

Uitvoeringstoets

Overheveling somatische revalidatiezorg van AWBZ naar Zvw

Tweede deel

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Bekostiging en financiering revalidatiezorg binnen AWBZ en Zvw	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Revalidatiezorg binnen de AWBZ	9
1.2.1 Beschrijving systeem	9
1.2.2 Bekostiging productie	10
1.2.3 Bekostiging kapitaallasten	11
1.2.4 Somatische Revalidatiezorg: aanspraak en indicatiestelling	11
1.2.5 Somatische Revalidatiezorg: bekostiging	12
1.2.6 Somatische revalidatiezorg: Productieafspraken 2010	14
1.3 Medisch specialistische revalidatiezorg binnen de Zvw	16
1.3.1 Beschrijving systeem	16
1.3.2 Bekostiging en financiering medisch specialistische revalidatiezorg	17
1.3.3 Bekostiging kapitaallasten	19
1.4 Verschillen in bekostiging	19
1.5 Macrobudgettaire effecten	20
1.5.1 Prijseffecten	20
1.5.2 Volume-effecten	20
1.6 Aandachtspunten	21
2. Bekostiging vanaf 2012	25
2.1 Inleiding	25
2.2 Voorwaarden bekostiging tussenjaar	25
2.3 Bekostiging tussenjaar	26
2.3.1 Mogelijke varianten	26
2.3.2 Bekostiging van de kapitaallastcomponent	28
2.4 Voor- en nadelen per variant	28
2.5 Conclusies	31
3. Bekostiging met de invoering van DBC's	33
3.1 AWBZ-zorgaanbieders	33
3.1.1 Overgangsregeling	34
3.1.2 Varianten voor financiering	34
3.1.3 Voor- en nadelen van de varianten	35
3.2 Revalidatiecentra	35
3.2.1 Bekostiging	35
3.2.2 Overgangperiode	36
3.2.3 Varianten	36
3.2.4 Voor- en nadelen van de varianten	36
3.3 Ziekenhuizen	37
3.3.1 Bekostiging	37
3.3.2 Overgangperiode	37
3.3.3 Varianten	38
3.3.4 Voor- en nadelen van de varianten	38
3.4 Nieuwe zorgaanbieders	38
3.5 Conclusies en adviezen	39
4. Relatie met andere systeemwijzigingen	41
4.1 DBC's op weg naar Transparantie (DOT)	41
4.1.1 Waarom DOT en wat is het?	41
4.1.2 Consequenties van DOT voor de overheveling van SRZ	41

4.2	Prestatiebekostiging medisch specialistische revalidatiezorg	42
5.	Aanpassen Beleidsregels	43
	Bijlage 1: Brief 'verzoek uitvoeringstoets'	45
	Bijlage 2: Profielomschrijving ZZP VV9a	49
	Bijlage 3: Prestatiebeschrijving H801	51
	Bijlage 4: Productstructuur Revalidatie	53
	Bijlage 5: Tijdlijn overheveling	57

Vooraf

Voor u ligt de Uitvoeringstoets Overheveling somatische revalidatiezorg. Hierin beschrijft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de varianten voor de bekostiging van de somatische revalidatiezorg. In deze uitvoeringstoets geeft de NZa antwoord op de vraag van de voormalige Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om haar te adviseren over de manier waarop de somatische revalidatiezorg onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) bekostigd en gefinancierd kan worden (zie bijlage 1). Daarnaast gaat de uitvoeringstoets in op aanvullende vragen betreffende de kapitaallasten, vrije prijzen, de overgangsperiode van AWBZ naar Zvw, de invloed op de beleidsregels van de NZa en de mogelijkheden voor bevoorschotting.

Bij het opstellen van de uitvoeringstoets heeft de NZa de conceptversie van de uitvoeringstoets met brancheorganisaties besproken. De definitieve versie is mede op grond van de inbreng van de brancheorganisaties tot stand gekomen. Uitgangspunt bij de weging van de belangen van de verschillende partijen zijn de kernwaarden van de NZa. Het gaat daarbij om betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg voor nu en in de toekomst.

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 reactie te geven op de conceptversie van deze uitvoeringstoets. Wij zijn hen daarvoor erkentelijk.

de Nederlandse Zorgautoriteit,

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

Managementsamenvatting

Na het eerste deel van de uitvoeringstoets in maart 2009 brengt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op verzoek van de voormalige Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een aanvullende uitvoeringstoets over de overheveling van de somatische revalidatiezorg (SRZ) van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) uit. In de voorliggende uitvoeringstoets wordt met name ingegaan op de bekostiging van deze zorg in het jaar 2012 (tussenjaar) en de bekostiging en financiering met de invoering van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

De NZa adviseert om de SRZ in 2012 te bekostigen op basis van zorgzwaartepakketten ongeacht het verzekeringssysteem (AWBZ of Zvw). Met de invoering van DBC's wordt de bekostigingsstructuur aangepast. Om te voorkomen dat zorgaanbieders tweemaal worden geconfronteerd met een wijziging in de bekostiging, voor het tussenjaar en vervolgens voor het moment van invoering van de DBC's, adviseert de NZa om de huidige bekostigingsparameters voor 2012 niet aan te passen.

De NZa heeft de voor- en nadelen van het wel of niet overhevelen van de SRZ per 1 januari 2012 naast elkaar gezet. Het voordeel van het overhevelen van de zorg per 2012 is vooral gelegen in de mogelijkheid om te 'oefenen' met de verzekeringssystematiek van de Zvw. Daarnaast wordt een stap gezet richting de uiteindelijke situatie. Er zijn geen zorginhoudelijke argumenten om de zorg per 2012 over te hevelen. Met het overhevelen van de zorg per 2012 blijft de ZZP bekostiging bestaan, zodat geen nieuwe prikkels tot bijvoorbeeld kwaliteitsverbetering zullen ontstaan.

Het nadeel van overhevelen per 2012 is dat extra extra uitvoerings- en administratieve lasten ontstaan doordat een tijdelijke bekostigingsstructuur onder de Zvw wordt gebracht. Door het samenvallen van de overheveling met de invoering van de normatieve huisvesting component (NHC's), voorzien in 2012, neemt bovendien de voorspelbaarheid van de risico's voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars af.

Overhevelen per 2013 betekent dat de overheveling van de SRZ samenvalt met de invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek op basis van DBC's. Extra prikkels voor kwaliteitsverbetering kunnen opgenomen worden in de DBC's. Daarnaast zijn de gevolgen van de invoering van de NHC's beter te overzien. Met het weglaten van het tussenjaar (2012) wijzigt niet de eindsituatie, maar alleen de weg ernaar toe. Volledige DBC bekostiging kan op zijn vroegst in 2014 plaatsvinden.

Bekostiging met de invoering van DBC's¹

Met betrekking tot de invoering van DBC's (2013) adviseert de NZa de SRZ via deze DBC's te financieren, maar de uiteindelijke afrekening plaats te laten vinden aan de hand van de geregistreerde zorgzwaartepakketten (ZZP's).

¹ De NZa gaat er hierbij vanuit dat de ontwikkelde DBC's een adequaat instrument zijn om de somatische revalidatiezorg in 2013 te financieren en te bekostigen. Mocht het opleveren van de DBC's worden uitgesteld verschuift hiermee ook het overgangsjaar.

De overgang van een bekostigingssysteem op basis van ZZP's naar een bekostigingssysteem op basis van DBC's heeft twee wezenlijke financiële veranderingen voor AWBZ zorgaanbieders tot gevolg. Ten eerste leidt de overgang van ZZP's naar DBC's mogelijk tot een verschil in de inkomsten. Ten tweede ontvangen zorgaanbieders op een later moment een vergoeding voor de geleverde zorg. Er wordt pas betaald nadat het gehele zorgtraject is doorlopen en niet op basis van een maandelijks voorschot of (maandelijks) na het leveren van de zorg.

Met name vanwege de overgang van ZZP's naar DBC's is het zorgvuldig om de DBC's met een overgangsregeling in te voeren. De NZa adviseert om in 2013 de zorg te financieren met de DBC's, maar de uiteindelijke afrekening plaats te laten vinden op grond van de geregistreerde ZZP's. Gedurende dit overgangsjaar zal de NZa daarnaast een impactanalyse op zorgaanbiederniveau uitvoeren. Hiermee wordt bekeken in hoeverre de inkomsten veranderen door de overgang van ZZP's naar DBC's.

De NZa verwacht dat de zorg in 2014 volledig op basis van DBC's bekostigd kan worden. Dit is echter afhankelijk van de resultaten van de impactanalyse. Daarbij zal met name gekeken worden of met de invoering van DBC's nog aan de zorgvraag kan worden voldaan.

1. Bekostiging en financiering revalidatiezorg binnen AWBZ en Zvw

1.1 Inleiding

Per 1 januari 2012 heeft het ministerie van VWS het voornemen om de somatische revalidatiezorg (SRZ) over te hevelen van de AWBZ naar de Zvw. Om een beeld te krijgen van de consequenties die deze overheveling heeft voor de wijze van bekostigen, zal hierna worden ingegaan op de huidige systematiek binnen de AWBZ en de Zvw.

SRZ is op herstelgerichte zorg, die om die reden niet in de AWBZ thuis hoort. Gezien de impact die de overheveling heeft is het goed het doel hiervan voor ogen te houden.

Met het wegnemen van de financieringsschotten tussen de AWBZ en de Zvw en de zorg onder te brengen binnen één sturingssysteem wordt, door de overheveling, al een eerste stap gezet om de herstelgerichte zorg in meer samenhang te kunnen bezien. Daarnaast krijgen zorgverzekeraars de mogelijkheid om via de zorginkoop te sturen en zaken te doen met de ketens van verschillende zorgaanbieders die aantrekkelijke arrangementen kunnen bieden. De overheveling zou, naast meer continuïteit van zorg, daarom ook kwaliteitswinst moeten opleveren. Daarbij gaat het niet alleen om de intensiteit van de zorg, maar ook om diversificatie van het aanbod, waardoor bijvoorbeeld een integraal patiëntgericht zorgtraject tot stand kan komen.

De SRZ en de medisch specialistische revalidatie richten zich beiden op andere doelgroepen waardoor in de praktijk weinig sprake is van overlap. De SRZ richt zich op de (veelal) oudere patiënt. De somatische revalidant wordt gekenmerkt door 'frailty' (verhoogde somatische, psychische en sociale kwetsbaarheid en regieverlies over het eigen leven) en veelal co-morbiditeit. Naast somatische en of psychogeriatrische co-morbiditeit is meer en meer sprake van psychiatrische en sociaalpsychologische problematiek (waaronder verslavingsproblematiek). In de medisch specialistische revalidatiezorg gaat het om revalidatie waarbij sprake is van complexere revalidatieproblematiek en van een intensief programma.

1.2 Revalidatiezorg binnen de AWBZ

1.2.1 Beschrijving systeem

De AWBZ is een verplichte volksverzekering. De AWBZ dekt de hoge kosten als gevolg van een lichamelijke, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. De verzekerde heeft aanspraak op zorg in natura (ZIN) geleverd door een zorgaanbieder, of een persoonsgebonden budget (Pgb) waarbij de verzekerde zelf zijn zorg inkoop. Voor de verlening van AWBZ zorg is een indicatiestelling vereist die door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of Bureau Jeugdzorg wordt afgegeven.

De AWBZ bepaalt dat verzekerden met een aanspraak hun recht op zorg bij de zorgverzekeraar tot gelding kunnen brengen (zorgplicht). De zorgaanspraken in de AWBZ zijn uitgedrukt in functies en klassen.

Indicaties voor langdurige opname in een AWBZ-zorgaanbieder worden afgegeven in de vorm van een zorgzwaartepakket (ZZP).

De uitvoering van de AWBZ is opgedragen aan zorgverzekeraars, waarbij een wettelijk mandaat en volmacht is toegekend aan de verbindingkantoren (zorgkantoren). De zorgkantoren voeren de inkoop van zorg in opdracht van de verzekeraars uit. Nadat de indicatie is gesteld wordt de zorg ingekocht via de zorgkantoren.

Nederland is verdeeld in 32 zorgkantorregio's. Het zorgkantoor voert de AWBZ uit voor alle verzekerden die in zijn zorgregio woont, dus ook voor verzekerden van andere zorgverzekeraars.

1.2.2 Bekostiging productie

De verzekerde met een indicatie voor AWBZ-zorg kan bij het zorgkantoor aanspraak maken op deze zorg. De zorgkantoren zullen voldoende prestaties in moeten kopen om aan hun zorgplicht te voldoen. Dit betekent dat zij zodanig volume moeten contracteren bij zorgaanbieders, dat alle patiënten met een indicatie zo spoedig mogelijk de benodigde zorg krijgen.

Hiertoe maakt het zorgkantoor jaarlijks productieafspraken met zorgaanbieders. Deze productieafspraken zijn leidend voor het budget van zorgaanbieders. Op grond van de productieafspraken en de geldende vastgestelde beleidsregels stelt de NZa de budgetten voor AWBZ zorgaanbieders vast. De zorgaanbieder dient jaarlijks een budgetverzoek in bij de NZa dat wordt getoetst aan de beschikbare regionale contracteerruimte. Elk jaar wordt er per regio een macrokader vastgesteld waarbinnen de zorg ingekocht moet worden.

In november kunnen zorgkantoor en zorgaanbieder, rekening houdend met de daadwerkelijke realisatie in de loop van het jaar, verzoeken om aanpassing van het budget. Vervolgens dienen de zorgkantoren en zorgaanbieders in november gezamenlijk de productieafspraken voor het komende jaar in.

De productieafpraak is een afspraak over een aantal (q) te leveren prestaties tegen een bepaalde prijs (p). De prijs -het tariefsoort- wordt op aanwijzing van de minister vastgesteld. Voor 2011 is het tariefsoort voor zowel de intramurale- en extramurale zorg een vast tarief.

In de beleidsregels van de NZa worden de prijzen opgenomen die maximaal afgesproken kunnen worden voor de betreffende prestatie. Voor de extramurale zorg kan een prijs afgesproken worden tot een maximum van de beleidsregelwaarden. Voor de intramurale zorg geldt voor 2011 dat afspraken gemaakt kunnen worden binnen een bandbreedte van 94% tot en met 100% van deze beleidsregelwaarden. Zorgkantoren en zorgaanbieders maken gezamenlijk afspraken over de prijs. Nadat die prijs door de NZa is vastgesteld, is er sprake van een vast tarief. Dit betekent dat de zorgaanbieder voor eenzelfde prestatie gedurende het hele jaar slechts één tarief kan declareren.

Voor de gehele intramurale zorg worden tarieven per dag afgesproken, bij de extramurale revalidatiezorg wordt een tarief per dagdeel afgesproken. De geleverde zorg wordt overeenkomstig de gemaakte afspraken met het zorgkantoor per maand of per vier weken gedeclareerd.

Naast de prijs kunnen zorgkantoren en zorgaanbieders onderhandelen over het aantal te leveren prestaties. Deze prestaties worden door de NZa omschreven en vastgelegd in beleidsregels.

Een zorgzwaartepakket (ZZP) omvat wonen, zorg, diensten en eventueel ook de dagbesteding en behandeling die een patiënt nodig heeft. Er zijn 47 verschillende zorgzwaartepakketten. Aan elk ZZP is een aantal uur zorgtijd per week gekoppeld, afhankelijk van de mate van beperkingen van de patiënt.

1.2.3 Bekostiging kapitaallasten

Momenteel worden de kapitaallasten – met uitzondering van kleinschalige woonvoorzieningen en extramurale kapitaallasten – grotendeels nagecalculeerd. Daarnaast is een klein deel van de vergoeding afhankelijk van het aantal bedden cq plaatsen. Voor de extramurale AWBZ is sprake van een integraal tarief inclusief een normatieve kapitaallastencomponent.

