

Advies

Advies afbouw transitiemodel geriatriische revalidatiezorg

Analyse van de gevolgen van de overheveling
geriatriische revalidatiezorg van de AWBZ naar
de Zvw

juni 2013

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Achtergrond overheveling geriatrische revalidatie­zorg	9
1.1 Wat is geriatrische revalidatie­zorg?	9
1.2 Wat houdt de overheveling van GRZ in?	9
1.2.1 Van de AWBZ naar de Zvw	9
1.2.2 Van budget­bekostiging naar prestatie­bekostiging	10
1.3 Wat is het vangnet?	11
1.4 Vragen die de impact­analyse beantwoordt	12
1.5 Methode	12
1.6 Leeswijzer	13
2. Marktontwikkelingen GRZ	15
2.1 Concentratie van het aanbod	15
2.2 Samenwerking in de keten GRZ	15
2.3 Conclusie	16
3. Contracteerbeleid	17
3.1 Contracteerbeleid 2013	17
3.2 Contracteerbeleid 2014	18
3.3 Conclusie	19
4. Financiële effecten op basis van productieafspraken	21
4.1 Financieel gevolg op macroniveau	21
4.2 Financieel gevolg op instellingsniveau	23
4.3 Bevoorschotting	26
4.4 Conclusie	26
5. Beoordelingspunten vangnet	29
5.1 Geschiktheid product­structuur voor GRZ	29
5.1.1 Oude budget­parameters versus nieuwe product­structuur	29
5.1.2 Ervaren­gen met de nieuwe product­structuur	30
5.1.2.1 Overige aandacht­punten over de product­structuur	32
5.2 Financiële risico's op macroniveau	33
5.3 Financiële risico's op instellingsniveau	33
5.4 Registratie- en declaratiesysteem	34
5.5 Uitvoeringslasten voor veldpartijen en overheid	35
6. Conclusie voor het vangnet 2014	37
6.1 Nut en noodzaak vangnet in 2014	37
6.2 Nadelen vangnet in 2014	38
6.3 Conclusie	38
7. Representatiemodel	39
7.1 Situatie in 2013	39
7.2 Representatiemodel in 2014?	39
7.2.1.1 Voor- en nadelen representatiemodel door veldpartijen	39
7.2.1.2 Beoordeling wenselijkheid representatiemodel door de NZa	40
7.3 Conclusie	41
8. Bijlage 1. Profielomschrijving ZP 9aVV	43
Bijlage 2. Budgetparameters ZP 9a VV, AWBZ	45
Bijlage 3. Prestatie­beschrijving GRZ in DBC's	47

Vooraf

Sinds 1 januari 2013 is de geriatrische revalidatie­zorg overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Gelijktijdig met de overheveling van de AWBZ naar de Zvw vindt de invoering van DBC-zorgproducten voor GRZ plaats. Het jaar 2013 is een transitiejaar, waarbij er sprake is van een vangnet. Dit houdt in dat zorgaanbieders met ingang van 2013 alleen nog DBC's kunnen declareren. De bekostiging vindt echter nog plaats op basis van de oude budgetparameters.

In opdracht¹ van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een impactanalyse uitgevoerd. Deze impactanalyse gaat in op de gevolgen van de overheveling van geriatrische revalidatie­zorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Uit de impactanalyse moet blijken of de NZa de volledige overstap naar bekostiging op basis van DBC-zorgproducten verantwoord acht.

Voor het opstellen van de impactanalyse heeft de NZa een gegevensvraag gedaan bij aanbieders van geriatrische revalidatie­zorg. Daarnaast is een drietal bijeenkomsten georganiseerd: één met zorgverzekeraars en twee met zorgaanbieders. De NZa hecht er grote waarde aan om belanghebbenden te betrekken. Wij stellen het erg op prijs dat partijen de moeite hebben genomen om zowel een mondelinge als een schriftelijke input aan te leveren. Wij zijn hen daarvoor zeer erkentelijk.

De definitieve versie van dit advies is mede door inbreng van de veldpartijen en brancheorganisaties tot stand gekomen.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

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

¹ Aanwijzing met kenmerk MC-U-3119628

Managementsamenvatting

Per 1 januari 2013 is de geriatrische revalidatie­zorg (GRZ) overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Gelijktijdig heeft de invoering van DBC-bekostiging plaatsgevonden. De Minister van VWS heeft de NZa gevraagd een impactanalyse uit te voeren naar:

- De mogelijke gevolgen van de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem.
- De werking van het overgangsregime (het vangnet).

Aanvullend heeft het Ministerie van VWS verzocht om een advies over de wenselijkheid van het continueren van het representatiemodel in 2014.

Voor het uitvoeren van de impactanalyse, heeft de NZa de productieafspraken 2013 opgevraagd bij GRZ-aanbieders. Aanvullend is een aantal kwalitatieve vragen gesteld. In de productieafpraak 2013 lag de nadruk op de oude budgetparameters welke door zorgaanbieders – via diverse methoden – is vertaald naar DBC's. De productieafpraak in DBC-zorgproducten (DBC's) moet daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd. Ook heeft de NZa drie bijeenkomsten georganiseerd: één met zorgverzekeraars en twee met GRZ-aanbieders. In deze bijeenkomsten zijn de veldpartijen geconsulteerd over hun ervaringen met de overheveling van de GRZ van de AWBZ naar de Zvw.

Vangnet

De NZa concludeert dat het niet noodzakelijk is het vangnet in 2014 te continueren. Om tot deze conclusie te komen heeft de NZa in dit advies gekeken naar vijf aandachtspunten. Hieronder volgt de beoordeling per aandachtspunt.

1. Geschiktheid productstructuur voor de GRZ

De productstructuur is hanteerbaar (onderscheidende producten) en kosten homogeen. Vrijwel alle zorg die binnen de afbakening GRZ in de Zvw valt, heeft een plaats binnen de productstructuur. Op het punt van de medische herkenbaarheid van de DBC's voor GRZ wordt de productstructuur voor GRZ de komende jaren doorontwikkeld. De NZa is van mening dat – ondanks deze doorontwikkeling – de huidige productstructuur voldoende geschikt is voor volledige invoering van DBC-bekostiging.

2. Financiële risico's op macroniveau

Met het oog op de financiële risico's op macroniveau is continueren van het vangnet niet noodzakelijk. Het is de verantwoordelijkheid van verzekeraars erop toe te zien dat productieafspraken niet worden overschreden. Gedurende het jaar kunnen aanvullende productieafspraken worden gemaakt met zorgaanbieders.

3. Financiële risico's op instellingsniveau

Hoewel het financieel risico van de invoering van DBC-bekostiging pas duidelijk is als de realisatie bekend is, is in hoofdstuk 5 geconcludeerd dat het financieel risico voor instellingen beperkt zal zijn. De bevoorschotting leidt momenteel wel tot financiële problemen bij GRZ-aanbieders. Het vangnet lost dit echter niet op.

4. Uitvoerbaarheid van registratie en declaratie

Zorgaanbieders hebben de verantwoordelijkheid om zorg te dragen voor goedwerkende software voor registratie en declaratie van DBC's. Veel zorginstellingen blijken niet in staat te zijn geweest om begin 2013 over werkende software te beschikken.

Inmiddels zijn de meeste barrières verholpen en beschikken alle instellingen over werkende software. Gesteld kan worden dat aanbieders van GRZ minstens in de afrondingsfase van implementatie van de software zijn.

5. Uitvoerbaarheid voor veldpartijen en overheid

Het vangnet vereist van de zorgaanbieder registratie in de oude budgetparameters en in DBC's. Deze dubbele registratie, welke bovendien deels handmatig gebeurt, wordt niet langer als wenselijk gezien. Wanneer het vangnet in 2014 wordt gecontinueerd, houden GRZ-aanbieders aanzienlijke uitvoeringslasten.

Representatiemodel

Het eindperspectief is inkoop van DBC's voor GRZ door individuele zorgverzekeraars. Op de weg hierna toe, wordt door het veld onzekerheid ervaren. Zorgverzekeraars zullen met zorgaanbieders moeten onderhandelen over DBC's voor GRZ. Zorgverzekeraars geven aan niet beschikken over de benodigde informatie voor GRZ-inkoop in 2014. De NZa kan zich er daarom in vinden dat de inkoop van GRZ voor 2014 in een vorm van representatie plaatsvindt. De wijze waarop representatie wordt vormgegeven behoeft nader onderzoek. Hierover zal de NZa in overleg treden met ZN. De NZa stelt als uitgangspunt dat de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de representatie – inclusief de opbrengstverrekening – bij de veldpartijen komt te liggen. Voor het jaar 2015 adviseert de NZa over te gaan op individuele inkoop van GRZ.

Overige aandachtspunten bij volledige invoering DBC-bekostiging

De invoering van DBC-bekostiging heeft een aantal gevolgen die het besluit over het vangnet niet beïnvloeden, maar wel noemenswaardig zijn bij de invoering van DBC-bekostiging.

- Duidelijkheid aanspraak op en bekostiging van GRZ
Uit de bijeenkomsten blijkt nog veel onduidelijkheid bij de veldpartijen over de gewijzigde aanspraak. Enerzijds is er onduidelijkheid over de herziene aanspraak op GRZ, anderzijds is er onduidelijkheid over de wijze van financiering van de groep cliënten die volgens de aanspraak GRZ in de Zvw (nog) geen recht meer hebben op GRZ. Voor 2014 zal het Ministerie van VWS aan veldpartijen duidelijk moeten geven over de aanspraak op en daarmee ook de bekostiging van GRZ.
- Onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder (Individuele) Zorgverzekeraars moeten gaan onderhandelen met individuele zorgaanbieders over de DBC's voor GRZ. De NZa benadrukt dat het van groot belang is dat het gesprek tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (vroegtijdig) gestart wordt voor het jaar 2014, ook met nieuwe aanbieders.
- Samenwerking in de GRZ-keten
Met de overheveling werd intensivering en verkorting van revalidatiezorg beoogd. Een goede samenwerking binnen de keten is daarvoor nodig. Hoewel de focus in dit advies vooral ligt op GRZ binnen de instelling (veelal het verpleeghuis), moet de focus verplaatst worden naar GRZ binnen de keten van het geheel van herstel- en revalidatiezorg. Hiervoor zijn samenwerkingsafspraken tussen verpleeghuizen en ziekenhuis, maar ook tussen verpleeghuis en gemeenten (Wmo) noodzakelijk.

1. Achtergrond over­heveling geriatrische revalidatie­zorg

1.1 Wat is geriatrische revalidatie­zorg?

Geriatrische revalidatie­zorg (GRZ) richt zich op kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medisch-specialistische behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatie­behandeling die aan hun individuele herstel­mogelijkheden en training­stempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (co morbiditeit). Doel is hen te helpen terugkeren naar de oude woonsituatie en maatschappelijk te blijven participeren. GRZ wordt momenteel vrijwel uitsluitend intramuraal geleverd door instellingen uit de V&V-sector, onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

1.2 Wat houdt de over­heveling van GRZ in?

Per 1 januari 2013 is de geriatrische revalidatie­zorg overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringwet (Zvw). Gelijk­tijdig heeft de invoering van prestatie­bekostiging voor GRZ plaats­gevonden. In de volgende paragrafen worden deze ontwikkelingen kort toelicht.

1.2.1 Van de AWBZ naar de Zvw

Tot 1 januari 2013 was GRZ een AWBZ-aanspraak (zie bijlage 1). Met een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor ZZZ 9a VV of H801, kregen cliënten aanspraak op GRZ. GRZ is kort­durende en op herstel­gerichte zorg. De duur van GRZ is veelal korter dan zes maanden. De Minister van VWS heeft daarom besloten deze zorg over te hevelen van de AWBZ naar de Zvw, welke kort­durende, op herstel­gerichte zorg omvat. Met de over­heveling van GRZ naar de Zorgverzekeringwet is de aanspraak opnieuw bekeken en als volgt geformuleerd²:

1. *Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatie­zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.*
2. *De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien:*
 - a. *de zorg aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.10 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat besluit in dezelfde instelling, en*
 - b. *de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10.*

² Zie Besluit Zorgaanspraken Zvw

3. De duur van de geriatrische revalidatie, bedoeld in het tweede lid, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.

Met de overheveling wordt GRZ een Zvw-aanspraak in plaats van een AWBZ-aanspraak. Wijzigingen als gevolg hiervan zijn:

- Het CIZ geeft geen indicatie ZPZ 9a VV of 801 meer af. Via triage in het ziekenhuis worden cliënten doorverwezen naar het verpleeghuis voor GRZ. De specialist ouderengeneeskunde bepaalt uiteindelijk of de cliënt aanspraak heeft op GRZ. ZPZ 9a VV en H801 komen met het afschaffen van het vangnet te vervallen.
- Aanspraak op GRZ is zonder verblijf in een instelling die medisch specialistische zorg levert, niet meer mogelijk. Dit kan bijvoorbeeld een opname zijn in het ziekenhuis of een instelling voor medisch specialistische revalidatiezorg.

