



## **Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 juni 2012, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg, inzake de overheveling van geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet**

Nr. MC-U-3119628

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

Na op 13 mei 2011 schriftelijk mededeling te hebben gedaan aan de Eerste en de Tweede Kamer der Staten-Generaal als bedoeld in artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Kamerstukken II 2010/11, 30 597, nr. 184);

Gelet op het verslag van een schriftelijk overleg met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 22 juni 2011 (Kamerstukken II 2010/11, 30 597, nr. 200);

Besluit:

### *Paragraaf 1. Algemene bepalingen*

#### **Artikel 1 definities**

In deze aanwijzing wordt verstaan onder:

- a. *wet*: Wet marktordening gezondheidszorg;
- b. *zorgautoriteit*: Nederlandse Zorgautoriteit, genoemd in artikel 3 van de wet;
- c. *specialist ouderengeneeskunde*: arts die als verpleeghuisarts of specialist ouderengeneeskunde is geregistreerd door de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratiecommissie;
- d. *geriatrische revalidatiezorg*: revalidatiezorg zoals een specialist ouderengeneeskunde pleegt te bieden;
- e. *dbc*: diagnose-behandelingcombinatie;
- f. *zpz*: zorgzwaartepakket;
- g. *Aanwijzing nhc's*: Aanwijzing inzake normatieve huisvestingscomponenten in tarieven intramurale AWBZ van 12 juli 2011 (Stcrt. 2011, 13319), zoals gewijzigd bij de Aanwijzing houdende wijziging van de aanwijzing inzake normatieve huisvestingscomponenten in tarieven intramurale AWBZ van 8 augustus 2011 (Stcrt. 2011, 16189);
- h. *nhc*: normatieve huisvestingscomponent in de zin van de Aanwijzing nhc's;
- i. *AWBZ*: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- j. *bestaande zorgaanbieder*: zorgaanbieder die geriatrische revalidatiezorg biedt en die daartoe vóór 1 januari 2012 productieafspraken heeft gemaakt met een zorgkantoor.

#### **Artikel 2 werkingsfeer**

Deze aanwijzing is van toepassing op geriatrische revalidatiezorg.

#### **Artikel 3 uitvoering aanwijzing**

De zorgautoriteit stelt ter uitvoering van deze aanwijzing tijdig vóór 1 januari 2013 regels of beleidsregels vast. Tevens stelt zij tijdig vóór 1 januari 2013 de grenzen vast, bedoeld in de artikelen 9 en 10 van deze aanwijzing.

### *Paragraaf 2. Nieuw bekostigingssysteem*

#### **Artikel 4 prestatiebeschrijving**

De zorgautoriteit voert met ingang van 2013 een bekostigingssysteem in voor geriatrische revalidatiezorg, waarbij de prestatiebeschrijvingen gebaseerd zijn op dbc-zorgproducten. Zij hanteert daarbij als vertrekpunt de thans bestaande prestatiebeschrijvingen voor herstelgerichte behandeling met



verpleging en verzorging (zzp VV9a) en AWBZ-revalidatie in dagbehandeling (H801).

#### **Artikel 5 tarief**

1. De zorgautoriteit voert met ingang van 2013 voor de prestaties, bedoeld in artikel 4, maximumtarieven in als bedoeld in artikel 50, eerste lid, aanhef en onder c, van de wet.
2. De zorgautoriteit verwerkt de kapitaallasten volledig in de maximumtarieven. Zij neemt daarbij de kapitaallasten behorend bij de bestaande prestatiebeschrijvingen, genoemd in artikel 4, als vertrekpunt, met dien verstaande dat zij wat betreft zzp VV9a rekent met de volledige nhc.

#### **Artikel 6 budgettaire neutraliteit**

De zorgautoriteit voert het nieuwe bekostigingssysteem macrobudgettair neutraal in. Het hiermee gemoede bedrag is € 817 mln (prijspeil 2012)

#### *Paragraaf 3. Overgangsregime bestaande zorgaanbieders*

#### **Artikel 7 omzet**

1. De zorgautoriteit stelt per bestaande zorgaanbieder met betrekking tot de afrekening van het jaar 2013 ambtshalve een verrekenbedrag vast. Dit bedrag is het positieve of negatieve verschil tussen het totale bedrag dat een bestaande zorgaanbieder in 2013 op basis van het nieuwe bekostigingssysteem, bedoeld in artikel 4, voor geleverde zorg rechtsgeldig in rekening heeft gebracht of zou hebben kunnen brengen, ten opzichte van het bedrag dat die aanbieder in 2013 rechtsgeldig in rekening had kunnen brengen als het bekostigingssysteem voor AWBZ-zorg nog van toepassing was geweest.
2. Indien de zorgautoriteit voor een zorgaanbieder een positief verrekenbedrag vaststelt, stelt zij een sluttatarief per relevante zorgverzekeraar vast naar rato van het aandeel van de desbetreffende zorgverzekeraar in de omzet van die aanbieder.
3. Indien de zorgautoriteit voor een zorgaanbieder een negatief verrekenbedrag vaststelt, stelt zij, met toepassing van artikel 56b van de wet, een vereffeningbedrag per relevante zorgverzekeraar vast naar rato van het aandeel van de desbetreffende zorgverzekeraar in de omzet van die aanbieder.

