

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer drs. M.J. Boereboom
Directeur-Generaal Langdurige Zorg
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
mevr. dr. A.M.H. Cornelissen

Telefoonnummer
030 296 89 51

E-mailadres
acornelissen@nza.nl

Kenmerk
12D0015199

Onderwerp
Prestatiebekostiging AWBZ

Datum
8 mei 2012

Geachte heer Boereboom,

In 2010 is voor de bekostiging van de zorg binnen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) een overstap naar prestatiebekostiging gemaakt door het invoeren van de Zorgzwaartepakketten (ZZP's). Momenteel is voor een aantal zorgvormen nog geen declarabele prestatie ontwikkeld. Deze zorgvormen worden nu nog bekostigd via een vast jaarsluittarief. Het betreft onder andere spoedzorg, meer zorg dan opgenomen in het ZZP, vervoer van en naar de dagbesteding, MRSA en de bekostiging van voorzieningen voor WO-II-slachtoffers¹.

De NZa is in haar project 'Voltooiing van de prestatiebekostiging' nagegaan of het mogelijk is om declarabele prestaties te ontwikkelen voor de genoemde vormen van zorg. Met deze brief informeren wij u over de stand van zaken en waar nodig adviseren wij u over een wijziging in de bekostiging.

Tariefsoort ZZP's

Momenteel worden voor de ZZP's tarieven gehanteerd met een bandbreedte van 6%. Bij de start van het herallocatietraject is hiervoor gekozen omdat een bandbreedtetarief gedurende het overgangstraject op ZZP's aanbieders meer 'zekerheid en duidelijkheid' zou bieden en er toch de mogelijkheid was voor zorgkantoren om scherp in te kopen en rekening te houden met het kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders. Nu dit herallocatietraject is afgerond bestaat er voor de zorgaanbieders een meer stabiele situatie. De NZa ziet dan ook op dit moment geen aanleiding meer om de bijzondere situatie van een bandbreedtetarief in stand te houden. De NZa adviseert om de marge op het ZZP-tarief van 6% niet meer te hanteren voor 2013 en over te stappen op onderhandelbare maximumtarieven die uiteindelijk na de toets aan de regionale contracteerruimte worden vervat in vaste tarieven vastgelegd in een tariefbeschikking voor iedere zorgaanbieder. De tariefsoorten voor ZZP's, VPT en extramurale zorg zijn vanaf dat moment dan gelijk.

¹ Zie brief NZa van 10 april 2012, 12 D0012158 over voorzieningen slachtoffers WO-II.

Planning

Voor deze wijziging is een aanwijzing niet noodzakelijk omdat de uiteindelijke tariefsoort niet wijzigt en het een vast tarief blijft. Anderzijds adviseren wij de wijziging wel te vermelden in een aanwijzing omdat de NZa afwijkt van de aanwijzing invoering zorgzwaarte-pakketten.

Kenmerk
12D0015199

Pagina
2 van 14

Spoedzorg

Momenteel wordt bij de bekostiging van een dag spoedzorg uitgegaan van de beschikbaarheid van bedden voor spoedzorg en wordt geen rekening gehouden met de feitelijke bezetting van de bedden: de leegstaande bedden worden ook volledig bekostigd. Tevens kan spoedzorg gedurende een langere periode in rekening worden gebracht dan dat cliënten hierop aanspraak hebben. Er is op dit moment sprake van onderhandelbare tarieven met een bandbreedte van 6% die uiteindelijk na de toets aan de regionale contracteerruimte worden vervat in vaste tarieven vastgelegd in een tariefbeschikking voor iedere zorgaanbieder.

Prestatie.

De NZa adviseert om spoedzorg te bekostigen op basis van ZZP's met daarbovenop een declarabele toeslag die per dag dat een cliënt is opgenomen in rekening kan worden gebracht. De toeslag omvat kapitaallasten en de inzet van personeel. De toeslag is noodzakelijk om de beschikbaarheid en toegankelijkheid van spoedzorg te waarborgen. Het voordeel van deze aanpak is dat deze goed te integreren is in het huidige bekostigingssysteem en er geen nieuwe basisprestaties hoeven te worden vastgesteld. De prestatiebeschrijving van de toeslag sluit tevens aan op de definitie van spoedzorg die door het CIZ wordt gehanteerd.

Artikel 16 van het Zorgindicatiebesluit laat alleen toe dat zorg maximaal gedurende twee weken zonder geldig indicatiebesluit in rekening kan worden gebracht of korter als het CIZ sneller een indicatie afgeeft. Uit de consultatie van partijen is naar voren gekomen dat sommige zorgaanbieders in de GHZ mogelijk problemen gaan ondervinden als de bekostiging van spoedzorg maximaal twee weken is in plaats van zes weken. Dit zal met name een knelpunt zijn in die gevallen waarbij het CIZ na een spoedzorgopname een laag ZZP vaststelt voor een cliënt die nog niet is gestabiliseerd. De wijziging van de bekostiging kan de werklast van het CIZ verhogen doordat aanbieders een hoger ZZP geïndiceerd willen hebben voor de periode twee tot zes weken na opname van de cliënt. Momenteel is nog onduidelijk of en de mate waarin de problemen zich zullen aandienen. De NZa adviseert om eerst te kijken of deze problemen zich voordoen. Als deze problemen zich voordoen kan de staatssecretaris de Regionale zorgaanspraken AWBZ (Rza) (tweede lid, onderdeel b, van artikel 1a), zodanig aanpassen dat spoedzorg langer dan twee weken, bijvoorbeeld maximaal zes weken, in rekening kan worden gebracht.