1.2.2 Van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging

Vóór 1 januari 2013 werd GRZ bekostigd op basis van AWBZ budgetparameters. De groep cliënten met GRZ betrof voorheen de groep met de profielomschrijving van ZPZ 9a VV. Aanvullend waren enkele prestaties van toepassing, bijvoorbeeld toeslag transitie CVA en dagactiviteit basis (zie bijlage 2). De zorgkantoren moesten voldoende zorg inkopen om aan hun zorgplicht te voldoen. Hiertoe maakten zorgkantoren productieafspraken met zorgaanbieders. Vanaf 1 januari 2013 is GRZ een aanspraak binnen de Zvw. Bekostiging vindt plaats op basis van DBC's en inkoop via individuele zorgverzekeraars (2013: representatie). De productstructuur 2013 bestaat uit 18 DBC's³ (zie bijlage 3). De komende jaren wordt de productstructuur doorontwikkeld. Individuele zorgverzekeraars moeten op basis van de nieuwe productstructuur GRZ inkopen.

Tabel 1 geeft een samenvatting van de wijzigingen als gevolg van de overheveling van GRZ van de AWBZ naar de Zvw.

Tabel 1. Wijzigingen als gevolg van overheveling GRZ naar Zvw

Wat?	2012 (AWBZ)	2013 en daarna (Zvw)
Aanspraak op GRZ	CIZ indiceert voor ZPZ 9a VV	In ziekenhuis vindt triage plaats; DBC GRZ wordt geopend door specialist ouderengeneeskunde
Contractpartij	Zorgkantoor namens zorgverzekeraars	Zorgverzekeraars (2013: representatiemodel)
Zorgaanbieders	Verblijf en behandeling	Verblijf en behandeling
Financiering	Per dag/dagdeel	Per zorgtraject
Moment van betaling	Nacalculatie (met maandelijks voorschot)	Na afloop van het zorgtraject
Bevoorschotting	Maandelijks (standaard regeling)	In overleg met verzekeraar
Prestaties	ZPZ 9a VV en extramurale zorg (H801)	18 DBC's (inclusief ambulante vervolgbehandeling)

Bron: NZa

³ Meer informatie over productstructuur is te vinden in hoofdstuk 5 van dit advies.

1.3 Wat is het vangnet?

Voor bestaande zorgaanbieders (aanbieders van GRZ voor 1 januari 2013) is in 2013 een transitie­model van toepassing dat de met de overgang samenhangende (financiële) risico's zoveel mogelijk verkleint. Voor nieuwe GRZ-aanbieders geldt in 2013 DBC-bekostiging, zonder transitie­model.

Het transitie­model kent een garantieregeling: het vangnet. Bestaande zorgaanbieders registeren en declareren in 2013 DBC's. De financiering vindt echter plaats op basis van oude budgetparameters. De bestaande zorgaanbieder maakt voor 2013 afspraken met zorgverzekeraars (in 2013 de representerende verzekeraar) over het volume en het tarief van DBC's en over het volume en het tarief van de oude budgetparameters. Na afloop van het jaar wordt de gerealiseerde omzet uit DBC's afgezet tegen de productie uitgedrukt in oude budgetparameters. Is de omzet uit DBC's hoger dan de productie uitgedrukt in oude budgetparameters, dan betaalt de zorgaanbieder dit verschil (het verrekenbedrag) terug aan de zorgverzekeraars. Is de omzet in DBC's lager, dan brengt de zorgaanbieder bij de verschillende zorgverzekeraars hun (op grond van het marktaandeel bepaalde) aandeel in het verrekenbedrag in rekening.

Het vangnet zorgt er voor dat de financiële risico's voor bestaande, individuele zorgaanbieders tijdens de transitie­periode worden verkleind. De garantieregeling compenseert voor het verschil in omzet in DBC's in 2013 ten opzichte van de productie in oude budgetparameters. Twee oorzaken kunnen aanleiding geven tot een omzetverschil:

- Prijsverschil tussen DBC's en budgetparameters.
- Verschil in volume gedeclareerd in DBC's en geproduceerd in termen van oude budgetparameters op instellingsniveau. Bijvoorbeeld, als het een instelling niet lukt om alle zorg te declareren via DBC's, vindt de financiering van de geleverde zorg alsnog plaats op basis van oude budgetparameters.

Het vangnet compenseert niet voor lagere productieafspraken ten opzichte van voorgaande jaren. Dit risico is een verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder.

Normatieve Huisvestingscomponent

Daarnaast geldt voor bestaande GRZ-aanbieders het invoertraject van de normatieve huisvestingscomponent (zie beleidsregel met kenmerk CA-300-543). De normatieve huisvestingscomponent (NHC) is een productiegebonden normatieve vergoeding voor (vervangende nieuw) bouw en instandhouding.

De bekostiging op basis van het budget kapitaallasten wordt voor bestaande zorgaanbieders geleidelijk afgebouwd en bekostiging op basis van NHC-tarieven wordt geleidelijk opgebouwd. Met ingang van 2018 vindt de bekostiging van vastgoed uitsluitend op basis van integrale tarieven plaats. Onderstaand wordt het verloop weergegeven van het afnemende budget kapitaallasten en de toenemende bekostiging op basis van NHC's.

Tabel 2. Overgangsregeling NHC

Jaar	Budget kapitaallasten	Budget NHC
2012	90%	10%
2013	80%	20%
2014	70%	30%
2015	50%	50%

2016	30%	70%
2017	15%	85%
2018	0%	100%

Bron: NZa

Voor de GRZ is ervoor gekozen om de volledige NHC-GRZ te financieren onder de Zvw (opgenomen in het DBC tarief en onder de oude budgetparameters). Het verschil tussen de volledige NHC-GRZ en de kapitaallastenvergoeding GRZ volgens het NHC invoertraject wordt bij de nacalculatie verrekend in de aanvaardbare kosten AWBZ.

1.4 Vragen die de impactanalyse beantwoordt

In de aanwijzing (kenmerk MC-U-3119628) heeft de Minister van VWS de NZa gevraagd om een impactanalyse uit te voeren naar:

- De (mogelijke) gevolgen van de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem.
- De werking van het overgangsregime (het vangnet).

Daarnaast heeft het Ministerie van VWS de NZa gevraagd om advies over de wenselijkheid van het continueren van het representatiemodel in 2014.

De hoofdvragen die de NZa voor de impactanalyse heeft geformuleerd zijn:

- Welke ontwikkelingen hebben zich na de overheveling voorgedaan op de markt voor geriatrische revalidatie­zorg?
- Wat zijn de financiële effecten van de overheveling op macroniveau en voor instellingen?
- Kan vanaf 2014 volledig worden overgegaan op DBC-bekostiging (zonder vangnet)?

Om te kunnen beoordelen of in 2014 volledig overgegaan kan worden op DBC-bekostiging, zijn voor de NZa de volgende punten van belang:

- Geschiktheid van de productstructuur voor aanspraak GRZ in de Zvw;
- Financiële risico's op macroniveau;
- Financiële risico's op instellingsniveau;
- Uitvoerbaarheid van registratie en declaratie van GRZ;
- Uitvoeringslasten voor veldpartijen en overheid.

1.5 Methode

Bij het opstellen van het advies heeft de NZa een gegevensuitvraag gedaan bij GRZ-aanbieders⁴. In deze uitvraag heeft de NZa gevraagd zorgaanbieders de productieafpraak in budgetparameters en in ZZP's in te vullen. Daarnaast is een aantal kwalitatieve vragen gesteld. De NZa heeft van 134 aanbieders een opgave ontvangen op of voor 1 april 2013. Van deze aanbieders hebben 132 een opgave in zowel DBC's als ZZP-producten ingediend. Twee aanbieders hebben alleen een opgave in DBC's gedaan.

Daarnaast zijn er door de NZa bijeenkomsten georganiseerd om met veldpartijen te spreken over de ervaringen met de overheveling. Er zijn in totaal drie bijeenkomsten georganiseerd: één bijeenkomst met zorgverzekeraars (representanten van GRZ-inkoop) en twee bijeenkomsten met aanbieders van GRZ.

⁴ Conform Nadere Regel Informatieverstrekking geriatrische revalidatie­zorg (kenmerk CU/NR-226).

1.6 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de ontwikkelingen die zich na de overheveling hebben voorgedaan op de markt voor GRZ. In hoofdstuk 3 wordt de wijze waarop de productieafspraken in 2013 tot stand zijn gekomen beschreven. Vervolgens worden in hetzelfde hoofdstuk de verwachtingen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars over het contracteerbeleid voor 2014 uiteengezet. De financiële gevolgen van de overheveling op macroniveau voor instellingen worden in hoofdstuk 4 beschreven. In hoofdstuk 5 komen de verschillende beoordelingspunten waarop de NZa de overheveling beoordeelt aan bod. In hoofdstuk 6 vindt de uiteindelijke afweging plaats of volledige invoering van DBC-bekostiging in 2014 verantwoord is. Tot slot gaat hoofdstuk 7 nader in op het representatiemodel.

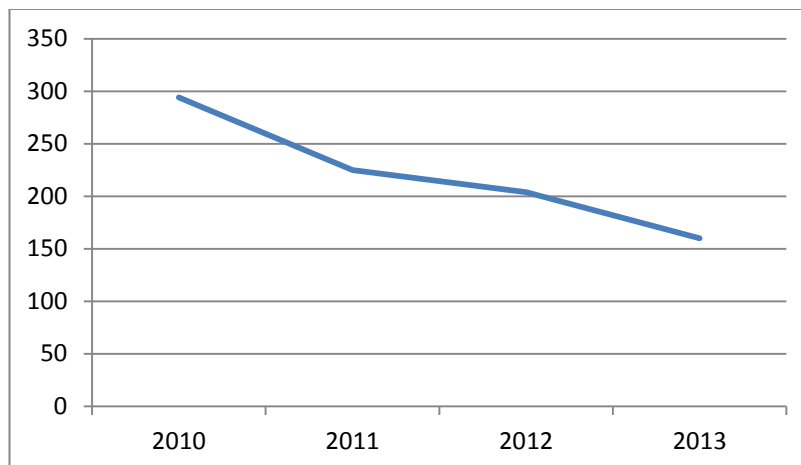
2. Marktontwikkelingen GRZ

De over­heveling heeft geleid tot een aantal ontwikkelingen in de markt voor GRZ. Dit hoofdstuk schetst een beeld van deze marktontwikkelingen.

2.1 Concentratie van het aanbod

In de afgelopen jaren is het aantal GRZ-aanbieders fors afgenomen. Volgens registratie van ZN waren er voor de over­heveling (2012) 204 verpleeghuizen voor GRZ gecontracteerd. Dit jaar – 2013 – zijn 160 instellingen gecontracteerd voor GRZ. Met name kleine aanbieders – instellingen met minder dan tien bedden⁵ voor GRZ – worden in 2013 niet meer gecontracteerd. Daarbij zijn nieuwe aanbieders van GRZ eveneens niet gecontracteerd. De daling van het aantal aanbieders is echter al eerder ingezet. In 2010 waren er nog 294 aanbieders en in 2011 225 aanbieders.

Grafiek 1. Ontwikkeling aantal GRZ-aanbieders 2010-2013



Bron: NZa

Een vergelijking van de omzet GRZ in 2012 en de productieafspraken 2013 laat zien dat het een concentratiebeweging betreft en geen daling van het volume van het aanbod.

Door het veld worden op korte termijn, gezien het aantal huidige GRZ-aanbieders, geen knelpunten verwacht met betrekking tot toegankelijkheid en spreiding van het aanbod van GRZ. Veldpartijen verwachten dat de concentratie de komende jaren verder zal toenemen.

2.2 Samenwerking in de keten GRZ

Intensivering en verkorting van revalidatietrajecten is een belangrijke doelstelling van de over­heveling. Hiervoor is een snelle door-, en uitstroming van patiënten noodzakelijk. Om dit te bewerkstelligen zijn een goede samenwerking in de gehele GRZ keten en afspraken tussen de verschillende aanbieders van belang. Gemeenten maken ook deel uit van deze keten, vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

⁵ Zie Zorginkoopgids GRZ 2013 van Zorgverzekeraars Nederland

De impact van de over­heveling op gemeenten valt buiten de bevoeg­heden van de NZa, en daarmee buiten dit advies.

