van de AWBZ-uitvoerders. Dat is geen begaanbare weg. Daarnaast zou een dergelijke aanpak een enorm beslag op de toezichtcapaciteit van de NZa leggen. De aandacht van de toezichthouder kan beter gericht zijn op de werkzaamheden van de representant in het kader van het monitoren van productiecijfers en de werkzaamheden van de representant aan kostenbeheersing als uitgangspunt voor toezicht te nemen.

Het feitelijk bewaken van de overschrijding kan alleen in handen zijn van de representant. De AWBZ-uitvoerder heeft alleen zicht op de declaraties die de zorgaanbieder bij hem indient. Door een gegevensstroom inzake de declaraties van AWBZ-uitvoerders naar representanten ontstaat dat zicht wel voor de representant.

De NZa gaat ervan uit dat deze gegevensstromen worden geregeld. Voor een nadere beschrijving van de reguleringsaspecten wordt verwezen naar hoofdstuk 4.

De representant heeft gezien de gewenste kostenbeheersing ook een taak bij het bewaken van de uitgaven aanzorg. De NZa kan zich voorstellen dat de representant en de zorgaanbieder in de AWBZ-overeenkomst onderling afspraken maken over de monitoring van de productie en het voorkomen dat de zorgaanbieder declaraties indient die zijn totaal aan uitgaven laat uitstijgen boven zijn omzetplafond. Op de uitvoering van deze werkzaamheden kan de NZa toezien, mits de NZa de bevoegdheid wordt gegeven regels voor de controle te stellen zoals aangegeven in paragraaf 10.3.2.

In het geval een omzetplafond door een zorgaanbieder wordt overschreden, moet de NZa het bedrag van de overschrijding van de zorgaanbieder terugvorderen (Wmg-reguleringsstaak). De NZa stelt daartoe een beschikking op met de verplichting af te dragen aan het AFBZ. Als de zorgaanbieder daaraan niet voldoet, moet de NZa handhaven. De mogelijkheid hiertoe is voldoende geregeld.

Om veldpartijen aan hun taak in het kader van het bewaken van het omzetplafond te kunnen houden en hen als toezichthouder hierop ook formeel aan te kunnen aanspreken, moeten hiervoor duidelijke kaders beschikbaar zijn. Aan die kaders wordt op dit moment nog gewerkt. De NZa heeft geen reden eraan te twifelen of die kaders voldoende zijn.

10.2.4 Verantwoordelijkheid betaling declaraties zorgaanbieders

Uitvoering van de AWBZ door AWBZ-uitvoerders zal ook betrekking hebben op het doen van betalingen voor zorg. Tot op heden verzorgt het CAK de taak van het doen van betalingen aan de zorgaanbieders ten laste van het AFBZ. Daarbij wordt een systeem van maandelijkse bevoorschotting gebruikt, waarbij de hoogte van de bevoorschotting afhangt van de productieafspraken tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor. De AWBZ-uitvoerders zullen in principe betalen op basis van declaraties. De AWBZ-uitvoerder en de zorgaanbieder kunnen in de contractonderhandelingen afspraken maken over de wijze van financieren.

Deze wijzigingen introduceren een aantal nieuwe werkzaamheden die daarvoor niet bestonden bij AWBZ-verzekeraars of zorgkantoren. Toezicht op de rechtstreekse betalingen van AWBZ-uitvoerders aan zorgaanbieders en op eventuele daarop afgestemde financieringswijzen door bevoorschotting valt binnen het toezichtdomein van de NZa (financiële rechtmatigheid). Of het normenkader ten behoeve van toezicht ook duidelijk is, komt in hoofdstuk 11 aan de orde. De kasstroom van het CVZ aan de AWBZ-uitvoerders valt niet binnen het toezicht van de NZa. Het CVZ verantwoordt deze kasstroom aan de minister van VWS en deze valt onder het toezicht van de minister van VWS.

10.3 Eisen aan de AWBZ-uitvoerder

De voorgestelde wet stelt een aantal eisen aan de AWBZ-uitvoerder. Deze zijn in het kader van de AWBZ nieuw. In deze paragraaf komt aan de orde of voor het houden van toezicht voldoende duidelijk is wat de normen zijn voor de AWBZ-uitvoerder, of de NZa in staat is het benodigd toezicht op de vereisten uit te oefenen en of de NZa aan de benodigde informatie kan komen.

10.3.1 De nieuwe rechtspersonen

Het wetsvoorstel gaat ervan uit dat de voor de consument herkenbare zorgverzekeraar een pendant krijgt die de AWBZ uitvoert. Is daarmee duidelijk wie de AWBZ-uitvoerder is? Het wetsvoorstel geeft als norm aan dat de AWBZ-uitvoerder moet behoren tot de groep waarvan ook de zorgverzekeraar deel uitmaakt. Wie zorgverzekeraar is, wordt bepaald door de vergunning van De Nederlandsche Bank (DNB).

De kans bestaat dat verschillen ontstaan tussen de juridische werkelijkheid en de voor de verzekerde herkenbare werkelijkheid. Op dit moment zijn er enkele 'groepen' (concerns) zorgverzekeraars in de markt, waarbij elke groep meerdere 'merken' zorgverzekering heeft. Een groep zou kunnen besluiten vanwege schaalvoordelen één rechtspersoon in het leven te roepen die de AWBZ uitvoert voor de verzekerden van alle merken van een concern. Ook bestaat de mogelijkheid dat wel alle 'merken' een eigen AWBZ-pendant krijgen, maar dat alleen ten behoeve van de representatie een groepsvertegenwoordiger optreedt. Een tweede bron van verwarring kan ontstaan door de constructie met intermediairen en volmachten voor de zorgverzekering. Deze kunnen zich via een overeenkomst met de aan de zorgverzekeraar gelieerde AWBZ-uitvoerder ook voordoen als AWBZ-uitvoerder.

De NZa ziet geen redenen om deze constructies als onwerkbaar in de vernieuwde AWBZ te beschouwen en om die reden op een verdere verduidelijking van de norm aan te dringen. De rechtspersoon die als AWBZ-uitvoerder optreedt, valt immers volledig onder het toezicht van de NZa.

Aan de hand van de statuten zal de NZa toetsen of de AWBZ-uitvoerder een rechtspersoon is die behoort tot dezelfde groep waarvan ook de zorgverzekeraar deel uitmaakt. Deze toetsing van de statuten moet plaatsvinden op een zodanig moment dat zorgverzekeraars eventuele consequenties van de uitkomsten kunnen meenemen in de informatieverstrekking aan (potentiële) verzekerden. Daarmee moet worden bereikt dat als een bestaande zorgverzekeraar geen nieuwe rechtspersoon als AWBZ-uitvoerder opricht, de verzekerden van die zorgverzekeraar kunnen overstappen naar een zorgverzekeraar die wel een AWBZ-uitvoerder heeft opgericht. De NZa zal hier alert op zijn. De toetsing van de statuten, ook met betrekking tot het voldoen aan eisen die in paragraaf 10.3.2 aan bod zullen komen, speelt met name voor het eerste uitvoeringsjaar.

De NZa zal daarnaast letten op voldoende transparantie voor de verzekerde, over wie de AWBZ-uitvoerder is. Het is de plicht van de zorgverzekeraar zijn verzekerden hier goed over te informeren. Zo nodig past de NZa haar beleidsregel over de informatieverstrekking aan. Bij deze informatieverstrekking aan de verzekerden moet duidelijk zijn dat zij voor alle vragen over de AWBZ en de Zvw bij hetzelfde loket terecht kunnen. Uitbesteding van taken aan andere rechtspersonen binnen dezelfde groep mag daarbij geen beletsel zijn.