Tarieven en tariefsoort.

Een zelfde tariefsoort als bij de ZZP's heeft hier de voorkeur. Indien een maximumtarief niet mogelijk is, adviseert de NZa om voor de spoedzorgtoeslag een onderhandelbaar tarief te hanteren met een ruime bandbreedte. De bandbreedte maakt het mogelijk om doelmatige zorg in te kopen afgestemd op de bezetting van de spoedzorgplaatsen.

Kenmerk
12D0015199

Pagina
3 van 14

Prestatie per doelgroep	Toeslag spoedzorg	
	Maximum van de bandbreedte	Minimum van de bandbreedte
VG	€ 148,53	€ 85,12
LVG	€ 112,93	€ 75,64
V&V	€ 143,61	€ 115,73

Hierbij is rekening gehouden met de overgangsregeling die geldt voor de kapitaallasten (20% NHC in 2013). Prijspeil 2012.

Contracteerruimte.

Spoedzorg is momenteel al opgenomen in de regionale contracteerruimte. De NZa adviseert om dit te continueren. De nieuwe prestaties en tarieven voor spoedzorg kunnen budgetneutraal en gelijk aan de huidige uitgaven voor spoedzorg, worden ingevoerd. Hierdoor is ophoging van de contracteerruimte niet nodig.

Overgangsregeling

Spoedzorg ziet altijd toe op kortdurende zorg. Een wijziging van het tarief raakt niet of nauwelijks cliënten die reeds in zorg zijn. Daarbij liggen de tarieven in lijn met de huidige vergoeding voor zover instellingen een bezettingsgraad hebben tussen de 50% tot 75% van de spoedzorgplaatsen. Een overgangsregeling is daarom niet nodig.

Consultatie

De NZa heeft brancheorganisaties en aanbieders uitvoerig geconsulteerd over de bekostiging van spoedzorg in de AWBZ en haar conclusies door middel van een verantwoordingsdocument gedeeld met brancheorganisaties. In zijn algemeenheid geven ActiZ en de VGN (spoedzorg in de GGZ is op grond van de Zvw) de voorkeur aan de huidige bekostigingswijze waarbij capaciteit wordt ingekocht op basis van beschikbaarheid. In het licht van de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden is een cliëntvolgende bekostiging onontkoombaar. Zij zien het voorstel voor een cliëntvolgend tarief daarom als een op één na beste oplossing. ZN kan zich vinden in de door de NZa voorgestelde bekostigingswijze. Alle partijen pleiten voor een bandbreedte van 6%. Daarbij heeft één toeslag waarin de groei naar de volledige NHC is verdisconteerd hun voorkeur in plaats van twee toeslagen. Geen van de brancheorganisaties hebben gerept over een overgangsregeling.

Planning

De NZa adviseert om in de kaderbrief van mei 2012 en in een aanwijzing te vermelden dat de NZa een declarabele prestatie vaststelt voor spoedzorg die bovenop de ZZP's voor een cliënt in rekening wordt gebracht. De prestatiebeschrijving van de toeslag sluit nauw aan bij de aanspraak op spoedzorg en de definitie die het CIZ hanteert voor spoedzorg.

Hierbij is sprake van een maximumtarief. Indien een maximumtarief niet mogelijk is dan adviseert de NZa een bandbreedte die is afgestemd op een doelmatige bezettingsgraad. De spoedzorg blijft net als nu het geval is onderdeel van de regionale contracteerruimte. De aanwijzing maakt het mogelijk dat voor spoedzorg wordt afgeweken van de aanwijzing integrale tarieven langdurige zorg.

Kenmerk
12D0015199
Pagina
4 van 14

Meer zorg dan in het ZZP

Cliënten hebben vanaf 2012 aanspraak op meer zorg dan de ZZP's in voorzien voorzover ze voldoen aan de in artikel 1a, tweede lid, onder a van de Rza opgenomen voorwaarden. Deze aanspraak wordt nu via twee beleidsregels bekostigd. De kortdurende meerzorg wordt bekostigd via de Beleidsregel bijzonder zorgplan en de langdurige meerzorg via de Beleidsregel toeslag extreme zorgzwaarte. Bij de Beleidsregel bijzonder zorgplan is sprake van een vrij onderhandelbaar tarief en bij de Beleidsregel toeslag extreme zorgzwaarte is sprake van een gereguleerd vast tarief. Beide toeslagen worden uiteindelijk opgenomen in het vaste jaarsluittarief van een instelling.

Prestaties

De NZa stelt drie deelprestaties voor die in de vorm van één ZZP-meerzorg per cliënt door aanbieders bovenop het geïndiceerde ZZP wordt gedeclareerd. Het betreft de deelprestaties woonzorg, dagbesteding en behandeling. Bij deze methode worden de afzonderlijke deelprestaties als één pakket gedeclareerd. Dat doet het meest recht aan verblijf als een pakket van samenhangende zorg en maakt een flexibele zorgverlening mogelijk voor zover dit past bij de uitvoering van het zorgplan. Daarbij voorkomt de methode ingewikkelde formulieren voor het vaststellen van meer zorg dan in het ZZP.