Voor­al de sa­men­wer­king in de keten tus­sen de GRZ-aan­bie­ders en zie­ken­huizen is es­sen­tieel. De GRZ-aan­bie­ders zijn im­mers in hoge mate af­han­ke­lijk van de zie­ken­huizen waar de triage⁶ van GRZ plaats­vindt. Op dit mo­ment ge­ven zorgaan­bie­ders en ver­ze­ke­raars aan dat de mate van sa­men­wer­king per aan­bie­der ver­schilt, maar dat over het al­ge­meen nog we­nig af­spraken zijn ge­maakt tus­sen aan­bie­ders en zie­ken­huizen. Vol­gens GRZ-aan­bie­ders is dit een di­rect ge­volg van het vang­net. Doordat aan­bie­ders in 2013 be­kostigd wor­den op ba­sis van de oude bu­d­getpa­ra­me­ters, is er vol­gens par­tij­en on­vol­doende nood­zaak om sa­men­wer­kingsaf­spraken te ma­ken.

In en­kele ge­val­len zijn wel af­spraken ge­maakt tus­sen de GRZ-aan­bie­der en een zie­ken­huis. Deze af­spraken be­treffen veelal zorg­in­hou­de­lijke on­der­werpen zo­als triage en zorg­ont­wik­ke­ling. Een voor­be­eld hi­ervan is een con­venant over on­der­linge dienst­ver­le­ning, ont­wik­ke­ling zorg­pa­den, af­spraken over de rol van de spe­cialist ou­der­en­ge­neeskunde en de­fi­nitie­ties van zorg. Er wor­den (nog) nau­we­lijks fi­nan­ciële af­spraken ge­maakt tus­sen GRZ-aan­bie­ders en zie­ken­huizen.

2.3 Con­clu­sie

De be­lang­rij­kste ge­signaleerde ont­wik­ke­lingen in de markt van GRZ zijn con­centra­tie van het aan­bod, en de nog in ont­wik­ke­ling zijnde sa­men­wer­king tus­sen zie­ken­huizen.

- De con­centra­tie van het GRZ aan­bod is in lijn met de da­ling die al eer­der is in­ge­zet. Het aan­tal aan­bie­ders van GRZ is van 204 aan­bie­ders in 2012 af­ge­no­men tot 160 aan­bie­ders in 2013. Er zijn geen si­gna­len dat door de af­name van het aan­tal aan­bie­ders pro­ble­men ont­staan met be­trek­king tot de toegankelij­heid van GRZ.
- De sa­men­wer­king tus­sen ver­pleeg­huizen en zie­ken­huizen is grotendeels be­perkt tot het ma­ken van (zorg)in­hou­de­lijke af­spraken. Aan­bie­ders heb­ben aange­ge­ven dat bij af­schaf­fung van het vang­net er meer nood­zaak zal zijn voor be­trok­ken par­tij­en om af­spraken te ma­ken over on­der­linge dienst­ver­le­ning.

⁶ Dit advies beoordeelt niet de werking van het instrument triage en gaat hier daarom niet verder op in.

3. Contracteerbeleid

Voor 2013 maken zorgaanbieders met zorgverzekeraars afspraken in zowel budgetparameters als in DBC's. Zonder vangnet zullen de onderhandelingen over prijs en volume van DBC's gaan. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op het contracteerbeleid voor 2013. Vervolgens wordt vooruitge­blijkt naar het contracteerbeleid voor 2014.

3.1 Contracteerbeleid 2013

Door het veld wordt aangegeven dat het transitie­model – zowel de vangnet als het representatiemodel - effect heeft gehad op de wijze waarop de onderhandelingen hebben plaatsgevonden.

Bij de totstandkoming van de productieaf­praak tussen zorgaanbieder en verzekeraar is voornamelijk de eerste representant – voorheen het AWBZ-zorgkantoor – betrokken. Individuele zorgverzekeraars waren veelal niet betrokken bij de productieaf­praak voor GRZ. Bij het maken van de productieaf­praak is door de representant de Zorginkoopgids GRZ 2013 van ZN gevolgd. Zorgverzekeraars hebben geen contract gesloten met nieuwe aanbieders van GRZ. Zorgverzekeraars hebben met 160 zorgaanbieders een contract gesloten (tegen 204 in 2012). Zorgaanbieders die in 2013 niet gecontacteerd zijn, zijn 1) aanbieders met minder dan 10 bedden voor GRZ en 2) aanbieders die reeds aan het afbouwen waren.

Prijs

Zorgverzekeraars hebben met zorgaanbieders over het ZZP-tarief afspraken gemaakt. Op het ZZP-tarief geldt een bandbreedte van 6% waarop zorgverzekeraars met zorgaanbieders kunnen onderhandelen. Voor het merendeel van de zorgaanbieders is een korting van 4,8% op het ZZP-tarief afgesproken. Deze 4,8% zijn de intensiveringsmiddelen ('Agema-gelden') waarvan zorgverzekeraars collectief⁷ hebben gezegd deze niet te benutten.

Zorgverzekeraars hebben voor 2013 de maximum DBC-prijzen gehanteerd die door de NZa zijn vastgesteld.

Volume

Zorgverzekeraars zijn met zorgaanbieders een volume (in ZZP-dagen) overeengekomen op basis van de productie in 2011. Zorgaanbieders geven aan dat dit niet altijd de verwachte productie in 2013 weerspiegelt; in een aantal gevallen is het aantal bedden en daarmee het volume toegenomen.

Zorgverzekeraars geven aan nog niet te weten welke DBC's zij hebben moeten inkopen voor 2013. Door zorgaanbieders zijn - via verschillende methoden - vertaalslagen gemaakt op basis van de ZZP-dagen. Enkele zorgaanbieders (veelal de zogenoemde 'proeftuinen GRZ'⁸) geven aan dat een redelijke schatting is gemaakt van de te leveren DBC's. Andere zorgaanbieders moeten hier nog meer ervaring mee opdoen.

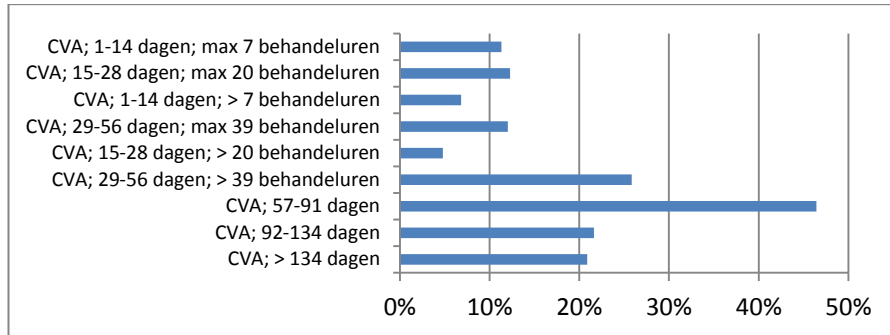
⁷ Zie Zorginkoopgids GRZ 2013 van Zorgverzekeraars Nederland

⁸ Proeftuinen geriatrische revalidatie is een landelijk project (2010-2012) waarin zorgaanbieders een innovatief zorgaanbod ontwikkelen voor de geriatrische revalidant. In totaal hebben 16 instellingen in dit project geparticipeerd.

Door het veld wordt aangegeven dat 2013 wordt beschouwd als een 'oefenjaar met de DBC-systematiek voor GRZ'.

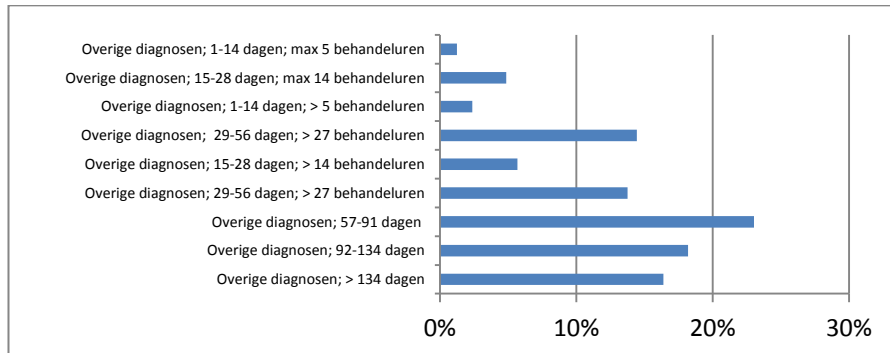
Uit de gegevensuitvraag blijkt bijna 80% van de DBC productieafspraken zijn gemaakt over het product 'overige diagnoses', ruim 20% betreft de DBC CVA. In de grafieken 2 en 3 zijn de afgesproken volumes van DBC's in percentage per categorie weergegeven. Opvallend is het geringe volume aan kortdurende producten per categorie. Voor cliënten die voor de overheveling reeds GRZ ontvingen, wordt door GRZ-aanbieders op 1 januari 2013 een DBC geopend. De verwachting is dat daardoor in 2013 relatief veel kortdurende DBC's zijn.

Grafiek 2. Volume contractering DBC's CVA



Bron: NZa

Grafiek 3. Volume contractering DBC's 'overige diagnoses'



Bron: NZa

Overig

In de Zorginkoopgids GRZ 2013 van Zorgverzekeraars Nederland is opgenomen dat zorgverzekeraars alleen aanbieders met een minimum van 10 bedden per diagnosegroep (CVA en 'overige diagnoses') contracteren. Dit minimum is door verzekeraars gekozen om kwalitatief goede GRZ aan te kunnen bieden. Deze afspraak is door alle verzekeraars op deze wijze uitgevoerd.

3.2 Contracteerbeleid 2014

Op welke wijze de contractering voor het jaar 2014 zal gaan, hangt sterk samen met 1) het al dan niet voortzetten van het vangnet, 2) het al dan niet toestaan van een representatiemodel en 3) de doorontwikkeling van de productstructuur.

Zorgverzekeraars geven aan dat zij voor 2014 niet individueel op DBC-niveau zorg in kunnen kopen. De oorzaak is volgens verzekeraars een gebrek aan informatie:

- Zorgverzekeraars hebben geen zicht op de schadelast van de eigen verzekerden met een geriatrische revalidatie­zorg­vraag. Hierdoor is het onduidelijk voor zorgverzekeraars hoeveel zorg per zorgaanbieder gecontracteerd moet worden.
- Zorgverzekeraars hebben onvoldoende kennis van de product­structuur voor GRZ. Gelijktijdig zijn zorgverzekeraars onbekend met de zorg­behoefte van de eigen verzekerden. Hierdoor is onduidelijk welke DBC's ingekocht moeten worden voor 2014.
- Tot slot, is de product­groep 'overige diagnosen' niet gedifferentieerd. Dit geeft weinig houvast voor de onderhandelingen voor 2014 voor de zorgverzekeraars.

Een deel van de zorgaanbieders – met name grote aanbieders en de 'proeftuinen' – geven aan voor 2014 te willen onderhandelen met zorgverzekeraars over DBC's. Deze aanbieders blijken goed zicht te hebben op de eigen productie in DBC's. Echter, een ander deel van de zorgaanbieders geeft aan nog geen zicht te hebben over welke DBC's een productieaf­sprake te maken. Deze aanbieders geven aan de registratie van het jaar 2013 nodig te hebben om tot goede productieaf­spraken op DBC-niveau te komen.

Veldpartijen voorzien dat in 2014 nog geen kwaliteitsaf­spraken worden gemaakt voor GRZ. De verwachting is wel dat de concentratie zich voortzet. Zorgverzekeraars verwachten dat concentratie bijdraagt tot het leveren van kwalitatief goede GRZ. Door zorgaanbieders punt wordt dit niet herkend. Wel zouden GRZ-aanbieders het wenselijk vinden dat er in de productieaf­spraken aandacht is voor kwaliteit van GRZ.

Door het veld is aangegeven dat er momenteel wordt gewerkt met standaard­contracten door verzekeraars. De financiering wordt gebaseerd op het budget van voorgaande jaren. In hoeverre het afsluiten van standaard­contracten (door meerdere verzekeraars) en het maken van af­spraken gebaseerd op deel­budgetten van voorgaande jaren ook in 2014 het geval zal zijn, is nog niet duidelijk.

3.3 Conclusie

Uit het contracteer­proces GRZ voor 2013 blijkt dat individuele zorgverzekeraars weinig tot geen ervaring hebben opgedaan met de inkoop van GRZ. De productieaf­sprake is veelal gemaakt door de representant (voorheen het zorgkantoor). De productieaf­sprake voor GRZ heeft plaats­gevonden op basis van oude budget­parameters en niet op basis van DBC's. (Individuele) Zorgverzekeraars hebben zodoende geen ervaring opgedaan met de inkoop van GRZ, en specifiek met de contractering van GRZ in DBC's. GRZ-aanbieders die het afgelopen jaar als proeftuin hebben gefungeerd, geven aan dat ze op basis van DBC's kunnen contracteren. Een aantal zorgaanbieders geeft aan nog geen zicht te hebben op de DBC's die moeten worden gecontracteerd.