10.3.2 Eisen aan de rechtspersoon

De statuten van de nieuwe rechtspersoon moeten aan een aantal eisen voldoen. Het gaat achtereenvolgens om de eisen:

- de deskundigheid en betrouwbaarheid van degenen die het dagelijkse beleid van de onderneming bepalen moeten aan normen voldoen;

- de statuten moeten voorzien in toezicht op het beleid van het bestuur en op de algemene gang van zaken van de onderneming;
- de statuten moeten waarborgen bieden voor invloed van verzekerden op het beleid;
- verzekerden moeten in de statuten gevrijwaard zijn van het bijdragen in eventuele tekorten van de onderneming.

De eisen aan de statuten komen overeen met wat over zorgverzekeraars in de Zvw is geregeld (artikel 28 Zvw). Op de eisen die aan de statuten zijn gesteld, kan de NZa toezien.

De toetsing van bestuurders is nieuw. De huidige AWBZ wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars (die de Zvw uitvoeren) die zich voor uitvoering van de AWBZ bij de NZa hebben gemeld. De zorgverzekeraars vallen onder toezicht van DNB op basis van de Wet op het financieel toezicht (Wft). Zorgverzekeraars moeten aan verscheidene voorwaarden voldoen. Aan de toetsing daarvan door DNB is de vergunningverlening gekoppeld. DNB toetst onder meer de deskundigheid en betrouwbaarheid van bestuurders van verzekeraars. Het wetsvoorstel UAZ regelt dat de NZa een dergelijke toetsing uitvoert voor de AWBZ.

In het wetsvoorstel is opgenomen (Artikel III) dat de toetsing van de betrouwbaarheid plaatsvindt aan de hand van regels die zullen worden gesteld bij AMvB op basis van de Wmg (nieuw artikel 31a). De MvT geeft aan dat voor de inhoud van de regels zal worden aangesloten op wat krachtens de Wft is geregeld (Besluit prudentiële regels Wft). Op dit moment is de inhoud van die AMvB nog niet bekend. Het is daardoor onduidelijk of de NZa alle gegevens zal kunnen verkrijgen die nodig zijn om te komen tot een vaststelling over iemands betrouwbaarheid zoals dat door DNB wordt gedaan. De NZa gaat ervan uit dat de staatssecretaris van VWS ervoor zorg draagt dat de NZa alle gegevens zal kunnen verkrijgen waar ze volgens een regeling over moet beschikken om tot een oordeel te komen.

Afgezien van de vraag waarom voor deze toetsing wordt gekozen, vraag de NZa zich af of het praktisch is om deze taak bij de NZa te beleggen. Ook is niet duidelijk welk concreet normenkader de NZa moet hanteren voor het toetsen van bestuurders. Pas als er een duidelijk normenkader is ontwikkeld, kan de NZa ook een inschatting maken van de consequenties. Daarbij moet onder andere gedacht worden aan het regelen van de toegang tot bronnen die nodig zijn voor de toetsing en het inrichten van de organisatie voor de feitelijke toetsing. Op dit moment is de NZa niet geëquipeerd voor deze taak. De opbouw van deskundigheid en de feitelijke toetsing vergt extra menskracht van de NZa.

De NZa stelt zich voor de toetsing van bestuurders op dezelfde wijze te organiseren als bij de Zvw. De gewenste samenhang tussen de AWBZ en de Zvw nopen ook tot een gelijkvormige toetsing van bestuurders van verzekeraars in beide segmenten.

AWBZ-uitvoerders moeten bij aanvang voldoen aan de eisen die aan de bestuurders en de statuten worden gesteld. Het wetsvoorstel maakt het niet mogelijk dat de NZa een AWBZ-uitvoerder weigert als niet aan de eisen wordt voldaan, zoals bij een model van vergunningverlening. Als die situatie zich voordoet, zoals het niet voldoen aan normen voor bestuurders, moet de NZa de AWBZ-uitvoerder ertoe brengen een nieuwe voordracht van bestuurders te doen of aangepaste statuten aan te leveren.

Daarbij kan de NZa zo nodig handhavinginstrumenten inzetten (zoals het geven van een aanwijzing, of het opleggen van een last onder dwangsom). Het eventueel inzetten van maatregelen schort de uitvoering van de AWBZ niet op, maar zorgt ervoor dat de AWBZ-uitvoerder zo snel mogelijk voldoet aan de eisen. De NZa zal zich steeds moeten laten informeren over statutenwijzigingen en wisselingen bestuur.

10.3.3 Beperking tot de AWBZ

Er zijn nog twee voorwaarden in het wetsvoorstel opgenomen waar een AWBZ-uitvoerder aan moet voldoen:

- (1) de AWBZ-uitvoerder voert alleen de opgedragen taken en de daarbij horende werkzaamheden uit;
- (2) de AWBZ-uitvoerder hanteert een van de rest van het concern gescheiden administratie.

Ad 1) De eerste voorwaarde moet zeker stellen dat de rechtspersoon niet iets anders onderneemt dan de uitvoering van de AWBZ (voorgestelde artikel 33). Door deze eis zullen geen andere geldstromen binnen de AWBZ aan te treffen zijn dan die van de AWBZ. Volgens de MvT neemt daarmee de transparantie en de financiële inzichtelijkheid toe. De NZa kan aan de hand van de statuten beoordelen of de rechtspersoon zich specifiek richt op de uitvoering van de AWBZ-taken dan wel andere doelstellingen omarmt. Daarnaast kan bij de beoordeling van de financiële jaarstukken worden nagegaan of in de rechtspersoon andere geldstromen omgaan dan die van de AWBZ.

Ad 2) Op het voldoen aan de tweede voorwaarde, de gescheiden administratie, kan de NZa toezien aan de hand van een procedurele benadering. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat in een plan voor de informatievoorziening wordt uitgewerkt dat alleen gegevens worden verzameld, beheerd en doorgeleid voor zover dat nodig is voor de uitvoering van de AWBZ-taken. De toezichthouder kan daarop aansluitend de AWBZ-uitvoerders laten rapporteren over de beschikbaarheid van zo'n plan en het naleven ervan. Op basis daarvan zou de NZa tot een oordeel kunnen komen. Het is echter niet duidelijk hoe strikt de voorwaarde moet worden uitgelegd en zodoende hoe de procedurele benadering moet worden uitgewerkt.

De NZa constateert dat er een spanning bestaat tussen de bovenstaande voorwaarden en de doelen om de AWBZ te herzien. Volgens de MvT is één van de doelen dat de consumenten bij één loket terecht zullen kunnen voor alle vragen over AWBZ en Zvw, met een gebundelde serviceverlening aan de klanten, dat gestreefd wordt naar een functioneren als één samenhangend geheel van de beide sociale ziektekostenverzekeringen, de Zvw en de AWBZ. De voorwaarden aan de andere kant dwingen tot een volledig gescheiden uitvoering. De norm is daardoor niet duidelijk. Om discussie te voorkomen zou het goed zijn als de wetgever de norm nader bepaalt of in de MvT verder toelicht welke gegevens de AWBZ-uitvoerder aan de zorgverzekeraar mag verstrekken of mag laten beschikken (en omgekeerd). De NZa zal dat dan afstemmen met het College bescherming persoonsgegevens (CBP).