#### **Artikel 8 kapitaallasten**

De zorgautoriteit voorziet met betrekking tot de kapitaallasten van bestaande zorgaanbieders, met inachtneming van de Aanwijzing nhc's, in een overgangsregime, waarin:

- a. de kapitaallasten op basis van de volledige nhc's worden verwerkt in de maximumtarieven van de dbc-zorgproducten, bedoeld in artikel 4;
- b. het verschil in opbrengst dat ontstaat door toepassing van de beleidsregels van de zorgautoriteit ter uitwerking van het bepaalde onder a en de opbrengst die zou zijn ontstaan bij toepassing van de beleidsregels ter uitwerking van het bepaalde in artikel 7 van de Aanwijzing nhc's, na afloop van het jaar wordt verrekend via nacalculatie op de aanvaardbare kosten AWBZ van de desbetreffende zorgaanbieder.

#### *Paragraaf 4. Macrobeheersmodel*

#### **Artikel 9 macrogrens**

1. De zorgautoriteit stelt voor geriatrische revalidatiezorg waarop ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onder d, van de Zorgverzekeringswet aanspraak bestaat, voor alle zorgaanbieders gezamenlijk ambtshalve een macrogrens voor het jaar 2013 vast, zijnde een bovengrens als bedoeld in artikel 50, tweede lid, aanhef en onder c, van de wet.
2. De zorgautoriteit stelt de macrogrens, bedoeld in het eerste lid, en de individuele grenzen, bedoeld in artikel 10, vast op grond van het bedrag voor zorg dat voor 2013 ten hoogste beschikbaar is, zijnde € 730 miljoen (prijspeil 2012).

#### **Artikel 10 individuele grenzen**

1. De zorgautoriteit stelt ambtshalve per individuele zorgaanbieder voor het jaar 2013 een individuele grens vast, zijnde een bovengrens als bedoeld in artikel 50, tweede lid, aanhef en onder c, van de wet. Daarbij houdt zij als volgt rekening met de macrogrens:



- a. indien de zorgaanbieders samen de macrogrens niet overschrijden, is de individuele grens voor een zorgaanbieder gelijk aan de door die aanbieder in 2013 gerealiseerde omzet;
  - b. indien de zorgaanbieders samen de macrogrens wel overschrijden, is de individuele grens voor een aanbieder gelijk aan het procentuele aandeel van de omzet van die aanbieder in de totale omzet van alle zorgaanbieders gezamenlijk vermenigvuldigd met het bedrag dat de zorgautoriteit heeft vastgesteld als macrogrens.
2. Tot de in 2013 gerealiseerde omzet behoort mede het verrekenbedrag dat voor een zorgaanbieder is vastgesteld op grond van artikel 7.
  3. Tot de in 2013 gerealiseerde omzet van een zorgaanbieder worden niet gerekend bedragen die voortvloeien uit de toepassing van de beleidsregels van de zorgautoriteit ter uitwerking van de Aanwijzing inzake overgangsregeling kapitaallasten algemene en academische ziekenhuizen van 22 juni 2010 (Stcrt. 2010, 10255) en de Aanwijzing van 26 september 2011 inzake kapitaallasten transitie-model prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2012 (Stcrt. 2011, 19621).
  4. Tot de omzet van een zorgaanbieder worden niet gerekend de nacalculatiebedragen die voortvloeien uit de toepassing van de beleidsregels van de zorgautoriteit ter uitwerking van artikel 8.

#### **Artikel 11 handhaving macrogrens**

De zorgautoriteit handhaaft de macrogrens door handhaving van de individuele grenzen, bedoeld in artikel 10, eerste lid.

#### **Artikel 12 macrogrens niet overschreden**

1. Indien door alle zorgaanbieders samen de macrogrens niet is overschreden, stelt de zorgautoriteit ambtshalve vast dat voor iedere zorgaanbieder de individuele grens gelijk is aan de door die aanbieder in 2013 gerealiseerde omzet.
2. De zorgautoriteit doet een vaststelling als bedoeld in het eerste lid niet dan nadat ik haar uiterlijk 1 december 2014 schriftelijk heb laten weten dat het bedrag, genoemd in artikel 9, tweede lid, niet is overschreden.

#### **Artikel 13 macrogrens wel overschreden**

1. Indien door alle zorgaanbieders samen de macrogrens is overschreden, geeft de zorgautoriteit de individuele zorgaanbieders ambtshalve een aanwijzing in de zin van artikel 76, tweede lid, van de wet, tot de afdracht aan het Zorgverzekeringsfonds van een door de zorgautoriteit vastgesteld bedrag.
2. Het individueel af te dragen, door de zorgautoriteit vast te stellen bedrag is voor iedere zorgaanbieder gelijk aan het procentuele aandeel van de omzet van die aanbieder in de totale omzet in het jaar 2013 van alle aanbieders samen, vermenigvuldigd met het bedrag, bedoeld in het derde lid, dat de zorgautoriteit als basis dient te nemen voor de handhaving.
3. De zorgautoriteit geeft een aanwijzing als bedoeld in het eerste lid niet dan nadat ik haar uiterlijk 1 december 2014 schriftelijk heb laten weten dat het bedrag, genoemd in artikel 9, tweede lid, is overschreden, onder vermelding van het bedrag dat de zorgautoriteit als basis dient te nemen voor de handhaving van de macrogrens.