Het blijkt dat er in 2013 door veldpartijen weinig ervaring is opgedaan met het contracteren in DBC's. Het transitie­model heeft het contracteer­beleid sterk beïnvloed. De NZa verwacht dat bij het voortzetten van het vangnet de prikkel om te onderhandelen over de prijs en volume van DBC's ontbreekt. Het is juist van groot belang dat het gesprek tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar vroegtijdig wordt aange­gaan.

4. Financiële effecten op basis van productieafspraken

In dit hoofdstuk wordt inzicht gegeven in de financiële effecten van de over­heveling. Allereerst wordt gekeken naar de macro financiële effecten en daarna naar de gevolgen voor individuele zorgaanbieders.

4.1 Financieel gevolg op macroniveau

Per 1 januari 2013 is er voor GRZ een bedrag overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. In deze paragraaf wordt nagegaan of dit bedrag adequaat is. Voorafgaand twee opmerkingen:

- Op basis van de gegevensuitvraag kan enkel een vergelijking worden gemaakt tussen het beschikbare budgettaire kader en de productieafspraken. De realisatiecijfers over 2013 zijn pas in de zomer van 2014 beschikbaar.
- Daarnaast zijn bij de productieafpraak de oude budgetparameters leidend geweest. De productieafpraak in DBC's is veelal daarvan afgeleid en mocht de afspraak in oude budgetparameters niet overtreffen.

De Minister van VWS heeft per 1 januari 2013 een bedrag van € 817 miljoen overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw in verband met de over­heveling van de GRZ naar de Zvw (tabel 3). Dit bedrag is gebaseerd op de financiële waarde van de oude budgetparameters.

Tabel 3. Overheveling GRZ naar Zvw

Parameters	Bedrag (mln.)
Budgetneutrale DBC invoering incl. 100% NHC, dure geneesmiddelen, vervoer, mutatedagen en inventaris (prijspeil 2012)	817,0

Bron: Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, MC-U-3119628, inzake de over­heveling van geriatrische revalidatie­zorg van de AWBZ naar de Zvw.

Representerende zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben voor 2013 afspraken gemaakt in oude budgetparameters en in DBC's. De getotaliseerde opgaven van deze productieafspraken zijn door ZN aan de NZa doorgegeven (tabel 4).

Tabel 4. Opgave ZN, productieafspraken oude budgetparameters en DBC's

Parameters	Bedrag (mln.)
Budget oude budgetparameters, incl. 100% NHC (prijspeil 2013)	716,4
Budget DBC's, incl. 100% NHC (prijspeil 2013)	732,7

Bron: ZN, getotaliseerde productieafspraken verzekeraars en zorgaanbieders.

Uit de opgave van ZN blijkt dat de productieafspraken 2013 binnen het kader passen, zowel in oude budgetparameters als in DBC's. Dit is niet verrassend, aangezien de productieafspraken zijn gebaseerd op basis van het jaar 2011 (zie hoofdstuk 3).

De afspraak in DBC's is daarnaast afgeleid van de afspraak in oude budgetparameters. De afspraak in DBC's is daardoor geen optelsom van het werkelijk verwachte DBC's.

In de loop van het jaar zijn aanvullende productieafspraken mogelijk. Wat het uiteindelijke bedrag aan productieafspraken wordt en het bedrag aan realisatie kan op dit moment niet worden aangegeven. De GRZ-aanbieders moeten voor 1 juni 2014 de realisatiecijfers indienen bij de NZa.

Daarnaast heeft de NZa een uitvraag gedaan aan de zorgaanbieders van de productieafspraken in oude budgetparameters en DBC's (tabel 5). In de uitvraag werden ook aanvullende vragen gesteld en werd gevraagd naar een onderbouwing op prestatieniveau.

Tabel 5. Opgave zorgaanbieders, productieafspraken oude budgetparameters en DBC's

Parameters	Bedrag (mln.)
Budget oude budgetparameters, incl. mutatie­dag, vervoer en 100% NHC (prijspeil 2013),	659,5
Budget oude budgetparameters, excl. mutatie­dag en vervoer en incl. 100% NHC (prijspeil 2013) (A)	655,5
Budget DBC's, incl. 100% NHC (prijspeil 2013) (B)	671,7
Verschil (B-A)	16,2

Bron: NZa, opgave zorgaanbieders

Het verschil in tabel 4 en 5 wordt veroorzaakt doordat in de opgave van ZN meer zorgaanbieders vertegenwoordigd zijn, dan in de opgave die de NZa van de zorgaanbieders heeft ontvangen. Daarnaast wordt in de opgave van de zorgaanbieders gecorrigeerd voor mutatie­dagen⁹ en vervoer om zo een zuivere vergelijking te kunnen maken tussen de oude budgetparameters en de DBC's. In de productstructuur voor GRZ zijn geen mutatie­dagen en kosten vervoer verwerkt.

Financieel effect budget­bekostiging (oude budgetparameters) versus prestatie­bekostiging (DBC's)

De productieafspraken voor 2013 voor GRZ op basis van de gegevensuitvraag bedragen in oude budgetparameters exclusief mutatie­dagen en vervoer € 655,5 mln. Het budget in DBC's bedraagt € 671,7 mln. Het financiële verschil tussen bekostiging op basis van oude budgetparameters en DBC's is een positief verschil van € 16,2 mln. (circa 2%).

Op basis van dit verschil kan nog geen conclusie worden getrokken over het financiële effect van prestatie­bekostiging. Verzekeraars hebben veelal de voorwaarde gesteld dat de productieafspraken in DBC's de afspraak in oude budgetparameters niet mag overtreffen. Realisatiecijfers over 2013 geven duidelijkheid over het werkelijke verschil.

Contracteerruimte GRZ

Er is een bedrag van € 698,0 mln. uit de contracteerruimte voor het jaar 2013 genomen. Dit bedrag was gebaseerd op de productieafspraken tussen zorgkantoren en aanbieders gemaakt in 2011.

⁹ Een mutatie­dag is een kalenderdag waarop een plaats leeg is achtergelaten ten gevolge van overlijden of verhuizing van de bewoner. Dit geldt uitsluitend voor zorgaanbieders die zijn toegelaten voor verblijf of verblijf en behandeling voor verzekerden met een somatische dan wel psychogeriatrische aandoening of beperking geldt de mutatie­dag.

Hierbij ging men ervan uit dat 90% van de productieafspraken in 2013 niet meer in de AWBZ zou worden gerealiseerd (zogenoemde ZZP 9a VV). De resterende 10% is bedoeld voor de bekostiging van ZZP 9b VV.

Het bedrag van € 698,0 mln. is inclusief de 10% van de NHC-waarde van de productie. De NHC's worden gedurende het invoertraject NHC geleidelijk onderdeel van de contracteerruimte. Voor 2012 was dit 10%, zie tabel 2 van het invoertraject NHC's. De toevoeging van de GRZ aan de Zvw (€ 817,0 mln., zie tabel 3) is inclusief 100% NHC. Het verschil tussen het bedrag van de aanpassing van de contracteerruimte en het bedrag dat is toegevoegd aan de Zvw, komt doordat de NHC-waarde van de productie anders meetelt.

Uit het advies van de NZa over de contracteerruimte 2013 (mei 2013) blijkt dat er voor de geriatrische revalidatie­zorg teveel is overgeheveld. Indien uitgegaan was van de productieafpraak 2012 dan zou € 660,0 mln. uit de contracteerruimte moeten zijn genomen. Het verschil wordt veroorzaakt doordat de productieafpraak 2012 een andere verhouding tussen ZZP 9a VV en ZZP 9b VV laat zien. De NZa heeft de Staatssecretaris van VWS in het advies geadviseerd het tekort van € 38,0 mln. in de contracteerruimte AWBZ vanuit de herverdelingsmiddelen te repareren (zie NZa Advies contracteerruimte 2013, mei 2013).

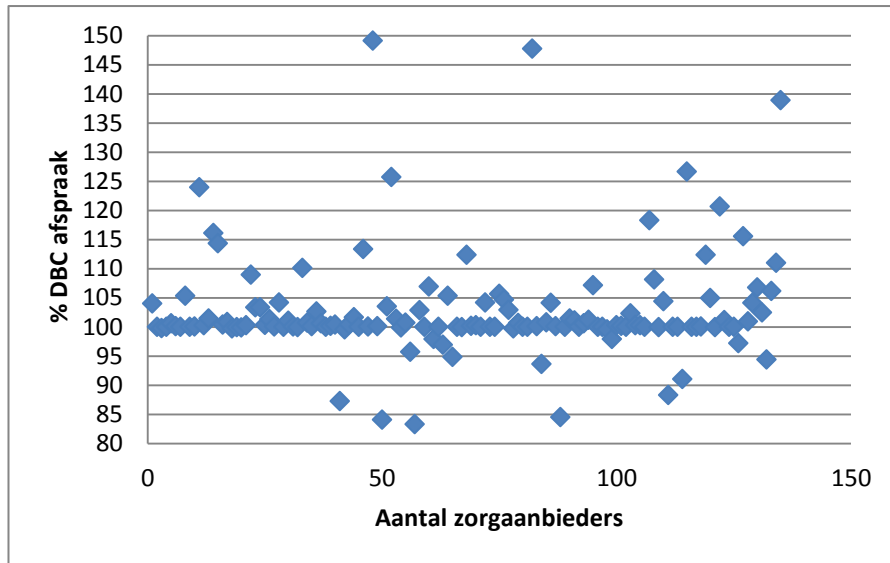
4.2 Financieel gevolg op instellingsniveau

De NZa heeft tevens gekeken naar de financiële gevolgen per individuele zorgaanbieder. Deze ontstaan door een verschil in omzet in oude budgetparameters en in DBC's. Hieronder volgen de resultaten voor individuele aanbieders, op basis van de gegevensuitvraag.

Uit onderstaande grafiek blijkt dat een groot deel van de aanbieders (74%) een positief of negatief verschil heeft van minder dan 5%. Bij 16% van de aanbieders is sprake van een verschil van meer dan 10%, waarvan 6 aanbieders meer dan 10% afbouwen op basis van een prognostische vergelijking. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders hebben aangegeven tijdens de bijeenkomsten dat deze gegevens zeer voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd. Hiervoor worden de volgende redenen genoemd:

- Een aantal verzekeraars heeft bij het maken van de productieafpraak de voorwaarde gesteld dat de verwachte omzet in DBC's de verwachte omzet in oude budgetparameters niet mag overtreffen;
- In de productieafpraak lag de nadruk op de oude budgetparameters. De DBC's zijn daarvan afgeleid, voornamelijk door de zorgaanbieders. Zorgverzekeraars hebben veelal niet de invulling van de DBC-opgave gecontroleerd;
- De gemaakte productieafspraken zullen afwijken van de gerealiseerde omzet. Wat deze afwijking zal zijn, is nog onduidelijk. Verzekeraars en zorgaanbieders kunnen hier nog geen enkele indicatie over geven.

Grafiek 4. Financiële waarde productieafspraken DBC's t.o.v. financiële waarde productieafspraken oude budgetparameters (in %)



Bron: NZa

Grafiek 4 toont per instelling het financiële verschil tussen de productieafspraken in oude budgetparameters en in DBC's. Er zijn meerdere uitschieters (35) waarbij een financieel verschil van groter dan 5% is geconstateerd: het verschil loopt daarvan uiteen van -17% tot +49%. Uit een vergelijking van de uitschieters met overige instellingen, blijkt dat de gemaakte productieafspraken niet altijd gebaseerd zijn op de juiste gegevens. Voorbeeld hiervan is een opgave van een productieafspraken in oude budgetparameters op basis van realisatie 2011 en opgave productieafspraken in DBC's op basis van registratie 2012. Dit levert geen zuivere vergelijking op tussen de productieafspraken in oude budgetparameters en in DBC's.

Voor zorgaanbieders die een positief of negatief verschil hebben van meer dan 5% is gekeken waar dat verschil door wordt veroorzaakt. Het verschil kan worden herleid naar een volumeverschil (ligdagen) en een prijsverschil.

$$\text{Volumeverschil} = (Q_n - Q_o) * P_n$$

$$\text{Prijsverschil} = (P_n - P_o) * Q_o$$

- Q_n = Gemiddeld aantal dagen in de DBC
- Q_o = ZZP-dagen
- P_n = Gemiddelde DBC-prijs per dag
- P_o = Gemiddelde prijs oude budgetparameters per dag

De gemiddelde DBC-prijs per dag wordt berekend door de financiële waarde van de DBC-afspraken te delen door het gemiddeld aantal DBC dagen (het aantal dagen in het klassenmidden van de afgesproken DBC's). De gemiddelde prijs oude budgetparameters per dag wordt berekend door de financiële waarde van de afspraken in oude budgetparameters te delen door het aantal ZZP-dagen.