11. Toezicht op taakuitvoering

11.1 Algemeen

Door de wetswijziging, alsmede de keuze voor het representantenmodel in de transitiefase, verschuiven taken en verantwoordelijkheden. In de nieuwe uitvoeringsstructuur zijn de AWBZ-uitvoerders verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ. De uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars moet leiden tot een betere verbinding tussen AWBZ en Zvw. Daarnaast ontstaat voor verzekerden één centraal aanspreekpunt voor zorg.

Deze wijziging heeft gevolgen voor de organisatie van de uitvoering van de AWBZ. Dit hoofdstuk gaat nader in op de taakuitvoering door de representant en AWBZ-uitvoerder. In de volgende tabel zijn de taken opgenomen voor de uitvoering van de AWBZ, gebaseerd op de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling in de adviesaanvraag van VWS.

Taakverdeling representant - AWBZ-uitvoerders

Taak	Omschrijving taak	Verantwoordelijk voor	
		AWBZ-uitvoerder	Representant
1	Het verstrekken van informatie	X	
2	Het bewaken van tijdige zorgverlening	X	
3	Het zijn van een aanspreekpunt voor AWBZ-verzekerden, zorgaanbieders en gemeenten	X	
4	Het op cliëntgerichte wijze uitvoeren van de subsidieregeling PGB (nieuw: en vergoedingsregeling)	X	
5	Het behandelen van klachten	X	
6	Het inkopen van zorg	(X) ²⁰	X
7	Het leveren van doelmatige zorg binnen contracteerruimte	(X)	X
8	Het stimuleren van innovatie binnen de innovatieruimte	(X)	X
9	Het voeren van adequate administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura	X	
10	Het voeren van adequate administratie op verzekerdeniveau voor PGB (nieuw: en vergoedingsregeling)	X	
11	Het bewaken van de continuïteit van zorgverlening	X	
12	Het uitvoeren van materiële controles	X	
13	Het bestrijden van misbruik en oneigenlijk gebruik van AWBZ-gelden	X	
14	Het onderhouden van een adequate administratieve organisatie en interne beheersing	X	X
15	Het betalen van zorgaanspraken AWBZ	X	
16	Het in rekening brengen bij het CVZ van schaden AWBZ	X	
17	Het vaststellen van de volledigheid en juistheid van de overige renteopbrengsten	X	
18	Het toerekenen van beheerskosten AWBZ	X	
19	Het zorgdragen van een jaarlijkse verantwoording over de uitvoering van de AWBZ	X	X

Bron Adviesaanvraag VWS 18 januari 2012

²⁰ De representant is specifiek verantwoordelijk voor zorginkoop en kostenbeheersing, de AWBZ-uitvoerder is integraal verantwoordelijk voor de uitvoering, en daarmee ook voor de taken die de representant namens hem uitvoert.

Voor een deel van de toekomstige taken van de uitvoering van de AWBZ voorziet de NZa voor haar toezicht amper gevolgen, ook al verschuiven de verantwoordelijkheden van het zorgkantoor naar de AWBZ-uitvoerder. Dit geldt voor negen van de negentien bovengenoemde taken.

Het betreft de volgende taken:

- het bewaken van tijdige zorgverlening (taak 2);
- het op cliëntgerichte wijze uitvoeren van de subsidieregeling PGB en vergoedingsregeling (taak 4);
- het voeren van adequate administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura (taak 9);
- het voeren van adequate administratie op verzekerdenniveau voor PGB en vergoedingsregeling (taak 10);
- het bestrijden van misbruik en oneigenlijk gebruik van AWBZ-gelden (taak 13),
- het onderhouden van een adequate administratieve organisatie en interne beheersing (taak 14);
- het in rekening brengen bij het CVZ van schaden AWBZ -(taak 16);
- het vaststellen van de volledigheid en juistheid van de overige renteopbrengsten (taak 17);
- het toerekenen van beheerskosten (taak 18).

Het toetsingskader voor deze (negen) taken verandert niet ingrijpend. Door de toezichthouder en de zorgverzekeraars (via zelfregulering) zijn in de huidige uitvoeringsstructuur regels en normen opgesteld. Het in stand houden van zelfregulering door de zorgverzekeraars is hierbij een belangrijke voorwaarde. Als deze niet voldoende wordt gecontinueerd zal de NZa haar toetsingskader herzien.

Op basis van deze, bestaande kaders en normen, concludeert de NZa dat er voor deze (negen) taken voldoende aanknopingspunten beschikbaar zijn om toezicht te houden op een adequate uitvoering van deze taken door de AWBZ-uitvoerder.

De gevolgen van het wetsvoorstel op de verantwoording van AWBZ-uitvoerders en representanten is reeds behandeld in hoofdstuk 3.

Voor de overige (negen) taken heeft de wijziging van de uitvoeringsstructuur meer gevolgen. Voor deze taken zijn de gevolgen van de wetwijziging voor de uit te voeren taken, de bevoegdheden en de verantwoordelijkheden hierna omschreven.

11.2 Informatieverstrekking

Het betreft hier taak 1: het verstrekken van informatie. Deze taak valt in de nieuwe uitvoeringstructuur onder de verantwoordelijkheid van de AWBZ-uitvoerder. Zoals aangegeven in de MvT bij het wetsvoorstel moet de uitvoering van de AWBZ-uitvoerder leiden tot een betere verbinding met Zvw-zorg en zorgen voor een betere klantrelatie tussen cliënt en zorgverzekeraar. In de informatievoorziening van de zorgverzekeraar aan de verzekerden over de gecontracteerde zorg zal deze verbinding tussen de verschillende vormen van zorg tot uitdrukking gebracht moeten worden. Een adequate totstandkoming van deze verbinding zorgt er voor dat de verzekerde bij één loket terecht kan voor de benodigde zorg.

Voor het verstrekken van informatie over de AWBZ en over het zorgaanbod aan verzekerden is de AWBZ-uitvoerder afhankelijk van de zorgaanbieders die hierover informatie moeten aanleveren. Relevant zijn hierbij tevens de borging van de juistheid, volledigheid en tijdigheid van deze informatie. Het betreft hier ondermeer wachtlijst-informatie, zogenoemde etalage-informatie en informatie over de kwaliteit van de AWBZ-zorg.

De uitvoering van deze taken door AWBZ-uitvoerder zal er toe leiden dat alle AWBZ-uitvoerders voor alle zorgaanbieders, waarmee de representanten contracten hebben afgesloten, deze taken moeten uitvoeren.

Om de AWBZ op een doelmatige wijze uit te kunnen voeren, en de administratieve lasten van de uitvoering van de AWBZ voor zorgaanbieders en AWBZ-uitvoerders te beperken, vindt de NZa het belangrijk dat de uitwisseling van informatie adequaat is geregeld. De NZa kan zich voorstellen dat het veld regelt dat:

- de zorgaanbieders hun wachtlijst-informatie, etalage-informatie en informatie over de kwaliteitsindicatoren beschikbaar stellen op een landelijk punt (bijvoorbeeld kiesBeter);
- de AWBZ-uitvoerders de juistheid, volledigheid en tijdigheid van deze informatie over het gecontracteerde aanbod beoordelen.

De verantwoordelijkheid voor dergelijke informatie-uitwisseling ligt nadrukkelijk bij de veldpartijen.

