



Toekomstbeeld AWBZ 2013

Hoe ziet de uitvoering AWBZ door
zorgverzekeraars per 1 januari 2013 eruit?

Versie: januari 2012

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1 Inleiding	4
2 Het procesmodel AWBZ 2013	7
2.1 Procesmodel	7
<i>Schema: Het procesmodel van de AWBZ</i>	8
2.2 Doel en resultaat	9
3 Zorginkoop	11
3.1 Algemene beschrijving	11
<i>Detail procesoverzichten: Zorginkoop</i>	15
3.2 Uitgangspunten	16
3.3 Taken en verantwoordelijkheden	17
4 Registratie en bemiddeling	18
4.1 Algemene beschrijving	18
4.2 Uitgangspunten	21
<i>Detail procesoverzichten: Registratie en bemiddeling</i>	22
4.3 Taken en verantwoordelijkheden	23
5 Declaratie en betaling	25
5.1 Algemene beschrijving	25
5.2 Uitgangspunten	27
<i>Detail procesoverzichten: Declaratie en betaling</i>	28
5.3 Taken en verantwoordelijkheden	29

Voorwoord

Het regeerakkoord in 2010 bracht duidelijkheid over de toekomstige uitvoering van de AWBZ. Die blijft als publieke verzekering bestaan, maar de uitvoering komt in handen van de zorgverzekeraars. Hiermee houden de zorgkantoren op te bestaan. De wet- en regelgeving moet hiervoor nog wel worden aangepast. De wettekst ligt op het moment van verschijnen van dit Toekomstbeeld ter advisering voor bij de Raad van State.

Zorgverzekeraars zijn verheugd de AWBZ te kunnen uitvoeren voor hun eigen verzekerden. In dit nieuwe systeem krijgen en pakken zorgverzekeraars een belangrijke sturende rol. Door de AWBZ voor eigen verzekerden te gaan uitvoeren kunnen zorgverzekeraars meer toegevoegde waarde en maatwerk bieden aan cliënten die langdurig behoefte hebben aan zorg en ondersteuning.

Zorgverzekeraars zien kansen om de kwaliteit en doelmatigheid van AWBZ-zorg te verbeteren ten behoeve van hun cliënten, door contracten te sluiten met die zorgverleners die aantonen dat ze kwaliteit leveren en innoveren. Deze zorgaanbieders worden door de zorgverzekeraars beloond voor de kwaliteit, omdat op die manier uiteindelijk de kosten betaalbaar blijven. Omdat zorgverzekeraars geen winstoogmerk hebben, wordt het bespaarde geld opnieuw geïnvesteerd in die kwaliteit. Op deze manier leveren zorgverzekeraars een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit en betaalbaarheid van de langdurige zorg, nu en in de toekomst.

Niet alleen voor de cliënten, maar zeker ook voor de zorgsector en de zorgverzekeraars zelf heeft de structurele herziening van de AWBZ-zorg grote impact. Samen met de zorgverzekeraars heeft ZN een programma opgezet om deze veranderingen in goede banen te leiden. Dit Toekomstbeeld 2013 beschrijft hoe de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars er per 1 januari 2013 gaat uitzien. Hiermee ontstaan eenduidige kaders voor de zorgverzekeraars en het zorgveld. Ieder hoofdstuk beschrijft de uitgangspunten, taken en verantwoordelijkheden bij de verschillende processen waarin de uitvoering uiteenvalt: zorginkoop, registratie en bemiddeling en declaratie en betaling.

Pieter Hasekamp

Algemeen directeur Zorgverzekeraars Nederland



1 Inleiding

De langdurige zorg wordt structureel herzien. Momenteel voeren zorgkantoren de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) uit voor elke AWBZ-cliënt in een bepaalde regio, ongeacht bij welke verzekeraar zijn zorgverzekering loopt.

Vanaf 2013 gaan zorgverzekeraars een belangrijk deel van de AWBZ voor hun eigen verzekerden uitvoeren. Verder zullen begeleiding en jeugdzorg worden overgeheveld van de AWBZ naar de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) en zullen deze functies onder de verantwoordelijkheid komen te vallen van gemeenten.

OVERHEID BEPAALT DE KADERS

De AWBZ blijft als volksverzekering ongewijzigd bestaan. De overheid bepaalt de wettelijke kaders: de aanspraken, het budget en de toegang. Bij de uitvoering van de AWBZ is nog wel de vraag in welke mate en onder welke voorwaarden de zorgverzekeraars risicodragend kunnen zijn. Hierover wordt in de huidige kabinetsperiode geen besluit genomen.

Ook het PGB en de vergoedingsregeling vallen onder de scope van de overheveling AWBZ. Ten tijde van de ontwikkeling van dit Toekomstbeeld was de staatssecretaris deze regelingen nog aan het vormgeven en borgen. Vandaar dat de regelingen in deze versie nog niet zijn ondergebracht in het procesmodel.