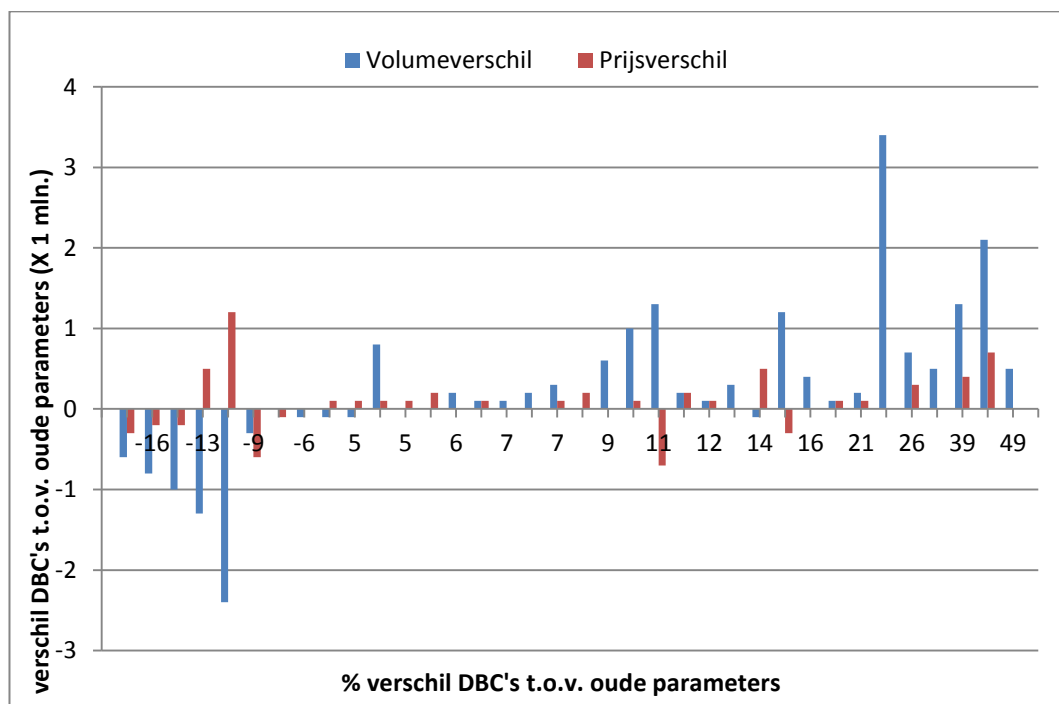
Zorgaanbieders met een negatief verschil (afspraken in DBC's is lager dan afspraken in oude budgetparameters) hebben minder behandeldagen (gemiddeld) afgesproken in DBC's vergeleken met het aantal ZZP-dagen.

Zorgaanbieders met een positief verschil (afpraak in DBC's is hoger dan afspraak in oude budgetparameters) hebben in DBC's gemiddeld meer behandeldagen afgesproken dan ZZP-dagen.

Het verschil in de financiële waarde van de oude budgetparameters en de DBC's wordt voornamelijk veroorzaakt door dit volumeverschil. De afgesproken dagen in DBC's liggen niet in lijn met het aantal afgesproken dagen in ZZP's. Het prijsverschil geeft over het algemeen geen verklaring voor het verschil in afspraak.

In grafiek 5 wordt voor de zorgaanbieders, met een afwijking van DBC's ten opzichte van de oude budgetparameters van meer dan 5 procent, het verschil uitgesplitst in een prijs- en hoeveelheidsverschil.

Grafiek 5. Volume en prijs effecten



Bron: NZa

Aanvullend op de analyse over het volumeverschil en prijsverschil, hebben zorgaanbieders de volgende, plausibele verklaringen gegeven voor de verschillen op instellingsniveau:

- Instellingen streven naar een zo kort mogelijke behandelduur en/of verkorte ligduur met een intensievere behandeling. Het verschil wordt veroorzaakt doordat er in de DBC-systematiek een onderscheidend tarief voor ligduur en behandelintensiteit is; dit is er niet in de oude budgetsystematiek. Hiervoor moeten apart transitietoelagen worden afgesproken.
- De DBC's voor GRZ kennen een bandbreedte voor het aantal behandeldagen. Er treedt een positief/negatief verschil op doordat de productmix van de instelling afwijkt van het gemiddeld aantal behandeldagen van de DBC voor GRZ.
- Het verschil wordt veroorzaakt doordat oude parameters worden ingekocht op basis van kalenderjaar, de DBC-systematiek is gestoeld op schadelastjaar. Voor de schadelast 2013 zit eenmalig het restant van zorgtrajecten 2012 extra in. Dit kan verklaren waarom de productieafpraak in DBC's hoger is dan de productieafpraak in oude budgetparameters.
- Enkele zorgaanbieders geven aan dat het moeilijk is een inschatting te maken van de te leveren DBC's in 2013.

- Om de DBC's te kunnen declareren zijn alle DBC's gecontracteerd. Het afgesproken volume in DBC's berust op een inschatting, waardoor er een verschil is ontstaan.

4.3 Bevoorschotting

Voor zorg in de AWBZ ontvangen zorgaanbieders een voorschot voor de zorg die ze verwachten te leveren op basis van de productieafpraak. De zorg in de Zvw wordt pas betaald nadat een DBC in rekening is gebracht. Dit betekent dat er twee redenen zijn waardoor een zorgaanbieder op een later moment een vergoeding ontvangt voor de geleverde zorg:

- 1. De zorgaanbieder ontvangt niet meer het maandelijks voorschot;
- 2. De zorgaanbieder ontvangt pas de betaling nadat het gehele zorgtraject is doorlopen, en niet na elke individuele zorgactiviteit.

Zorgaanbieders kunnen afspraken maken met zorgverzekeraars over het verlenen van voorschotten. Op het moment van de uitvraag van de NZa hadden 46 aanbieders afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar over bevoorschotting. 66% van de aanbieders heeft (nog) geen bevoorschottingsafspraken gemaakt. Belangrijkste redenen die zijn gegeven voor het ontbreken van bevoorschottingsafspraken zijn:

- De onderhandeling/aanvraag met betrekking tot bevoorschotting loopt nog.
- De verzekeraar heeft de voorwaarden voor de aanvraag van bevoorschotting (nog) niet bekend gemaakt.
- De zorgaanbieder kan niet aan de voorwaarden voor bevoorschotting van de zorgverzekeraar voldoen:
 - Verpanding
 - Omzet GRZ moet een door de verzekeraar gestelde minimale grens overschrijden.
- Het is (nog) niet aan de orde geweest of besproken met de verzekeraars.
- De onderhandenwerk grouper is (nog) niet beschikbaar, welke nodig is om de bevoorschotting te regelen.

4.4 Conclusie

Voor het merendeel van de zorgaanbieders wijkt de productieafpraak in de DBC's niet meer af dan 5% van de productieafpraak in oude budgetparameters. Wanneer de dagen in ZZP's in grote lijn overeenstemmen met het aantal dagen in DBC's is er een klein verschil tussen de twee bekostigingssystemen. Doordat echter is aangegeven dat de DBC's zijn ingevuld tot maximaal de financiële waarde van de oude budgetparameters is niet goed aan te geven wat het financiële effect van de invoering van DBC-bekostiging is als de oude budgetparameters wegvallen.

Uit de vergelijking tussen het overgehevelde bedrag voor GRZ en de productieafspraken van ZN blijkt dat deze binnen het kader passen. De beschikbare gegevens bieden te weinig inzicht om een uitspraak te kunnen doen of dit aan het eind van het jaar, wanneer de definitieve productieafpraak vastligt, ook nog steeds het geval is. Het is onduidelijk wat de uiteindelijke uitkomst zal zijn op basis van de werkelijke productie.

De NZa heeft signalen ontvangen dat er knelpunten zijn met betrekking tot de uitname van ZZP 9a VV.

In de AWBZ zou er door een beperkt ZZP 9b VV kader een rem op het aantal indicaties zijn waardoor er leeg­stand van ZZP 9b VV bedden is. In het advies van de NZa over de contracteerruimte¹⁰ 2013 adviseert de NZa om dit te repareren.

¹⁰ zie NZa Advies contracteerruimte 2013, mei 2013

5. Beoordelingspunten vangnet

In het begin van het advies is een aantal punten benoemd, waar de gevolgen van de over­heveling op worden beoordeeld:

- Geschiktheid product­structuur voor aanspraak GRZ in de Zvw;
- Financiële risico's op macroniveau;
- Financiële risico's op instellingsniveau;
- Uitvoerbaarheid van registratie en declaratie van GRZ;
- Uitvoeringslasten voor veldpartijen en overheid.

In dit hoofdstuk worden per punt de gevolgen beschreven, wanneer volledig wordt overgegaan op DBC-bekostiging (zonder vangnet).

5.1 Geschiktheid product­structuur voor GRZ

De product­structuur is een belangrijk onderdeel bij de over­heveling van GRZ van de AWBZ naar de Zvw. Om over te kunnen gaan tot declaratie van DBC's voor de GRZ is het noodzakelijk dat er sprake is van een product­structuur die (voldoende) geschikt is voor volledige prestatiebekostiging.

5.1.1 Oude budget­parameters versus nieuwe product­structuur

De product­structuur GRZ bestaat uit 18 integrale zorg­producten, waarbinnen zowel intramurale als extramurale zorg gecombineerd kan worden afgerekend. De 18 zorg­producten zijn onderverdeeld in negen zorg­producten voor 'CVA' en negen zorg­producten voor 'overige diagnosen' (waaronder electieve orthopedie, trauma, amputaties en overige aandoeningen).

In het rapport 'Product­structuur geriatrische revalidatie­zorg 2013' dat door de NZa in juni 2012 is gepubliceerd, beoordeelt de NZa de geschiktheid van de product­structuur. In het rapport stelt de NZa dat de product­structuur aan de zogenoemde '3-H's' moet voldoen:

- 1. Hanteerbaarheid
- 2. Herkenbaarheid (medisch)
- 3. Homogeniteit (kosten)

De NZa heeft geconcludeerd dat de product­structuur hanteerbaar is en dat alle zorg­producten kostenhomogeen zijn. De medische herkenbaarheid van DBC's voor GRZ kan nog verder verbeterd worden. Daarmee heeft de NZa de conclusie getrokken dat de product­structuur voor invoering per 2013 geschikt is, maar op het punt van de medische herkenbaarheid doorontwikkeld moet worden.

Gedurende 2013 en de jaren daarna vindt de doorontwikkeling van DBC's voor GRZ plaats. Bij de doorontwikkeling wordt geprobeerd zoveel mogelijk integratie plaats te laten vinden van de product­structuur van GRZ met de medisch specialistische revalidatie­zorg (MSRZ). Voor verbetering van de medische herkenbaarheid zijn kenmerkende activiteiten op basis van zorg­paden leidend. Hiervoor wordt gebruikt gemaakt van een landelijke dataset met gegevens uit de praktijk. Ook laat de NZa een onderzoek uitvoeren naar de bruikbaarheid van patiëntkenmerken als basis voor verdere doorontwikkeling.

5.1.2 Ervaringen met de nieuwe productstructuur

Met de invoering van de productstructuur voor GRZ is gekeken of redelijkerwijs alle vormen van zorg die tot de GRZ behoren, ook zijn opgenomen in de productstructuur. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft de GRZ destijds afgebakend van andere vormen van (revalidatie)zorg. Alle zorg die binnen de afbakening valt, dient ook een plaats te hebben binnen de productstructuur.

Zorgaanbieders geven aan dat de productstructuur goed hanteerbaar is. De DBC's zijn goed onderscheidend en redelijk passend voor de zorg die wordt geleverd. Om een vertaalslag te maken van het zorggebruik in de AWBZ naar de aanspraak GRZ per 2013 en de productstructuur, is onderstaande figuur opgesteld.

Figuur 1. Adequaatheid productstructuur voor aanspraak GRZ



Bron: NZa

De omvang van de vlakken A, B en C weerspiegelt niet de relatieve omvang. De figuur is bedoeld om de volledigheid van de productstructuur voor GRZ inzichtelijk te maken.