Rol representant

In de transitiefase kan de individuele AWBZ-uitvoerder het oordeel over de kwaliteit van deze informatie (element van zorginkoop) nog aan de representant laten, en moet dit dan via sluitende afspraken met alle representanten borgen. Iedere representant is dan verantwoordelijk voor het vaststellen van de juistheid, volledigheid en tijdigheid van deze informatie van het in zijn regio gecontracteerde aanbod. De AWBZ-uitvoerder kan vervolgens zelf de eigen verzekerden informeren over het namens hem gecontracteerde aanbod op landelijk en op regionaal niveau. Ook hier is de aansluiting met de Zvw-zorg een belangrijk aandachtspunt.

11.3 Continuïteit zorgverlening

Het betreft hier taak 11: het bewaken van continuïteit van zorgverlening. De AWBZ-uitvoerder is verantwoordelijk voor het bewaken van de continuïteit van zorgverlening. In de huidige situatie maken zorgkantoren daarbij gebruik van een (regionaal ingestoken) early warningsysteem (EWS). In de nieuwe uitvoeringsstructuur is iedere AWBZ-uitvoerder zelf verantwoordelijk voor het borgen van continuïteit van zorgverlening voor zijn eigen verzekerden. Dit betekent dat elke AWBZ-zorgaanbieder niet langer te maken heeft met één controlerende AWBZ-verzekeraar doch met alle AWBZ-uitvoerders. De NZa vraagt zich af of het bewaken van continuïteit van zorg op deze manier praktisch uitvoerbaar is en tot een doelmatige uitvoering leidt.

11.4 Zorginkoop

De zorginkoop (taak 6) wordt in de transitiefase, in opdracht van de AWBZ-uitvoerders, uitgevoerd door (regionaal georiënteerde) representanten. Deze taak omvat ook het borgen van (regionale) crisiszorg protocollen.

Ondermeer om de regionale contracteerruimte, die de financiële begrenzing vormt voor zorginkoop, een wettelijk aangrijpingspunt te geven, wordt representatie via de wet geregeld (artikel 15a AWBZ). De AWBZ-uitvoerder die de representantfunctie uitoefent is in de betreffende regio verantwoordelijk voor het contracteren van doelmatige zorg binnen de contracteerruimte (taak 7) en het stimuleren van innovatie binnen de innovatieruimte (taak 8). Het is de verantwoordelijkheid van de AWBZ-uitvoerders om vast te stellen of de representant voldoende en kwalitatief goede zorg inkoopt. Dit sluit aan bij hun zorgplicht, in het kader waarvan zij de tijdige zorgverlening aan de verzekerden moeten garanderen (taak 2).

Verbinding Wmo en AWBZ

In de adviesaanvraag wordt sterk de nadruk gelegd op de verbinding van de uitvoering van de AWBZ en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze verbinding speelt ook een rol bij de informatie aan verzekerden en bij de afstemming van zorginkoop in het kader van AWBZ respectievelijk Wmo. Over de informatieverstrekking aan verzekerden over de AWBZ en de Wmo wordt in paragraaf 11.8 nader ingegaan.

Voor een sterke verbinding tussen de Wmo en de AWBZ zijn afspraken nodig tussen AWBZ-uitvoerders en gemeenten (uitvoerders van de Wmo). Afstemming kan goed op regionaal niveau tussen representant en gemeente plaatsvinden alsmede tussen de landelijke organisaties van zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland; hierna ZN) en gemeenten (Vereniging van Nederlandse Gemeenten; hierna VNG). De NZa vraagt zich af hoe aan deze afstemming van zorginkoop na de transitiefase, waarin de landelijk opererende AWBZ-uitvoerders deze taak moeten overnemen, invulling moet worden gegeven.

De taken waaraan de representant moet voldoen om zijn verantwoordelijkheid waar te maken, zijn, aan de hand van casuïstiek, nog slechts beperkt omschreven. ZN en de VNG zijn hiermee gestart. Om tot een goede invulling voor toezicht en het monitoren van samenwerking te komen, zullen hiervoor nog nadere afspraken opgesteld moeten worden.

Informatieoverdracht

Voor de uitvoering van de zorginkoop en het beheersen van de te verlenen zorg in de regionale contracteerruimte is de representant in belangrijke mate afhankelijk van de informatieverstrekking door de AWBZ-uitvoerders. Deze informatie heeft betrekking op de door de AWBZ-uitvoerders goedgekeurde declaraties van AWBZ-zorg en productiegegevens van door de zorgaanbieders. Een tijdige en juiste informatieketen (zorgaanbieder – AWBZ-uitvoerder – representant) is essentieel voor een goede en beheerste uitvoering van de AWBZ (zie ook paragraaf 3.5).

Om adequaat toezicht uit te kunnen oefenen op de taakuitvoering door zowel de representant als de AWBZ-uitvoerder is een noodzaak dat de informatieverstrekking tussen partijen goed is geregeld. Duidelijke en toetsbare afspraken hierover zijn hierbij cruciaal. Het gaat hier met name om centrale uitwisseling van productie-informatie uit de declaraties op cliëntniveau en de AWBZ-brede zorgregistratie, die op een landelijk punt wordt verzameld. Tevens moet worden gewaarborgd dat deze informatie tijdig, juist en volledig is. Voor het toezicht is het essentieel dat de gebruiker zich over de tijdigheid, juistheid en volledigheid van de informatie verantwoordt.

De NZa vindt het noodzakelijk dat de eisen die gesteld worden aan de communicatie tussen AWBZ-uitvoerder en representant goed worden vastgelegd. De NZa moet kunnen vaststellen dat adequate normen voor overdracht van declaratiegegevens door veldpartijen zijn afgesproken en hierop haar toezicht kunnen baseren.

Doelmatige zorg en stimuleren van innovatie

Het belangrijkste instrument om doelmatige zorg binnen de contracteerruimte en het stimuleren van innovatie binnen de innovatieruimte te realiseren, is het maken van (prijs)afspraken over de te leveren AWBZ-zorg. Deze afspraken zijn onderdeel van de onderhandeling tussen de representant en de zorgaanbieder bij de contractering van zorg (zorginkoop taak 6).

De ervaringen met het rechtmatigheidsonderzoek laten zien dat kwaliteitsafspraken een substantieel deel innemen van de tariefonderhandelingen. Prijs en kwaliteit vormen per definitie de ingrediënten van doelmatigheid. De hierbij aan de representant toebedeelde taken sluiten hierbij aan.

De NZa heeft voor haar toezicht in de toekomst mogelijk informatie nodig over de door de AWBZ-uitvoerder afgesproken prijzen en volumina. Voorstelbaar is dat de NZa deze uitkomsten kan gebruiken bij de beoordeling van de doelmatigheid van de uitvoering en bij het opstellen van marktscans. Deze informatie kan van derden worden verkregen of bij de AWBZ-uitvoerders worden opgevraagd.

Zelfregulering

In de bestaande structuur zijn de normen voor taakuitvoering vormgegeven op basis van de Aanwijzing zorgkantoren 2012²¹ en door zelfregulering door de zorgverzekeraars (met name via de inkoopleidraad van ZN). De NZa ziet bij continuering van deze praktijk voldoende aanknopingspunten voor een adequaat toezicht op de uitvoering van deze taken.

11.5 Klachtenregeling

Zowel uitvoering van de klachtenregeling (taak 5) als uitvoering van de bezwaar- en beroepsprocedure komen na de wetswijziging beide bij de AWBZ-uitvoerder te liggen.²² Met deze aansluiting van de taken op het gebied van de klachtenbehandeling zorgt er voor dat de cliënt één aanspreekpunt heeft als hij zijn ongenoegen kenbaar wil maken. Voor de behandeling van klachten, bezwaar en beroep zijn respectievelijk hoofdstuk 9 en hoofdstuk 7 van de Algemene Wet Bestuursrecht (Awb) van toepassing. Hiermee kan de AWBZ-uitvoerder de klachtenprocedure en de bezwaar- en beroepsprocedure integreren, en deze tevens afstemmen op de praktijk in de Zvw.