Op dit moment werken VWS, NZa en TNO/CBZ aan de invoering van een productiegebonden systematiek, waarbij aan de ZZP's een normatieve huisvestingscomponent (NHC) wordt toegevoegd. Invoering hiervan is voorzien in 2012.

1.2.4 Somatische Revalidatiezorg: aanspraak en indicatiestelling

De SRZ die volgens de correspondentie² van VWS overgaat van de AWBZ naar de Zvw, heeft betrekking op intramurale herstelgerichte verpleging en verzorging en de daarmee verbonden extramurale dagbehandeling.

Intramurale zorg

Om aanspraak te maken op intramurale revalidatiezorg binnen de AWBZ is een indicatie van het CIZ nodig. Patiënten met een indicatie voor herstelgerichte behandeling krijgen een ZZP VV9 indicatie. Bij deze patiënten is behoefte aan herstelgerichte behandeling die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist. Naast de aandoening waarvoor de patiënt wordt gerevalideerd heeft de patiënt ook andere problemen in de zin van co-morbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), hetgeen kan leiden tot instabiliteit en complicaties. In de profielomschrijving van ZZP VV9 (zie bijlage 2) wordt onderscheid gemaakt tussen patiënten die voorafgaand aan de revalidatie nog geen behandeling in combinatie met verblijf ontvingen (groep a) en patiënten die wél al behandeld werden in combinatie met verblijf (groep b). De revalidatiezorg die overgeheveld wordt heeft betrekking op de a groep.

Extramurale zorg

Voor de extramurale zorg wordt een indicatie in functies en klassen of dagdelen afgegeven. De AWBZ kent diverse zorgfuncties zoals persoonlijke verzorging (PV), begeleiding (BG) en behandeling (BH). Een indicatie wordt afgegeven voor één of meerdere zorgfuncties. Voor iedere zorgfunctie wordt aangegeven hoeveel uur per week de patiënt deze zorg nodig heeft. Dit wordt vermeld in zogenaamde klassen. Iedere klasse staat voor een bepaald aantal uur. Klasse 1 bestaat bijvoorbeeld uit nul tot twee uur. Alleen voor begeleiding in groepsverband zijn de klassen vastgesteld in termen van dagdelen. Een dagdeel staat gelijk aan maximaal vier aaneengesloten uren.

² Overheveling revalidatiezorg AWBZ-ZVw kenmerk: CZ/FB/2959427, ministerie van VWS, oktober 2009

Voor patiënten met een indicatie voor begeleiding in groepsverband kan de herstelgerichte dagbehandeling, dagactiviteit ouderenspeciaal revalidatie (H801), afgesproken worden. De prestatiebeschrijving hiervan is opgenomen in bijlage 3. Het gaat hierbij om dagbehandeling in groepsverband van kortdurende aard, gericht op revalidatie na medisch specialistische diagnostiek/interventie. Vaak gaat hier een periode van kortdurende opname (verblijf) voor revalidatie in een revalidatiesetting, meestal in een verpleeghuis, aan vooraf.

Naast de prestatie voor de extramurale dagbesteding kunnen ook afspraken voor vervoer gemaakt worden. Vervoer is een aanspraak binnen de AWBZ wanneer een patiënt in een AWBZ-instelling een dagdeel begeleiding in groepsverband krijgt en wanneer dit medisch noodzakelijk is.

1.2.5 Somatische Revalidatiezorg: bekostiging

Intramurale zorg

De intramurale zorg wordt bekostigd op basis van ZZP's. Een ZZP omschrijft ondermeer welke functies en uren (direct en indirect patiëntgebonden tijd) per verblijfspatiënt per week van toepassing zijn op de componenten woonzorg, dagbesteding en behandelaars.

De component woonzorg omvat de functies begeleiding (BG), persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP). De component behandelaars omvat de functie Behandeling (BH), geleverd door behandelaars (medici, paramedici en gedragswetenschappers) buiten de formatie van het woonzorgteam.

ZZP VV9 onderscheidt zich met name ten aanzien van de behandelcomponent van de andere ZZP's. De bekostiging van behandeling artikel 8 (de functie behandeling) en artikel 15 van het Besluit Zorgaanspraken (BZa) is momenteel afhankelijk van de toelating voor behandeling op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Dit betekent dat de bekostiging niet afhangt van de indicatie van de patiënt, maar van de vraag of de zorgaanbieder waar de patiënt verblijft een toelating voor behandeling heeft.

Zorgaanbieders die geen toelating voor behandeling hebben kunnen toch afspraken voor ZZP VV9 maken. Op het eerste gezicht is dit vreemd omdat dit een ZZP is, waarin met name behandeling is opgenomen. Doordat een aantal verzorgingshuizen vanuit het verleden zorg leverden aan revalidatiepatiënten is besloten dat ook zorgaanbieders zonder de toelating voor behandeling deze zorg af kunnen spreken en kunnen leveren, mits zij aan de gestelde kwaliteitseisen kunnen voldoen.

Tabel 1. Opbouw ZZZP VV9

Functies en tijd per patiënt per week						
Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG Ja	PV Ja	VP Ja	Zie omschrijving in toelichting	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken. Dit is gemiddeld 4 uur.	Inclusief dagbesteding: 18,0 tot 22,0 uur
Gemiddeld 15,5 uur						
Verblijfskenmerken						
Setting: beschermd verblijf. Nachtdienst: wakende wacht. Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.						

De maximale beleidsregelwaarde 2011 voor ZZZP VV9 is € 196,15 per dag (inclusief behandeling).

Naast het ZZZP is het mogelijk om een toeslag voor patiënten met een CVA af te spreken. Deze toeslag is tot stand gekomen naar aanleiding van onderzoek van ETC tangram³. Hieruit bleek dat aan CVA-patiënten gemiddeld meer behandeling wordt geleverd en dat deze behandeling ook effectief is. Met deze CVA toeslag is het mogelijk om 1,8 uur extra behandeling in de week te leveren (€ 26,67 per dag).

Daarnaast worden in 2011 al eerste stappen genomen richting de DBC bekostiging. Om beter aan te sluiten bij de hulpvraag van de patiënt wordt het in 2011 mogelijk gemaakt om een toeslag (transitietarief⁴) af te spreken om de behandeling te intensiveren, zodat de patiënt sneller herstelt en daardoor eerder naar huis kan. Dit voor zover de belastbaarheid van de patiënt het toelaat.

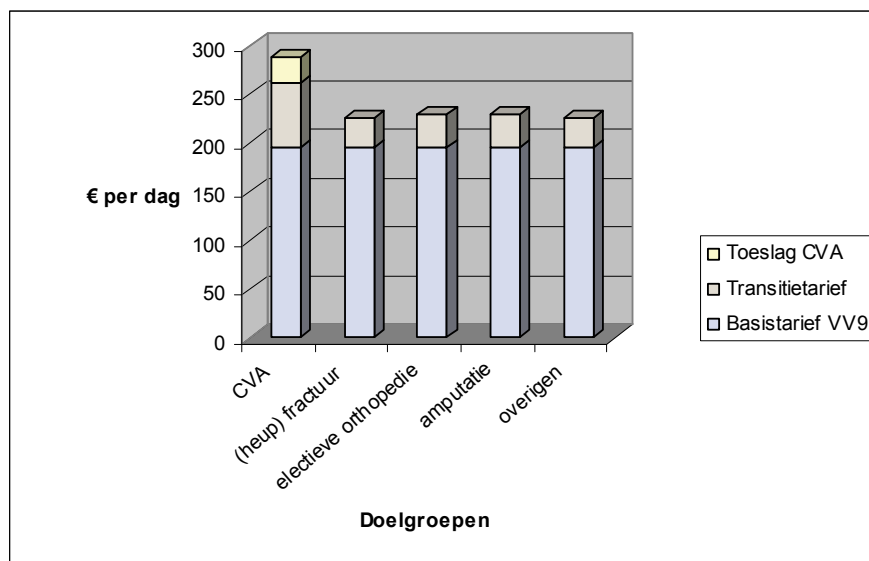
Binnen de doelgroep SRZ zijn vijf groepen te onderscheiden met een verschillende (intensivering van) zorginzet en (verkorting van) ligduur. Voor elke doelgroep is een aparte toeslag opgenomen; CVA (€ 65,28 per dag), (heup)fractuur (€ 29,47 per dag), electieve orthopedie (€ 32,75 per dag), amputatie (€ 32,75 per dag) en overigen (€ 29,47 per dag).

Een overzicht van de bekostiging van de intramurale revalidatiezorg is in figuur 1 weergegeven.

³ Revalidatie in de AWBZ Omvang, aard en intensiteit; ETC tangram, 31 maart 2008, Dr. P.B.G. Peerenboom (Peter Bob), Drs. J. Spek (Jan), Drs.G. Zekveld (Ineke), PHEG LUMC te Leiden, Prof. Dr. H.J.M. Cools (Herman), Dr. R. van Balen (Romke), Drs. M.J. Hoogenboom (Marit).

⁴ In het verzoek voor de uitvoeringstoets wordt gesproken over een dynamisch tarief. Dit tarief is vormgegeven door de verschillende transitietarieven.

Figuur 1. Overzicht intramurale bekostiging



Extramurale zorg

De maximale beleidsregelwaarde voor de extramurale op herstelgerichte dagbesteding zijn opgebouwd uit zowel loon- en materiële kosten als kapitaallasten. De maximale beleidsregelwaarde voor 2011 bedraagt € 61,25 per dagdeel.

De beleidsregelwaarde 2011 voor het vervoer dat samenhangt met de extramurale dagbesteding is € 15,37 per aanwezigheidsdag (H625).

1.2.6 Somatische revalidatiezorg: Productieafspraken 2010

Om inzicht te krijgen in de financiële consequenties van de overheveling wordt in deze paragraaf een overzicht gegeven van de productieafspraken 2010.

Productieafspraken 2010 op landelijk niveau

Bij de eerste productieafspraken van 2010 zijn er circa 3,5 miljoen⁵ dagen ZPP VV9 door zorgaanbieders afgesproken. Hiervan zijn ruim 200.000 dagen zonder behandeling afgesproken (6% van het totaal aantal dagen). De overige dagen betreffen afspraken inclusief behandeling.

Omdat de overheveling naar de Zvw voor een bepaalde groep patiënten nadelige gevolgen kan hebben, blijft een beperkt deel van de ZPP VV9 geïndiceerde achter in de AWBZ. Dit betreft de revalidatiezorg die wordt geleverd aan patiënten die voorafgaand aan de revalidatie al AWBZ-zorg inclusief behandeling en verblijf ontvingen. Deze patiënten hebben vaak cognitieve beperkingen (vanwege chronische psychogeriatrische en/of somatische problemen), waardoor zij zich moeilijk aan een nieuwe omgeving kunnen aanpassen. Overheveling van de zorg aan deze patiënten is daarom niet wenselijk. Deze patiënten worden omschreven als VV9b patiënten. De patiënten die overgaan naar de Zvw zijn de zogenoemde VV9a patiënten.

⁵ Exact: 3.448.668 dagen

Om de financiële omvang van de revalidatiezorg vast te stellen heeft Bureau HHM een onderzoek gedaan naar de verhouding van het aantal patiënten dat voorafgaand aan de revalidatiezorg al AWBZ zorg inclusief verblijf en behandeling ontving en het aantal patiënten die voorafgaand de revalidatiezorg opgenomen waren in een 'verzorgingshuis' of vanuit de thuissituatie kwamen. Deze verhouding is respectievelijk 1:9.⁶

Het financiële beslag van het totaal aantal dagen revalidatiezorg komt neer op ruim € 650 miljoen. Na een correctie van het aantal VV9b patiënten (dat achterblijft in de AWBZ) is een indicatie van het totaal over te hevelen bedrag ruim € 580 miljoen. Op basis van de realisatiecijfers kunnen deze bedragen nog iets wijzigen.

Tabel 2. Overzicht productieafspraken 2010

	Met behandeling		Zonder behandeling	
	VV9b	VV9a	VV9b	VV9a
Aantal dagen	324.103	2.916.927	20.513	184.613
Financieel*	62,4	561,5	2,8	25

* In miljoenen euro's

Voor de extramurale zorg zijn 519.000 dagdelen afgesproken. Het totaal afgesproken bedrag voor de extramurale op herstelgerichte dagbesteding is € 31 miljoen.

Naast de prestatie die voor de dagbehandeling afgesproken kan worden is het mogelijk om de prestatie vervoer af te spreken. Vervoer is een aanspraak onder de AWBZ als sprake is van behandeling⁷ in groepsverband en er een medische noodzaak is. In totaal is voor ruim € 47,5 miljoen aan vervoer afgesproken. Vervoer kan echter voor een aantal prestaties afgesproken worden (H531, H800, H801 en H533). Het aandeel dagen dat voor H801 is afgesproken ten opzichte van het totaal aantal dagen dat voor bovengenoemde prestaties is afgesproken is 7%. Als de vervoerskosten gelijkmatig over deze prestaties verdeeld zijn dan zijn de vervoerskosten die samenhangen met de SRZ ongeveer € 3,5 miljoen.

Tot slot is het mogelijk om een compensatie te krijgen voor de bekostiging van dure geneesmiddelen. Het is niet bekend welk deel van de kosten betrekking hebben op de SRZ. De verwachting is dat de kosten die hiermee samenhangen beperkt zijn, aangezien de totale vergoeding voor dure geneesmiddelen die in 2008 in aanmerking zijn gekomen € 980.000,- bedraagt.

⁶ Bureau HHM, maart 2010

⁷ Beschreven aanspraak is de aanspraak per 1 januari 2011. Door de overheveling van de functie activerende begeleiding naar de functie behandeling ontstonden er problemen rond de rechtmatigheid van vervoer. Om deze problemen op te lossen wordt artikel 10 van het BZa vanaf 1 januari 2011 aangepast.

Tabel 3. Overzicht financieel beslag revalidatiezorg 2010

Revalidatiezorg	Financieel*
Intramuraal VV9a	580
Intramuraal VV9b	70
Extramuraal	31
Vervoerskosten	3,5
Totaal financieel beslag 2010	684,5
Prognose over te hevelen bedrag (excl. VV9b)	614,5

* In miljoenen euro's

Aandeel somatische revalidatiezorg per zorgaanbieder

Het is van belang om een overzicht op landelijk niveau van de productieafspraken te hebben om te weten hoeveel middelen overgeheveld worden. Voor de mogelijke effecten op zorgaanbiederniveau is gekeken naar het aantal zorgaanbieders die SRZ onder de AWBZ leveren en het aandeel van de totale productieafspraken dat zij hebben.

In 2010 zijn door 294 zorgaanbieders afspraken gemaakt voor SRZ. In onderstaande tabel wordt een financieel overzicht gegeven van het aandeel revalidatiezorg dat deze zorgaanbieders levert⁸ ten opzichte van de totale productieafspraken.

Tabel 1. Overzicht aandeel revalidatiezorg t.o.v. de totale productieafpraak⁹

Aandeel revalidatiezorg	Aantal zorgaanbieders	Bedragen revalidatiezorg*
0%-5%	127	35,9
5%-10%	96	336,7
10%-15%	43	196,1
15%-20%	20	85,6
>20%	8	24,5

* In miljoenen euro's

1.3 Medisch specialistische revalidatiezorg binnen de Zvw

1.3.1 Beschrijving systeem

De Zvw is een verplichte ziektekostenverzekering voor ingezetenen van Nederland. De zorgverzekering dekt de noodzakelijke, op genezing gerichte zorg. In de wet zijn de te verzekeren prestaties functioneel omschreven en is de aard van de te verzekeren prestaties waarop de verzekerde recht heeft vermeld, zoals verpleging en geneeskundige zorg. De inhoud en omvang van deze prestaties is in lagere regelgeving Besluit zorgverzekering (Bzv) geregeld. De Zvw wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars. Het sturingsprincipe binnen de Zvw is toenemende

⁸ Hierbij is niet gecorrigeerd voor het aandeel VV9b patiënten. Op landelijk niveau is deze verhouding bekend maar voor de individuele zorgaanbieder kan dit anders uitpakken.