#### *Paragraaf 5. Overige bepalingen*

#### **Artikel 14 impactanalyse**

De zorgautoriteit stuurt mij uiterlijk 1 september 2013 een onderbouwde, kwalitatieve analyse van de (mogelijk) gevolgen van de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem, bedoeld in paragraaf 2, en de werking van het overgangsregime, bedoeld in paragraaf 3.

Van deze aanwijzing wordt mededeling gedaan door plaatsing met de toelichting in de Staatscourant.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers.*



## TOELICHTING

### 1. Algemeen

Deze aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (verder te noemen: zorgautoriteit) betreft de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Over mijn voornemen hiertoe heb ik beide kamers der Staten-Generaal in mijn zogenoemde voorhangbrief van 13 mei 2011 geïnformeerd<sup>1</sup>, conform artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG).

Deze aanwijzing gaat over de eerste fase van de overheveling en heeft alleen betrekking op het jaar 2013. Voor de volgende stappen in het proces geef ik, binnen het kader van mijn eerder genoemde voorhangbrief van 13 mei 2011, vervolgaanwijzingen aan de zorgautoriteit.

### Overheveling in fasen

De overheveling van de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw gebeurt in fasen. De eerste fase is de overheveling van de aanspraak naar de Zvw en de introductie van een bij de Zvw passend bekostigingssysteem met maximumtarieven per 2013. Het eindperspectief is dat per 2015 de zorgverzekeraars volledig risicodragend zijn en de ex-post compensaties volledig zijn afgebouwd. Vanaf 2015 is een structurele besparing ingeboekt van € 50 miljoen. Zodra de verzekeraars risicodragend zijn, ligt het voor de hand dat voor de geriatrische revalidatiezorg volledige prestatiebekostiging geldt, met vrij onderhandelbare tarieven. Tijdens de transitie naar dit eindperspectief worden de onnodige risico's van de overheveling voor de overheid, de zorgaanbieders en de verzekeraars afgedekt. Ten eerste door een overgangsregime voor de bestaande zorgaanbieders; ten tweede door een macrobeheersmodel.

### Eerste fase: 2013

In 2013 wordt de geriatrische revalidatiezorg gedeclareerd op basis van dbc-zorgproducten (verder te noemen: dbc's). Om de risico's voor de bestaande aanbieders af te dekken wordt voor 2013 voor hen een transitierégime gehanteerd, waarin wordt afgerekend op basis van de oude parameters (zzp's en extramuraal producten). De maximumtarieven voor de dbc's worden macroneutraal vastgesteld. Het verschil tussen het omzetbedrag op basis van gedeclareerde dbc's en de afgerekende omzet op basis van oude parameters, wordt na afloop van het jaar verrekend tussen de bestaande aanbieders en betrokken verzekeraars. Dit gebeurt aan de hand van het marktaandeel van ieder van die verzekeraars in de omzet van de desbetreffende zorgaanbieder.

### Kern van de aanwijzing

Kern van deze aanwijzing voor 2013 is de opdracht aan de zorgautoriteit om:

- per 2013 een nieuw bekostigingssysteem in te richten op basis van dbc's met maximumtarieven;
- voor bestaande zorgaanbieders een overgangsregime te hanteren waarin weliswaar gedeclareerd wordt in dbc's, maar over 2013 wordt afgerekend op basis van de huidige AWBZ-parameters;
- voor bestaande zorgaanbieders te voorzien in een adequate overgangsmoedel wat betreft de kapitaallasten en daarbij rekening te houden met bestaande overgangstrajecten en garantieregelingen;
- een en ander macrobudgettair neutraal in te voeren;
- een macrobeheersmoedel te hanteren, voor het geval ik onverhoopt moet vaststellen dat het financieel kader voor 2013 wordt overschreden.

### Budgettair neutraal

De overheveling van de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw dient macroneutraal te gebeuren. Rekening houdend met de groei 2012 en volledige verwerking van de kapitaallasten in de tarieven bij de nieuwe productstructuur, gaat het om een macrobedrag van € 817 miljoen (prijsspeil 2012).

### Goedkeuren nieuwe dbc-productstructuur

Het nieuwe bekostigingssysteem wordt gebaseerd op dbc's. De zorgautoriteit heeft op 15 mei 2012 de dbc-productstructuur van DBC-Onderhoud aangeleverd gekregen. Zij heeft inmiddels een eerste

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 30 597, nr. 184.



conceptrapport opgesteld, waarin zij de productstructuur beoordeelt aan de hand van het toetsingskader. Medische herkenbaarheid en kostenhomogeniteit zijn daarin belangrijke elementen. Ik ga ervan uit dat de zorgautoriteit uiterlijk 1 juli 2012 haar goedkeuring aan de dbc-productstructuur heeft kunnen verlenen en een en ander heeft kunnen verwerken in haar beleidsregels.

### **Overgangsregime: algemeen**

Door de invoering van een nieuw bekostigingssysteem lopen de bestaande zorgaanbieders risico's die louter samenhangen met de technische verschillen tussen het oude en het nieuwe systeem. Het is dan ook alleszins redelijk de bestaande zorgaanbieders in 2013 een overgangsregime te bieden waarmee die risico's zo goed mogelijk worden gemitigeerd. Dit betreft twee aspecten: de omzet en de kapitaallasten. Voor nieuwe aanbieders en aanbieders die nu al onder het Zvw-regime vallen (zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra) is geen overgangsregime nodig.