De normen voor taakuitvoering voor klachtenbehandeling, zoals vormgegeven in de Brochure Prestatiemeting AWBZ, zijn (met aanpassing) ook toepasbaar voor de behandeling van bezwaar en beroep. De NZa vindt in deze normenvoldoende aanknopingspunten voor een adequaat toezicht op de uitvoering van de klachtenbehandeling en de behandeling van bezwaar en beroep door de AWBZ-uitvoerder.

²¹ Beschikking van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, nr. Z/M-3074617, houdende de aanwijzing van administratie-instellingen bijzondere ziektekosten.

²² De behandeling van bezwaar en beroep behoort niet tot de taken van het huidige zorgkantoor.

11.6 Financiële beheersing zorgaanspraken

Betaling zorgaanspraken

Het zelfstandig betalen van zorgaanspraken AWBZ (taak 15) zal op termijn een nieuwe taak voor de AWBZ-uitvoerder worden. De AWBZ-uitvoerder verricht dan zelf de eventuele bevoorschotting en afrekening van zorgaanbieders op basis van de declaraties. Thans verzorgt het CAK de betaling aan zorgaanbieders ten laste van het AFBZ op basis van betaalopdrachten van de zorgkantoren.²³ In het advies wordt ervan uitgegaan dat de AWBZ-uitvoerders de betaalopdrachten aan het CAK verstrekken.

Doordat de AWBZ-uitvoerder de taak van het CAK met betrekking tot het uitbetalen van schaden op termijn overneemt, verdwijnt de functiescheiding, die tussen het opstellen respectievelijk het uitvoeren van de betaalopdracht was gerealiseerd. De AWBZ-uitvoerder zal maatregelen moeten opstellen om deze functiescheiding intern te waarborgen. De NZa zal het controleprotocol voor de externe accountant hierop aanpassen. In dit protocol worden de toetsingscriteria voor het vaststellen van de rechtmatigheid van uitgaven opgenomen.

De NZa kan op de rechtstreekse betalingen toezicht uitoefenen. AWBZ-uitvoerders moeten een financiële administratie voeren waaruit blijkt welke bedragen zijn overgemaakt en wat verschuldigd is. Financieel beheer en verantwoording moeten hierop worden ingericht. De NZa verwacht niet dat dit tot problemen voor de uitvoering van het toezicht leidt.

De NZa onderkent dat enerzijds de representant de uitputting van het beschikbare budget door de zorgaanbieder bewaakt, en anderzijds dat niet de representant doch de AWBZ-uitvoerder de feitelijke betalingen initieert. Dit maakt heldere afspraken over de informatiestromen tussen representant en AWBZ-uitvoerder noodzakelijk.

Verantwoording aan het CVZ

In de huidige situatie verantwoordt zowel het zorgkantoor als het CAK (betaalde kosten) zich over de kosten van de AWBZ aan het CVZ. Het CVZ moet zich in de nieuwe uitvoeringsstructuur uitsluitend baseren op de verantwoording van de AWBZ-uitvoerders. Het verstrekken van de betalingsopdracht en de feitelijke betaling aan de zorgaanbieders komen dan in één hand te liggen. In de nieuwe structuur verantwoordt alleen de AWBZ-uitvoerders zich over de uitgaven voor AWBZ-zorg en beheer. De NZa moet zich een oordeel vormen over de rechtmatigheid van deze uitgaven. De richtlijnen voor de financiële verantwoording en protocollering externe accountant moeten hierop worden aangepast (zie ook hoofdstuk 5).

Financieel kader

Voor de uitvoering van de herschikking en de monitoring van de stand van de contracteerruimte en het omzetplafond is de representant afhankelijk van de informatie over ontvangen declaraties en verrichte betalingen van zorgaanspraken door de AWBZ-uitvoerder. Wellicht kan de representant ook gebruik maken van monitorgegevens van de zorgaanbieders zelf. De tijdige signalering van overschrijding van de contracteerruimte binnen de regio is een belangrijke taak van de representant.

²³ In principe zou ook de representant deze functie nog kunnen uitvoeren, mits de informatievoorziening tussen hem en de AWBZ-uitvoerders hierop is ingericht.

Zoals reeds in relatie tot de zorginkoop is opgemerkt, is er een noodzaak dat de informatieverstrekking op dit vlak tussen partijen goed is geregeld.

De toetsing van de afrekening van zorgaanbieders aan het omzetplafond wordt in de transitiefase door de NZa uitgevoerd, in een omzettoets per zorgaanbieder op concernniveau.

Persoonsgebonden budget (PGB)

De uitvoering van de PGB-regeling en de vergoedingsregeling is een taak van de AWBZ-uitvoerder. Deze uitvoering maakt geen onderdeel uit van het zorginkoopproces, omdat cliënten de zorg zelfstandig inkopen.

Zolang de PGB-regeling en de vergoedingsregeling subsidieregelingen zijn op grond van artikel 44 AWBZ vallen ze buiten de reikwijdte van de beheersingsregulering door de NZa. Het CVZ heeft als taak deze uitgaven te beheersen. De NZa onderschrijft dat een gecombineerd inzicht in de kosten van de zorg in natura, het PGB en de vergoedingsregeling vanaf het moment van individuele zorginkoop noodzakelijk is op het niveau van de AWBZ-uitvoerder.

De feitelijke kostenbeheersing: beoordeling van de besteding van het PGB en de vergoeding, en van de uitputting van het subsidieplafond berust per 1 januari 2013 bij de AWBZ-uitvoerder. De NZa vraagt zich af of de representant - gedurende een korte periode - wel op regionaal niveau inzicht moet hebben in de totale kosten. Indien dit toch noodzakelijk wordt geacht, dient via een afzonderlijke informatie-uitwisseling met de AWBZ-uitvoerders de representant inzicht te krijgen in de bestedingen van PGB en de vergoedingsregeling op regionaal niveau. Hiertoe moeten de betalingen worden toegerekend naar regio op basis van NAW-gegevens.

11.7 Rechtmatigheid declaraties

De betaling van zorganspraken (taak 15), zoals besproken bij paragraaf 11.5, mag alleen plaatsvinden als de rechtmatigheid van deze declaraties is vastgesteld. De verantwoordelijkheid voor het vaststellen van de rechtmatigheid van declaraties is in de nieuwe uitvoeringsstructuur belegd bij de AWBZ-uitvoerder.²⁴

Om de rechtmatigheid van declaraties vast te stellen worden declaraties middels technische en formele controles gecontroleerd. De technische controles worden naar verwachting uitbesteed aan Vektis. Hierbij wordt getoetst of de declaraties conform de standaarden voor het elektronisch berichtenverkeer zijn. De formele controles vallen onder de verantwoordelijkheid van de AWBZ-uitvoerder. Het gaat hier met name om controles op verzekeringsrecht van de cliënt en op het opvolgen van de contractafspraken door de zorgaanbieder.

Vektis

De AWBZ-uitvoerders moeten met Vektis duidelijke overeenkomsten afsluiten welke werkzaamheden (technische controles op de ingediende declaraties) zij namens de AWBZ-uitvoerders verrichten, en op welke wijze zij daarover terugkoppeling (verantwoording over tijdigheid, volledigheid en juistheid) ontvangen. Dit belang neemt met ingang van 2013 toe, omdat de betalingen hier direct aan gekoppeld zijn.