⁹ In dit overzicht zijn de kosten die samenhangen met het vervoer niet meegenomen.

(gereguleerde) marktwerking zowel onderling tussen zorgverzekeraars als tussen zorgaanbieders. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk dat er zorg wordt geleverd. De zorgverzekeraar maakt daarover afspraken met de verzekerde in de polis. De polis is bepalend.

Burgers moeten zich verplicht verzekeren voor het basispakket, en hebben vrije keuze voor een zorgverzekeraar. Daarnaast zijn zij vrij om een aanvullende verzekering af te sluiten. Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen voor de basisverzekering te accepteren (acceptatieplicht).

Zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor vergoeding van de Zvw (en AWBZ) moeten zijn toegelaten op basis van de WTZi. Zorgverzekeraars kopen zorg in bij zorgaanbieders. Zorgaanbieders kunnen in de Zvw in principe met alle zorgverzekeraars een contract aangaan. Zorgverzekeraars hoeven daarentegen niet met alle zorgaanbieders een contract aan te gaan. In het contract worden afspraken met de zorgaanbieder gemaakt over de te leveren zorg en de daaraan gekoppelde tarieven.

Diagnose Behandel Combinatie (DBC)

De zorgaanbieder gebruikt DBC's om de geleverde zorg te declareren bij de zorgverzekeraar. Een DBC beschrijft een gemiddeld zorgpakket van een patiënt in vier codes. Die codes staan voor de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. De DBC benoemt elke activiteit in de behandeling van de patiënt, van het eerste contact tot en met de laatste controle. DBC's omvatten zowel medische handelingen (operaties, onderzoeken, therapie) als ondersteunende activiteiten (verpleegdagen, specialistenoverleg). Door aan alle activiteiten in het zorgproces kostprijzen te koppelen, wordt de totale kostprijs van een DBC bepaald.

1.3.2 Bekostiging en financiering medisch specialistische revalidatiezorg

Medische specialistische revalidatiezorg is al onderdeel van de Zvw. Het gaat hierbij om zorg voor kinderen, jongeren en volwassenen die als gevolg van een ziekte, ongeval of aandoening met beperkingen te maken hebben. Het gaat om revalidatie waarbij sprake is van complexere revalidatieproblematiek en van een intensief programma. De behandeling, zorg en begeleiding die als integraal onderdeel van een revalidatietraject vanuit een revalidatiecentrum nodig is, valt onder de prestatie geneeskundige (medisch specialistische) zorg (art 2.4) van de Zvw.

Zorgaanbieders kunnen in de Zvw in principe met alle zorgverzekeraars een contract aangaan. Dit geeft de zorgaanbieder meer mogelijkheden dan in de huidige AWBZ met één regionale zorginkoper. De keerzijde is dat meerdere inkopers leidt tot een toename van administratieve lasten. In het contract, in de regel een standaardcontract voor de betreffende zorgaanbieders van gelijke behandelzorg, worden afspraken gemaakt over het totale bedrag dat de zorgorganisatie in het volgende kalenderjaar voor de betreffende geleverde zorg kan ontvangen. Indien een zorgaanbieder het plafond van de gemaakte productieafspraken heeft bereikt zal overleg plaatsvinden met de zorgverzekeraar voor extra middelen. Bij medisch specialistische revalidatiezorg zijn dat extra middelen uit het volgende kalenderjaar die eerder kunnen worden ingezet.

Indien een zorgaanbieder geen contract heeft met de zorgverzekeraar dan kan een verzekerde met een restitutiepolis ook bij de zorgaanbieder terecht; dan moet de verzekerde zelf zorg dragen voor de betaling en restitutie.

Medisch specialistische revalidatiezorg onder de Zvw wordt geleverd door revalidatiecentra en op revalidatieafdelingen van algemene en universitaire ziekenhuizen. De bekostiging van ziekenhuiszorg, waarvan revalidatiezorg een onderdeel is, is opgebouwd uit twee delen. Het A-segment, 66% van de ziekenhuiszorg, wordt bekostigd door de functiegerichte budgettering (FB). Het B-segment (34%) wordt via DBC's bekostigd met vrije tarieven, dit omvat voornamelijk electieve zorg.

De invoering van het vrije B-segment betekent dat zorgaanbieders, ziekenhuizen en Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's), jaarlijks met de zorgverzekeraars kunnen onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en de kwantiteit van de te leveren productie in termen van DBC's. De minister besluit op advies van de NZa over uitbreiding van het B-segment. De financiering van de zorg vindt plaats door middel van DBC's. Medisch specialistische revalidatiezorg valt binnen het A-segment en revalidatiecentra worden daarom vooralsnog volledig bekostigd op basis van functiegerichte budgettering (FB).

De hoogte van het budget wordt bepaald aan de hand van budgetparameters, zoals revalidatie behandeluren (RBU), verpleegdagen, poliklinische en klinische behandelplaatsen. De DBC omzet is ter vulling van het budget (financiering). Bij overschrijding wordt hierop nagecalculeerd. De revalidatieartsen zijn in loondienst, dat betekent dat de gehele opbrengst van de DBC naar het ziekenhuis gaat.

Revalidatie DBC's (medisch specialistische revalidatie)

Bij de start van de behandeling wordt de DBC geopend door de medisch specialist. Hierbij wordt het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose vastgelegd. De zorgactiviteiten (verrichtingen) worden geregistreerd, zoals consulten, Specialistische Revalidatie Behandeling (SRB) verrichtingen, direct patiëntgebonden zorgactiviteiten, direct patiëntgebonden zorgactiviteiten verpleging en indirecte patiëntgebonden zorgactiviteiten. De behandelcode wordt niet vastgelegd, maar achteraf afgeleid op basis van de geregistreeerde zorgactiviteiten. De registratie van DBC's en verrichtingen wordt vooralsnog voorgeschreven door de regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC registratie en facturering¹⁰. De productstructuur van de revalidatie DBC's (Medisch specialistische revalidatie) zijn opgenomen in (Bijlage 4).

De verschillende diagnoses die binnen de medisch specialistische revalidatiezorg kunnen worden getypeerd zijn terug te vinden op de typeringslijst voor medisch specialistische revalidatiezorg. Deze is opgebouwd uit vier hoofdbehandelsoorten:

- Consultaire behandelingen
- Poliklinische behandelingen (PRB)
- Klinische behandelingen (KRB)
- Specialistische revalidatiebehandelingen (SRB)

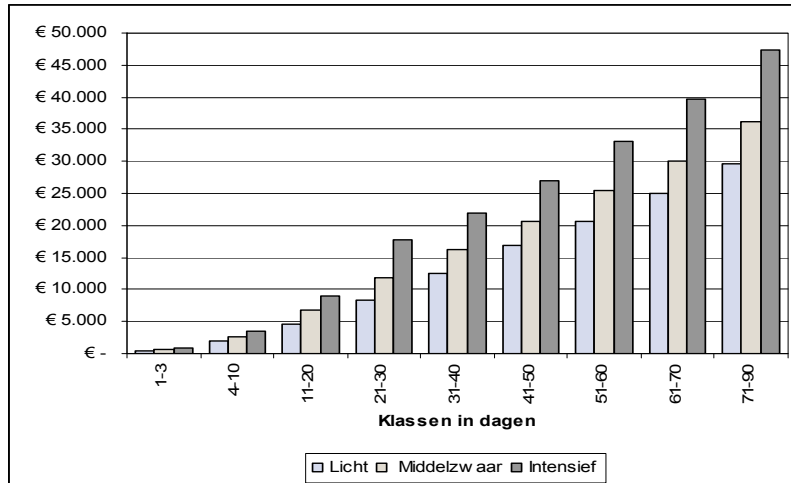
De hoofdbehandelproducten kennen een onderverdeling in zwaarte. Dit omdat geen causale relatie bestaat tussen de diagnose en de uit te voeren behandeling. Diverse individuele patiëntfactoren buiten de diagnose kunnen van invloed zijn op de duur en hoeveelheid behandeling.

De poliklinische behandeling is gebaseerd op het aantal uren dat een patiënt in behandeling is, bij de klinische behandeling is het aantal dagen in combinatie met het aantal uren het uitgangspunt. De behandeluren en

¹⁰ Bij de invoering van DOT zal deze regeling afgeschaft worden.

behandeldagen zijn verdeeld in klassen. De grenzen in de behandelklassen kunnen leiden tot strategisch gedrag. Als de behandelduur de bovengrens van de klasse nadert, bestaat de prikkel om de behandeling langer te laten duren en zo het hogere tarief in rekening te kunnen brengen.

Figuur 2. Overzicht bekostiging Klinische revalidatiebehandeling



1.3.3 Bekostiging kapitaallasten

Revalidatie-zorgaanbieders

Het WTZI bouwregime is voor de revalidatie-zorgaanbieders per 2008 beëindigd. Er is echter nog steeds sprake van volledige budgettering/nacalculatie op de kapitaallasten.

Ziekenhuizen

In ziekenhuizen wordt vooral poliklinische revalidatie aangeboden waarvoor ook de RBU parameters de basis van het budget vormen.

De vergoeding voor kapitaallasten bij ziekenhuizen valt in twee delen uiteen: één deel wordt gedekt uit het B-segment; een ander deel valt nog onder de budgettering/nacalculatie.

Er is een overgangsregeling (voor de ziekenhuizen) ingevoerd voor de overheveling van de kapitaallastenvergoeding naar het B-segment. De NZa zal binnenkort een garantieregeling vaststellen voor de toekomstige beëindiging van de budgettering. In 2010 is ook een regeling vastgesteld voor eenmalige compensatie van de zogenaamde immateriële vaste activa (IMVA).

1.4 Verschillen in bekostiging

In voorgaande paragrafen zijn verzekeringssystemen van de AWBZ en de Zvw op hoofdlijnen beschreven. Hieronder wordt een vergelijking tussen de bekostiging onder de AWBZ en de Zvw gemaakt.

De bekostiging onder de AWBZ verschilt in drie opzichte van de bekostiging onder de Zvw.

- De mate van prestatiebekostiging.
- De bekostiging uitgedrukt in tijdseenheid (klasse versus dagen).
- Moment van financiering.

Onder de AWBZ is sprake van volledige prestatiebekostiging. Onder de Zvw is de financiering (DBC's) productieafhankelijk maar is de

bekostiging vooralsnog slechts ten dele productieafhankelijk. De bekostiging van medisch specialistische revalidatiezorg is nog gebaseerd op de FB-parameters. Deze omvat een vaste- (bedden) en een variabele component (verpleegdagen). De financiering van het budget vindt plaats via de geleverde en in rekening gebrachte DBC's. Een overzicht van de bekostiging en financiering is weergegeven in figuur 3.

Figuur 3. Bekostiging en financiering revalidatiezorg: SRZ en medisch specialistische zorg

	Bekostiging	Financiering
Revalidatiecentra	FB budgettering	DBC's
Ziekenhuizen A-segment	FB budgettering	DBC's
AWBZ-zorgaanbieders	ZZP's	ZZP's

Het tweede verschil betreft de bekostiging van de tijdseenheid. De bekostiging onder de AWBZ is gebaseerd op een vergoeding per dag. De systematiek van de revalidatie DBC's gaat uit van een aantal klassen. Elke klasse betreft een bepaald aantal dagen.

Ten derde is een verschil in het moment van financiering. Onder de AWBZ wordt bevoorschot (voorafgaand aan de geleverde zorg) op basis van de productieafspraken terwijl onder de Zvw sprake is van declaratie achteraf. De overgang van AWBZ naar Zvw heeft voor de AWBZ zorgaanbieders tot gevolg dat zij productie die zij eerst vooraf betaald krijgen met de overgang pas achteraf kunnen declareren. Dit kan gevolgen hebben voor hun liquiditeitspositie.

1.5 Macrobudgettaire effecten

De overheveling dient macrobudgettair neutraal te zijn. Na de overheveling kan niet worden gegarandeerd dat het volume gelijk blijft. Binnen de tarieven is de speelruimte beperkt. Het volume is echter vooral afhankelijk van de eventuele markteffecten.

1.5.1 Prijseffecten

Wanneer het tarief voor SRZ niet kostendekkend blijkt te zijn, is de NZa wettelijk verplicht het tarief te verhogen. Aangenomen dat de kosten niet omhoog gaan door de overheveling op zich kan een dergelijke prijsstijging niet toegeschreven worden aan deze overheveling. Wanneer de tarieven verhoogd moeten worden, zullen de totale kosten van SRZ toenemen omdat de prijsstijging niet weg kan vallen tegen een daling van het volume.

Na de overheveling is het mogelijk dat het tarief niet meer kostendekkend is doordat er een (beoogde) kwaliteitsslag gemaakt wordt door intensivering en innovatie van de zorg. Intensivering en innovatie kunnen evenwel ook leiden tot kostendalingen.

1.5.2 Volume-effecten

Het volume kan stijgen door twee – grotendeels van elkaar onafhankelijke – oorzaken:

- Autonome stijgingen
 - Een latent aanwezige vraag, kan na de overheveling tot uiting komen. Of deze vraag reeds aanwezig is blijkt vooral uit het bestaan van wachtlijsten. Voor SRZ zijn deze er momenteel niet.
 - Een door aanbieders gecreëerde vraag (supplier induced demand). Of aanbieders zelf vraag kunnen creëren is grotendeels afhankelijk van het soort zorg. Op het aantal diagnoses voor CVA, fracturen en amputaties heeft de aanbieder geen invloed, op electieve orthopedie kan die invloed wel bestaan (niet bij AWBZ zorgaanbieders, wel bij orthopeden). Omdat de electieve orthopedie ongeveer 20% (€ 116 miljoen) van de totale populatie uitmaakt, zal een stijging van de macro meerkosten beperkt zijn.
 - Vergrijzing. Dit kan leiden tot macromeerkosten ongeacht de bekostiging (AWBZ of ZVW).
- Verschuiving van vraag
 - Zorg die nu in het ziekenhuis wordt geleverd en (terecht of onterecht) onder de Zvw bekostigd wordt met DBC's en na de overheveling als SRZ onder de Zvw wordt uitgevoerd. Omdat die zorg momenteel waarschijnlijk duurder is, betekent deze verschuiving een macrobudgettaire meevaller. Om te voorkomen dat er onterechte verschuivingen ontstaan zal de NZa moeten zorgen voor een duidelijke en onderscheidende prestatiebeschrijving. Daarnaast is afgesproken dat de betrokken beroepsgroepen gaan werken aan een instrument voor helder onderscheid van welke patiënt voor welke (revalidatie)zorg in aanmerking komt, in de vorm van een triage-instrument. Hierbij is het aan te bevelen dat beroepsgroepen met leidraden/richtlijnen komen die aangeven wie voor welke herstel- of revalidatiezorg in aanmerking komt, zodat in de praktijk het onderscheid duidelijk is.
 - Zorg die nu onder de AWBZ valt. Dat kan de zorg voor (in de AWBZ achterblijvende) ZZZP V&V9b patiënten zijn. Die lijkt in medische zin veel op de zorg voor ZZZP V&V9a patiënten en de patiënten met een ZZZP V&V6 indicatie. Voor die groepen geldt eveneens dat de prestatiebeschrijving het onderscheidend vermogen moet maken en dat in de praktijk controle en toezicht moeten voorkomen dat patiënten in het verkeerde segment terecht komen. Zolang de tarieven weinig uiteenlopen en de zorgverzekeraars niet risicodragend zijn is de prikkel voor deze verschuiving verwaarloosbaar.

Het geheel overziend lijkt een sterke stijging van de macrokosten niet waarschijnlijk. Bovendien kunnen bijna alle genoemde oorzaken voor een stijging van de macrokosten ook optreden wanneer de SRZ niet wordt overgeheveld.

1.6 Aandachtspunten

De overgang naar de Zvw is niet louter een systeemtechnische beweging. Hieronder volgt een – niet limitatieve – opsomming van aspecten die geregeld moeten worden voordat de SRZ vanuit de Zvw bekostigd kan worden.