Tarieven en tariefsoort

De NZa adviseert om vanaf 2013 de aanspraak te bekostigen op grond van deelprestaties waarbij sprake is van een maximumtarief. Indien niet zou worden overgestapt op maximumtarieven voor de ZZP's, is een tarief met een bandbreedte van minimaal 20% vereist. Op deze wijze kan ook worden voorzien in een op maat gesneden bekostiging van behandelaars. Het tarief voor de deelprestaties woonzorg, dagbesteding en behandeling wordt berekend door het gewogen gemiddelde te nemen van het aantal uren PV, VP, OB en AB en behandeling en de functietarieven die staan vermeld in de formulieren die door aanbieders en het CCE ten behoeve van de aanvraag van de toeslag extreme zorgzwaarte zijn ingediend. De NZa moet voor het berekenen van de nieuwe tarieven de gegevens van circa 1000 cliënten overnemen in een database. De NZa zal deze exercitie in mei van dit jaar uitvoeren.

Geen tijdregistratie

Daarbij stelt de NZa voor om net als bij de ZZP's niet voor te schrijven dat alleen de daadwerkelijk geleverde uren zorg worden gedeclareerd. Een dergelijk voorschrift zou met zich meebrengen dat de focus teveel op de tijdregistratie komt te liggen. De NZa stelt voor om in de registratie en declaratieregels op te nemen dat de zorg vooraf gepland wordt op basis van de voorgestelde deelprestaties en dat deze geplande zorg wordt gedeclareerd. Deze methode die nu ook al wordt gehanteerd heeft als risico dat ook niet geleverde zorg kan worden gedeclareerd.

Het is daarom van belang dat zorgverzekeraars periodiek, al dan niet via het CCE, toetsen of realistische doelen worden gesteld en of de geplande uren per deelprestatie hierop aansluiten. ZN heeft daarop aangegeven dat zorgkantoren van het CCE gebruik blijven maken.

Kenmerk
12D0015199

Pagina
5 van 14

Contracteerruimte

De toeslag extreme zorgzwaarte maakt op dit moment geen onderdeel uit van de regionale contracteerruimte. Hiervoor is een afzonderlijk landelijk kader beschikbaar van € 168 miljoen. Dit kader is alleen beschikbaar voor cliënten met een handicap. De NZa is voornemens om de nieuwe tarieven voor de prestaties te baseren op de deelprestaties en tarieven die momenteel worden gebruikt voor het berekenen van de toeslag extreme zorgzwaarte. Daarom is voor de invoering van de nieuwe prestaties en tarieven geen ophoging van het landelijk kader noodzakelijk. Ook bij de nieuwe methode van bekostiging blijft de NZa toetsen of de aangevraagde middelen passen binnen het landelijke macrokader. Indien dit niet het geval is zal de NZa het sluittarief van de zorgaanbieder neerwaarts bijstellen.

Het is wenselijk om een onderzoek uit te voeren naar de opname van meerzorg in de regionale contracteerruimte. Nu er geen wettelijke basis is voor een beoordeling van de totale zorgbehoefte door een onafhankelijke instantie is het mogelijk om ZZP-zorg af te wentelen op de landelijk geormerkte middelen. Door zowel de ZZP-zorg als de meerzorg op te nemen in de regionale contracteerruimte is er geen prikkel tot afwenteling. Dit stimuleert zorgverzekeraars om te voorzien in een doeltreffend en doelmatig zorgaanbod. In uw brief van 29 maart 2012 (kenmerk DLZ/KZ-3110571) vraagt u de NZa om de allocatie van de middelen voor extreme zorgzwaarte onder de regionale contracteerruimte te onderzoeken en te adviseren over de haalbaarheid van een mogelijke invoering per 1 januari 2013.

De NZa acht het niet haalbaar om voor 1 januari 2013 de meerzorg onder de contracteerruimte te brengen. Aarts de Jong Wilms Goudriaan Public Economics (APE) heeft onderzoek uitgevoerd naar een nieuw verdeelmodel waarop de regionale contracteerruimte kan worden gebaseerd. Dit model is gebaseerd op CIZ-indicaties. Per indicatie wordt vermenigvuldigd met een normgewicht en vervolgens worden per regio de gewogen indicaties bij elkaar opgeteld. In het normgewicht zit niet alleen de gemiddelde prijs van de geïndiceerde zorg, maar ook een aantal zaken die niet geïndiceerd worden, zoals toeslagen. De kosten van toeslagen worden uniform verdeeld over de indicaties die in aanmerking komen voor de betreffende toeslag.

Meerzorg kan op twee manieren worden opgenomen in de regionale contracteerruimte:

- a. De kosten van meerzorg uniform verdelen over de indicaties die daarvoor in aanmerking komen, net zoals we dit nu ook bij de overige toeslagen doen.
- b. Verdelen op basis van feitelijk gebruik over de regio's (en dus niet koppelen aan indicaties).

Voor de eerste optie moet worden onderzocht of de toeslag extreme zorgzwaarte uniform verdeeld is over de indicaties die hiervoor in aanmerking komen. Voor dit onderzoek moeten de gegevens van 2600 cliënten worden ingevoerd in een database en vervolgens moet worden gekeken of de huidige uitgaven voor extreme zorgzwaarte per regio overeenkomen met de aan de indicaties toegerekende opslag in deze regio.