Ik heb bij de vormgeving van het overgangsregime dankbaar gebruik gemaakt van de voorstellen die de zorgautoriteit mij hierover deed in haar rapport van januari 2012<sup>2</sup>.

### **Overgangsregime: omzet**

Er worden nieuwe prestatiebeschrijvingen op basis van dbc's geïntroduceerd waaraan maximumtarieven worden gekoppeld. De zorgautoriteit krijgt weliswaar de opdracht om voor de nieuwe prestatiebeschrijvingen de huidige intramurale en extramurale producten als vertrekpunt te nemen, maar het valt niet uit te sluiten dat de opbrengsten in dbc's nog te veel afwijken (positief of negatief) van de opbrengsten indien de oude parameterwaarden gehanteerd zouden zijn. Daarom stelt de zorgautoriteit voor 2013 per bestaande aanbieder na afloop van het jaar het opbrengstverschil vast tussen het nieuwe en het oude systeem, dat wil zeggen het verschil tussen de in dbc's gedeclareerde omzet ten opzichte van de omzet zoals die op basis van de oude parameters gedeclareerd had kunnen worden. Indien een aanbieder met het declareren van dbc's minder heeft binnengekregen dan wanneer de oude parameters nog waren toegepast, dan krijgt hij het verschil bijgepast. Indien hij meer heeft binnengekregen dan onder het oude systeem dan moet de aanbieder dat verschil afstaan aan de betrokken verzekeraars. De bedragen die met deze verrekening gemoeid zijn tellen mee bij de toepassing van het macrobeheersmodel (zie hierna).

### **Overgangsregime: kapitaallasten**

Ook wat betreft de kapitaallasten van bestaande zorgaanbieders dient de zorgautoriteit te voorzien in een overgangsmodel. In de AWBZ worden in de periode 2012 tot 2018 integrale tarieven ingevoerd, dat wil zeggen tarieven waarin de kapitaallasten door middel van normatieve huisvestingscomponenten (nhc's) integraal zijn verwerkt. Dit gebeurt via een zorgvuldig uitgestippeld overgangstraject waartoe de zorgautoriteit op 12 juli 2011 een aanwijzing heeft gekregen<sup>3</sup> (de zogenoemde Aanwijzing nhc's). Het is belangrijk dit overgangstraject niet te verstoren. Ook moet de overheveling kostenneutraal gebeuren en mogen de bestaande zorgaanbieders als gevolg van de overgang geen nadeel ondervinden vanwege louter technische oorzaken. Daarom krijgt de zorgautoriteit met de onderhavige aanwijzing de opdracht om het overgangsmodel zo vorm te geven dat de volledige nhc in de dbc-tarieven wordt verwerkt en dat de nacalculatie op de kapitaallasten zoals voorzien in de Aanwijzing nhc's wordt verrekend in het 'AWBZ-budget' van de aanbieders. Door deze constructie te kiezen, wordt zo dicht mogelijk aangesloten bij de beoogde eindsituatie.

### **Macrobeheersmodel**

In haar uitvoeringstoets van december 2010<sup>4</sup> over de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg heeft de zorgautoriteit aangegeven geen (grote) macrobudgettaire risico's te voorzien als gevolg van de overheveling. Ik deel deze inschatting. Maar omdat deze risico's ook niet volledig uitgesloten kunnen worden, wil ik als ultimum remedium een macrobeheersinstrument ter beschikking hebben. Mochten zich onverhoopt toch overschrijdingen voordoen van de voor de geriatrische revalidatiezorg beschikbare middelen, dan is het mogelijk deze achteraf te redresseren. Het macrobeheersmodel wordt zodanig vormgegeven dat daaronder alle aanbieders vallen – bestaande en nieuwe – die geriatrische revalidatiezorg leveren waarop ingevolge de Zvw aanspraak bestaat. Gewekte verwachtingen met betrekking tot kapitaallasten op grond van overgangstrajecten of garantieregelingen worden gehonoreerd doordat deze kosten buiten het beheersinstrument blijven. De verrekenbedragen die

<sup>2</sup> Overheveling Geriatrische revalidatiezorg van AWBZ naar Zvw, nadere uitwerking garantiebekostiging en overheveling kapitaallasten; Nederlandse Zorgautoriteit; Utrecht, januari 2012.

<sup>3</sup> Aanwijzing inzake normatieve huisvestingscomponenten in tarieven intramurale AWBZ van 12 juli 2011 (Stcrt. 2011, 13319), zoals gewijzigd bij de Aanwijzing houdende wijziging van de aanwijzing inzake normatieve huisvestingscomponenten in tarieven intramurale AWBZ van 8 augustus 2011 (Stcrt. 2011, 16189).

<sup>4</sup> Overheveling somatische revalidatiezorg van AWBZ naar Zvw, tweede deel; Nederlandse Zorgautoriteit; Utrecht, december 2010.





gemoed zijn met het overgangsregime voor bestaande aanbieders tellen wel mee bij toepassing van het macrobeheersmodel.