Aanspraken

In het pakketadvies van 2009 heeft het CVZ geadviseerd over de aanspraak ten aanzien van SRZ. Om aanspraak te kunnen maken op de SRZ onder de Zvw is het noodzakelijk dat het ministerie van VWS het besluit zorgverzekering (Bzv) aanpast.

Indicatiestelling

De status van een indicatie onder de AWBZ is anders dan onder de Zvw. Uit de AWBZ vloeit voort dat pas aanspraak op AWBZ-zorg gemaakt kan worden als de patiënt een daartoe strekkende indicatie heeft, afgegeven door het CIZ (Besluit zorgaanspraken en het Zorgindicatiebesluit). Er is dus een op de wet gebaseerde beperking van de aanspraken.

In de Zvw zijn deze beperkingen er niet. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die bieden slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

De specialisten ouderen geneeskunde vallen niet onder de medisch specialisten en behoren daarmee niet tot deze bepaling. Indien de toegang tot SRZ beperkt moet worden, dan is het noodzakelijk dat de zorgovereenkomsten hierop aangepast worden.

Toelating

Om als zorgaanbieder revalidatiezorg op basis van de Zvw te mogen leveren dient een zorgaanbieder op grond van de WTZi in het bezit te zijn van een toelating. Zonder deze toelating voor medisch specialistische revalidatiezorg mag geen revalidatiezorg worden geleverd. Dit betekent dat ook een AWBZ-instelling een toelating moet aanvragen op het moment dat deze instelling revalidatiezorg wil leveren. De toelating die zij op grond van de WTZi reeds heeft om AWBZ-zorg te leveren, is niet voldoende. Het al dan niet regelen in de polis van de verzekeraar is ook niet voldoende. Immers, de zorgaanbieder dient in het bezit te zijn van een toelating om de zorg überhaupt te mogen leveren.

Openen DBC's

Bij het opstellen van de revalidatie DBC's moet er rekening gehouden worden met het feit dat DBC's gekoppeld zijn aan erkende medische specialismen zoals beschreven in het register van de landelijke federatie Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Revalidatieartsen zijn medisch specialist, specialisten ouderen geneeskunde echter niet. De bevoegdheid tot het openen van een DBC is echter niet uitsluitend voorbehouden aan medische specialisten. Degene die in relatie tot een DBC als hoofdbehandelaar kan worden aangemerkt, heeft de bevoegdheid tot het openen van die DBC. Dat kan een medisch specialist zijn, maar ook een (gz-)psycholoog, psychotherapeut, of zelfs – in enkele gevallen – een gespecialiseerd verpleegkundige. Zo lang een verpleeghuisarts in het betreffende verpleeghuis de hoofdbehandelaar is van revalidatie-DBC's, is hij daarmee gerechtigd tot het openen van deze DBC's.

Zorginkoop

Zorgaanbieders kunnen onder de Zvw in principe met alle zorgverzekeraars een contract aangaan. Dit in tegenstelling tot AWBZ aanbieders die alleen een contract met het betreffende zorgkantoor sluiten. Voor de overheveling moet duidelijk zijn in hoeverre de zorgaanbieders met elke verzekeraar een contract aan moeten gaan of dat een representatiemodel gehanteerd gaat worden.

Vereveningssysteem

Via een vereveningssysteem worden de risico's over alle (basis-) zorgverzekeraars verdeeld via een aantal verdeelsleutels. Met het opnemen van de SRZ in het basispakket zal ook het vereveningssysteem hierop aangepast moeten worden.

Moment van financieren

Onder de AWBZ ontvangen zorgaanbieders een voorschot voor de zorg die ze leveren terwijl zij in de Zvw pas betaald zullen worden nadat zij een DBC in rekening hebben gebracht. Dit betekent dat er twee redenen zijn waardoor een zorgaanbieder op een later moment een vergoeding krijgt voor de geleverde zorg. Ten eerste wordt niet meer een maandelijks voorschot betaald, maar wordt er pas betaald na het leveren van zorg. Ten tweede wordt er pas betaald nadat het gehele zorgtraject is doorlopen en niet meer na elke individuele zorgactiviteit. Dit heeft tot gevolg dat zorgaanbieders op een later moment worden betaald voor geleverde diensten dan voorheen, waardoor een grotere behoefte aan werkkapitaal (post debiteuren) ontstaat, hetgeen leidt tot extra rentekosten. Zorgverzekeraars kunnen afspraken maken met zorgaanbieders over het verlenen van voorschotten.

In andere sectoren in het curatieve deel van de zorg worden reeds initiatieven ondernomen om onderling tot goede afspraken over bevoorschotting te komen. De NZa ondersteunt deze initiatieven. De NZa zal dan ook aansturen op het tot stand komen van een convenant tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over het verlenen van voorschotten. Het is vervolgens aan de NZa om te beoordelen of dit convenant in voldoende mate voorziet in een adequate bevoorschotting.

2. Bekostiging vanaf 2012

2.1 Inleiding

Onder de Zvw wordt de zorg gefinancierd door het declareren van DBC's. Voor de SRZ worden nieuwe DBC's ontwikkeld die naar verwachting per 2013 gereed zijn. Wanneer de SRZ in 2012 wordt overgeheveld naar de Zvw, ontstaat er een tussenjaar waarin zorg wel wordt bekostigd vanuit de Zvw, maar er nog geen SRZ DBC's zijn. De mogelijkheden voor bekostiging en financiering in dit tussenjaar worden hieronder nader omschreven. In bijlage 5 is de tijdslijn van de overheveling schematisch weergegeven.

2.2 Voorwaarden bekostiging tussenjaar

Bij de overheveling van de SRZ wordt de contracteerruimte van het zorgkantoor voor het deel SRZ naar beneden bijgesteld. Het zorgkantoor maakt na de overheveling geen afspraken meer over deze zorg. De AWBZ-aanbieder die SRZ blijft aanbieden, kan hierover afspraken maken met de verschillende zorgverzekeraars. De zorgaanbieder stuurt de rekening voor de geleverde zorg aan de zorgverzekeraar van de patiënt. De zorgverzekeraar zal de rekening, in geval van aanspraak uit de basisverzekering, vergoeden. Zorgverzekeraars zijn hierbij niet gebonden aan een plafond zoals de contracteerruimte in de AWBZ, waarbinnen zij afspraken dienen te maken over de hoeveelheid te leveren zorg. Daarnaast is een zorgaanbieder voor wat betreft de SRZ in de Zvw niet verplicht om afspraken te maken met een zorgverzekeraar om de geleverde zorg vergoed te krijgen.

Door de overheveling kent een AWBZ-zorgaanbieder vanaf 2012 twee verschillende bekostigingsvormen. Voor het overgrote deel maakt zij binnen de contracteerruimte afspraken met een zorgkantoor. Voor het deel SRZ kan zij afspraken maken met meerdere zorgverzekeraars. Op het moment dat de SRZ overgeheveld wordt naar de Zvw zullen AWBZ-zorgaanbieders voor het eerst moeten onderhandelen met een zorgverzekeraar. Ook voor de zorgverzekeraar zal het maken van afspraken over SRZ nieuw zijn.

Ten aanzien van het moment van financiering lopen AWBZ zorgaanbieders een financieel risico. Binnen de AWBZ worden deze zorgaanbieders bevoorschot, in de Zvw zullen zij gefinancierd worden op basis van de in rekening gebrachte zorg. Zorgverzekeraars kunnen afspraken maken met zorgaanbieders over het verlenen van voorschotten.

Revalidatiecentra en ziekenhuizen die SRZ willen gaan leveren hebben gedurende het tussenjaar te maken met twee verschillende bekostigingsvormen. Omdat er in 2012 nog geen DBC's zijn voor SRZ, zal de SRZ gedeclareerd moeten worden volgens een tijdelijk systeem. Gezien de extra administratie die dit met zich mogelijk met zich meebrengt, is het de vraag of revalidatiecentra en ziekenhuizen al in 2012 SRZ gaan leveren.

De NZa acht het van belang de kernwaarden toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg te borgen. Omdat de overheveling naar de Zvw grote wijzigingen met zich meebrengt en er vanwege de latere oplevering van SRZ DBC's een 'tussenjaar' ontstaat, formuleert de NZa voor de bekostiging van dit tussenjaar de volgende voorwaarden:

- De bekostiging in het tussenjaar moet eenvoudig zijn in termen van uitvoerings- en administratieve lasten,
- De risico's voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten beperkt en/of voorspelbaar zijn,
- De zorgaanbieders moeten de gelegenheid krijgen te oefenen met nieuwe bekostigingsstructuren.

2.3 Bekostiging tussenjaar

2.3.1 Mogelijke varianten

Binnen de AWBZ wordt de intramurale SRZ grofweg per gerealiseerde ZZP dag bekostigd. Voor de extramurale SRZ zorg vindt de bekostiging per dagdeel plaats. De medisch specialistische revalidatiezorg die onder de Zvw valt, wordt gefinancierd op basis van het doorlopen traject. Binnen dit spectrum zal de bekostiging van het tussenjaar vormgegeven moeten worden. Hiervoor zijn de volgende varianten mogelijk.

Variant 1a en b: Bekostiging onder de Zvw op basis van de AWBZ systematiek

De prestaties en de bijbehorende tarieven worden, zoals deze onder de AWBZ van toepassing zijn, vastgesteld onder de Zvw. Voor de bekostiging van de intramurale SRZ kan aangesloten worden op de tarieven zoals deze worden vastgesteld voor de revalidatiezorg die in de AWBZ achterblijft (ZZP VV9b¹¹). De transitietarieven (genoemd in paragraaf 1.2.5) zullen met de overheveling naar de Zvw verdwijnen uit de AWBZ. Onder de Zvw kunnen deze transitietarieven nog wel worden ingezet.

De bekostiging van de extramurale SRZ kan worden gebaseerd op de tarieven zoals deze in 2011 onder de AWBZ zijn vastgesteld, waarbij de beleidsregelwaarden nog geïndexeerd worden naar de voorlopige index van 2012. Het verschil tussen de definitieve index 2011 en de voorlopige index 2011 wordt verwerkt in deze tarieven.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars krijgen met deze variant de mogelijkheid om binnen het nieuwe verzekeringssysteem de zorg in te kopen en te leveren tegen dezelfde prijs als onder de AWBZ. Net als in de AWBZ is er wel sprake van een risico ten aanzien van het volume omdat de bekostiging productiegebonden is.

¹¹ Het verschil tussen VV9a en VV9b wordt nader toegelicht in paragraaf 1.2.4 van deze uitvoeringstoets.

Variant 1b: Bekostiging onder de Zvw op basis van de AWBZ systematiek met een registratiesysteem naar diagnoses.

Conform variant 1 worden de prestaties en de bijbehorende tarieven van de AWBZ vastgesteld onder de Zvw. Om toch een stap te zetten richting de bekostiging in DBC's wordt er in deze variant voor gekozen om ZZP VV9a onder te verdelen in vijf diagnosegroepen, te weten: CVA, (heup-)fractuur, electieve orthopedie, amputatie en overigen. Deze diagnosegroepen zijn ook gebruikt voor het bepalen van de transitietarieven die in 2011 onder de AWBZ van kracht zijn en sluiten aan bij de diagnosegroepen die DBC-onderhoud gebruikt voor het ontwikkelen van de DBC's die in 2013 zijn voorzien.

Het doel van dit onderscheid is niet om te differentiëren in de bekostiging, maar om in 2012 zorgaanbieders al een stap te laten maken in de registratie naar diagnoses.

Variant 2: Bekostiging onder de Zvw op basis van de DBC systematiek

Een tweede variant is om voor de intramurale zorg trajectprestaties in te voeren. Daarmee worden in de bekostiging prikkels ingebouwd voor korter durende behandeling, net zoals in de reeds ontwikkelde revalidatie DBC's.

De tarieven en tijdseenheden worden in deze variant gedifferentieerd naar diagnose conform het transitietarief. Voor de diagnosegroep CVA zou dit er bijvoorbeeld als volgt uitzien:

Tijdseenheden en tarief

Klinische behandeling gedurende	Tarief (€)
1-3 dagen	445,64
4-10 dagen	1.559,74
11-20 dagen	3.565,12
21-30 dagen	5.570,50
31-40 dagen	7.575,88
41-50 dagen	9.581,26
51-60 dagen	11.586,64
61-70 dagen	13.458,67
71-90 dagen	15.420,17
91-110 dagen	19.343,17
111-130 dagen	23.266,17
131-150 dagen	27.189,17
151-170 dagen	31.112,17
> 170 dagen	35.035,17

De berekeningen van de tarieven is daarbij gebaseerd op percentages van een basisbedrag. Hiermee is het mogelijk om voor de verschillende diagnoses verschillende basisbedragen te hanteren terwijl de afbouw voor elke diagnosegroep procentueel hetzelfde is. Pas na afloop van de behandeling is de prijs van het totale traject bekend.

De extramurale zorg wordt bekostigd met een tarief dat is gekoppeld aan een tijdsklasse. Het aantal geleverde uren zorg bepaalt welke tijdsklasse vergoed wordt. Zorgaanbieders kunnen in deze variant een jaar proefdraaien met het registreren van zorg in diagnoses en klassen.

Variant 3: Bekostigen onder de AWBZ (op basis van de AWBZ systematiek)

De derde variant is om de zorg niet in 2012, maar pas in 2013 over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet op het moment dat de DBC's voor de SRZ zijn opgeleverd. Dit betekent dat de bekostiging van de SRZ in 2012 nog onder de AWBZ plaatsvindt. Dit beperkt de administratieve- en uitvoeringslasten voor zorgaanbieders, die anders voor de duur van één jaar moeten worden gemaakt. Het is de vraag of de ervaring met registratie, die kan worden opgedaan bij overheveling in 2012, opweegt tegen deze lasten.

Ook bij deze variant is het, net als in variant 1b, mogelijk om in de registratie onderscheid te maken naar diagnoses.

2.3.2 Bekostiging van de kapitaallastencomponent

Met het overhevelen van de SRZ zal ook het deel van de kapitaallasten dat betrekking heeft op de SRZ overgeheveld moeten worden. De NZa adviseert om voor het tussenjaar niet over te gaan op andere kostendragers voor de kapitaallasten, dan de kostendragers die gebruikt zijn voor het bepalen van de NHC. Hoe de kapitaallasten onder de Zorgverzekeringswet gefinancierd gaan worden is afhankelijk van keuzes die in het kapitaallastendossier worden gemaakt. Hierbij valt te denken aan onder andere:

- Tegen welk tarief worden de kapitaallasten uitgenomen?
- Wat valt onder het overgangsregime?
- Hoe wordt omgegaan met nieuwe investeringen voor somatische revalidatiezorg?

Zolang deze keuzes niet gemaakt zijn kunnen de consequenties hiervan niet in kaart worden gebracht.

2.4 Voor- en nadelen per variant

De in paragraaf 2.3 genoemde varianten voor bekostiging van het tussenjaar 2012 kennen verschillende voor- en nadelen. Deze worden hieronder opgesomd en toegelicht. De varianten 1a en 1b zijn samengenomen.

Variant 1a en b: Bekostiging onder de Zvw op basis van de AWBZ systematiek

Voordelen:

- Er kan 'geoefend' worden met de verzekeringssystematiek van de Zvw ten aanzien van de contractonderhandelingen met meerdere zorgverzekeraars, met behoud van de huidige bekostigingsparameters.
- Er kan geoefend worden met het vastleggen van diagnoses (variant 1b). In de DBC systematiek is dit een vereiste om de zorg te kunnen declareren.
- Door aan te sluiten bij de bekostiging zoals deze nu al onder de AWBZ geldt, wordt niet twee keer een overgangssituatie in de bekostiging gecreëerd.
- De effecten (met name de budgettaire effecten van de productiecomponent) zijn vooraf goed in te schatten.
- Voor de onderbouwing van de kostprijzen kan er aangesloten worden bij de onderbouwing van de prijzen die in de AWBZ wordt gehanteerd.
- De hogere uitvoerings- en administratieve lasten in variant 1b (registratie van diagnoses) kunnen tot gevolg kunnen hebben dat met name zorgaanbieders die relatief weinig SRZ leveren ervoor kiezen deze zorg niet langer aan te bieden. Hierdoor kan de versnippering

van het aanbod SRZ afnemen en door schaafeffecten de kwaliteit en de betaalbaarheid toenemen.