Kenmerk
12D0015199

Pagina
6 van 14

De tweede optie betekent feitelijk dat de NZa het huidige regionale gebruikspatroon tot op zekere hoogte bevriest. Omdat het over een beperkt aantal cliënten gaat is dit mogelijk ook een probleem: een regio hoeft maar een paar extra gevallen te krijgen en er ontstaat daar een financieringsprobleem.

APE kan in 2012 niet meer worden ingeschakeld voor een vervolgonderzoek naar een verdeling van de middelen op basis van indicaties. De NZa stelt daarom voor om APE in 2013 te laten onderzoeken of de meerzorg kan worden verdeeld over de indicaties. Dan moet ook worden onderzocht de wijze waarop bij een eventuele verbreding van de regeling voor de V&V en de GGZ de hiermee verband houdende financiële middelen onder de regionale contracteerruimte kunnen worden gebracht.

Overgangsregeling

Een overgangsregeling is niet nodig omdat het effect van de nieuwe bekostigingsmethode klein zal zijn. De tarieven en de prestaties zijn namelijk gebaseerd op de huidige tarieven en prestaties. Per 2013 kan worden overgestapt op de nieuwe bekostigingsmethode.

Consultatie

VGN en ZN hebben unaniem geadviseerd om de hierboven beschreven bekostigingsmethode voor meer zorg dan in het ZZP per 2013 in te voeren. De VGN wil een niet onderhandelbaar tarief en ZN acht een bandbreedte van 6% voldoende voor de deelprestaties. Beide organisaties vinden het niet wenselijk om de zorg onder de regionale contracteerruimte te brengen. De overweging hierbij is dat in 2013 de zorgverzekeraar beslist of een aanvraag voor meer zorg dan in het ZZP akkoord is terwijl de representant het regiobudget bewaakt. Daarnaast is een tweede overweging dat er momenteel veel wijzigingen in de contracteerruimte zijn zoals capaciteitsmutaties, overheveling van geriatrische revalidatiezorg naar de Zvw en overheveling begeleiding naar de Wmo. Dit maakt dat de beheersbaar- en uitvoerbaarheid van de contracteerruimte al complex is.

Planning

De NZa adviseert om in de kaderbrief van mei 2012 en in een aanwijzing te vermelden dat de NZa voor de bekostiging van zorg zoals omschreven in artikel 1a, tweede lid, onder a van de Rza declarabele prestaties vaststelt. Het betreft de deelprestatie woonzorg, dagbesteding en behandeling met een onderhandelbare prijs waarbij ten minste een bandbreedte wordt gehanteerd van 20% zodat de zorg doelmatig kan worden ingekocht. Indien voor de ZZP's maximumtarieven mogelijk zijn dan ligt het in de rede om ook voor de meerzorg maximumtarieven te hanteren. Het resultaat wordt na de toets aan het landelijk kader vervat in vaste tarieven vastgelegd in een tariefbeschikking voor iedere zorgaanbieder.

Tevens adviseert de NZa om eventuele wijzigingen in het macrokader als gevolg van overheveling van kortdurende meerzorg voor intramurale cliënten te vermelden in de kaderbrief en de aanwijzing contracteerruimte.

Kenmerk
12D0015199

Pagina
7 van 14

Bijzonder zorgplan

Door de wijziging van de Rza per 2012 komen cliënten die extramurale zorg ontvangen en cliënten die geïndiceerd zijn in een ZZP dat niet in het Rza is vermeld niet meer in aanmerking voor een bijzonder zorgplan.

In uw brief van 29 maart 2012 met kenmerk DLZ/KZ-3110571 vraagt u de NZa te adviseren over de omvang van het bedrag dat op grond van de Beleidsregel bijzondere zorgplannen besteed wordt aan cliënten die niet voldoen aan artikel 1a lid 2 Rza.

De NZa heeft de volgende bedragen in de periode 2009 t/m 2012 opgenomen in het sluittarief van instellingen:

2012	2011	2010	2009	2008
€ 16.548	€ 2.882.874	€ 3.326.466	€ 5.243.506	€ 5.426.644

Omdat de NZa op dit moment nog geen volledig overzicht heeft over de jaren 2011 en 2012, adviseert de NZa om het bedrag te baseren op de uitgaven in 2010.

Uit documentatie van het CCE blijkt dat het aandeel van de AWBZ-indicaties van cliënten met een bijzonder zorgplan globaal als volgt verdeeld is: ZZP VG-7 omvat 70%, ZZP VG-5 omvat 15% en de overige categorie (waaronder kinderen in een KDC) omvat 15%.

Indien de kortdurende meerzorg voor intramurale cliënten wel wordt bekostigd op grond van de AWBZ en de kortdurende meerzorg voor extramurale cliënten niet meer dan moet circa 15% van € 3.326.466 worden uitgenomen. Voor zover cliënten met een ZZP behoefte hebben aan meerzorg komt men hiervoor in aanmerking als men de bandbreedte overschrijdt die in de Rza is vastgesteld en voldoet aan de overige voorwaarden zoals genoemd in de Rza. De kortdurende zorg voor intramurale cliënten wordt bekostigd op grond van de Beleidsregel meer zorg dan in het ZZP van de NZa. De overige 85% moet dan worden toegevoegd aan het landelijk kader voor meer zorg dan in het ZZP.