Het macrobeheersmodel houdt in dat de zorgautoriteit een macrogrens aan de totale omzet van de gezamenlijke zorgaanbieders stelt, gebaseerd op een financieel kader dat ik haar meegeef (zie artikel 9 en de toelichting daarbij). Ten behoeve van de eventueel noodzakelijke afrekening, vertaalt zij die macrogrens tevens in individuele grenzen per zorgaanbieder. Uiterlijk 1 december 2014 laat ik de zorgautoriteit schriftelijk weten of het financieel kader is overschreden en wat de omvang is van het terug te vorderen bedrag. Ik stel dit vast aan de hand van de schadelastgegevens zoals die door de zorgverzekeraars gemeld zijn bij het College voor zorgverzekeringen. In geval van overschrijding krijgen de aanbieders ambtshalve een aanwijzing van de zorgautoriteit hun aandeel in het te redresseren bedrag af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds. De zorgautoriteit stelt dit vast aan de hand van het marktaandeel geriatrische revalidatiezorg van de individuele aanbieder in het totale terug te vorderen bedrag.

## Impactanalyse

De instellingen die nu al geriatrische revalidatiezorg leveren en die dat in 2013 blijven doen, worden in 2013 nog op basis van de oude, AWBZ-parameters nagecalculeerd. De zorgautoriteit informeert mij in 2013 mede aan de hand van een impactanalyse of naar haar mening de volledige overstap naar bekostiging op basis van dbc-zorgproducten verantwoord is. Mede op grond daarvan neem ik een besluit ten aanzien van 2014. Zoals ik in het begin van deze toelichting al schreef, krijgt de zorgautoriteit vervolgaanwijzingen voor de volgende stappen in het proces naar volledige prestatiebekostiging.

## 2. Artikelsgewijs

### Algemene bepalingen (paragraaf 1)

#### **Definities (artikel 1)**

- *Specialist ouderengeneeskunde (sub c)*: de specialist ouderengeneeskunde (tot 15 juli 2009: verpleeghuisarts) is een arts die na zijn basisopleiding een driejarige vervolgopleiding heeft afgerond in de hoofdstroom huisarts, verpleeghuisarts of arts voor verstandelijk gehandicapten. Het is geen medisch specialist en wordt dan ook niet geregistreerd door de Medisch Specialistische Registratiecommissie (MSRC), maar via een eigen commissie, namelijk de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratiecommissie (HVCR).
- *Geriatrische revalidatiezorg (sub d)*: dit is revalidatiezorg zoals de specialist ouderengeneeskunde die pleegt te bieden. Deze omschrijving sluit aan bij de door het College voor zorgverzekeringen geadviseerde formulering ten behoeve van de noodzakelijk aanpassing van het Besluit zorgverzekering.
- *Nhc (sub h)*: een nhc is een normatieve huisvestingscomponent in de zin van de Aanwijzing inzake normatieve huisvestingscomponenten in tarieven intramurale AWBZ van 12 juli 2011 (Stcrt. 2011, 13319). De onderhavige aanwijzing maakt op geen enkele wijze inbreuk op die aanwijzing. Dit impliceert dat voor bestaande zorgaanbieders tarieven worden vastgesteld, waarbij geen prijsafspraken over de kapitaallasten worden gemaakt. Voor nieuwe zorgaanbieders kan binnen de maximumtarieven wel ook over de kapitaallasten onderhandeld worden. Gemakshalve is de genoemde aanwijzing, zoals gewijzigd bij aanwijzing van 8 augustus 2011 (Stcrt. 2011, 16189), in onderdeel g gedefinieerd als: Aanwijzing nhc's;
- *Bestaande zorgaanbieder (sub j)*: door in de definitie van de term bestaande zorgaanbieder op te nemen dat het moet gaan om een aanbieder die vóór 1 januari 2012 ter zake van geriatrische revalidatiezorg productieafspraken heeft gemaakt met een zorgkantoor, is een duidelijk grens beschikbaar om te bepalen welke aanbieders wel en welke niet onder het overgangsregime vallen. De datum van 1 januari 2012 sluit aan bij die genoemd in de definitie van bestaande instelling in artikel 1, onderdeel f, van de Aanwijzing nhc's.

#### **Werkingsfeer (artikel 2)**

Deze aanwijzing betreft alleen de geriatrische revalidatiezorg. Met andere woorden, alleen de revalidatiezorg zoals de specialist ouderengeneeskunde die pleegt te bieden.

#### **Uitvoering aanwijzing (artikel 3)**

Dit artikel draagt de zorgautoriteit op haar beleidsregels en regels tijdig voor 1 januari 2013 gereed te hebben. In het ideale geval zou dit uiterlijk 1 juli zijn, opdat partijen ruim voldoende gelegenheid hebben zich voor te bereiden. Ten behoeve van het macrobeheersmodel dient de zorgautoriteit, op grond van de artikelen 9 en 10 van deze aanwijzing, respectievelijk een macrogrens en individuele



grenzen per zorgaanbieder vast te stellen. Artikel 50, tweede lid, van de wet schrijft voor dat de grens wordt vastgesteld, voorafgaand aan de periode waarop deze betrekking heeft. Ter vermijding van misverstanden is ook dit uitdrukking gebracht in artikel 3.