Nadelen:

- De financiering lijkt nog weinig op de toekomstige DBC financiering.
- Door de bekostiging op basis van ZZP's ontstaan toetredingsdrempels voor nieuwe zorgaanbieders. Om deze zorg te leveren moeten ze voor de duur van slechts één jaar kosten maken om ZZP's te kunnen declareren.
- Er wordt in mindere mate aangesloten bij de wens om ketenzorg te stimuleren. Dit biedt weinig mogelijkheden voor nieuwe initiatieven. Zorgverzekeraars hebben wel de mogelijkheid om afspraken te maken over het hele revalidatietraject, van ziekenhuis tot thuiszorg, maar worden hier qua bekostiging niet in gestimuleerd.
- De invoering van de NHC ter dekking van de kapitaallasten, die per 1 januari 2012 plaatsvindt, valt samen met de overheveling van SRZ. De financiële consequenties van de overheveling zijn daardoor lastiger inzichtelijk te maken.
- Zorgverzekeraars gaan volumerisico lopen omdat onder de Zvw geen onafhankelijke indicatie plaatsvindt en er geen macro begrenzing is (zoals de contracteerruimte in de AWBZ). Dit betekent echter niet dat de kosten ook daadwerkelijk zullen stijgen.
- Zorgaanbieders en verzekeraars hebben in het tussenjaar extra administratieve lasten omdat zij hun interne systemen in moeten richten op een tijdelijke bekostiging binnen de Zvw. Een tussenjaar brengt dus twee keer een aanpassing in de bedrijfsvoering met zich mee: in 2012 aan het verzekeringssysteem (Zvw) en de tijdelijke bekostigingsparameters¹² en in 2013 aan de nieuwe bekostigingsstructuur.
- Bij variant 1b moet er naar verschillende diagnoses geregistreerd worden wat extra uitvoeringslasten voor de zorgaanbieders met zich meebrengt.

Variant 2: Bekostiging onder de Zvw op basis van de DBC systematiek
Voordelen:

- Er kan 'geoefend' worden met de DBC systematiek, waarbij de zorg wordt geregistreerd in diagnoses en zorgzwaarteklassen.
- De bekostiging lijkt al meer lijkt op de financiering van de medisch specialistische revalidatie DBC's. Met deze bekostigingsmethode is tevens een prikkel ingebouwd om kortdurend te behandelen.
- De hogere uitvoerings- en administratieve lasten kunnen tot gevolg kunnen hebben dat met name zorgaanbieders die relatief weinig SRZ leveren, ervoor kiezen deze zorg niet meer te leveren. Hierdoor kan de versnippering van het aanbod afnemen en door schaafeffecten de kwaliteit en de betaalbaarheid toenemen.

¹² Zorgaanbieders zijn al wel bekend met de ZZP's in tegenstelling tot de zorgverzekeraars.

Nadelen:

- Er worden nieuwe tarieven vastgesteld. Dit brengt onzekerheid en mogelijk financiële risico's voor het veld met zich mee.
- De invoering van de NHC ter dekking van de kapitaallasten, die per 1 januari 2012 plaatsvindt, valt ook in deze variant samen met de overheveling. De financiële consequenties van de overheveling zijn daardoor lastiger inzichtelijk te maken. Dit met name omdat de overgangsregeling voor invoering van NHC's nog niet bekend is.
- Zorgaanbieders worden bij deze variant tweemaal geconfronteerd met een wijziging in de bekostiging. Voor het tussenjaar en vervolgens voor de het moment van invoering van de DBC's.
- Zorgverzekeraars gaan volumerisico lopen omdat er onder de Zvw geen onafhankelijke indicatie plaatsvindt, en er geen macro begrenzing is (zoals de contracteerruimte in de AWBZ). Dit betekent echter niet dat de kosten ook daadwerkelijk zullen stijgen.
- Door de bekostiging op basis van ZZP's ontstaan toetredingsdrempels voor nieuwe zorgaanbieders. Om deze zorg te leveren moeten ze voor de duur van slechts één jaar kosten maken om ZZP's te kunnen declareren.
- Zorgaanbieders en verzekeraars hebben in het tussenjaar extra administratieve lasten omdat zij hun interne systemen in moeten richten op een tijdelijk bekostigingssysteem. Een tussenjaar brengt dus twee keer een aanpassing in de bedrijfsvoering met zich mee.
- De hogere uitvoerings- en administratieve lasten kunnen tot gevolg kunnen hebben dat sommige zorgaanbieders ervoor kiezen deze zorg niet meer te leveren, zodat de toegankelijkheid van SRZ in het gedrang komt. Dit zou met name in de reistijd voor patiënten tot uiting kunnen komen. De verwachting is dat andere aanbieders de patiënten zullen overnemen.

Daarnaast is het de vraag of variant 2 daadwerkelijk een stap is in de richting van de DBC systematiek zoals deze voor 2013 ontwikkeld wordt. Mogelijkerwijs worden andere prikkels in de te ontwikkelen DBC's opgenomen.

Zolang de bekostiging van de revalidatiecentra en de ziekenhuizen (A-segment) voor medisch specialistische revalidatiezorg plaatsvindt via functiegerichte budgettering (FB-parameters)¹³, is er sprake van een verschil in bekostiging tussen revalidatiecentra en ziekenhuizen aan de ene kant en AWBZ zorgaanbieders aan de andere kant. AWBZ zorgaanbieders worden volledig bekostigd op ZZP's, terwijl de revalidatiecentra en ziekenhuizen ZZP's gebruiken ter dekking van het budget. Dezelfde zorg wordt derhalve op verschillende wijzen bekostigd.

Variant 3: Bekostigen onder de AWBZ op basis van de AWBZ systematiek
Voordelen:

- Er is geen sprake is van bekostiging op basis van verschillende prestaties voor dezelfde zorg. De SRZ valt na de overheveling onder een ander verzekeringsregime (de Zvw) en daarmee onder een ander bekostigingsregime.
- De overheveling in 2013 valt samen met de invoering van de DBC's voor de SRZ. Er is dus, met andere woorden, maar één moment dat de bekostiging wijzigt.
- De invoering van de NHC ter dekking van de kapitaallasten, die per 1 januari 2012 plaatsvindt, valt niet samen met de overheveling. Hierdoor is het mogelijk om het overgangstraject voor de invoering van NHC's vast te stellen voor alle zorg die onder de huidige AWBZ

¹³ In het regeerakkoord is het voornemen uitgesproken om prestatiebekostiging in te voeren bij zowel ziekenhuizen als revalidatiecentra.

wordt geleverd. De overheveling van SRZ en de daarmee gepaard gaande uitname uit het AWBZ budget, vindt pas na de invoering van de NHC's plaats. De financiële consequenties zijn daarmee ook inzichtelijker.

- Naar verwachting blijft het aanbod van SRZ onder de AWBZ in deze variant gelijk.
- De zorgverzekeraars hebben niet het nadeel van meer volumerisico.

Nadelen:

- Bij partijen is de verwachting gewekt dat de SRZ per 1 januari 2012 naar de zorgverzekeringswet wordt overgeheveld.
- De beoogde kwaliteitswinst zal pas later behaald worden (in 2013) als het schot tussen de Zvw en de AWBZ in 2012 blijft bestaan.
- Zorgaanbieders kunnen in deze variant niet oefenen met de verzekeringssystematiek van de Zvw.
- Door in 2012 nog geen stappen te zetten richting DBC bekostiging, wordt in dat jaar minder voortgang geboekt.

2.5 Conclusies

Voor de bekostiging in het jaar 2012 heeft de NZa een aantal varianten vergeleken;

- Variant 1. Bekostiging onder de Zvw op basis van de AWBZ systematiek.
- Variant 2. Bekostiging onder de Zvw op basis van de DBC systematiek.
- Variant 3. Bekostiging onder de AWBZ (op basis van de AWBZ systematiek).

De NZa adviseert om de zorg in 2012 via zorgzwaartepakketten (ZZP's) te bekostigen, waarbij in de registratie onderscheid wordt gemaakt naar diagnoses (variant 1b of 3).

Het aanpassen van de bekostigingsstructuur voordat de DBC's zijn ingevoerd is niet wenselijk. Zorgaanbieders worden dan tweemaal geconfronteerd met een wijziging in de bekostiging. Voor het tussenjaar en vervolgens voor het moment van invoering van de DBC's.

Daarnaast heeft de NZa de voor- en nadelen van het wel of niet overhevelen van de SRZ per 1 januari 2012 naast elkaar gezet. Daarbij gaat het dus om de keuze tussen varianten 1a, 1b en 2 enerzijds en variant 3 anderzijds.

De voordelen van de overheveling van de SRZ zitten met name in het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de cliënt. Door de SRZ onder te brengen binnen één sturingssysteem kunnen zorgverzekeraars betere afspraken over ketenzorg maken.

De kwaliteitswinst is in het tussenjaar (2012) echter beperkt, omdat in de tijdelijke bekostigingsstructuur geen extra prikkels worden ingebouwd om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het voordeel van het overhevelen van de zorg per 2012 is daarmee vooral gelegen in de mogelijkheid om te 'oefenen' met de verzekeringssystematiek van de Zvw. Daarnaast wordt een stap gezet richting de eindsituatie.

De overheveling van de SRZ brengt uitvoeringslasten voor zorgaanbieders en verzekeraars met zich mee. Zorgaanbieders kunnen met meerdere zorgverzekeraars afspraken maken en declareren de geleverde zorg bij meerdere verzekeraars. Overhevelen per 2012 brengt extra uitvoeringslasten met zich mee. De bedrijfsvoering moet twee keer aangepast worden. In 2012 aan het verzekeringssysteem (Zvw) en de

tijdelijke bekostigingsparameters¹⁴ en in 2013 aan de nieuwe bekostigingsstructuur.

Door het samenvallen van de overheveling met de invoering van de normatieve huisvestingscomponent (NHC's) neemt bovendien de voorspelbaarheid van de risico's voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars af. Op dit moment is nog niet bekend wat de consequenties zijn van de invoering van de NHC's. Daarnaast is nog onduidelijk hoe de DBC's voor de SRZ eruit komen te zien.

De overheveling van de SRZ in 2013 heeft als voordeel dat dit samenvalt met de invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek op basis van DBC's. Extra prikkels voor kwaliteitverbetering kunnen opgenomen worden in de DBC's. Daarnaast zijn de gevolgen van de invoering van de NHC's beter te overzien. Met het weglaten van het tussenjaar (2012) wijzigt derhalve niet de eindsituatie, maar alleen de weg ernaar toe. Volledige DBC bekostiging is pas mogelijk vanaf 2014.

¹⁴ Zorgaanbieders zijn al wel bekend met de ZZP's in tegenstelling tot de zorgverzekeraars.

3. Bekostiging met de invoering van DBC's

Momenteel wordt door DBC Onderhoud in overleg met verschillende veldpartijen gewerkt aan de ontwikkeling van DBC's voor de SRZ, met als doel de invoering van deze DBC's per 1 januari 2013. Dit betekent dat per 1 januari 2013 de zorg zoals deze nu wordt geleverd door AWBZ-zorgaanbieders, wordt geregistreerd, gevalideerd en gefactureerd via een DBC. Voor iedere patiënt die somatische revalidatie nodig heeft, kan dan een DBC-traject geopend worden waarbinnen verschillende behandelingen zijn opgenomen. Op het moment dat de patiënt uitbehandeld is kan het DBC-traject worden gesloten en mag een zorgaanbieder een bedrag in rekening brengen dat gekoppeld is aan het gehele behandeltraject (de DBC). In dit hoofdstuk nemen we aan dat deze DBC's een adequaat instrument zijn om de SRZ in 2013 te financieren en te bekostigen¹⁵.

De SRZ die overgeheveld wordt, wordt momenteel enkel geleverd door AWBZ-zorgaanbieders. Door de overheveling naar de Zvw is het echter ook mogelijk dat andere zorgaanbieders deze zorg gaan leveren en dus deze DBC's in rekening gaan brengen. Dit kunnen bestaande zorgaanbieders zijn, zoals revalidatiecentra en ziekenhuizen. Maar ook nieuwe zorgaanbieders kunnen zich toeleggen op deze vorm van zorg. Uiteindelijk dienen deze verschillende zorgaanbieders volledig op basis van de geleverde prestaties uitgedrukt in DBC's te worden bekostigd.

In dit hoofdstuk wordt de bekostiging met de invoering van DBC's beschreven. Hierbij worden de veranderingen van een bekostiging op basis van ZZP's naar een bekostiging op basis van DBC's beschreven. In dit hoofdstuk wordt verder niet ingegaan op de veranderingen van de overgang van de AWBZ naar de Zvw.

In dit hoofdstuk wordt tevens onderscheid gemaakt naar verschillende zorgaanbieders voor wat betreft de gevolgen van de invoering van de DBC's voor de SRZ.

3.1 AWBZ-zorgaanbieders

SRZ wordt momenteel aangeboden door AWBZ-zorgaanbieders. Binnen de contracteerruimte van het zorgkantoor maken zij productieafspraken over de hoeveelheid te leveren zorg. Zij worden betaald voor de in rekening gebrachte prestaties waarbij geldt dat een overschrijding van de afspraak enkel gehonoreerd kan worden indien het zorgkantoor binnen haar contracteerruimte blijft, en akkoord gaat met een aanpassing in de productieafspraken.

¹⁵ Waarbij de productstructuur minimaal moet voldoen aan de volgende criteria en uitgangspunten: medische herkenbaarheid, kostenhomogeniteit, transparantie, volledigheid en stabiliteit.

3.1.1 Overgangsregeling

Met de invoering van de DBC's voor de SRZ wijzigt de manier van bekostiging van de AWBZ-zorgaanbieder. In 2013 worden er voor de SRZ afspraken gemaakt in DBC's. Dit betekent dat de huidige bekostiging per dag verandert in een bekostigingstelsel waarin vermoedelijk een aantal klassen met een bijbehorend aantal dagen worden gedefinieerd. Op dit moment is het nog niet duidelijk hoe de DBC's worden ingericht.

Er zijn twee redenen waardoor een zorgaanbieder een financieel risico loopt. Ten eerste heeft de overgang van ZZP's naar DBC's mogelijk een verschil in de inkomsten tot gevolg. Ten tweede ontvangen zorgaanbieders op een later moment een vergoeding voor de geleverde zorg. Er wordt pas betaald nadat het gehele zorgtraject is doorlopen en niet met een maandelijks voorschot.

Deze veranderingen hebben vooral een impact op de zorgaanbieders. Door middel van een overgangperiode kunnen de gevolgen van deze veranderingen worden beperkt. Dit kan een periode zijn van één of meerdere jaren. Gedurende deze periode kan gekozen worden om de financiering volledig op basis van DBC's plaats te laten vinden, en de afrekening te baseren op bijvoorbeeld ZZP's of een vooraf vastgesteld bedrag per aanbieder. Een dergelijke methode wordt momenteel ook gehanteerd bij de overgang naar prestatiebekostiging binnen de ziekenhuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg.

3.1.2 Varianten voor financiering

Er zijn op basis van het voorgaande drie verschillende voor de hand liggende varianten om SRZ met DBC's onder de Zvw te financieren:

– Volledige DBC-bekostiging

AWBZ-zorgaanbieders zijn voor hun inkomsten uit SRZ volledig afhankelijk van de bij zorgverzekeraars in rekening gebrachte DBC's. Het staat zorgaanbieders vrij om afspraken te maken met een zorgverzekeraar over prijs, hoeveelheid, bevoorschotting en andere leveringsvoorwaarden. Er is geen overgangperiode.