Vervoer van en naar de dagbesteding

Momenteel wordt op het vervoer van en naar de dagbesteding nog nagecalculeerd. Dit geeft een beperkte prikkel tot een doelmatige inzet van vervoer. De NZa heeft PWC een onderzoek laten verrichten naar de kosten van vervoer om te komen tot adequate tarieven.

Prestaties

PWC stelt de volgende nieuwe prestaties en tarieven voor:

- vervoer cliënt GGZ (intra en extramuraal): tarief per dag per daadwerkelijk vervoerde cliënt;
- vervoer cliënt VV (intra en extramuraal): tarief per dag per daadwerkelijk vervoerde cliënt;
- vervoer cliënt GHZ-intramuraal: tarief per dag per daadwerkelijk vervoerde cliënt;
- vervoer cliënt GHZ-extramuraal: tarief per dag per daadwerkelijk vervoerde cliënt.

Op een aantal aspecten is door PWC geen direct bruikbare verbanden gevonden. Er is er geen aanleiding om op basis van afstand of reistijd de tarieven op te splitsen of nader te onderbouwen. Uit het onderzoek van PWC, maar ook uit nacalculatiegegevens bij de NZa, blijkt niet dat het vervoer per rolstoel, solovervoer of het vervoer van kinderen tot extra kosten leiden. De dagelijkse praktijk waarin gewerkt wordt met combineringsritten waarbij kinderen, volwassenen en mensen in een rolstoel zoveel mogelijk samen worden vervoerd, rechtvaardigt dat uniforme, gemiddelde tarieven gelden.

VGN bepleit toch een gedifferentieerd tarief voor rolstoelvervoer en kinderen omdat de praktijk volgens VGN leert dat hiermee extra kosten zijn gemoeid. Hoewel het onderzoek geen aanleiding geeft te kiezen voor differentiatie wil de NZa de signalen uit de praktijk wel serieus nemen. De NZa heeft daarom VGN in de gelegenheid gesteld om voor 15 mei 2012 te komen met een voorstel voor een gedifferentieerd tarief voor rolstoelvervoer met een onderbouwing gebaseerd op een expertmethodiek of modelmatige opbouw. De NZa adviseert om een afzonderlijke prestatie voor rolstoelvervoer vast te stellen indien de VGN dit goed kan onderbouwen. Hiervoor is nog circa € 10 miljoen gereserveerd. Daarbij vallen ook middelen vrij door neerwaartse bijstelling van de door PWC berekende tarieven voor mobiele cliënten (80% van de populatie). Afzonderlijke prestaties voor kinderen acht de NZa niet nodig omdat er geen verband is aangetoond tussen de kosten per vervoerde cliënt en het aandeel kinderen dat vervoerd wordt. Bovendien is het al jaren niet mogelijk om de begeleiding van kinderen gedurende het vervoer via vervoersprestaties of nacalculatie te bekostigen.

Tarieven en tariefsoort

De NZa adviseert om maximumtarieven vast te stellen, mede gezien de grote spreiding tussen aanbieders in de kosten van vervoer. Deze onderhandelbare maximumtarieven worden, na overeenstemming tussen zorgaanbieder en zorgkantoor, als vaste tarieven opgenomen in een tariefbeschikking per aanbieder.

Overgangsregeling

De NZa is per doelgroep nagegaan of een overgangsregeling gewenst is. De vervoerskosten voor cliënten met psychiatrische problemen zijn relatief laag (circa 2 miljoen) en het aantal vervoersbewegingen navenant. Er zijn geen signalen dat het vervoer in deze sector een grote rol speelt. Een overgangsregeling is dus niet noodzakelijk.

Kenmerk

12D0015199

Pagina

8 van 14

Ook voor het vervoer van cliënten met psychogeriatrische of somatische problematiek kan het nieuwe tarief naar verwachting probleemloos worden ingevoerd. Er gaat relatief weinig geld in het vervoer van deze cliënten om (circa 61 miljoen).

Bovendien vindt er tot nu toe slechts beperkt nacalculatie plaats. Een overgangsregeling is dus niet noodzakelijk.

Kenmerk
12D0015199

Pagina
9 van 14

In de GHZ-sector ligt de situatie omtrent vervoer anders dan bij de V&V en GGZ. Er zijn veel meer vervoersbewegingen en er gaat veel meer geld in om (circa 202 miljoen). Hierdoor zijn de financiële consequenties voor aanbieders groter. Als nog één jaar wordt nagecalculeerd, geeft dat kleinere aanbieders een jaar voorbereidingstijd. Daar staat tegenover dat aanbieders en zorgkantoren nog een jaar langer de mogelijkheid krijgen om kosten buiten de regionale contracteerruimte om af te wentelen op het Fonds. Voor aanbieders zal het zeer lastig zijn om een onderscheid te maken tussen de kosten per doelgroep of de kosten uit te splitsen naar prijs en volume. De nacalculatie gedurende het overgangsjaar zou immers alleen moeten toezien op de prijs en niet op volume. Voor accountants is het zeer lastig om de juistheid van de nacalculatie te beoordelen waardoor het risico bestaat dat de overgangsregeling verschillend wordt uitgevoerd. Uit het onderzoek blijkt dat er grote verschillen zitten tussen de kosten van de zorgaanbieders. Er zijn aanbieders die het vervoer van kinderen zeer goedkoop kunnen regelen en aanbieders waarbij het vervoer van kinderen zeer duur is. Een gevolg van een jaar nacalculeren zou zijn dat de prikkel tot het doelmatig organiseren van vervoer een jaar wordt uitgesteld. Bovendien zal het invoeren van de nieuwe tarieven én tegelijkertijd het continueren van de nacalculatie naar alle waarschijnlijkheid leiden tot een stijging van de vervoerskosten. Alle voor- en nadelen overziende adviseert de NZa om geen overgangsjaar te hanteren, maar per 2013 over te stappen op de nieuwe prestaties en tarieven zonder overgangsregeling.