²⁴ Het gaat hier ondermeer om de beoordeling van het verzekeringsrecht en de indicatie van de verzekerde en levering van prestaties en prijzen door de zorgaanbieder conform de overeenkomst met de AWBZ-uitvoerder.

Om adequaat toezicht te houden op declaratie op cliëntniveau moeten er specifieke normen voorhanden zijn waaraan de informatieverstrekking vanuit Vektis moet voldoen. De betrouwbaarheid van deze informatieverstrekking kan aan de hand van een zogenoemde 'Third party-mededeling' worden vastgesteld. Het betreft hier informatie over de tijdigheid, juistheid en volledigheid van de declaraties door de zorgaanbieders per AWBZ-uitvoerder.

Materiële controles

Materiële controle (taak 12) heeft tot doel vast te stellen dat de gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk is geleverd. De AWBZ-uitvoerder is verantwoordelijk voor de materiële controles op ingediende declaraties met betrekking tot zorg in natura, PGB en de vergoedingsregeling. In de huidige uitvoeringsstructuur worden declaraties van zorgaanbieders bij één zorgkantoor ingediend (regionale oriëntatie). In de nieuwe structuur declareren de zorgaanbieders bij meerdere AWBZ-uitvoerders (landelijke oriëntatie).

De overgang van regionale oriëntatie naar landelijke oriëntatie heeft gevolgen voor de manier hoe materiële controle moet worden vormgegeven. In de huidige uitvoeringsstructuur heeft een zorgaanbieder voor materiële controle veelal te maken met één controlerend zorgkantoor, in de nieuwe structuur heeft een zorgaanbieder te maken met alle AWBZ-uitvoerders waarvoor zij verzekerd in zorg hebben (gehad). De administratieve lasten van zorgaanbieders zullen op dit vlak toenemen. Het is de verantwoordelijkheid van de AWBZ-uitvoerders om deze taak op een doelmatige manier uit te voeren.

De NZa heeft op basis van artikel 31 Wmg normen voor de uitvoering van materiële controle opgesteld in de regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars. Verder zijn door ZN en het CVZ protocollen opgesteld voor de uitvoering van materiële controle op zorg in natura en PGB. De NZa gaat er van uit dat ook voor de vergoedingsregeling adequate controlevoorschriften worden opgesteld. De NZa ziet voldoende aanknopingspunten voor adequaat toezicht op de uitvoering van de materiële controle door de AWBZ-uitvoerder. Hierbij kunnen de normen voor materiële controle in de Zvw en de AWBZ zoveel mogelijk op elkaar worden afgestemd.

11.8 Verantwoording

De AWBZ-uitvoerder verantwoordt zich jaarlijks over de uitvoering van de AWBZ in een uitvoeringsverslag en een financiële verantwoording met daarin opgenomen een bestuurlijke verantwoording (taak 19). Integrale verantwoordelijkheid van de AWBZ-uitvoerder leidt er toe dat deze zich over alle taken die relevant zijn voor de uitvoering van de AWBZ, inclusief de taken die door de representant worden uitgevoerd, moet verantwoorden. De NZa neemt aan dat de representant zich specifiek over de aan zorginkoop gerelateerde taken aan de toezichthouder verantwoordt. In hoofdstuk 10 is hierop nader ingegaan.

In de huidige uitvoeringsstructuur wordt een uitvoeringsverslag en een financiële verantwoording opgesteld. Deze is ingericht volgens de door de NZa, in samenspraak met CVZ, opgestelde aanwijzingen in de Handleiding uitvoeringsverslag en financiële verantwoording. De eisen die door de NZa (en het CVZ) aan de verantwoording zullen worden gesteld vloeien voort uit de inrichting van de overige taken.

In overleg met ZN en het CVZ streeft de NZa er naar om normen voor het uitvoeringsverslag, de financiële verantwoording en de accountantscontrole voor de AWBZ af te stemmen met de uitvoering van de Zvw. Het volledige gelijkstellen van deze verantwoording is niet mogelijk, omdat specifieke aspecten in het toezicht op de uitvoering van de AWBZ een belangrijke rol spelen.

11.9 Aanspreekpunt voor AWBZ-verzekerden, zorgaanbieders en gemeenten

Het zijn van een aanspreekpunt voor AWBZ-verzekerden, zorgaanbieders en gemeenten (taak 3) ondermeer belangrijk voor de borging van zorg voor kwetsbare groepen. Zoals in de MvT bij het wetsvoorstel (paragraaf 3.3) is aangegeven maakt deze groep ook gebruik van voorzieningen die niet alleen in de sfeer van de zorg liggen, zoals geregeld in de AWBZ en de Zvw, maar tevens in de aanpalende terreinen als wonen, welzijn en onderwijs, zoals geregeld in ondermeer de Wmo. De taak is te splitsen in drie afzonderlijke delen, aanspreekpunt voor AWBZ verzekerden, aanspreekpunt voor zorgaanbieders en aanspreekpunt zijn voor gemeenten.

Aanspreekpunt voor AWBZ-verzekerden

In de nieuwe uitvoeringsstructuur is de AWBZ-uitvoerder het directe aanspreekpunt voor verzekerden en cliënten van deze verzekerden. Het contact met cliënten zal door de landelijke oriëntatie van AWBZ-uitvoerders mogelijk anders georganiseerd moeten worden. Uit de MvT valt op te maken dat een deel van de normen hiervoor past in het concept van corporate governance, ZN heeft dit uitgewerkt onder de benaming 'Governance Principes Verzekeraars'. Een nieuwe manier van organisatie van de invloed van verzekerden zal leiden tot herformulering van de normen. Als AWBZ-uitvoerders aansluiting zoeken bij de bestaande normen zijn er voldoende aanknopingspunten om tot een adequate uitvoering door de AWBZ-uitvoerder te komen.

Aanspreekpunt voor zorgaanbieders

De zorgaanbieders krijgen in de nieuwe uitvoeringsstructuur te maken met zowel de AWBZ-uitvoerder als de representant. Voor de zorginkoop is de representant een aanspreekpunt. Voor de zorgtoewijzing en het verwerken van declaraties is de AWBZ-uitvoerder het aanspreekpunt. Voor de zorginkoop is voor de representant essentieel de informatie van alle AWBZ-uitvoerders over ontvangen declaraties en verrichte betalingen van zorgaanspraken. Dit is bij de behandeling van de zorginkoop en de betaling van zorgaanspraken al aan de orde gesteld. Goede landelijke afspraken hierover zijn tevens van essentieel belang voor het toezicht.

Aanspreekpunt voor gemeenten

De verantwoordelijkheid voor de afstemming van de regionaal georiënteerde Wmo en de landelijk georiënteerde AWBZ ligt op het snijvlak van zorginkoop en informatieverstrekking over zorgverlening. De MvT bij het wetsvoorstel geeft aan dat de koppeling van de AWBZ aan de Zvw kansen biedt op verdere samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. De afstemming is in het belang van ketenzorg en een doelmatige uitvoering van de AWBZ. De verantwoordelijkheid voor deze afstemming ligt op het vlak van informatieverstrekking aan verzekerden bij de AWBZ-uitvoerder.

Zoals ook in de paragraaf over zorginkoop is aangegeven, is een sterke verbinding tussen de Wmo en de AWBZ nodig om tussen AWBZ-uitvoerders en gemeenten afspraken te maken. Een sterke verbinding is alleen mogelijk bij een hoge mate van informatie-uitwisseling. De NZa stelt zich voor dat de afstemming van zorginkoop AWBZ en Wmo ook na de transitiefase, waarin de landelijk opererende AWBZ-uitvoerders deze taak moeten overnemen, via regionale loketten gecontinueerd wordt.