– DBC-financiering met ZZP bekostiging

AWBZ-zorgaanbieders ontvangen inkomsten uit de in rekening gebrachte DBC's. Daarnaast wordt ook geregistreerd in ZZP V&V 9a en H801. De opbrengsten zoals deze geregistreerd zijn in V&V 9a en H801 zijn leidend, aan het eind van het jaar vindt per verzekeraar een verrekening plaats. Hierbij wordt gecorrigeerd voor de opbrengst in tarieven zoals deze voorheen golden. Tevens kunnen zorgaanbieders met verzekeraars afspraken maken over de bevoorschotting.

– DBC-financiering met een vast bedrag als bekostiging

AWBZ-zorgaanbieders ontvangen inkomsten uit de in rekening gebrachte DBC's. Daarnaast wordt vooraf een bedrag vastgesteld dat is gebaseerd op de inkomsten uit ZZP V&V 9a en H801 zoals deze onder de AWBZ golden¹⁶. Aan het eind van het jaar vindt per verzekeraar een verrekening plaats. Dit voorkomt een overschrijding van het budgettaire kader enerzijds, maar kan in deze vorm ook leiden tot onderproductie en daarop volgend wachtlijsten. Ook in deze variant staat het

¹⁶ De NZa kent momenteel (nog) niet de verhouding tussen V&V 9a en V&V 9b op instellingsniveau. Voor de berekening van een vast vangnet is het nodig deze gegevens wel te hebben.

zorgaanbieders en zorgkantoren vrij om afspraken te maken over de bevoorschotting

3.1.3 Voor- en nadelen van de varianten

Gezien de verandering in de bekostiging en de onzekerheid rondom de uiteindelijke inrichting van de DBC's, is het vanuit het oogpunt van zorgvuldigheid onverantwoord om te kiezen voor een financieringsvariant zonder overgangperiode. Een vergelijking met bijvoorbeeld de ziekenhuiszorg en geestelijke gezondheidszorg laat zien dat een zorgvuldige verandering samen gaat met het creëren van een bepaalde mate van zekerheid gedurende een overgangperiode.

Het nadeel van een overgangperiode is mogelijk dat deze de verkeerde prikkels bevat. Een gegarandeerd bedrag ongeacht de daadwerkelijk geleverde zorg, kent voor de zorgaanbieder geen prikkel om de beschikbare middelen efficiënt in te zetten. Het is daarom belangrijk dat ook gedurende een overgangperiode de juiste prikkels voor zorgaanbieders in de bekostigingssystematiek opgenomen zijn.

Variante 2, DBC-financiering met een ZZP overgangperiode, lijkt de meest wenselijke variant. Enerzijds biedt deze variant zorgaanbieders een bepaalde vorm van inkomenszekerheid en anderzijds worden zorgaanbieders gestimuleerd om te gaan registreren in DBC's en de bedrijfsvoering voor te bereiden op volledige DBC-bekostiging.

Om te bepalen hoe lang de overgangperiode moet duren wordt een impactanalyse worden uitgevoerd. Een impactanalyse kan op zorgaanbiederniveau worden uitgevoerd zodra de productieafspraken op basis van zowel de DBC's als de ZZP's bekend zijn. Het budget gebaseerd op DBC's kan dan vergeleken worden met de inkomsten op basis van ZZP's.

Indien een impactanalyse uitwijst dat aan de zorgvraag kan worden voldaan als de DBC's volledig worden ingevoerd, dan zou een overgangperiode van 1 jaar gehanteerd kunnen worden. Dit betekent dat vanaf 2014 overgegaan wordt op volledige DBC-bekostiging (variant 1).

Indien niet aan de zorgvraag kan worden voldaan dan wordt op aanbiedersniveau nagegaan in hoeverre maatregelen getroffen moeten worden.

3.2 Revalidatiecentra

Revalidatiecentra leveren momenteel medisch specialistische revalidatiezorg binnen de Zvw, maar hieronder valt niet de SRZ die wordt overgeheveld naar de Zvw. Deze medisch specialistische revalidatiezorg wordt momenteel gefinancierd met DBC's, de uiteindelijke afrekening vindt plaats op basis van het FB. Na de overheveling naar de Zvw wordt het voor revalidatiecentra echter ook mogelijk om SRZ aan te gaan bieden en met DBC's in rekening te brengen.

3.2.1 Bekostiging

Voor de medisch specialistische revalidatiezorg die door revalidatiecentra reeds werd geleverd verandert er niets. Revalidatiecentra kunnen vanaf het moment dat SRZ naar de Zvw wordt overgeheveld deze zorg gaan leveren. Deze zorg dienen zij vanaf 2013 via DBC's in rekening te brengen.

In de huidige bekostiging van revalidatiecentra zijn de DBC's leidend voor wat betreft de financiering, maar vindt de definitieve bekostiging plaats aan de hand van de gerealiseerde budgetparameters in het FB. DBC's dienen dus ter dekking van het FB. Revalidatiecentra kennen hiermee dus al een overgangperiode.

Als een revalidatiecentrum besluit om de SRZ te gaan leveren, kan dit bekostigd worden met DBC's of via het FB. Bij bekostiging met DBC's bepalen de in rekening gebrachte DBC's de inkomsten van het revalidatiecentrum. In deze situatie wordt niet in het FB geregistreerd. Bij bekostiging op basis van het FB dienen DBC's ter financiering. Tegelijkertijd wordt bij het leveren van deze zorg geregistreerd in budgetparameters. Deze budgetparameters vormen de basis van de bekostiging. Bij bekostiging op basis van het FB dient mogelijk FB-onderhoud plaats te vinden.

Vanaf het moment dat de prestatiebekostiging is ingevoerd voor de medisch specialistische revalidatiezorg is het vanzelfsprekend om ook voor SRZ geleverd door revalidatiecentra te kiezen voor volledige DBC-bekostiging.

3.2.2 Overgangperiode

Voor de revalidatiecentra levert het aanbieden van een nieuwe vorm van zorg geen verandering van inkomsten op, maar enkel een mogelijkheid tot het genereren van aanvullende inkomsten. Revalidatiecentra kennen reeds een overgangperiode voor wat betreft de zorg die zij momenteel leveren.

3.2.3 Varianten

Revalidatiecentra kunnen in 2013 op twee verschillende manieren bekostigd worden, via DBC's of via het FB.

Volledige DBC-bekostiging

Bij volledige prestatiebekostiging zijn de huidige DBC's voor revalidatiezorg de basis voor zowel de financiering als de bekostiging van revalidatiezorg. Revalidatiecentra kunnen naast de huidige DBC's, de DBC's voor SRZ in rekening brengen. De inkomsten van revalidatiecentra zijn volledig afhankelijk van alle in rekening gebrachte DBC's.

FB-bekostiging met DBC-financiering

Als revalidatiecentra in 2013 nog steeds worden afgerekend op hun FB, dan registreert een zorgaanbieder DBC's voor SRZ en tegelijkertijd budgetparameters in het FB. De financiering van de zorg vindt plaats aan de hand van de DBC's. Aan het eind van het jaar vindt er een nacalculatie plaats op basis van de geregistreerde budgetparameters. Bij deze variant is mogelijk FB-onderhoud nodig.

3.2.4 Voor- en nadelen van de varianten

De NZa heeft de voorkeur dat de bekostigingssystematiek voor de revalidatiecentra hetzelfde is ongeacht het soort zorg dat geleverd wordt. Hiermee is de keuze voor een variant afhankelijk van de bekostiging van revalidatiecentra in 2013. Zolang revalidatiecentra nog bekostigd worden op basis van het FB en de DBC's enkel dienen ter financiering, dan zou er gekozen moeten worden voor variant 2: FB-bekostiging met DBC-financiering. Op het moment dat de overstap voor revalidatiecentra naar volledige prestatiebekostiging gemaakt wordt, dan dient de

bekostiging voor SRZ hierbij aan te sluiten. In dat geval lijkt variant 1, volledige DBC-bekostiging, het meest voor de hand liggend.

In het regeerakkoord is het voornemen uitgesproken om in 2012 prestatiebekostiging in te voeren. Variant 1, volledige DBC-bekostiging, sluit hierbij aan.

Daarnaast wil de NZa het belang van de invoering van prestatiebekostiging bij revalidatiecentra in relatie met de overheveling van de SRZ benadrukken. De invoering van prestatiebekostiging leidt ertoe dat niet de aanbieder maar het soort zorg bepalend is voor de bekostigingssystematiek, waardoor zorgverzekeraars beter kunnen sturen op de kwaliteit van de zorg.

3.3 Ziekenhuizen

Ziekenhuizen leveren momenteel medisch specialistische revalidatiezorg binnen de Zvw. Hieronder valt niet de SRZ die wordt overgeheveld naar de Zvw. De medisch specialistische revalidatiezorg wordt gefinancierd met DBC's en de uiteindelijke afrekening vindt plaats op basis van het FB. Na de overheveling in 2013 wordt het voor ziekenhuizen echter ook mogelijk om SRZ te gaan bieden en deze met DBC's in rekening te brengen. In tegenstelling tot de revalidatiecentra betreft de medisch specialistische revalidatiezorg voor ziekenhuizen slechts een klein deel van de totale inkomsten.

3.3.1 Bekostiging

Voor de medisch specialistische revalidatiezorg die door ziekenhuizen reeds wordt geleverd verandert er niets. Ziekenhuizen kunnen de naar de Zvw overgeheveld SRZ nu ook gaan leveren en via DBC's in rekening brengen.

In de huidige bekostiging van ziekenhuizen kan onderscheid worden gemaakt tussen het A- en het B-segment. In het A-segment wordt de zorg gefinancierd met DBC's en bekostigd via het FB. Voor het B-segment geldt reeds volledige DBC-bekostiging. DBC's zijn hierin leidend voor zowel de financiering als de bekostiging. Op dit moment vallen de DBC's voor medisch specialistische revalidatiezorg die een ziekenhuis in rekening brengt onder het A-segment.

Zolang deze situatie bestaat, kunnen de DBC's voor SRZ worden toegevoegd aan het A-segment. In een later stadium kan eventueel worden besloten tot een overheveling naar het B-segment. Dit betekent dat evenals bij de revalidatiecentra naast de DBC-registratie ook een registratie in budgetparameters plaatsvindt en dat het FB leidend is voor de bekostiging. Bij deze variant is mogelijk FB-onderhoud nodig.

Met de invoering van prestatiebekostiging bestaat geen FB meer. Er is dan een deel DBC's met een vrij tarief, een deel DBC's met een maximumtarief en een deel vaste vergoeding voor ziekenhuizen. Het is in deze situatie wenselijk om de SRZ DBC's toe te voegen aan de DBC's met een maximumtarief. Zodra in de loop van de jaren ervaring is opgedaan met deze DBC's, dan zou een overgang naar een vrij tarief plaats kunnen vinden.

3.3.2 Overgangperiode

Voor een AWBZ-zorgaanbieder is een overgangperiode gewenst omdat een verandering in registratie en mogelijk in inkomsten plaatsvindt. Voor

de ziekenhuizen geldt echter dat een nieuwe vorm van zorg geleverd kan worden. Er is hier dus geen risico op verandering van inkomsten, maar enkel een mogelijkheid tot het genereren van aanvullende inkomsten. Daarnaast kennen ziekenhuizen momenteel reeds een overgangperiode voor de zorg die zij leveren in het A-segment.

3.3.3 Varianten

Ziekenhuizen kunnen op twee verschillende manieren bekostigd worden, via DBC's met een klein deel vaste vergoeding of via het FB. Dit leidt tot twee varianten.

Volledige DBC-bekostiging

Bij volledige prestatiebekostiging zijn de huidige DBC's voor medisch specialistische zorg de basis voor zowel de financiering als de bekostiging van medisch specialistische zorg. Ziekenhuizen kunnen naast de huidige DBC's, de DBC's voor SRZ in rekening brengen. De inkomsten van ziekenhuizen zijn volledig afhankelijk van alle in rekening gebrachte DBC's. Het verdient de voorkeur om aan de DBC's voor somatische revalidatie in eerste instantie een maximumtarief toe te kennen.

FB-bekostiging met DBC-financiering

De NZa neemt bij deze variant aan dat ziekenhuizen voor het A-segment nog steeds worden afgerekend op hun FB. Voor het B-segment gelden vrije prijzen. Een zorgaanbieder registreert DBC's voor SRZ en registreert tegelijkertijd budgetparameters in het FB. De financiering van de zorg vindt plaats aan de hand van de DBC's. Aan het eind van het jaar vindt een nacalculatie plaats op basis van de geregistreerde budgetparameters. Bij deze variant is mogelijk FB-onderhoud nodig.

3.3.4 Voor- en nadelen van de varianten

In het regeerakkoord is het voornemen opgenomen om voor de ziekenhuisbekostiging daar waar mogelijk over te gaan op prestatiebekostiging. Zolang dit voor de medisch specialistische zorg nog niet is gerealiseerd, verdient variant 2, FB-bekostiging met DBC-financiering, de voorkeur. De SRZ DBC's moeten worden toegevoegd aan het A-segment van de ziekenhuiszorg en de bekostiging vindt plaats via het FB. Bij deze variant is mogelijk FB-onderhoud nodig.

Op het moment dat voor ziekenhuizen wordt besloten om de overstap te maken naar prestatiebekostiging, dient de bekostiging voor SRZ hierbij aan te sluiten. Er is dan een deel DBC's met een vrij tarief, een deel DBC's met een maximumtarief en een deel vaste vergoeding voor een ziekenhuizen. In dat geval kan variant 1, volledige DBC-bekostiging, het beste worden gekozen. De DBC's voor SRZ krijgen in eerste instantie een maximumtarief. Vervolgens kan worden gekeken of het wenselijk is om met vrije tarieven te gaan werken.

3.4 Nieuwe zorgaanbieders

In het voorgaande is aangegeven hoe een overgang voor reeds bestaande zorgaanbieders naar DBC-bekostiging voor SRZ vormgegeven kan worden. Het is echter ook mogelijk dat nieuwe zorgaanbieders deze vorm van zorg gaan aanbieden. Het is van belang dat nieuwe zorgaanbieders toe kunnen treden tot de SRZ markt. De consument heeft baat bij een concurrerend zorgaanbod met meerdere keuzemogelijkheden.

Omdat deze nieuwe zorgaanbieders geen historische bekostigingssystematiek hebben, zal voor deze zorgaanbieders ook geen overgangstraject ingericht te worden. Nieuwe zorgaanbieders zullen volledig worden bekostigd op basis van DBC's. Zij zullen daarbij logischerwijs wel aan de zorginhoudelijke eisen moeten voldoen die worden gesteld bij het leveren van deze zorg.

3.5 Conclusies en adviezen

De overgang van SRZ van de AWBZ naar de Zvw en van ZZP-bekostiging naar DBC-bekostiging leidt tot een aantal veranderingen voor verschillende zorgaanbieders.

In de eindsituatie dienen deze verschillende zorgaanbieders volledig op basis van de geleverde prestaties -uitgedrukt in DBC's- te worden bekostigd. In de huidige situatie gelden echter verschillende bekostigingssystemen voor de verschillende zorgaanbieders. De NZa maakt daarom onderscheid naar aanbieder wanneer zij de implicaties van overgang benoemt.

– AWBZ zorgaanbieders

Voor AWBZ zorgaanbieders adviseert de NZa een overgangperiode op basis van de ZZP-bekostiging, zodat zorgaanbieders kunnen wennen aan de verandering in bekostiging zonder dat daarbij te veel financieel risico lopen wordt ten aanzien van de uiteindelijke opbrengsten.

Zorgaanbieders moeten de overgangperiode gebruiken om hun bedrijfsvoering aan te passen op de bekostiging via DBC's.