Consultatie

Partijen zijn gedurende het onderzoek betrokken geweest bij de opzet van het onderzoek en de NZa heeft daarna partijen geconsulteerd in de Adviescommissie zorgmarkten care. Federatie opvang, GGZ Nederland en ActiZ kunnen zich vinden in de voorgestelde prestaties en tarieven. De VGN wenst meer gedifferentieerde prestaties die rekening houden met kinderen en rolstoelvervoer. Allen zijn voorstander van een overgangsjaar omdat de tarieven gebaseerd zijn op gemiddelden met een grote spreiding.

Planning

De NZa adviseert om in de kaderbrief van mei 2012 te vermelden dat de NZa de door PWC onderzochte prestaties voor vervoer naar de dagbesteding vaststelt en daarbij nog onderzoekt of het verantwoord is om afzonderlijke prestaties voor rolstoelvervoer van cliënten met een lichamelijke of verstandelijke handicap in te voeren. Voor 5 juni 2012 kan de NZa aangeven of prestaties voor rolstoelvervoer mogelijk zijn. Daarbij wordt vermeld dat onderhandelbare maximumtarieven worden vastgesteld voor de vervoersprestaties die uiteindelijk als vaste tarieven worden vermeld in de tariefbeschikking van iedere zorgaanbieder. De nacalculatie op vervoer wordt beëindigd. Hiermee valt vanaf 2013 al het vervoer van en naar de dagbesteding onder de regionale contracteerruimte.

PWC heeft tevens onderzoek gedaan naar de middelen die omgaan in het extramurale vervoer en de middelen die omgaan in het intramurale vervoer. Dit in het kader van de decentralisatie van begeleiding. De uitkomsten hiervan zal de NZa delen met het transitiebureau.

Kenmerk
12D0015199

Pagina
10 van 14

Verkeerde bed ziekenhuizen

Momenteel kunnen ziekenhuizen een prestatie in rekening brengen vanaf het moment dat de ziekenhuisindicatie is beëindigd, een indicatie voor opname in een verpleeghuis is vastgesteld en de patiënt noodgedwongen in een ziekenhuis moet blijven tot er plaats is in een verpleeghuis.

De zogenaamde verkeerde beddagen zijn onderdeel van het budget van ziekenhuizen, maar worden gefinancierd op grond van de AWBZ. Voor 2011 was de waarde van de budgetparameter voor een verkeerde beddag gemiddeld € 55,77 (variabele vergoeding). Het tarief voor een verkeerde beddag in DOT in 2012 is € 171,95 (integraal tarief).

Door het hogere tarief in DOT ten opzichte van de budgetparameter, ontstaat er een verschil tussen de opbrengsten van verkeerde beddagen in budget en prestatiebekostiging. In 2012 en 2013 vindt er een herallocatietraject plaats. In 2012 wordt nog 95% van het verschil tussen de oude budgetsysteematiek en de afspraken op basis van DBC's bekostigd, in 2013 70%. Met ingang van 2014 vindt de bekostiging volledig plaats op basis van DBC's.

Ziekenhuizen, revalidatiecentra en zorgkantoren hebben voor 2011 voor een bedrag van € 10 miljoen afspraken gemaakt over verkeerde beddagen. Dit bedrag is nog niet nagecalculeerd. In de jaren 2006 t/m 2010 betrof het bedragen tussen de € 8,7 en € 10,3 miljoen. Dit bedrag zal aanzienlijk dalen na overheveling van de geriatrische revalidatiezorg naar de Zvw.

De NZa is de opname van verkeerde beddagen in de regionale contracteerruimte nagegaan. Omdat de verkeerde bedden niet ten laste van de regionale contracteerruimte komen, bestaat het risico op afwenteling op het Fonds (bovenbudgettaire zorg). Nadeel van het onderbrengen van de verkeerde bedregeling onder de contracteerruimte betreft de administratieve lasten. De afspraken ten laste van de contracteerruimte voor jaar t worden op twee momenten gemaakt: 1 november jaar t-1 en 1 november jaar t. De indieningstermijn voor de nacalculatie is 1 juni jaar t+1. Als de vergoeding voor de verkeerde bedden onder de contracteerruimte wordt gebracht, moeten zorgkantoren en ziekenhuizen/revalidatiecentra ook deze indieningstermijnen hanteren en meelopen in het proces bij Zorgmarkten Care. Daarbij is dan voor ziekenhuizen en revalidatie-instellingen sprake van een individuele tariefbeschikking. Voor zover ziekenhuizen en revalidatie-instellingen meer hebben gedeclareerd dan past binnen het bij de tweede budgetronde vastgestelde maximale verkeerde bedbudget zal een manier moeten worden gevonden om dit bedrag terug te vorderen.