12. Toezicht na wetswijziging

12.1 Algemeen

De wetswijziging van de AWBZ heeft behalve effect op de manier waarop de AWBZ wordt uitgevoerd, ook gevolgen voor de wijze van verantwoording door de AWBZ-uitvoerder en de representant. Deze wijziging heeft ook gevolgen voor de manier van toezicht houden door de NZa en de inzet van de handhavinginstrumenten door de NZa. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de consequenties van de wetswijziging op het toezicht door de NZa.

Vergelijking met toezicht Zvw

Zowel de AWBZ als de Zvw worden door de zorgverzekeraars uitgevoerd. Dit roept de vraag op of het toezicht daarmee op een gelijke manier kan worden uitgevoerd. Waar mogelijk kan voor het toezicht aansluiting gezocht worden tussen AWBZ en Zvw. Doordat er een aantal essentiële verschillen zijn tussen de verzekeringen blijft een belangrijk deel van het verschil in aanpak van het toezicht op de AWBZ respectievelijk Zvw bestaan. De belangrijkste verschillen tussen Zvw en AWBZ zijn:

- AWBZ is een publiekrechtelijke verzekering, toezicht vindt derhalve plaats op de rechtmatigheid van uitgaven en de rechtmatigheid én doelmatigheid van de uitvoering. Zvw is een privaatrechtelijke verzekering, waarbij toezicht zich richt op de rechtmatigheid van de uitvoering.
- AWBZ-zorg is kwetsbare zorg. Bij verlening van AWBZ-zorg kan in mindere mate dan bij de Zvw worden uitgegaan van de zelfredzaamheid van gebruikers.
- Er zijn verschillen in uitvoeringsstructuur tussen AWBZ en Zvw.

De bovenstaande verschillen leiden er toe dat er met name op het gebied van zorgplicht, zorginkoop en klachtenbehandeling aan de uitvoerder van de AWBZ hogere eisen worden gesteld dan aan de uitvoerder van de Zvw. Deze eisen uiten zich in intensiever toezicht en in de verantwoording naar de toezichthouder. Hoewel de verschillen tussen de AWBZ en de Zvw op het gebied van taakuitvoering blijven bestaan, zijn er door de gezamenlijke uitvoering, op een aantal vlakken mogelijkheden om het toezicht op beide wetten op elkaar af te stemmen. Waar mogelijk kan op deze aspecten aansluiting tussen het toezicht op de AWBZ en de Zvw worden gezocht.

Toezicht financiële rechtmatigheid

In de nieuwe structuur verantwoorden de AWBZ-uitvoerders zich aan de NZa over de uitgaven voor AWBZ-zorg en beheer. Het verstrekken van de betalingsopdracht en de feitelijke betaling aan de zorgaanbieders liggen dan in één hand. Dit heeft consequenties voor toezicht door de NZa. Bij het vormen van een oordeel over de rechtmatigheid van deze uitgaven past een toezichtmethodiek zoals die ook nu wordt gehanteerd bij het toezicht op de zorgkantoren/CAK. Uitgangspunt hierbij is dat met een grote mate van zekerheid moet worden vastgesteld dat uitgaven alleen ten laste van de verzekering worden gebracht als deze aan voorwaarden voldoet. Deze zijn dat de uitgaven gedaan zijn:

- voor een verzekerde die bij de AWBZ-uitvoerder is ingeschreven;
- voor zorg die gerekend kan worden tot het verzekerd pakket;
- waarbij de zorgverlening overeenkomt met de CIZ-indicatie;
- voor welke zorglevering een overeenkomst is gesloten;
- het juiste tarief in rekening wordt gebracht;
- in overeenstemming met overige regels.

De benodigde instrumenten moet de NZa in de aanloop naar het eerste uitvoeringsjaar worden aangepast, zoals richtlijnen voor de financiële verantwoording en protocollering externe accountant. De NZa zal dit doen in afstemming met het CVZ als beheerder van het AFBZ.

Nieuwe speerpunten

Het gegeven dat de uitvoering van de Zvw en de AWBZ zowel aan elkaar verbonden zijn als van elkaar verschillen, brengt met zich dat er nieuwe speerpunten voor toezicht ontstaan (hierop wordt in paragraaf 12.3 nader ingegaan).

12.2 Toezichtmogelijkheden

Op basis van wet- en regelgeving en de opgestelde toetsingskaders beslist de NZa over de wijze waarop het toezicht wordt georganiseerd (toezichtarrangement). Daarbij worden er in de huidige uitvoeringsstructuur de volgende drie methoden toegepast:

- jaarlijks toezicht op de (financiële) rechtmatigheid en doelmatigheid;
- signalenonderzoek;
- verdiepende monitors.

Deze vormen van onderzoek zijn hieronder toegelicht:

Jaarlijks toezicht op de (financiële) rechtmatigheid en doelmatigheid

De getrouwheid en rechtmatigheid van de financiële verantwoording wordt vastgesteld door de externe accountant van de AWBZ-uitvoerder. De NZa heeft – via protocollering – directe invloed op de te verrichten werkzaamheden van de externe accountant. Via het uitvoeren van dossierreview op de uitgevoerde werkzaamheden van de externe accountant (single audit), waarborgt de NZa dat deze werkzaamheden adequaat worden uitgevoerd.

Bij gebruikmaking van het instrument van prestatiemeting en verdiepende monitors is ook een (substantiële) uitvraag van informatie aan de AWBZ-uitvoerders vooralsnog nodig. Deze informatie is noodzakelijk om een uitspraak te doen over de rechtmatige en doelmatige uitvoering door de AWBZ-uitvoerders.

Signalenonderzoek

De NZa moet tijdig kunnen ingrijpen. Daarom maakt de NZa ook gebruik van signaaltoezicht, eveneens onderdeel van het onderzoek-instrumentarium van de NZa.

Verdiepende monitors

Complexe ontwikkelingen binnen de zorgverzekeraarmarkt kunnen aanleiding zijn voor verdieping. Op basis van de resultaten kan de NZa overgaan tot nader onderzoek of eventueel interveniëren.

Op basis van de gedefinieerde taken en de geconstateerde risico's blijkt dat de huidige combinatie van toezichtinstrumenten in verantwoordingsdocumenten, signaalonderzoek en verdiepende monitors in de nieuwe uitvoeringsstructuur onverminderd toepasbaar zijn. De verdeling van taken tussen representant en AWBZ-uitvoerder noopt ertoe dat de uitvraagde informatie ook een duidelijke scheiding aanbrengt tussen representatietaken en taken voor eigen verzekerden. Voor een adequaat toezicht door de NZa is het nodig dat de verantwoording deze verdeling volgt op basis van een door de NZa voorgeschreven manier. Door de wettelijke verankering van de representant wordt dit ondersteund.

De instrumenten en de informatie die de NZa nodig acht voor het door haar uit te voeren toezicht bestaat na de wetwijziging minimaal uit de volgende bronnen: een uitvoeringsverslag, een bestuurlijke verantwoording, een financiële verantwoording en de prestatiemeting.

De externe accountantscontrole zal plaatsvinden op de totale verantwoording door de AWBZ-uitvoerder en voor zover van toepassing bij de representant. De NZa stelt protocollen op waaraan de uitvoering van deze accountantscontrole moet voldoen.