– Revalidatiecentra en ziekenhuizen

Voor revalidatiecentra en ziekenhuizen adviseert de NZa om een variant te kiezen die aansluit bij de bekostiging van de zorg die zij reeds leveren onder de Zvw. Dit betekent dat DBC's gebruikt worden ter financiering, maar dat het FB leidend is voor de uiteindelijke bekostiging, zolang er geen wijziging plaatsvindt ten aanzien van de huidige bekostiging. Op het moment van overgang naar prestatiebekostiging voor revalidatiecentra en ziekenhuizen adviseert de NZa om op basis van DBC's te bekostigen.

– Nieuwe aanbieders

Voor nieuwe aanbieders adviseert de NZa om deze volledig op basis van DBC's te bekostigen. Zij zullen daarbij logischerwijs wel aan de zorginhoudelijke eisen moeten voldoen die worden gesteld bij het leveren van deze zorg.

4. Relatie met andere systeemwijzigingen

In dit hoofdstuk worden een aantal systeemwijzigingen besproken die van invloed zijn op de overheveling van de SRZ en nog niet zijn opgenomen in de voorgaande hoofdstukken. Dit zijn:

- De invoering van DOT.
- De invoering van prestatiebekostiging voor de specialistische revalidatie.

4.1 DBC's op weg naar Transparantie (DOT)

4.1.1 Waarom DOT en wat is het?

Het plan 'DBC's op weg naar Transparantie' (DOT) beschrijft in feite de tweede generatie van de DBC-systematiek. De bedoeling van DOT is om oorspronkelijke doelstellingen zoals beperkter aantal producten, transparantie, medische herkenbaarheid, hanteerbaarheid, meer kostenhomogeniteit, specialisme overstijgende producten, stabiliteit en openheid voor innovatie te realiseren.

Een van de belangrijke aspecten van het plan DOT is de ontwikkeling van een nieuwe zorgproductstructuur, oftewel de wijze waarop diagnoses en behandelingen worden vertaald in zorgproducten. Deze zorgproducten volgen de huidige DBC's op. Een zorgproduct is een clustering van verwante diagnoses en bijbehorende behandelingen. Zorgproducten zijn als gevolg van de clustering medisch herkenbaar en kosten- en werklathomogeen. De toegenomen medische herkenbaarheid is van groot belang in het onderhandelingsproces tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over prijs en kwaliteit van de geleverde zorg.

De nieuwe opzet van de DBC-systematiek sluit aan bij de internationale standaard: de ICD10-codes zodat deze aansluit bij de wijze van classificeren waarop dat ook in de rest van de wereld gebeurt. Deze classificatie omvat 22 hoofdstukken, zoals bijvoorbeeld 'ziekten van hart en vaatstelsel' en 'ziekten van zenuwstelsel'. Onder elk hoofdstuk hangen diverse diagnosegroepen en onder elke diagnosegroep hangen weer diverse DOT-zorgproducten. In totaal zijn er circa 3500 zorgproducten. Dit betekent een sterke vereenvoudiging ten opzicht van het systeem met circa 30.000 DBC's¹⁷.

4.1.2 Consequenties van DOT voor de overheveling van SRZ

Invoering van DOT is per 2012 voorzien. Oorspronkelijk zou de DOT-structuur per 1 januari 2011 worden ingevoerd. Na de beslissing om DOT uit te stellen is er een concept-productstructuur uitgeleverd zodat partijen gestimuleerd worden om met DOT te werken (schaduwdraaien). Deze simulatie heeft als doel de DOT-structuur aan te scherpen en financiële impactanalyses uitvoeren.

Invoering per 2012 betekent dat de nieuw te ontwikkelen DBC's (als onderdeel van de revalidatiegeneeskunde) die gaan gelden voor de SRZ ook direct binnen de DOT-systematiek moeten passen.

¹⁷ In feite zijn er ca. 110.000 DBC codes, waarvan er ca. 30.000 regelmatig gebruikt worden door ziekenhuizen.

Voor de AWBZ zorgaanbieders biedt de invoering van DOT inhoudelijk voordelen. In plaats van een overgang van het ZZP-systeem (met 47 klassen) naar een uitgebreid DBC-systeem (met ca. 14.000 revalidatie-DBC's), gaan zij over naar DOT (met in totaliteit voor specialismen rond de 3500 producten, waarvan vermoedelijk enkele tientallen¹⁸ van toepassing zijn voor de SRZ). In tegenstelling tot de revalidatiecentra en ziekenhuizen krijgen AWBZ zorgaanbieders echter te maken met een, voor hen, nieuwe registratiemethode en daaraan gekoppelde ICT-voorzieningen.

4.2 Prestatiebekostiging medisch specialistische revalidatiezorg

De invoering van prestatiebekostiging is opgenomen in het regeerakkoord met als beoogde ingangsdatum 1 januari 2012. Op basis van het advies van de NZa¹⁹ is besloten om het budgetsysteem voor de ziekenhuizen af te schaffen en over te gaan op prestatiebekostiging. Mede met het oog op de functionele bekostiging en het aanwezig zijn van geschikte DBC's voor medisch specialistische revalidatiezorg, adviseerde de NZa om prestatiebekostiging voor de revalidatiecentra gelijktijdig in te voeren met de invoering bij de ziekenhuizen.

Mogelijke consequenties van de invoering van prestatiebekostiging zijn:

- Het wordt onder prestatiebekostiging wellicht minder aantrekkelijk om relatief goedkope zorg te leveren in een relatief dure omgeving.
- Doordat in de transitieperiode niet overal tegelijkertijd overgegaan wordt op prestatiebekostiging, ontstaat mogelijk een andere vorm van bekostiging tussen verschillende aanbieders van SRZ

¹⁸ In ICD 9 gaat het om 27 codes

¹⁹ Uitvoeringstoets 'van budget naar prestatie' (NZa, november 2009)

5. Aanpassen Beleidsregels

Met de overheveling van de SRZ wordt de overgang vastgelegd in een (kapstok)Beleidsregel. Hierin wordt het beleid geformuleerd dat de NZa hanteert bij de overgang van de SRZ van de AWBZ naar de Zvw en de invoering van bekostiging op basis van DBC's.

Daarnaast worden de volgende beleidsregels aangepast / opgesteld:

- Beleidsregel Contracteerruimte
- Beleidsregel Dure geneesmiddelen

Beleidsregel Contracteerruimte

In deze Beleidsregel staat het totaal bedrag genoemd dat beschikbaar is voor het jaar t om zorg in te kopen (de contracteerruimte). Met de overheveling van de SRZ wordt deze ruimte naar beneden bijgesteld.

Dure geneesmiddelen

De bekostiging van medicijnen bij verpleeghuizen verschilt van die bij revalidatiecentra doordat bij de laatste sprake is van een ruimere specifieke vergoeding van een aantal specifieke dure medicijnen (limitatieve lijst). Wanneer de SRZ die plaatsvindt in verpleeghuizen wordt overgeheveld naar de Zvw, ligt het voor de hand om die regelingen gelijk te trekken en ook voor de SRZ in verpleeghuizen de regeling dure medicijnen voor ziekenhuizen en revalidatiecentra te gaan toepassen, om zo een gelijk speelveld te creëren. In de reeds bestaande beleidsregel wordt opgenomen dat deze beleidsregel ook van toepassing is op AWBZ zorgaanbieders.

Bijlage 1. Brief 'verzoek uitvoeringstoets'



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
T.a.v. de wnd. Voorzitter
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Curatieve Zorg

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.minvws.nl

Inlichtingen bij
Nienke Zuidema

T 070 340 7555

Ons kenmerk
CZ/FBI 2959427

Bijlagen

Uw brief

-

*Correspondentie u
richten aan het re.
met vermelding v.
en het kenmerk v.
brief.*

Datum oktober 2009
Betreft Overheveling revalidatiezorg AWBZ-Zvw

Geachte mevrouw Van Beek,

Met deze brief wil ik u verzoeken een vervolg te geven aan de eerder door u uitgevoerde uitvoeringstoets (eerste deel, maart 2009), met betrekking tot de 'Overheveling van somatische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet'.

Inleiding

Het ministerie van VWS is voornemens om de somatische revalidatiezorg per 1 januari 2012 over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet. De NZa is bij brief van 9 januari 2009 (CZ/TSZ-2905488) gevraagd om middels een uitvoeringstoets advies uit te brengen over onder meer de mogelijke scenario's voor overheveling, de daaruit volgende risico's, de maatregelen om deze risico's te ondervangen en het te volgen tijdpad.

In maart van dit jaar heeft u het eerste deel van de uitvoeringstoets opgeleverd. Dit rapport is bijzonder waardevol gebleken bij het uitstippelen van het verdere overhevelingstraject, omdat het een uitvoerige analyse geeft van de achtergrond en context waarin de overheveling zich afspeelt en tevens diverse mogelijkheden schetst om invulling te geven aan het vervolgtraject.

Inmiddels zijn er, met name als het gaat om de afbakening van zorg, aanzienlijke stappen vooruit gezet. Ook is een plan van aanpak opgesteld voor de ontwikkeling van nieuwe zorgproducten. De overheveling komt daarmee in een meer uitvoerende fase terecht. Dit neemt echter niet weg dat er met betrekking tot de overheveling van zorg naar de Zvw en de invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek nog vragen bestaan. Ook wordt een aantal vragen die in deel I van de uitvoeringstoets nog niet zijn beantwoord in toenemende mate relevant. Ik zal dat in deze brief verder toelichten.

Terugblik

De afgelopen periode zijn er belangrijke stappen gezet in het overhevelingstraject, vooral wat betreft de afbakening van de somatische revalidatiezorg. Zo is het zorgzwaartepakket waar de somatische revalidatiezorg onder behoort te vallen (zorgzwaartepakket 9 V&V) nader gespecificeerd, met als doel dat somatische



revalidatiezorg altijd en uitsluitend vanuit dit ZZP wordt geboden. Daarnaast is een aparte prestatie geformuleerd voor revalidatiezorg in de vorm van dagbehandeling. Hiermee is duidelijk omkaderd welke zorg na de overheveling onder de Zvw zal komen te vallen.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk

Zorgaanbieders, zorgkantoren en het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) zullen met ingang van 2010 met de nieuwe prestatieomschrijvingen gaan werken. Het is de verwachting dat vanaf dat moment betrouwbare gegevens worden verzameld en vanaf 2011 beschikbaar komen. Op basis hiervan kunnen het bijbehorende zorgvolume en –budget voor somatische revalidatiezorg worden bepaald. Deze gegevens zijn noodzakelijk voor een zorgvuldige bepaling van de uitname uit de AWBZ, zowel op macro- als op instellingsniveau.

Bekostiging

Naast het inhoudelijk en financieel afbakenen van de zorg, is het van belang om een nieuwe systematiek te ontwikkelen voor de bekostiging en financiering van de zorg binnen het kader van de Zvw. Het ministerie van VWS heeft reeds in een vroeg stadium de voorkeur uitgesproken om aan te sluiten bij de systematiek die gebruikelijk is binnen de Zvw, namelijk de diagnose behandel combinaties (dbc's). In dit kader is DBC-Onderhoud gevraagd om onderzoek te (laten) doen naar de toepasbaarheid van de bestaande bekostigingssystematiek van geneeskundige revalidatie voor somatische revalidatiezorg. De conclusie van dit onderzoek is dat de revalidatie dbc's in ieder geval bruikbaar zijn voor het registreren van de zorg en daarmee een basis kunnen vormen voor de ontwikkeling van dbc's voor somatische revalidatiezorg.

Naar aanleiding van het onderzoek heeft DBC-Onderhoud een plan van aanpak uitgebracht over de opzet van een nieuwe dbc-systematiek en de implementatie hiervan. DBC-Onderhoud stelt in het plan van aanpak en het advies aan VWS naar aanleiding van het plan van aanpak, dat de dbc's op zijn vroegst in 2013 kunnen worden ingevoerd als basis voor de registratie en declaratie van de zorg. Mogelijk kan op dat moment ook al een overstap kan worden gemaakt naar bekostiging op basis van dbc's.

Het geschetste tijdspad betekent echter dat – indien de overheveling per 2012 het uitgangspunt vormt – een gelijktijdige overheveling en invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek op basis van dbc's niet mogelijk is. Gevolg is dat er een overgangsfase van tenminste een jaar ontstaat tussen het moment dat de zorg overgaat naar de Zvw (voorzien in 2012) en de invoering van de nieuwe dbc's (voorzien in 2013). In deze periode zal tijdelijk een alternatieve bekostigingswijze binnen de Zvw moeten worden gehanteerd. Het is de vraag op welke wijze invulling kan worden gegeven aan deze overgangsfase – waarbij de zorg al wel onder de Zvw valt, maar nog geen sprake is van bekostiging en financiering in dbc's – zodanig dat de administratieve en uitvoeringslasten voor de zorginstellingen en verzekeraars zoveel mogelijk worden beperkt.

Daarnaast is de vraag welke dbc-invoeringsscenario's er vanaf 2013 mogelijk zijn (bij overheveling per 2012). Wat zijn bijvoorbeeld de voor- en nadelen die verbonden zijn aan het gelijktijdig invoeren van dbc- financiering en bekostiging, dan wel een gefaseerde introductie (financiering in 2013, bekostiging in een later jaar). Aspecten die hierbij tevens aan de orde komen, zijn de introductie van een



dynamisch tarief, de invoering van risicodragendheid en de overgang naar vrije prijsvorming.

Curatieve Zorg

Ik zal genoemde punten hieronder verder uitwerken.

Ons kenmerk

Uitwerking verzoek

Met deze brief wil ik de NZa vragen onderstaande vragen te beantwoorden in een vervolg op de eerder uitgebrachte uitvoeringstoets.

Deel I

Uitgaande van overheveling in 2012 en invoering van dbc's per 2013 is het de vraag hoe de periode na 2012 het beste zou kunnen worden ingevuld.

Ik zou de NZa dan ook willen vragen om te schetsen hoe het transitiepad er op hoofdlijnen uit zou kunnen zien, door:

- i. advies uit te brengen over de wijze waarop de bekostiging en financiering in 2012 binnen de Zvw kunnen worden georganiseerd (op een dusdanige manier dat het zo min mogelijk interfereert met dbc-ontwikkeltraject). In dit kader verzoek ik u de mogelijkheid te onderzoeken van de introductie van een dynamisch tarief. Een dynamisch tarief zou een oplossing kunnen vormen voor het huidige knelpunt in financiering van de somatische revalidatiezorg binnen de AWBZ, namelijk het ontbreken van een (financiële) prikkel tot kort en intensief behandelen. Een kostenonderzoek zal deel uitmaken van een dergelijk onderzoek;
- ii. de mogelijkheid te onderzoeken om bovengenoemd dynamisch tarief reeds in 2011 binnen de AWBZ te introduceren, met daarbij een analyse van voor- en nadelen en mogelijke risico's.

Deel II Invoeringsscenario's dbc's

- i. advies uit te brengen over de mogelijke dbc-invoeringsscenario's per 2013. Hoe zien de scenario's eruit bij respectievelijk gelijktijdige invoering van dbc-financiering en bekostiging, dan wel gefaseerde invoering, waarbij eerst de overstap wordt gemaakt naar financiering op basis dbc's en de dbc-bekostiging pas later volgt. Wat zijn de voor- en nadelen van deze beide opties;
- ii. te schetsen wat de risico's zijn voor respectievelijk zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten;
- iii. aan te geven welke maatregelen kunnen worden getroffen om deze risico's te beperken of te ondervangen;

Deel III Overige vragen

Verder heeft VWS een aantal keren op ambtelijk niveau met de NZa gesproken over de aankomende veranderingen omtrent de kapitaallasten en discussie rond de invoering van vrije prijzen bij de geneeskundige revalidatiezorg. Ik verzoek u om in de uitvoeringstoets te schetsen hoe deze beide trajecten zich verhouden tot de overheveling van de somatische revalidatiezorg.