## **Nieuw bekostigingssysteem (paragraaf 2)**

### ***Prestatiebeschrijving (artikel 4)***

Vertrekpunt voor de nieuwe dbc's zijn de huidige prestatiebeschrijvingen. Het gaat daarbij met name om zzp VV9a (herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging) en H801 (AWBZ-revalidatie in dagbehandeling).

DBC-Onderhoud heeft op 15 mei 2012 de nieuwe dbc-productstructuur aan de zorgautoriteit geleverd. De zorgautoriteit beoordeelt thans de productstructuur aan de hand van het door haar vastgestelde toetsingskader. Dit wil zeggen dat zij onder andere toetst of de dbc's medisch herkenbaar zijn en of zij kostenhomogeen zijn. Ik ga ervan uit dat de zorgautoriteit uiterlijk 1 juli 2012 zekerheid heeft over deze punten.

De introductie van een bekostigingssysteem op basis van dbc's impliceert uiteraard dat specialisten ouderengeneeskunde gerechtigd dienen te zijn dbc's te openen.

### ***Tarief (artikel 5)***

In de huidige situatie gelden bandbreedtetarieven in de intramurale AWBZ en maximumtarieven in de extramurale AWBZ. Het eerste lid van artikel 5 bepaalt dat met ingang van 2013 voor de gehele geriatrische revalidatiezorg maximumtarieven zullen gelden voor de dbc's. Ingevolge het tweede lid zullen dat ook van meet af aan integrale tarieven zijn. Dat wil zeggen dat de kapitaallasten volledig worden verwerkt in de nieuwe maximumtarieven. Daarbij neemt de zorgautoriteit bij de berekening van de tarieven de kapitaallastencomponenten die thans in de AWBZ gelden als vertrekpunt. Voor de intramurale zorg rekent de zorgautoriteit met de volledige nhc-waarde. Voor bestaande aanbieders die vallen onder het overgangsregime van de Aanwijzing nhc's, worden de gevolgen hiervan opgevangen in het speciaal voor hen geldende overgangsregime, bedoeld in artikel 8.

### ***Budgettaire neutraliteit (artikel 6)***

De overheveling van de geriatrische revalidatiezorg naar de Zvw gebeurt budgettair neutraal. Rekening houdend met de groei 2012 en volledige verwerking van de kapitaallasten in de tarieven bij de nieuwe productstructuur, gaat het om een macrobedrag van € 817 miljoen (prijsspeil 2012). Hoe een en ander verwerkt dient te worden in de contracteerruimte AWBZ en met welk bedrag daarbij rekening dient te worden gehouden, komt aan de orde in de Aanwijzing contracteerruimte AWBZ 2013.

## **Overgangsregime bestaande aanbieders (paragraaf 3)**

Door de invoering van een nieuw bekostigingssysteem lopen de bestaande zorgaanbieders risico's die louter samenhangen met de technische verschillen tussen het oude en het nieuwe systeem. Dit betreft twee aspecten: de omzet (artikel 7) en de kapitaallasten (artikel 8).

### ***Omzet (artikel 7)***

Het eerste lid geeft de zorgautoriteit opdracht voor bestaande aanbieders, per zorgaanbieder het verschil in opbrengst vast te stellen bij toepassing van het nieuwe ten opzichte van het oude systeem. De zorgautoriteit legt dit bedrag als verrekenbedrag vast in een beschikking. De feitelijk uitgevoerde berekening geldt daarbij als motivering.

Het tweede lid regelt de situatie dat de opbrengst onder het nieuwe systeem lager uitvalt dan onder het oude systeem het geval zou zijn geweest en het verrekenbedrag dus positief is voor de aanbieder. In dat geval stelt de zorgautoriteit ambtshalve een sluittarief vast. De zorgaanbieder kan dat in rekening brengen bij de verzekeraar.

In het derde lid gaat het om de omgekeerde situatie: de opbrengst van de zorgaanbieder onder het nieuwe systeem is hoger uitpakend dan het geval zou zijn geweest onder het oude systeem. Dan is er sprake van een negatief verrekenbedrag. In een dergelijk geval legt de zorgautoriteit dit, met toepassing van artikel 56b van de WMG, als vereffeningbedrag ambtshalve vast in een beschikking ten behoeve van de betrokken verzekeraars.

Het opbrengstverschil wordt dus afgemeten aan de omzet in 2013 zoals die uitpakend zou zijn indien het oude, AWBZ-bekostigingssysteem nog had gegolden. Dit impliceert dat de zorgautoriteit de beleidsregelwaarden op de onder de AWBZ gebruikelijke wijze indexeert van 2012 naar 2013.

Als er wordt gedeclareerd in dbc's en wordt afgerekend volgens de beschreven methode, dan ligt het in de rede dat de betrokken zorgaanbieders in 2013 een dubbele registratie voeren.



## Kapitaallasten (artikel 8)

De aanhef van dit artikel legt vast dat de zorgautoriteit de Aanwijzing nhc's in acht dient te nemen bij de vormgeving van het overgangsregime voor de kapitaallasten van bestaande zorgaanbieders. De bestaande aanbieders blijven dus onder de bescherming van het in de Aanwijzing nhc's uitgestippelde overgangstraject vallen wat betreft de gefaseerde toegroei naar volledig integrale tarieven. Volledigheidshalve zij vermeld dat dat overgangstraject alleen betrekking heeft op bestaande zorgaanbieders die intramurale AWBZ-zorg leveren.