Planning

De NZa adviseert om in 2012 en begin 2013 te onderzoeken op welke wijze het verkeerde bed het beste onder de contracteerruimte en de tariefregulering kan worden gebracht en dit onderdeel op te nemen in het werkprogramma van de NZa voor 2013.

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars kunnen dan tijdig worden geïnformeerd over een wijziging in de procedure voor het zorgjaar 2014.

Kenmerk

12D0015199

Pagina

11 van 14

MRSA

MRSA (Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus) is een bacterie die resistent is tegen de meest gebruikelijke antibiotica. Besmetting met deze bacterie vormt een gevaar voor mensen met een verminderde weerstand: zij moeten worden behandeld met speciale (duurdere en minder veilige) antibiotica.

Nederland heeft een strikt beleid in de preventie en bestrijding van MRSA. Op basis van de NZa-Beleidsregel kosten MRSA kunnen aanbieders voor verblijf en behandeling een vergoeding krijgen voor een deel van de extra kosten die zij maken om een uitbraak van MRSA te beteugelen. Het gaat daarbij om een vergoeding van de meerkosten in verband met de uitbraak en inkomstenderving door onderproductie, voorzover de totale kosten het drempelbedrag van € 25.000 overstijgen. De beleidsregel geldt vanaf 1 januari 2005.

Aantal aanvragen en kosten voor instellingen

In onderstaande tabel is vanaf 2005 per aanvraag weergegeven welk bedrag de NZa heeft toegekend. De toegekende kosten zijn de kosten zoals opgenomen in de rekenstaten van de zorgaanbieders, exclusief het drempelbedrag. Ze omvatten alle extra kosten in verband met de aanpak van de uitbraak, voorzover die onder de regeling vallen, inclusief de gedeerde inkomsten in verband met sluiting van een deel van de instelling als gevolg van een uitbraak.

Jaar	Aantal toegekende aanvragen	Toegekende bedragen
2005	7	€ 1.360.302
2006	7	€ 826.062
2007	10	€ 2.215.540
2008	10	€ 2.494.673
2009	1	€ 636.084
2010	3	€ 144.886
totaal	38	€ 7.677.547

Bron: NZa

MRSA-beleid in de toekomst

Uit gesprekken met IGZ, RIVM, aanbieders is niet gebleken dat het MRSA-beleid substantieel gewijzigd is de afgelopen jaren. De NZa veronderstelt daarom dat de uitgangspunten van het nationaal beleid gericht op preventie en snelle bestrijding van MRSA, niet gewijzigd zijn en dat het voeren van een search- en destroybeleid na een uitbraak van MRSA van belang is. Er blijft dan aanleiding om te zoeken naar een mogelijkheid om de kosten van een individueel verpleeghuis dat hierdoor wordt getroffen te compenseren.

Voor continuering van het MRSA-beleid zijn meerdere vormen te bedenken.

Kenmerk
12D0015199

Pagina
12 van 14

Gereguleerde tarieven

Binnen de bevoegdheden van de NZa is het mogelijk om tarieven vast te stellen binnen het reguliere kader. Volgens het principe van prestatiebekostiging worden deze tarieven cliëntgebonden toegepast. Een cliëntgebonden vergoeding voor MRSA-kosten is echter niet mogelijk. De kosten die gemaakt worden als gevolg van een MRSA-uitbraak zijn slechts beperkt individueel naar de patiënt herleidbaar. Daarnaast is er geen verband tussen het totaal aan kosten en het aantal besmette cliënten. Het is dus niet mogelijk om passende tarieven te maken. Om MRSA-uitbraken vanuit de AWBZ te blijven vergoeden zijn er diverse tijdelijke of structurele mogelijkheden. Deze sluiten meer of minder goed aan bij de toekomstige AWBZ.

a) Sluittarief

Een tijdelijke maar relatief gemakkelijke oplossing voor het voortzetten van de bekostiging is het in het sluittarief blijven opnemen van een vergoeding die bij de representant in rekening wordt gebracht. Voorgesteld wordt het absolute drempelbedrag van € 25.000 te vervangen voor een relatief drempelbedrag van 2% tot 4% van de aanvaardbare kosten (AK) van een zorgaanbieder. Wanneer er een MRSA-uitbraak is dienen zorgaanbieders als drempel c.q. eigen risico 2%-4% van de AK zelf op te vangen. Alles wat boven het drempelpercentage komt wordt als een lumpsum uitgekeerd aan de zorgaanbieder. Hierdoor blijven zorgaanbieders gedeeltelijk zelf verantwoordelijk en zit er een prikkel in het vergoedingssysteem voor een goede preventie. Een absoluut drempelbedrag doet geen recht aan de individuele situatie van een zorgaanbieder en kan voor de ene zorgaanbieder hoog zijn, terwijl het voor de andere zorgaanbieder laag is. Een relatieve drempel werpt een afwegingskader op waarbij gekeken wordt naar de omzet van een zorgaanbieder. Die aanpak doet meer recht aan de individuele situatie van een zorgaanbieder en stimuleert voor iedere aanbieder in dezelfde mate om preventieve maatregelen te treffen. In dit voorstel blijven de commissie MRSA en de NZa de door de aanbieder opgevoerde kosten voor search- en destroyactiviteiten en leegstand beoordelen.