Tot slot verzoek ik u om aandacht te besteden aan de nog openstaande vragen uit eerdergenoemde brief van 9 januari. Voor de volledigheid neem ik deze vragen hier nogmaals op:

- wat is het voorstel van de NZa voor de bepaling van de tarieven in de overgangperiode en hoe staan deze in verhouding tot de (huidige) revalidatie DBC's;



- wat zijn de gevolgen van het overhevelen van de reactiveringszorg voor de beleidsregels van de NZa;
- welke mogelijkheden biedt de Zvw voor bevoorschotting en hoe kijkt de NZa aan tegen de invoering hiervan;
- hoe verhoudt de overheveling van de revalidatiezorg met ingang van 1 januari 2010 zich tot het herallocatietraject ZZP's.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk

Met name relevant zijn daarbij de vragen ten aanzien van de tarifiering, de bevoorschottingsproblematiek en de verhouding tot het herallocatietraject ZZP's.

Bovenstaande biedt naar mijn mening voldoende aanknopingspunten voor de NZa om de komende periode aanvullend advies te geven over de overheveling en in het bijzonder de periode tot aan de invoering van de nieuwe dbc's. Ik zou u willen verzoeken om dit advies zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk zes maanden na verzending van deze brief op te leveren.

Graag verneem ik van u op welke wijze u uitvoering kunt geven aan dit verzoek.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,
de wnd. Directeur-Generaal Curatieve Zorg,

Arnold Moerkamp

Bijlage 2. Profielomschrijving ZP VV9a

ZP 9 VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging

Bij deze cliëntgroep heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname. In aansluiting hierop is behoefte aan herstelgerichte behandeling die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist in een tijdelijke verblijfsituatie (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 comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), hetgeen leidt tot instabiliteit en complicaties. In de profielomschrijving wordt een onderscheid gemaakt tussen patiënten die voorafgaand aan de revalidatie nog geen behandeling in combinatie met verblijf ontvingen (groep A) en patiënten die reeds behandeling in combinatie met verblijf ontvingen (groep B).

Afhankelijk van het type revalidatie verschilt de begeleiding bij de *sociale redzaamheid*. De begeleiding is primair gericht op het weer oppakken van allerlei zaken (groep A) of op het leren omgaan met de nieuwe situatie (groep B). De patiënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* nogal eens hulp, toezicht en sturing nodig, met name als gevolg van beperkingen op het gebied van concentratie.

Bij cliëntgroep A is ten aanzien van de *ADL* 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 is de vereiste advisering en instructie nodig. Bij cliëntgroep B komt deze *ADL*-overname bovenop de zorg die de cliënt al ontving. Deze extra zorgbehoefte neemt in de loop van de tijd meestal af.

Ten aanzien van de *mobiliteit* hebben de patiënten met name in het begin hulp nodig (groep A) of extra hulp bovenop de reeds bestaande ondersteuning (groep B). Betreffende het verplaatsen buitenshuis en binnenshuis is vaak sprake van overname. Gedurende de verblijfsperiode vermindert de mobiliteitsproblematiek grotendeels (groep A) of substantieel (groep B).

In het kader van herstel is *verpleegkundige aandacht* nodig, die gedurende de herstelperiode zal afnemen.

Bij deze patiënten is meestal geen (groep A) of soms (groep B) sprake van *gedragsproblematiek* en meestal geen sprake van *psychiatrische problematiek*.

De *aard van het begeleidingsdoel* is ontwikkelingsgericht. De cliënt beschikt over een bepaalde mate van belastbaarheid, leerbaarheid en trainbaarheid zodat op herstel gerichte behandeldoelen kunnen worden bereikt. Voor cliëntgroep A zijn de behandeldoelen erop gericht, dat de cliënt op verantwoorde wijze zelfstandig kan wonen (thuis of in het verzorgingshuis). Voor cliëntgroep B zijn de behandeldoelen gericht op het zo veel mogelijk bereiken van het oude niveau van functioneren. Voor hen is het niet meer mogelijk om op verantwoorde wijze

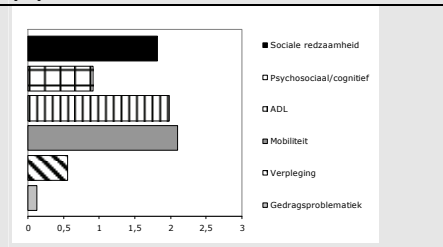
zelfstandig te wonen.

De patiënten hebben een tijdelijke behoefte aan (extra) behandeling en zorg, op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* 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.

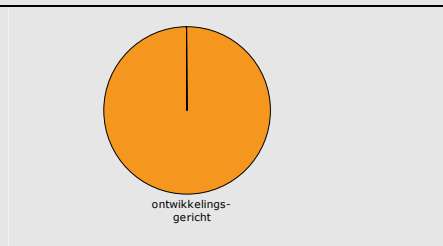
Het *beperkingenbeeld* in het kader van de revalidatie verandert relatief snel.

De *dominante grondslag* voor cliëntgroep A is een somatische ziekte/aandoening. Bij cliëntgroep B is sprake van een somatische of psychogeriatrische ziekte/aandoening, in combinatie met een revalidatiesituatie.

Gemiddelde scores beperkingen (A)	Aard van de psychiatrische problematiek (A)
-----------------------------------	---



Aard van het begeleidingsdoel (A)	Verblijfskenmerken
-----------------------------------	--------------------



Setting: beschermd verblijf.
 Nachtdienst: wakende wacht.
 Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg	Dagbesteding	Behandelaars	Totaaltijd
BG, VP, PV	Integraal onderdeel	Ja	18 tot 22 uur

Bijlage 3. Prestatiebeschrijving H801

<p>Dagactiviteit ouderen speciaal revalidatie Dagactiviteit somrevalidatie (H801)</p>	<p>Dagbehandeling in groepsverband van kortdurende aard, gericht op revalidatie na medisch specialistische diagnostiek/ interventie, meestal in combinatie met een opname. Voorts gaat er vaak een periode van kortdurende opname (verblijf) voor revalidatie in een revalidatiesetting, meestal in een verpleeghuis, aan vooraf.</p>
	<p>Het doel van de kortdurende dagbehandeling is gericht op het bereiken van optimaal herstel van functies en/of het verminderen van beperkingen, zodat de cliënt in de toekomst op verantwoorde wijze zelfstandig kan blijven wonen (in de thuissituatie of het verzorgingshuis). De concrete en haalbare behandeldoelen zijn vastgelegd in een behandelplan. De behandeling wordt geleverd door een multidisciplinair team waarbij deskundigheid op het gebied van ouderengeneeskunde noodzakelijk is. Behandeling wordt tijdens het dagprogramma in samenhang geleverd met gerichte begeleiding en enige persoonlijke verzorging. De behandeling beslaat een aantal dagdelen per week en wordt na een vooraf vastgestelde periode afgesloten. De behandeling vindt plaats in een op revalidatie ingerichte omgeving met bijbehorende hulpmiddelen.</p> <p>Het aanbod van dagbehandeling is gericht op:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bevorderen van herstel van functioneren door multidisciplinaire behandeling (vermindering van aandoening, stoornis, beperking); - zo nodig ondersteuning door begeleiding en enige persoonlijke verzorging; - leren omgaan met eventueel blijvende fysieke en/of cognitieve beperkingen; <p>Functies: behandeling groep (6 maanden)</p> <p>Groepsgrootte: groter of gelijk aan 6</p> <p>Doelgroep: SOM</p> <p>Geldigheidsduur: 6 maanden</p>

Bijlage 4. Productstructuur Revalidatie

Zorgtype, zorgvraag en diagnose

Zorgtype		Zorgvraag	
	Initiële DBC	0	Traject
11	Reguliere zorg		
13	Intercollegiaal consult	1	Recent
		2	Niet recent
	Vervolg DBC		1 ^e revalidatiebehandeling (PRB of KRB) die een patient ondergaat binnen 6 maanden na ontstaan van een niet aangeboren aandoening
21	Vervolg DBC		
	Traject		
51	Traject interne ondersteuning		
Diagnose			
0000	Traject	0400	Neurologie
0000	Traject	0411	Neurologie cerebrosпинаal
		0412	Plexusletsel
0100	Aand. bewegingsapparaat	0413	Perifeer zenuwletsel, zenuwaandoeningen
0111	Aangeboren aandoeningen B.E.	0414	Neuro musculaire aandoeningen
0112	Aangeboren aandoeningen O.E.	0415	Overige neurologische aandoeningen
0113	Overige aangeboren aand. beweging		
0114	Overige aandoening B.E.	0500	Dwarslaesie
0115	Overige aandoening O.E.	0511	Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6
0116	Aandoening wervelkolom, romp	0512	Dwarslaesie laag: T7-T12 en lager
0117	Reumatische aandoeningen	0513	Spina bifida
0118	Multitrauma	0514	Ernstige decubitus t.g.v. dwarslaesie
0119	Overig aand. bewegingsapparaat		
0200	Amputaties	0600	Organen
0211	Amputatie door of boven de elleboog	0611	Huidaandoen., incl. decubitus en ulcus cruris
0212	Amputatie onderarm/hand, excl. vingers	0612	Brandwonden
0213	Amputatie vinger(s)	0613	Hartaandoeningen
0214	Amputatie B.E. niet gespecificeerd	0614	Bloedvaten
0215	Amputatie bovenbeen en hoger	0615	Respiratoire aandoeningen
0216	Amputatie voet onderbeen en knie	0616	Overige orgaanaandoeningen
0217	Amputatie te(n)en		
0218	Amputatie O.E. niet gespecificeerd	0700	Chronische pijn en psych.stoorn.
		0711	Chronische Pijnsyndroom WPN 1
0300	Hersenen	0712	Chronische Pijnsyndroom WPN 2
0311	Cerebrale functiestoornissen, incl. cong. DCD (Development Coördination Disorder)	0713	Chronische Pijnsyndroom WPN 3
0312		0714	Chronische Pijnsyndroom WPN 4
0313	CVA	0715	Overige pijn
0314	Contusio cerebri	0716	Psychische stoornissen
0315	Infectieuze hersenaandoeningen		
0316	Tumor cerebri	0900	Intercollegiaal consult
0317	Overige hersenaandoeningen	0911	Intercollegiaal consult

Behandelassen op de typeringlijst I

Behandeling	
00	Trajecten
0000	Traject
10	Consultair- gedurende nazorgtraject of Intercollegiaal Consult (ICC)
1011	Kort enkelvoudig consultair
1012	Kort intensief consultair
1013	Lang consultair
1014	Lang intensief consultair
1015	Lang zeer intensief consultair
20	Specialistische Revalidatie Behandeling (SRB)*
2011	Specialistische medicatie behandeling zonder anesthesie poliklinisch
2012	Specialistische medicatie behandeling zonder anesthesie klinisch
2013	Specialistische medicatie behandeling met anesthesie poliklinisch
2014	Specialistische medicatie behandeling met anesthesie klinisch
30	Poliklinische Revalidatie Behandeling (PRB)
3011	Poliklinische behandeling t/m 2 uur
3012	Poliklinische behandeling meer dan 2 uur t/m 6 uur
3013	Poliklinische behandeling meer dan 6 t/m 18 uur
3014	Poliklinische behandeling meer dan 18 t/m 49 uur
3015	Poliklinische behandeling meer dan 49 t/m 129 uur
3016	Poliklinische behandeling meer dan 129 t/m 299 uur
3017	Poliklinische behandeling meer dan 299 uur
40	Klinische Revalidatie Behandeling (KRB) - Licht
4011	Lichte klinische behandeling gedurende 1-3 dagen
4012	Lichte klinische behandeling gedurende 4-10 dagen
4013	Lichte klinische behandeling gedurende 11-20 dagen
4014	Lichte klinische behandeling gedurende 21-30 dagen
4015	Lichte klinische behandeling gedurende 31-40 dagen
4016	Lichte klinische behandeling gedurende 41-50 dagen
4017	Lichte klinische behandeling gedurende 51-60 dagen
4018	Lichte klinische behandeling gedurende 61-70 dagen
4019	Lichte klinische behandeling gedurende 71-90 dagen
4020	Lichte klinische behandeling gedurende 91-110 dagen
4021	Lichte klinische behandeling gedurende 111-130 dagen
4022	Lichte klinische behandeling gedurende 131-150 dagen
4023	Lichte klinische behandeling gedurende 151-170 dagen
4024	Lichte klinische behandeling gedurende 171-190 dagen
4025	Lichte klinische behandeling gedurende 191-230 dagen
4026	Lichte klinische behandeling gedurende 231-270 dagen
4027	Lichte klinische behandeling gedurende 271-315 dagen
4028	Lichte klinische behandeling gedurende 316-365 dagen

Behandelassen op de typeringlijst II

Behandeling	
50	Klinische Revalidatie Behandeling (KRB) - Middelzwaar
5011	Middelzware klinische behandeling gedurende 1-3 dagen
5012	Middelzware klinische behandeling gedurende 4-10 dagen
5013	Middelzware klinische behandeling gedurende 11-20 dagen
5014	Middelzware klinische behandeling gedurende 21-30 dagen
5015	Middelzware klinische behandeling gedurende 31-40 dagen
5016	Middelzware klinische behandeling gedurende 41-50 dagen
5017	Middelzware klinische behandeling gedurende 51-60 dagen
5018	Middelzware klinische behandeling gedurende 61-70 dagen
5019	Middelzware klinische behandeling gedurende 71-90 dagen
5020	Middelzware klinische behandeling gedurende 91-110 dagen
5021	Middelzware klinische behandeling gedurende 111-130 dagen
5022	Middelzware klinische behandeling gedurende 131-150 dagen
5023	Middelzware klinische behandeling gedurende 151-170 dagen
5024	Middelzware klinische behandeling gedurende 171-190 dagen
5025	Middelzware klinische behandeling gedurende 191-230 dagen
5026	Middelzware klinische behandeling gedurende 231-270 dagen
5027	Middelzware klinische behandeling gedurende 271-315 dagen
5028	Middelzware klinische behandeling gedurende 316-365 dagen
60	Klinische Revalidatie Behandeling (KRB) - Intensief
6011	Intensieve klinische behandeling gedurende 1-3 dagen
6012	Intensieve klinische behandeling gedurende 4-10 dagen
6013	Intensieve klinische behandeling gedurende 11-20 dagen
6014	Intensieve klinische behandeling gedurende 21-30 dagen
6015	Intensieve klinische behandeling gedurende 31-40 dagen
6016	Intensieve klinische behandeling gedurende 41-50 dagen
6017	Intensieve klinische behandeling gedurende 51-60 dagen
6018	Intensieve klinische behandeling gedurende 61-70 dagen
6019	Intensieve klinische behandeling gedurende 71-90 dagen
6020	Intensieve klinische behandeling gedurende 91-110 dagen
6021	Intensieve klinische behandeling gedurende 111-130 dagen
6022	Intensieve klinische behandeling gedurende 131-150 dagen
6023	Intensieve klinische behandeling gedurende 151-170 dagen
6024	Intensieve klinische behandeling gedurende 171-190 dagen
6025	Intensieve klinische behandeling gedurende 191-230 dagen
6026	Intensieve klinische behandeling gedurende 231-270 dagen
6027	Intensieve klinische behandeling gedurende 271-315 dagen
6028	Intensieve klinische behandeling gedurende 316-365 dagen
70	Klinische Revalidatie Behandeling (KRB) - Zeer intensief kortdurend
7011	Dagvullende klinische behandeling gedurende 1-3 dagen
7012	Dagvullende klinische behandeling gedurende 4-10 dagen
7013	Dagvullende klinische behandeling gedurende 11-20 dagen
7014	Zeer intensieve klinische behandeling gedurende 1-3 dagen
7015	Zeer intensieve klinische behandeling gedurende 4-10 dagen
7016	Zeer intensieve klinische behandeling gedurende 11-20 dagen

Bijlage 5. Tijdljn overheveling