12.3 Speerpunten

De NZa constateert voor het toezicht in de transitiefase een aantal nieuwe speerpunten. Deze speerpunten worden hieronder nader toegelicht.

Risicoselectie

Een risico bij de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars is dat (deelpopulaties van) AWBZ-gebruikers voorspelbaar verliesgevend zijn bij de uitvoering van de Zvw. Een deelpopulatie is voorspelbaar verliesgevend in de Zvw wanneer de voor deze groep ontvangen nominale premies en normuitkeringen op grond van het ex ante risicovereveningsmodel lager zijn dan de totale schadelast van deze groep. Wanneer (deelpopulaties van) AWBZ-gebruikers voorspelbaar verliesgevend zijn in de Zvw, hebben verzekeraars een prikkel om deze AWBZ-gebruikers te weren als Zvw-verzekerden. Risicoselectie slaat daarom in eerste instantie neer op de Zvw.

Afwenteling van de Zvw op de AWBZ

Wanneer zorgverzekeraars zowel een risicodragende Zvw uitvoeren, als een niet-risicodragende AWBZ, hebben zij er belang bij om zoveel mogelijk kosten ten laste te laten komen van de AWBZ en zo min mogelijk bij de Zvw.

Sommige zorgkosten komen evident ten laste van de Zvw, sommige komen evident ten laste van de AWBZ. De praktijk wijst uit dat er ook sprake is van een grijs gebied waarbij kosten redelijkerwijs in beide compartimenten zouden kunnen landen.

Risicogebieden met 'afwentelingseffecten' zijn onder andere:

- De verdeling van beheerskosten van zorgverzekeraars. Een belangrijk vraagstuk is welke apparaatskosten komen moeten ten laste van de AWBZ en welke ten laste van de Zvw.
- Strategisch gedrag van veldpartijen bij het gebundeld inkopen van Zvw-zorg en AWBZ-zorg, zoals GGZ-instellingen en grote zorgconcerns.

Effecten wijziging uitvoeringsstructuur

De wijziging van de uitvoeringsstructuur die voortvloeit uit UAZ is een inherent risico voor de uitvoering van de AWBZ. Hierbij kan gedacht worden aan de overdracht van dossiers, personeelwisseling en nieuwe uitvoeringsorganen in het kader van de AWBZ.

Informatie-uitwisseling AWBZ-uitvoerder en representant

De uitwisseling van informatie tussen de AWBZ-uitvoerder en de representant is van essentieel belang voor de uitvoering van de AWBZ. Er geldt voor deze partijen een wederzijdse afhankelijkheid om de informatie tijdig, juist en volledig te verstrekken. De wachtlijstinformatie, declaratiegegevens op cliëntniveau, betalingsfunctie AWBZ-uitvoerder en relatie AWBZ-uitvoerder met de cliënt (loketfunctie) maken deel uit van deze informatie-uitwisseling.

Zoals opgemerkt in hoofdstuk 4 moeten er normen worden opgesteld om de informatie-uitwisseling goed te kunnen beheersen. Deze normen zijn daarnaast een aangrijpingspunt waaraan de NZa haar eisen voor het toezicht kan ontlelen.

Knelpunten verdiepende monitors

Naast de nieuwe risico's die voortvloeien uit de wijziging van de AWBZ zijn in het onderzoek Uitvoering AWBZ 2010 verbeterpunten voor de uitvoering van de AWBZ geconstateerd.

De volgende verbeterpunten worden aangemerkt als mogelijke speerpunten voor het toezicht op de uitvoering van AWBZ na de wetwijziging:

- De frictie tussen landelijke oriëntatie van AWBZ-uitvoerders en de benodigde regionale gerichtheid bij de samenwerking met gemeenten. De versnippering op termijn van de huidige regionale controle op de zorgaanbieder over veel AWBZ-uitvoerders, hetgeen herinrichting van een early warningsysteem nodig maakt.
- De tijd die nodig is om primaire systemen voor te bereiden op uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden; dit geldt vooral voor de wachtlijstregistratie, de (elektronisch) aansluiting van Bureau Jeugdzorg op de landelijke wachtlijstregistratie, de declaratie op cliëntniveau en het PGB.

De NZa neemt de geconstateerde risico's op in haar toezicht. De NZa acht de huidige toezichtmogelijkheden adequaat om toezicht te houden op deze risico's. Op basis van deze speerpunten zal de NZa afwegen welke toezichtinstrumenten ingezet worden om deze risico's te beheersen.

12.4 Overgangsjaar

Tot slot is het voor toezicht van belang dat het duidelijk is welke partij in 2013 kan worden aangesproken als de concessiehouders in 2012 onrechtmatige uitgaven hebben gedaan of als de uitvoering niet rechtmatig of doelmatig heeft plaatsgevonden.

In de MvT van 8 augustus 2011 staat de volgende passage over afhandeling 2012 en eerder:

Ten slotte adviseert de NZa om de afhandeling van het jaar 2012 en eerdere jaren goed per wet te regelen en dit punt ook mee te nemen in de verlenging van de concessie voor 2012. Ook de regering hecht aan zorgvuldige afhandeling van de jaren 2012 en eerder. Daartoe zal in een afzonderlijk wetsvoorstel worden voorzien in overgangsrecht, alsmede in noodzakelijke invoerings- en aanpassingswetgeving.

Over de precieze uitwerking bestaat op dit moment nog geen duidelijkheid.

13. AWBZ met individuele zorginkoop

13.1 Algemeen

Wanneer een adequaat verdeelmodel beschikbaar is om AWBZ-uitvoerders te budgetteren, wordt overgegaan op fase 2: zorginkoop door individuele AWBZ-uitvoerders, zonder dat zij daarvoor risico dragen.

13.2 Voorwaarden voor toezicht

In de transitiefase hebben de AWBZ-uitvoerders en representanten taken. Als AWBZ-uitvoerders individueel zorg inkopen, verdwijnt het fenomeen representant in de AWBZ.

Dit bevordert de toezichtbaarheid. De toepassing van het handhaving-instrumentarium door de NZa wordt daardoor eenduidiger.

Randvoorwaarde voor individuele zorginkoop is dat er een adequaat model om AWBZ-uitvoerders te budgetteren beschikbaar is, dat rekening houdt met dynamische verzekerdenportefeuilles.

Omdat de zorginkoop niet langer regionaal doch landelijk georiënteerd is, wordt de samenwerking met gemeentes en het waarborgen van de continuïteit van zorgaanbieders complexer. Dit heeft ook consequenties voor toezicht. Duidelijke normen voor uitvoering zijn noodzakelijk.

Als in de fase van niet-risicodragende individuele zorginkoop de mogelijkheid wordt gecreëerd om een negatieve reserve op te bouwen ontstaat een geheel nieuwe situatie. Hierbij kan ook de zorgplicht van de AWBZ-uitvoerders in het geding zijn. Om toezicht te kunnen houden op de ontwikkeling van deze reserve is aanvullende regelgeving nodig. Zaken die geregeld moet zijn betreffen de boven- en ondergrens van de reserve, de voorwaarden om een negatieve reserve te mogen hebben, eisen aan het herstelplan, mogelijkheden voor de AWBZ-uitvoerder om de negatieve reserve om te buigen, et cetera. Als hierover duidelijkheid is, kan de NZa vaststellen of zij hier toezicht op kan houden.

Het is voor de NZa gezien de vele onzekerheden zowel op het vlak van uitvoering als van toezicht nog prematuur om deze fase gedetailleerd in te vullen. De NZa blijft daarom graag betrokken bij het vervolgtraject.