Figuur 1 toont het zorggebruik van geriatrische revalidatie in de AWBZ, de indicatie voor ZZP 9a VV (vlak A + vlak B + vlak C). Met het tarief voor ZZP 9a VV en overige toeslagen werd deze zorg bekostigd. Dit is gewijzigd als gevolg van de overheveling van GRZ naar de Zvw. In navolgende wordt dit besproken aan de hand van figuur 1.

Toelichting 'Vlak A' – Geen aanspraak GRZ meer in de Zvw

Met de overheveling van GRZ naar de Zvw zijn de voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op een GRZ-traject verduidelijkt. Dit brengt twee effecten met zich mee:

- 1. Een groep cliënten die voorheen gebruikt maakte van GRZ, wordt nu uitgesloten (wat niet betekent dat ze geen zorg meer ontvangt). Voor deze groep cliënten is – vanzelfsprekend – geen DBC voor GRZ ontwikkeld. Voorbeelden hiervan zijn:
 - a. Cliënten zonder ziekenhuisopname
Aanspraak op GRZ is niet meer mogelijk zonder klinische opname in een instelling voor medisch specialistische zorg. Cliënten met een GRZ-vraag kunnen daardoor niet meer rechtstreeks van de Spoedeisende Hulp worden doorverwezen naar een verpleeghuis.

Op dit moment wordt in veel gevallen dit probleem in de bekostiging opgelost door (1) de cliënt een nacht in het ziekenhuis op te nemen of (2) met toestemming van de verzekeraar een DBC

GRZ te openen. De NZa adviseert VWS de aanspraak op GRZ op dit punt nader te onderzoeken.

– b. Herstelzorg

GRZ-aanbieders ontvangen met regelmaat cliënten die medisch uitbehandeld zijn in het ziekenhuis, maar nog niet klaar zijn voor GRZ. Deze cliënten ontvangen tijdelijk 'herstelzorg'. Herstelzorg is verwerkt in de DBC van het ziekenhuis. GRZ-aanbieders moeten met ziekenhuizen afspraken maken over het bieden van herstelzorg en de bekostiging daarvan. Bij zorgaanbieders is momenteel (nog) onduidelijkheid over de bekostiging van herstelzorg. Dit knelpunt wordt door de NZa als een tijdelijk overgangsprobleem beschouwd.

– c. Kwetsbare ouderen

Een groep 'kwetsbare ouderen' maakte voorheen gebruik van zorg op basis van de indicatie ZZZ 9a VV. De groep cliënten met een indicatie voor ZZZ 9a VV is niet één-op-één te herleiden naar de cliënten die op basis van de Zvw aanspraak hebben op GRZ. De groep die er buiten valt, is de groep 'kwetsbare ouderen'. Het blijkt dat een verschuiving plaatsvindt van ZZZ 9a VV naar onder andere ZZZ 9b VV, ZZZ 6 VV, ZZZ 5 VV en ZZZ 4 VV indicaties. Het is voor de NZa onduidelijk of de geleverde zorg nu op de juiste wijze wordt gefinancierd.

- 2. Bepaald zorggebruik is door de overheveling buiten de aanspraak op GRZ komen te vallen. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de aanspraak op mondzorg en ambulante GRZ na behandeling in het ziekenhuis (zonder opname in het verpleeghuis). Daarnaast kunnen per 2014 geen afwezigheidsdagen meer geregistreerd worden bij een tijdelijke ziekenhuisopname.

Toelichting 'Vlak B' – Aanspraak GRZ in de Zvw/in productstructuur

Voor een groot deel geldt in de Zvw de aanspraak op GRZ zoals deze ook van toepassing was in de AWBZ. Voor geriatrische revalidatiezorg is door DBC-Onderhoud een DBC-productstructuur ontwikkeld. De productstructuur wordt weerspiegeld in vlak B. Vlak B kan worden onderverdeeld in:

Zorg is goed verwerkt in de productstructuur

De productstructuur bestaat uit 18 integrale zorgproducten. Hoewel de productstructuur de komende jaren verder ontwikkeld zal worden, is de inhoudelijke typering van de productstructuur goed. Wel blijkt dat de DBC-categorie 'overige diagnoses' te globaal is en nadere differentiatie door het veld gewenst. Dit punt wordt door de NZa meegenomen in de doorontwikkeling van de DBC's voor GRZ.

Zorg zit in de productstructuur, maar generiek/specifiek

De zorg zit in de productstructuur, maar is niet op zichtbaar verwerkt in de productstructuur. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de wijze waarop kosten voor geneesmiddelen verwerkt zijn in de tarieven. De kosten van geneesmiddelen zijn toegerekend aan de DBC's, als een opslag op het tarief. Hierbij is sprake van een generieke opslag, omdat onvoldoende bekend was welke cliëntengroep veel/weinig gebruik maakt van geneesmiddelen.

Vlak C – Aanspraak GRZ in de Zvw/niet in productstructuur

Voor een deel is de aanspraak gelijk gebleven, maar is deze niet in productstructuur verwerkt.

Er moet nog een besluit worden genomen door de Minister van VWS of deze zorg per 2014 apart declarabel blijft of deze vertaald moet worden in de productstructuur. Zorgaanspraken waarop deze categorie van

toepassing is, worden in het transitiejaar 2013 op twee verschillende manieren bekostigd:

1. Aanspraken worden bekostigd op basis van de oude regeling; (waaronder de beleidsregels van toepassing in de AWBZ).
2. Aanspraken worden bekostigd op basis van de vangnetregeling.

Ad. 1 Bekostiging op basis van AWBZ Beleidsregels

Een aanspraak op GRZ die in 2013 wordt bekostigd op basis van de oude regeling is de persoonsgebonden hulpmiddel.

Persoonsgebonden hulpmiddelen

Persoonsgebonden hulpmiddelen zijn hulpmiddelen die alleen na een kostbare aanpassing door andere cliënten gebruikt kunnen worden (individueel aangepaste rolstoelen en overige hulpmiddelen). De kosten die hiermee verband houden werden tot 2013 door het zorgkantoor vergoed vanuit bovenbudgettaire (VWS)-middelen. Ook gedurende het transitiejaar 2013 kan het zorgkantoor putten uit deze bovenbudgettaire middelen, waardoor persoonlijke hulpmiddelen voor de GRZ-cliënten nog ten laste van de AWBZ komen.

Ad. 2 Aanspraken bekostigd op basis van het vangnet

Aanspraken die niet in de productstructuur zijn verwerkt, maar waarvoor het vangnet als garantieregeling dient, zijn vervoer en ambulante zorg.

Vervoer

In het AWBZ budget werd ruimte geboden om afspraken te maken over eventuele vervoerskosten. Dit gebeurde op basis van de prestatie 'vervoer dagbesteding V&V'. In de Zvw geldt de regeling 'zittend ziekenvervoer'. Gedurende het transitiejaar kunnen zorgaanbieders vervoer declareren op basis van de AWBZ-prestatie.

Ambulante zorg

GRZ begint met een klinische fase, eventueel gevolgd door ambulante behandeling. De DBC's voor GRZ bevatten zowel de klinische opname als de ambulante behandeling. Op basis van meer en actuelere praktijkgegevens wordt de DBC-productstructuur verder ontwikkeld. Ambulante behandelprogramma's als onderdeel van het GRZ-pad, moeten grotendeels nog ontwikkeld worden, waarbij het niet de bedoeling is dat die in de plaats komen van de eerstelijns zorg. Per 2014 worden ambulante vervolproducten opgenomen in de productstructuur van GRZ.

5.1.2.1 Overige aandachtspunten over de productstructuur

De hoogte van een DBC-GRZ is gebaseerd op een gemiddelde behandeling. Factoren als diagnose, behandelduur en aantal behandelingen vormen de basis voor de uiteindelijke DBC. Deze factoren kunnen een spanning veroorzaken tussen de kosten van GRZ en de opbrengsten. Hierbij worden door het veld de volgende aandachtspunten benoemd, welke ook worden meegenomen in de doorontwikkeling van de productstructuur van GRZ.

- 1. De DBC's voor GRZ kennen een bandbreedte voor het aantal behandeldagen. Afhankelijk van de geleverde zorgtrajecten per instelling treedt een positief/negatief verschil op doordat de productmix van de instelling afwijkt van het gemiddeld aantal behandeldagen van de DBC voor GRZ.
- 2. De profielmix (cliëntcategorie) kan afwijken van het landelijk gemiddelde. Dit is het geval indien een instelling zich bijvoorbeeld gaat specialiseren op de behandeling van zware CVA-cliënten. Er ontstaat een significante overproductie op de hoge DBC's voor CVA

ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Op de overige DBC's zal er sprake zijn van een onderproductie. Wanneer blijkt dat de product­structuur hierop onvoldoende is ingesteld, kan dit leiden tot financiële problemen bij instellingen.

- 3. De product­structuur voor GRZ in 2013 is gebaseerd op input: behandel­dagen en behandel­uren. Hierdoor ontstaat een perverse prikkel om door te behandelen totdat de cliënt in een volgend product terecht komt (onder het gemiddelde van de band­breedte).

5.2 Financiële risico's op macroniveau

In de aanwijzing voor de over­heveling van GRZ heeft de Minister van VWS op­ge­no­men dat het nieuwe bekostigings­stelsel macro­budget­tair neutraal moet worden inge­voerd. Het bedrag dat voor GRZ (incl 100% NHC) van de AWBZ naar de Zvw is over­ge­he­veld € 817 mln (prijs­peil 2012)'.

Uit hoofdstuk 4 blijkt dat de ge­maakte productie­af­spraken passen binnen het over­ge­he­velde bedrag (macro­kader). Wanneer de realisatie afwijkt van de productie­af­spraken is er een risico op over­schrijding van het macro­kader voor GRZ. Hiervoor kunnen twee oor­zaken worden ge­noemd: (1) prijs­verschil en (2) een volume verschil.

- Allereerst is er een risico op een over­schrijding aanwezig, indien de tarieven gekoppeld aan de DBC's te hoog zijn vast­ge­steld. Om dit risico af te vangen geldt in 2013 het vang­net. Door deze vang­net­re­geling moet een zorgaan­bieder een positief verschil tussen de productie in DBC's en de omzet en omzet in oude budget­pa­ra­me­ters terug­be­ta­len.

In hoofdstuk 5.1 concludeert de NZa dat de product­structuur voldoende goed is. De cijfers in hoofdstuk 4 laten zien dat het prijs­verschil geen ver­kla­ring geeft voor een verschil in realisatie in de DBC's ten opzichte van de omzet in budget­pa­ra­me­ters. De NZa acht het risico op een over­schrijding van het macro­kader bij volledige invoering van DBC-bekostiging (zonder vang­net) als ge­volg van een prijs­verschil dan ook be­perkt.

- Een tweede oor­zaak voor een mogelijke over­schrijding vindt plaats wanneer de productie­af­spraken (volume) lager zijn dan de realisatie. Pas nadat realisatie­cijfers bekend zijn kan daad­wer­ke­lijk ge­toetst worden aan het be­schik­bare kader en kan een uitspraak ge­daan worden of is vol­daan aan budget­taire neutraliteit. Het is de ver­ant­woor­de­lijk­heid van verzekeraars erop toe te zien dat productie­af­spraken niet worden over­schreden. Gedurende het jaar kunnen aanvullende productie­af­spraken worden ge­maakt met zorgaan­bieders.

Om het financieel risico op macroniveau af te dekken, kan in 2013 voor de GRZ als ultimum remedium het MBI ingezet worden. De Minister van VWS besluit over toepassing van het MBI. Bij over­schrijdingen van het MBI kunnen de over­schrijdingen ver­haald worden op zorgaan­bieders. Met een MBI is het financieel risico op macroniveau be­perkt.

5.3 Financiële risico's op instellingsniveau

Het vang­net be­perkt voor bestaande GRZ-aan­bieders het financieel risico bij een negatief verschil tussen budget­be­kostiging en prestatie­be­kostiging. Het vang­net biedt géén compensatie voor

eventueel lagere productieafspraken ten opzichte van eerdere jaren. Dit financieel risico is een verantwoordelijkheid voor de zorgaanbieder.

Het financieel risico voor instellingen wanneer volledig wordt overgegaan op DBC-bekostiging is naar verwachting beperkt. Deels omdat de GRZ productie veelal een beperkt deel van de totale zorgproductie van bestaande aanbieders is. Bij 75% van de aanbieders is het aandeel GRZ kleiner dan 15% van de totale productieafpraak in 2010. Daarnaast gaat het bij GRZ niet om langdurige zorg, maar om zorg die gemiddeld 42 dagen duurt en maximaal zes maanden. Daarnaast geeft het prijsverschil geen verklaring voor een verschil in realisatie in de DBC's ten opzichte van de omzet in budgetparameters (zie hoofdstuk 4).