Onderdeel a van dit artikel sluit aan bij artikel 5, tweede lid, door voor te schrijven dat ook voor de bestaande aanbieders de kapitaallasten op basis van de volledige nhc's in de maximumtarieven worden verwerkt. In onderdeel b wordt vervolgens verzekerd dat het verschil in opbrengst tussen de volledige nhc's en het na te calculeren deel van de kapitaallasten jaarlijks wordt afgerekend. Het bedrag dat met de nacalculatie gemoeid is blijft ten laste komen van het AFBZ. Door deze constructie blijven ook de administratieve lasten zo beperkt mogelijk. Volledigheidshalve staat hierna het schema over de afbouw nacalculatie en opbouw nhc's ingevolge artikel 7 van de Aanwijzing nhc's.

jaar	percentage nacalculatie	percentage nhc's
2011	100	0
2012	90	10
2013	80	20
2014	70	30
2015	50	50
2016	30	70
2017	15	85
2018	0	100

## Macrobeheersmodel (paragraaf 4)

Deze paragraaf bevat in de artikelen 9 tot en met 13 het zogenoemde macrobeheersmodel. Alle zorgaanbieders (bestaand en nieuw) die in 2013 geriatrische revalidatiezorg leveren ten laste van de Zorgverzekeringswet, vallen onder de werking van het macrobeheersmodel.

In het macrobeheersmodel wordt vooraf aangegeven wat de grens is op macroniveau, dus voor alle aanbieders gezamenlijk. Daarna wordt die grens doorvertaald naar wat dit betekent voor de individuele aanbieders. De individuele grenzen voor de aanbieders geven aan hoe zij worden aangeslagen indien de macrogrens al dan niet wordt overschreden. De zorgautoriteit moet dan ook twee grenzen vaststellen voor de individuele aanbieders. De eerste voor het geval de macrogrens niet wordt overschreden, de tweede voor het geval de macrogrens wel wordt overschreden. Bij de eerste grens behoudt de aanbieder zijn gerealiseerde omzet. In het tweede geval leidt de overschrijding bij alle zorgaanbieders tot een pro rato afdracht. De zorgautoriteit stelt in een collectieve beschikking tijdig vóór 2013 de grenzen vast.

Het macrobeheersmodel is vergelijkbaar met dat voor de instellingen voor medisch-specialistische zorg en werkt op hoofdlijnen als volgt:

- Ik geef met betrekking tot 2013 in een aanwijzing aan de zorgautoriteit het macrokader aan voor de gezamenlijke zorgaanbieders die geriatrische revalidatiezorg ten laste van de Zvw leveren. De sector dient dus als geheel binnen dit macrokader te blijven;
- De uitgaven aan zorg bij deze zorgaanbieders over 2013 worden na afloop van dat jaar vastgesteld en door mij afgezet tegen dit macrokader;
- Ik laat de zorgautoriteit uiterlijk 1 december 2014 schriftelijk weten of er een overschrijding is en zo ja, hoe hoog het bedrag is dat geredresseerd moet worden.
- De zorgautoriteit verrekend het te redresseren bedrag over alle zorgaanbieder, naar rato van de omzet van de individuele zorgaanbieder als aandeel van die aanbieder in de totale omzet van alle zorgaanbieders gezamenlijk;
- De zorgautoriteit stuurt een beschikking naar de individuele zorgaanbieders.
- De zorgaanbieders dragen het bedrag van de beschikking af aan het Zorgverzekeringsfonds.

## Macrogrens (artikel 9)

Het eerste lid van artikel 9 geeft de zorgautoriteit opdracht een macrogrens vast te stellen, in de zin van artikel 50, tweede lid, aanhef en onder c, van de wet. Het gaat hier om een bovengrens. De zorgautoriteit stelt deze grens ambtshalve vast, voor de gezamenlijke zorgaanbieders, voorafgaand aan de periode waarop die grens betrekking heeft. Met andere woorden: de zorgautoriteit stelt de





grens tijdig vóór 2013 vast. Zoals eerder opgemerkt gaat het om alle zorgaanbieders (bestaand en nieuw) die in 2013 geriatrische revalidatiezorg leveren ten laste van de Zorgverzekeringswet. Volgens het tweede lid stelt de zorgautoriteit de macrogrens en de daaruit voortvloeiende individuele grenzen (zie hierna) vast op grond van het bedrag dat voor 2013 ten hoogste beschikbaar is, te weten € 730 miljoen (prijsspeil 2012). In dit bedrag is rekening gehouden met de groei 2012 en met 20 procent van de kapitaallasten die volgens het overgangsregime via de nhc's worden afgerekend. Dit bedrag wijkt dus af van dat genoemd in artikel 6, omdat daarin rekening is gehouden met het feit dat in het nieuwe bekostigingssysteem de kapitaallasten volledig in de tarieven moeten worden verwerkt. Ik stuur de zorgautoriteit uiterlijk 1 december 2014 schriftelijk bericht of het hiergenoemde bedrag is overschreden (zie daarvoor de artikelen 11 en 12). Indien sprake is van een overschrijding, vermeld ik in dat bericht tevens het bedrag dat de zorgautoriteit als basis dient te nemen voor de handhaving van de macrogrens.