b) Beschikbaarheidsbijdrage

Het is een optie om de kosten van een MRSA-uitbraak te vergoeden op basis van de beschikbaarheidsbijdrage, één van de nieuwe instrumenten in de Wmg die de NZa ter beschikking staan. Per 1 januari 2012 is het mogelijk door middel van een beschikbaarheidsbijdrage een vergoeding te verlenen van kosten voor een aantal diensten, rechtstreeks uit het AFBZ. Om in aanmerking te komen voor de beschikbaarheidsbijdrage moeten zorgaanbieders door middel van een beschikking belast worden met het beschikbaar houden van en uitvoering geven aan een bepaalde dienst (dienst van algemeen economisch belang). De beschikbaarheidsbijdrage wordt (deels) ex-ante berekend. Vooraf wordt bepaald welke aanbieders in aanmerking komen voor de beschikbaarheidsbijdrage. Kosten voor MRSA zijn lastig van te voren te bepalen. Het is van te voren niet bekend bij welke aanbieder een MRSA-besmetting zich zal voordoen, om hoeveel uitbraken het gaat en dus wat de uiteindelijke hoogte van de kosten is.

In het geval van kosten van een MRSA-uitbraak gaat het de facto om een ex-post declaratie. Dit maakt dat een beschikbaarheidsbijdrage voor MRSA slecht inpasbaar is.

Kenmerk
12D0015199

Pagina
13 van 14

c) Verzekering van het risico op MRSA-uitbraak

Het is mogelijk de bekostiging van een MRSA-uitbraak te laten regelen via een (private) verzekering. Deze optie is te vergelijken met het sluiten van een verzekering voor het risico op brandschade. Dit brengt met zich mee dat het gemiddelde bedrag dat nu gemoeid is met de Beleidsregel MRSA wordt verrekend in de ZZP-tarieven. Zoals in de tabel te zien is betreft dit vanaf 2005 in totaal € 7.677.547. Gemiddeld gaat het dus om € 1.279.591 per jaar. In de intramurale zorg (verpleeghuizen) ging er € 4.590 miljard om in 2010. Dit betekent dat als de ZZP-tarieven met 0,0279% opgehoogd worden er een bedrag ontstaat voor de vergoeding van de premies van een MRSA-verzekering.

Om dit model te kunnen uitvoeren dient een verzekeraar bereid te zijn om het omschreven risico op MRSA-uitbraak te verzekeren. In de VS bestaat een dergelijke verzekering. Het voordeel ervan is dat er een belang ontstaat bij de verzekeraars om preventie stimuleren. De NZa heeft bij het Verbond van Verzekeraars en enkele aangesloten leden geïnventariseerd of hiervoor animo bestaat. Helaas acht men de kans zeer klein wegens de beperkte omzet en het vereiste kennisniveau.

d) Buiten kaders NZa om

Er zijn ook oplossingen buiten de kaders van de NZa om. Hierbij kan gedacht worden aan het zoeken van aansluiting bij infectiepreventie en de Wet Publieke Gezondheid. Het RIVM-CIb verleent subsidies om activiteiten voor de preventie van infecties/infectieziekten te ondersteunen die effectief en efficiënt door andere instellingen dan het RIVM worden uitgevoerd. Een mogelijkheid is de extra kosten voor MRSA te financieren vanuit deze subsidiegelden. Een andere mogelijkheid is om aan te sluiten op de lokale regierol voor de gemeentelijke gezondheidsdiensten op grond van de Wet publieke gezondheid. De GGD houdt zich al bezig met de preventie en bestrijding van infectieziekten.

Conclusie en planning

Het is onwaarschijnlijk dat verzekeraars een private verzekering aanbieden waarbij aanbieders zich kunnen verzekeren tegen de schade van een MRSA-uitbraak. De NZa adviseert daarom voor 2013 de huidige systematiek te continueren. Op het moment dat zorgverzekeraars niet meer middels representatie zorg inkopen en afrekenen, zal het ministerie van VWS moeten aangeven of MRSA via een beschikbaarheidsbijdrage of buiten de kaders van de NZa om wordt gefinancierd.

Inloop-GGZ

De inloop-GGZ is tot nu toe bekostigd vanuit de AWBZ. Het CVZ heeft bij meerdere gelegenheden aangegeven dat dit geen AWBZ-zorg meer is, maar een gemeentelijke taak. Dit blijkt ook uit het onderzoek van HHM. De NZa adviseert u deze zorg zo snel mogelijk te decentraliseren, bij voorkeur al per 2013.

Kenmerk
12D0015199

Pagina
14 van 14

Tot slot

Het heeft de voorkeur dat de NZa voor 1 juli 2012 de aanwijzing ontvangt. Dit zou betekenen dat de aanwijzing medio mei 2012 al zou moeten voorhangen bij de Tweede Kamer. Zou dit niet mogelijk zijn dan zou de aanwijzing gecombineerd kunnen worden met de aanwijzing voor de contracteerruimte 2013 in november 2012.

De meeste consultatie en verantwoordingsdocumenten zijn bij medewerkers van uw ministerie bekend. Mocht u voor de kaderbrief meer informatie wensen dan vernemen wij dit graag. Niet alle onderwerpen die van belang zijn voor de kaderbrief van mei 2012 zijn in deze brief beschreven omdat het detailinformatie betreft. Deze informatie zullen wij gedurende de voorbereiding van de kaderbrief met het ministerie uitwisselen.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur/plv. voorzitter