De methodiek van betaling in de Zvw levert op dit moment een financieel risico op voor zorgaanbieders. Met de invoering van DBC-bekostiging vindt de betaling plaats na afloop van het zorgtraject. In de AWBZ ontving de zorgaanbieder een maandelijks voorschot voor GRZ van het zorgkantoor op basis van de gemaakte productieafpraak. Zorgaanbieders moeten nu bevoorschottingsafspraken maken met zorgverzekeraars, die moeizaam tot stand komen. Het vangnet lost dit probleem echter niet op.

5.4 Registratie- en declaratiesysteem

Met het oog op het eventueel laten los te laten vangnet in 2014 en daarbij een volledige bekostiging op basis van DBC's, is het van belang dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars klaar zijn voor de DBC-registratie en declaratie. Zorgaanbieders dienen zelf zorg te dragen voor een goed werkend software systeem. Uit de gegevensuitvraag van de NZa blijkt dat circa 61% van de GRZ-aanbieders op dat moment van de uitvraag nog niet kan declareren. 39% van de GRZ-aanbieders geeft aan al wel te kunnen declareren. Door het veld wordt aangegeven dat de gegevensuitvraag op dit punt te vroeg heeft plaats gevonden. Inmiddels heeft een groter aantal zorgaanbieders een goedwerkend softwaresysteem en kan DBC's registeren en declareren.

Een voorwaarde voor het registeren en declareren van DBC's is of de zorgaanbieders beschikken over een goedwerkend softwarepakket. Veel zorginstellingen blijken niet in staat te zijn geweest om op tijd over werkende software te beschikken. Dit heeft als oorzaak dat de definitieve specificaties pas laat vastgesteld - en bij de ICT-leverancier kenbaar zijn gemaakt. Het veld geeft aan dat in deze fase veel onduidelijkheid heerste over de certificering van de ICT. Inmiddels zijn deze barrières verholpen en beschikken alle instellingen over werkende software, zodat gesteld kan worden dat allen minstens in de afrondingsfase van implementatie zijn. Zorgaanbieders verwachten dat zij in ieder geval voor de zomer van 2013 DBC's kunnen registeren en declareren.

Eindrapportage 'GRZ end-to-end Ketentest'¹¹

Versteeg-Mediation heeft in opdracht van het Ministerie van VWS een inventarisatie gedaan naar de situatie met betrekking tot de mogelijkheid voor de instellingen om middels het softwaresysteem te kunnen registeren en declareren in DBC's. De eindrapportage 'GRZ end-to-end Ketentest' is in april 2013 opgeleverd door Versteeg-Mediation. De situatie kan met oplevering van dit advies gewijzigd zijn.

¹¹ 'Eindrapportage "GRZ end-to-end Ketentest", Versteeg-Mediation (april 2013).

De GRZ-ketentest is een door VWS, DBC-onderhoud, Vecozo en de zorgverzekeraars geboden faciliteit (niet verplicht) om de nieuwe software te kunnen testen. Deze test is formeel op 1 april 2013 afgerond. De laatste meting voor de eindrapportage door Versteeg-Mediation was op 9 april 2013. Toen hadden van de 147 instellingen 17 instellingen de ketentest tot en met de declaratie afgerond. Bij deze 17 instellingen waren 8 softwareleveranciers betrokken die samen 112 instellingen bedienen.

Inmiddels kan gesteld worden dat 11 leveranciers ruim 90% van de instellingen kunnen bedienen. De software van deze leveranciers kan de registratie en declaratie van de GRZ DBC's op de juiste wijze ondersteunen. Nog niet alle instellingen zijn in staat gebleken om de implementatie van de software af te ronden. Voor deze instellingen zal naar verwachting de software medio dit jaar beschikbaar en operationeel zijn.

Toch moet wel de kanttekening gemaakt worden dat een groot aantal instellingen (dat over werkzame software beschikt) nog tussentijds schriftelijk registreert en pas achteraf deze registraties invoert in het systeem. Dit gaat ten koste van de kwaliteit van de registratie. Dat nog maar een relatief klein aantal instellingen daadwerkelijk factureert, lijkt het gevolg te zijn van de eerder genoemde vertraagde implementatie van de software welke nog niet bij alle instellingen is afgerond.

5.5 Uitvoeringslasten voor veldpartijen en overheid

De overheveling van GRZ van de AWBZ naar de Zvw brengt uitvoeringslasten voor veldpartijen en de overheid met zich mee. Het is echter wel zaak dat deze lasten zo beperkt mogelijk worden gehouden, dat wil zeggen redelijk ten aanzien van de beste beleids­optie.

In 2013 – de transitieperiode – stond het belang van een vangnet. Duidelijk was dat met de bekostiging op basis van de oude budgetparameters en declaratie door de zorgaanbieders in DBC's, een dubbele registratie noodzakelijk is. Deze uitvoeringslast voor de veldpartijen wordt voor dit jaar als proportioneel gezien ten opzichte van het hoger wegende belang van een vangnet.

Bij de keuze voor het continueren van het vangnet in het jaar 2014 is het belangrijk om de administratieve en uitvoeringslasten voor veldpartijen en de overheid in ogenschouw te nemen. Met het oog op de huidige dubbele registratie, welke bovendien deels handmatig gebeurt, wordt het langer handhaven van de vangnetregeling niet als wenselijk gezien. Wanneer het vangnet in 2014 wordt gecontinueerd, houden GRZ-aanbieders aanzienlijke uitvoeringslasten.

6. Conclusie voor het vangnet 2014

In de aanwijzing heeft de Minister van VWS de NZa gevraagd de gevolgen van het nieuwe bekostigingssysteem in kaart te brengen. Onderhavig is de vraag of in 2014 volledig overgegaan kan worden op DBC-bekostiging (zonder vangnet).

In hoofdstuk 5 is een vijftal punten beoordeeld die de NZa van belang acht om te kunnen beoordelen of het vangnet vanaf 2014 kan komen te vervallen. In dit hoofdstuk worden de conclusies die per beoordelingspunt zijn getrokken, tegen elkaar gewogen om tot een advies te komen.

6.1 Nut en noodzaak vangnet in 2014

Om welke reden(en) kan het voordelen hebben, of zelfs noodzakelijk zijn om het vangnet in 2014 te continueren?

In hoofdstuk 5 is geconcludeerd dat de huidige productstructuur voldoende geschikt is voor volledige invoering van DBC-bekostiging. Alle vormen van zorg die behoren tot de aanspraak op GRZ in de Zvw zijn redelijkerwijs opgenomen in de productstructuur voor de GRZ. Aanvullend kent de productstructuur een groter onderscheidend vermogen dan de oude budgetparameters. De productstructuur voor GRZ is wel voor verbetering vatbaar. Bij de doorontwikkeling is de verbetering van de medische herkenbaarheid een belangrijk aandachtspunt. Daarnaast blijkt uit hoofdstuk 5 dat een aantal aanspraken GRZ (nog) niet zijn verwerkt in de productstructuur. De Minister van VWS zal een besluit moeten nemen over de wijze van bekostiging hiervan in 2014.

De nieuwe productstructuur moet vervolgens gehanteerd worden door de veldpartijen. Enkele zorgaanbieders (vooral de proeftuinen) hebben al vrij goed zicht op de DBC's die door de eigen instelling worden geleverd. Andere zorgaanbieders geven aan het jaar 2013 nodig te hebben om goede productieafspraken op DBC-niveau te kunnen maken. (Individuele) Verzekeraars kunnen wellicht voor 2014 nog niet op DBC-niveau de juiste GRZ inkopen. Er is onbekendheid met de zorgbehoefte van de verzekerden en de wijze waarop deze naar DBC's vertaald moet worden. Wanneer wordt gecontracteerd voor een vooraf vastgesteld bedrag, maakt het niet uit hoe het bedrag wordt binnengehaald: door oude budgetparameters of door DBC's.

Hoewel het financieel risico van volledige DBC-bekostiging voor instellingen pas duidelijk is als de realisatie bekend is, is in hoofdstuk 5 geconcludeerd dat het financieel risico voor instellingen beperkt zal zijn. De bevoorschotting leidt momenteel wel tot financiële problemen bij GRZ-aanbieders. Het vangnet lost dit echter niet op.

Ook met het oog op de financiële risico's op macroniveau is continueren van het vangnet niet noodzakelijk. Het is de verantwoordelijkheid van verzekeraars erop toe te zien dat productieafspraken niet worden overschreden. Gedurende het jaar kunnen aanvullende productieafspraken worden gemaakt met zorgaanbieders. De Minister van VWS heeft nog geen besluit genomen over het MBI in 2014.

6.2 Nadelen vangnet in 2014

Voor het jaar 2013 – het transitie­jaar – stond het belang van een vangnet voorop. Hoewel toen ook al duidelijk was dat de gekozen vangnet­regeling nadelen kent, waren deze nadelen proportioneel ten opzichte van het belang van een vangnet. In deze impact­analyse wordt opnieuw – een jaar later – de afweging gemaakt tussen de voor- en nadelen van het vangnet. Hieronder volgt een opsomming van de nadelen van het continueren van het vangnet.

- Het continueren van het vangnet in 2014 stimuleert verzekeraars niet tot een focus op DBC's bij de zorg­inkoop van GRZ.
- Afschaffen van het vangnet stimuleert ziekenhuizen en verpleeghuizen om afspraken te maken over de onderlinge dienst­verlening. In de eerste helft van 2013 is gebleken dat deze afspraken in ontwikkeling zijn. Een voor­beeld is de bekostiging van herstel­gerichte zorg, waarbij de cliënt nog niet kan starten met de geriatrische revalidatie. Deze zorg behoort tot de medisch specialistische zorg. Indien verzekeraars geen risico lopen via het vangnet ontstaat er een prikkel om deze zorg af te wentelen op het vangnet.
- Het vangnet leidt tot hoge uitvoeringslasten voor zorgaanbieders, doordat de zorg dubbel – en deels handmatig – geregistreerd moet worden.

6.3 Conclusie

De NZa concludeert dat er geen significante redenen zijn om het vangnet voor het jaar 2014 te continueren. In vergelijking met ZZP 9a VV kent de product­structuur een beter onderscheidend vermogen. Hoewel de product­structuur verder verbetert kan en zal worden de komende jaren, is de product­structuur voor GRZ voldoende geschikt voor volledige invoering van DBC-bekostiging. Op basis daarvan verwacht de NZa de financiële risico's voor individuele instellingen bij volledige bekostiging op basis van DBC's klein zullen zijn. Het volume- en prijsverschil is beperkt, zoals blijkt uit hoofdstuk 5. De bevoorschotting lijkt op dit moment de grootste financiële problemen op te leveren voor zorgaanbieders. Het vangnet biedt hiervoor echter geen oplossing. Het vangnet is tevens niet noodzakelijk om de macro-kosten­beheersing te bewaken.

Het continueren van het vangnet kent daarentegen wel nadelen. Een vangnet stimuleert niet tot verbetering van de keten, doelmatigheids- of kwaliteitswinst. In 2013 blijkt dat het vangnet heeft geleid tot inkoop op basis van de oude budget­parameters. Zolang het vangnet zal worden behouden, stimuleert dit verzekeraars niet tot inkoop op basis van DBC's.

7. Representatiemodel

Het eindperspectief van de over­heveling van GRZ van de AWBZ naar de Zvw is dat individuele zorgverzekeraars op DBC-niveau GRZ inkopen. Tijdens de transitie­periode – het jaar 2013 – heeft de Minister van VWS inkoop in representatie toegestaan. In navolgende adviseert de NZa over de wenselijkheid van het continueren van het representatiemodel voor 2014 en daarna.

7.1 Situatie in 2013

Het Ministerie van VWS heeft aangegeven dat in 2013 de zorgverzekeraars de zorginkoop in representatie kunnen vormgeven. De Minister van VWS heeft hiertoe besloten om macrovolumebeheersing te waarborgen. Ook draagt het representatiemodel tijdens de transitiefase bij aan een soepele overgang naar het nieuwe bekostigingssysteem voor instellingen.

Voor het jaar 2013 geldt dat een representatie van zorgverzekeraars productieafspraken maakt met de GRZ-aanbieder. In elke regio wordt een eerste representerende zorgverzekeraar (representant) aangewezen. Daarnaast worden de tweede en derde representant aangewezen. De representatie houdt in dat de door de representerende zorgverzekeraars gesloten overeenkomst met de GRZ-aanbieder alsmede de overeengekomen tarieven en aanverwante afspraken gelden voor alle zorgverzekeraars. Op de markt voor GRZ lopen de zorgverzekeraars in 2013 geen financieel risico over de uitgaven aan GRZ.