### ***Individuele grenzen (artikel 10)***

De macrogrens die de zorgautoriteit op grond van artikel 9 vaststelt, vertaalt zij op grond van artikel 10, eerste lid, naar individuele grenzen voor de zorgaanbieders. Ook de individuele grenzen zijn bovengrenzen en worden door de zorgautoriteit ambtshalve vastgesteld, voorafgaand aan de periode waarop deze betrekking hebben. De individuele grenzen worden in dezelfde collectieve beschikking vastgelegd als de macrogrens.

Het eerste lid van artikel 10 geeft aan dat de individuele grenzen in twee situaties dienen te voorzien. De grens bedoeld in onderdeel a betreft de situatie dat de macrogrens niet wordt overschreden. De grens is dan gelijk aan de omzet 2013. De grens bedoeld in onderdeel b gaat over de situatie dat de macrogrens wel wordt overschreden. Voor het geval dat die situatie zich voordoet bestaat de grens uit het procentuele aandeel van de zorgaanbieder in de totaalomzet van alle aanbieders gezamenlijk vermenigvuldigd met het bedrag van de macrogrens.

In het tweede tot en met vierde lid van artikel 10 wordt nader aangeduid wat wel of niet tot de relevante omzet 2013 wordt gerekend.

Volgens het tweede lid behoort het door de zorgautoriteit vastgestelde verrekenbedrag als bedoeld in artikel 7, tot de omzet 2013. Met andere woorden: het gaat voor alle aanbieders om de feitelijk afgerekende omzet 2013.

In het derde lid is zekerheidshalve opgenomen dat de bedragen die voortvloeien uit de toepassing van de overgangsregeling kapitaallasten voor algemene en academische ziekenhuizen en categorale instellingen, buiten de omzetberekening blijven. Dit is overeenkomstig artikel 4 van mijn Aanwijzing van 13 december 2011, houdende een macrobeheersmodel instellingen voor medisch specialistische zorg (Stcrt. 2011, 23196).

Het bepaalde in het vierde lid is de logische consequentie van het feit dat voor bestaande aanbieders een deel van de kapitaallasten wordt nagecalculeerd ten laste van de AWBZ. In 2013 is dat 80 procent. De daarmee gemoeide bedragen dienen dan ook niet meegerekend te worden bij het bepalen van de individuele grens. Anders gezegd, tot de omzet 2013 van een zorgaanbieder wordt wel gerekend: de 20 procent van de kapitaallasten die zijn begrepen in de tarieven voor de prestaties die in rekening zouden kunnen worden gebracht als het bekostigingssysteem voor AWBZ-zorg nog van toepassing zou zijn, voor zover in dat geval op die prestaties de beleidsregel(s) van de zorgautoriteit ter uitvoering van de Aanwijzing nhc's van toepassing zou(den) zijn geweest.

### ***Handhaving macrogrens (artikel 11)***

De zorgautoriteit handhaaft de macrogrens door handhaving van de individuele grenzen. Er is immers geen juridisch aanspreekbare entiteit die de macrogrens opgelegd krijgt. De individuele grens van een zorgaanbieder is een parameter voor de verdeling van de eventuele overschrijding van de macrogrens en speelt geen rol bij de vaststelling van zo'n overschrijding.

### ***Geen overschrijding macrogrens (artikel 12)***

Indien de macrogrens niet is overschreden geldt de regel dat de zorgaanbieders hun omzet 2013 behouden. De zorgautoriteit stuurt daarover dan ambtshalve zo spoedig mogelijk een collectieve beschikking aan alle aanbieders. De zorgautoriteit doet dat eerst nadat ik haar schriftelijk heb laten weten dat het bedrag genoemd in artikel 9, tweede lid, niet is overschreden.

### ***Overschrijding macrogrens (artikel 13)***

Indien wel sprake is van overschrijding van de macrogrens is het voor de individuele zorgaanbieder aan het Zorgverzekeringsfonds af te dragen bedrag voor iedere individuele aanbieder gelijk aan het procentuele aandeel van die instelling in de totale omzet 2013 van alle aanbieders gezamenlijk, vermenigvuldigd met het bedrag dat de zorgautoriteit, ingevolge mijn schriftelijk bericht als basis dient te nemen voor de handhaving van de macrogrens. De zorgautoriteit stelt de individuele



---

afdrachtbedragen dus vast op overeenkomstige wijze als zij de individuele grenzen heeft vastgesteld. De zorgautoriteit doet dat niet eerder dan nadat ik schriftelijk haar heb laten weten dat het bedrag, genoemd in artikel 9, tweede lid, is overschreden en welk bedrag zij dient te hanteren bij de handhaving van de macrogrens.

#### **Overige bepalingen (paragraaf 5)**

##### ***Impactanalyse (artikel 14)***

De zorgautoriteit stuurt mij uiterlijk 1 september 2013 een kwalitatieve analyse van de (mogelijke) gevolgen van de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem, bedoeld in paragraaf 2, en de werking van het overgangsregime, bedoeld in paragraaf 3. Ik ga ervan uit dat zij – zoals gebruikelijk – veldpartijen bij deze analyse betreft. Het ligt voor de hand dat de zorgautoriteit in haar analyse mede ingaat op de geschiktheid van de nieuwe productstructuur voor volledige prestatiebekostiging.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers.*