7.2 Representatiemodel in 2014?

Bij de inkoop van GRZ maakt de representerende verzekeraar(s) met de GRZ-aanbieder afspraken over onder andere de prijs en volume van GRZ. Om de wenselijkheid van het continueren van het representatiemodel in kaart te brengen, worden in navolgende de voor- en nadelen van het aanhouden van het representatiemodel beschreven.

7.2.1.1 Voor- en nadelen representatiemodel door veldpartijen

De volgende voor- en nadelen van het representatiemodel in 2014 werden door zorgverzekeraars en zorgaanbieders genoemd.

Voordelen behoud representatiemodel in 2014:

- Zorgaanbieders hebben te maken met één zorginkoper. De administratieve lasten zijn het laagst wanneer slechts onderhandeld hoeft te worden met één partij. Er is duidelijkheid over het onderhandelingsproces en rapportageverplichtingen, met als resultaat lagere administratieve lasten.
- Volume beheersing. Bij zorginkoop in representatie geldt dat per GRZ-aanbieder een overeenkomst is met de zorgverzekeraars in de regio, gemaakt door de representerende zorgverzekeraar. Dit maakt het zorginkoop proces transparant en leidt tot meer volumebeheersing, ten opzichte van individuele zorginkoop.
- Individuele zorgverzekeraars hebben meer tijd om beschikking te krijgen over declaratiegegevens om zelf GRZ in te kunnen kopen. Op dit moment hebben verzekeraars onvoldoende zicht op de groep eigen verzekerden met de geriatrische revalidatie­zorgvraag.

Zorgverzekeraars weten niet waar en welke GRZ ingekocht moet worden. Zorgverzekeraars geven aan dat ze in elk geval declaratiegegevens van een jaar nodig hebben, om op een goede wijze inhoudelijk zorg in te kunnen kopen.

Nadelen behoud representatiemodel in 2014:

– Geen concurrentie mogelijk en zorginkoopmacht representant
Kenmerkend bij zorginkoop via representatie is dat per regio de representerende zorgverzekeraar(s) de overeenkomst sluit(en) met de GRZ-aanbieder. Zorgverzekeraars hoeven niet te concurreren. De zorgaanbieder is afhankelijk van de representerende zorgverzekeraar(s) voor de invulling van de productieafspraken.

– Beperkte prikkel voor individuele zorgverzekeraars
Behoud van het representatiemodel zorgt ervoor dat individuele zorgverzekeraars niet gestimuleerd worden om zelfstandig GRZ in te kopen.

7.2.1.2 Beoordeling wenselijkheid representatiemodel door de NZa

De door de veldpartijen genoemde argumenten over het representatiemodel worden door de NZa herkend. Als eindperspectief van de overheveling stelt de NZa dat de inkoop van GRZ op DBC-niveau door individuele zorgverzekeraar plaats moet vinden. In deze markt voor GRZ moeten zorgverzekeraars met zorgaanbieders onderhandelen over de prijs, kwaliteit en volume van GRZ, zoals de invoering van prestatiebekostiging beoogd.

Een belangrijke voorwaarde om te kunnen onderhandelen, is een transparante markt waarin partijen over voldoende informatie beschikken om te kunnen onderhandelen. Dit betekent dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars over voldoende (goede) inkoopinformatie moeten beschikken. Zorgverzekeraars geven aan niet te beschikken over de benodigde informatie voor GRZ-inkoop in 2014. Declaratiegegevens DBC GRZ in 2013 zijn tot op heden zeer beperkt beschikbaar. Hierdoor is het onduidelijk voor individuele zorgverzekeraars hoe de GRZ-productie er uit ziet en welk marktaandeel de individuele zorgverzekeraar heeft in deze productie.

Door het veld wordt nog veel onzekerheid ervaren bij de volledige invoering van DBC-bekostiging in 2014 en gelijktijdig de individuele inkoop van GRZ. Om bovenstaande redenen kan de NZa zich er in vinden dat de inkoop van GRZ voor 2014 in een vorm van representatie plaatsvindt. De wijze waarop representatie wordt vormgegeven behoeft nader onderzoek. Hierover zal de NZa in overleg treden met ZN. De NZa stelt als uitgangspunt dat de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de representatie – inclusief de opbrengstverrekening – bij de veldpartijen komt te liggen. Het veld moet duidelijkheid geven over de wijze waarop volumebeheersing wordt gewaarborgd, ook gegeven het feit dat zorgverzekeraars niet risicodragend zijn in 2014.

Voor de inkoop van de GRZ in 2015 is de benodigde informatie wel beschikbaar. In de Adviescommissie van 20 juni 2013 heeft ZN bevestigd dat voor de inkoop van GRZ voor het jaar 2015 overgegaan kan worden op individuele inkoop.

7.3 Conclusie

Het eind­perspectief is inkoop van DBC's voor GRZ door individuele zorg­verzekeraars. Op de weg hierna toe, wordt door het veld on­zekerheid ervaren. Zorg­verzekeraars zullen met zorg­aanbieders moeten onderhandelen over DBC's voor GRZ. Zorg­verzekeraars geven aan niet beschikken over de benodigde informatie voor GRZ-inkoop in 2014.

De NZa kan zich er daarom in vinden dat de inkoop van GRZ voor 2014 in een vorm van representatie plaatsvindt. De wijze waarop representatie wordt vorm­gegeven heeft nader onderzoek. Hierover zal de NZa in overleg treden met ZN. De NZa stelt als uitgangspunt dat de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de representatie – inclusief de opbrengst­verrekening – bij de veldpartijen komt te liggen. Voor het jaar 2015 adviseert de NZa over te gaan op individuele inkoop van GRZ.

8. Bijlage 1. Profielomschrijving ZPZ 9aVV

ZPZ 9a VV		Geriatrische revalidatiezorg				
Clïentprofiel						
<p>Bij deze cliëntgroep heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname. In aansluiting op deze interventie is behoefte aan revaliderende behandeling zoals die door (of onder regie van) specialisten ouderengeneeskunde wordt uitgevoerd en die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist in een tijdelijke verblijfssetting (meestal 2-6 maanden) met een therapeutisch leefklimaat. De medisch-specialistische diagnostiek/interventie is afgerond. Naast de aandoening waarvoor de cliënt wordt gerevalideerd heeft de cliënt ook andere problemen in de zin van kwetsbaarheid en comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, psychogeriatrische aandoeningen, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), hetgeen leidt tot instabiliteit, complicaties en er kan sprake zijn van een verminderde leer- en trainbaarheid.</p> <p>De begeleiding bij <i>sociale redzaamheid</i> is primair gericht op het weer oppakken van allerlei zaken. De cliënten hebben ten aanzien van de <i>psychosociale/cognitieve functies</i> hulp, toezicht en sturing nodig, met name als gevolg van beperkingen op het gebied van concentratie.</p> <p>Ten aanzien van de <i>ADL</i> is in het begin veelal sprake van overname van zorg. In de loop van de tijd neemt deze zorgbehoefte meestal af. Bij de overgang naar huis/beschut wonen met oproepbare wacht is de vereiste advisering en instructie nodig.</p> <p>Ten aanzien van de <i>mobilititeit</i> hebben de cliënten vaak hulp of overname van zorg nodig. Gedurende de verblijfsperiode vermindert de mobiliteitsproblematiek grotendeels.</p> <p>In het kader van herstel is <i>verpleegkundige aandacht</i> nodig, die gedurende de herstelperiode zal afnemen.</p> <p>Bij deze cliënten is meestal geen sprake van <i>gedragsproblematiek</i> of <i>psychiatrische problematiek</i>.</p> <p>De <i>aard van het begeleidingsdoel</i> is ontwikkelingsgericht. De behandeldoelen zijn erop gericht, dat de cliënt op verantwoorde wijze zelfstandig kan wonen (thuis of in het verzorgingshuis).</p> <p>Het <i>beperkingenbeeld</i> in het kader van de revalidatie vermindert snel.</p> <p>De cliënten hebben een tijdelijke behoefte aan (extra) behandeling en zorg, op meerdere momenten per dag. De <i>zorgverlening</i> is voortdurend in de nabijheid te leveren. Bij deze cliëntgroep is sprake van een multidisciplinaire inzet van behandelaars, waarbij specialistische deskundigheid op het gebied van ouderengeneeskunde noodzakelijk is.</p> <p>De <i>dominante grondslag</i> is een somatische of soms psychogeriatrische ziekte/aandoening.</p>		<p>Gemiddelde scores beperkingen)</p> <p>Aard van de psychiatrische problematiek</p> <p>Aard van het begeleidingsdoel</p>				
Functies en tijd per cliënt per week						
Woonzorg			Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd	
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZPZ.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 18,0 tot 22,0 uur
	ja	ja	Ja			
Verblijfskenmerken						
Setting: beschermd verblijf.						
Nachtdienst: wakende wacht.						
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.						

Bron: NZa

Bijlage 2. Budgetparameters ZP 9a VV, AWBZ

Prestatie	Prestatiecode	Totaalwaarde Per dag
ZP 9aVV (toegelaten voor behandeling)	Z096	€ 218,03
NHC	Z096	€ 35,75
Toeslag Cerebro Vasculair Accident (CVA)	Z910	€ 28,30
Toeslag Transitie CVA	Z970	€ 69,52
Toeslag Transitie (heup)fractuur	Z971	€ 31,38
Toeslag Transitie electieve orthopedie	Z972	€ 34,88
Toeslag Transitie amputatie	Z973	€ 34,88
Toeslag Transitie overig	Z974	€ 31,38
Toeslag Invasieve beademing	Z918	€ 200,29
Toeslag Non-invasieve beademing	Z921	€ 37,60
Mutatiedag (toegelaten voor behandeling)	Z917	€ 70,26
Vervoer dagbesteding V&V	H803	€ 6,74
		Totaalwaarde Per dagdeel
Dagactiviteit basis	H801	€ 64,64
Dagactiviteit module	H801	€ 29,65

Bron: NZa

Bijlage 3. Prestatiebeschrijving GRZ in DBC's

Nr.	Product-code	Omschrijving	Tarief (integraal)	Waarvan niet-onderhandelbare kapitaallasten
Overige diagnoses				
1	998418036	Overige diagnoses; klinisch 1-14 dagen; maximaal 5 behandeluren	€ 1.935,30	€ 270,98
2	998418030	Overige diagnoses; klinisch 1-14 dagen; > 5 behandeluren	€ 2.917,27	€ 368,46
3	998418032	Overige diagnoses; klinisch 15-28 dagen; maximaal 14 behandeluren	€ 5.240,21	€ 737,79
4	998418024	Overige diagnoses; klinisch 15-28 dagen; > 14 behandeluren	€ 6.429,64	€ 812,83
5	998418026	Overige diagnoses; klinisch 29-56 dagen; maximaal 27 behandeluren	€ 10.083,91	€ 1.437,61
6	998418018	Overige diagnoses; klinisch 29-56 dagen; > 27 behandeluren	€ 12.513,53	€ 1.614,48
7	998418016	Overige diagnoses; klinisch 57-91 dagen;	€ 18.349,61	€ 2.576,89
8	998418014	Overige diagnoses; 92-134 dagen	€ 28.588,18	€ 4.062,71
9	998418008	Overige diagnoses; > 134 dagen	€ 39.303,02	€ 5.611,75

Nr.	Product-code	Omschrijving	Tarief (integraal)	Waarvan niet-onderhandelbare kapitaallasten
Overige diagnoses				
1	998418034	Diagnosen CVA; klinisch 1-14 dagen; maximaal 7 behandeluren	€ 2.166,37	€ 289,33
2	998418027	Diagnosen CVA; klinisch 1-14 dagen; > 7 behandeluren	€ 3.149,44	€ 362,50
3	998418029	Diagnosen CVA; klinisch 15-28 dagen; maximaal 20 behandeluren	€ 5.438,44,	€ 730,35
4	998418020	Diagnosen CVA; klinisch 15-28 dagen; > 20 behandeluren	€ 7.372,62	€ 856,28
5	998418022	Diagnosen CVA; klinisch 29-56 dagen; maximaal 39 behandeluren	€ 10.563,09	€ 1.436,84
6	998418017	Diagnosen CVA; klinisch 29-56 dagen; > 39 behandeluren	€ 13.766,37	€ 1.639,65

7	998418015	Diagnosen CVA; klinisch 57-91 dagen;	€ 19.554,66	€ 2.593,08
8	998418009	Diagnosen CVA; 92-134 dagen	€ 29.842,59	€ 3.990,94
9	998418005	Diagnosen CVA; > 134 dagen	€ 41.446,79	€ 5.558,35

Bron: NZa