CLIËNT CENTRAAL

Zorgverzekeraars willen naast de Zorgverzekeringswet (Zvw) ook de AWBZ uitvoeren, omdat het overgrote deel van de zorg in beide goed verzekeraar is. Dit past bij de doelstelling van de zorgverzekeraars om de cliënt in de uitvoering meer centraal te stellen. Door de uitvoering van de AWBZ ter hand nemen, komt er een stevigere binding tussen cliënt en zorgverzekeraar. De uitvoering wordt beter en simpeler omdat cliënten bij één loket terecht kunnen voor al hun verzekerde zorg. Nu moeten ze aankloppen bij het (vaak anonieme) zorgkantoor voor de AWBZ en bij de zorgverzekeraar voor de Zorgverzekeringswet (Zvw). Cliënten krijgen verder meer inspraak omdat zorgverzekeraars direct aanspreekbaar zijn en er bovendien van zorgverzekeraar gewisseld kan worden. Tot slot zien zorgverzekeraars belangrijke mogelijkheden om de kwaliteit en doelmatigheid van AWBZ-zorg te verbeteren ten behoeve van hun cliënten.

PROJECTREGIE BIJ ZN

Dit complexe proces vindt voor een belangrijk deel plaats onder de regie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). ZN is samen met de zorgverzekeraars, partijen in het veld en de politiek al

geruime tijd bezig om deze veranderingen in samenhang vorm te geven en in goede banen te leiden. Daartoe is het project Uitvoering AWBZ door Zorgverzekeraars (project UAZ) opgezet. Het project kent een meerjarig karakter met meerdere plateaus. Per plateau worden de doelstellingen bepaald.

Eind 2011 werd de voorbereidende fase afgerond. Per 1 januari 2012 is fase 2 van start gegaan: de transitiefase. Deze duurt tot 31 december 2012. Per 1 januari 2013 start fase 3: de daadwerkelijke uitvoering. In dat jaar verdwijnen de zorgkantoren en gaan zorgverzekeraars daadwerkelijk de AWBZ voor hun eigen verzekerden uitvoeren.

Doel van het project is het voor de zorgverzekeraars mogelijk te maken om de AWBZ vanaf 2013 zonder risico uit te voeren voor hun eigen verzekerden, waarbij:

- Zorg probleemloos doorgang vindt voor de cliënt;
- relevante cliëntgegevens tussen zorgverzekeraars zijn overgedragen;
- informatie voor zorgservice en –bemiddeling voor zorgverzekeraars beschikbaar is;
- met cliënten en zorgaanbieders voldoende en correct is gecommuniceerd;
- over de uitvoering uniforme afspraken zijn gemaakt;
- ketenpartijen (inclusief overheid, beleidsmakers en toezichthouders) de noodzakelijke randvoorwaarden hebben gerealiseerd, waaronder wet- en regelgeving;
- financiële beheersing is ingeregeld;
- zorg door zorgverzekeraars is ingekocht;
- gemeenschappelijke (ICT-)voorzieningen zijn gerealiseerd (indien nodig);
- administratieve processen door zorgverzekeraars zijn ingericht;
- zorgaanbieders op declaratiebasis worden betaald.

SAMEN MET HET ZORGVELD

De overheveling van de AWBZ naar de zorgverzekeraars is een omvangrijk en complex gebeuren waar vrijwel het hele zorgveld bij betrokken is. De zorgverzekeraars hebben het nadrukkelijke doel dit proces met intensieve betrokkenheid van het zorgveld vorm te geven. Dit Toekomstbeeld is dan ook voor het gehele zorgveld geschreven: de zorgbranches, de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en huidige zorgkantoren.

Dit Toekomstbeeld 2013 beschrijft hoe de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars er per 1 januari 2013 uit gaat zien, vooropgesteld dat de Tweede en Eerste Kamer er hun goedkeuring aan geven. Het document vormt de verdere detailinvulling van voorwerk op hoofdlijnen dat in goede samenspraak met het ministerie van VWS is verricht. Hiermee ontstaan eenduidige kaders voor de zorgverzekeraars en het zorgveld. Dit document moet worden gezien als een tussenstation. Finetuning ervan – in samenspraak met de veldpartijen – is nodig, en ZN zal daarin het voortouw nemen. Het document wordt voorjaar 2012 aangepast aan de laatste stand van zaken.

Versie: januari 2012



2 Het procesmodel AWBZ 2013

Het procesmodel van de AWBZ is opgezet naar analogie van de Zorgverzekeringswet. Er zijn vier primaire processen onderscheiden: zorginkoop, registratie en bemiddeling, declaratie en betaling zorg en marketing en productontwikkeling. Ieder proces wordt uitgebreid beschreven in een apart hoofdstuk. Daarbij komen de volgende onderdelen aan bod:

- Algemene beschrijving;
- Uitgangspunten;
- Taken en verantwoordelijkheden.

Het procesblok marketing en productontwikkeling valt buiten de scope van de procesbeschrijving omdat deze activiteit individueel door de zorgverzekeraars wordt ingevuld. De ondersteunende processen worden eveneens buiten de beschrijving van deze versie van het Toekomstbeeld 2013 gelaten, maar zullen wel deel uitmaken van de volgende versie.

In dit hoofdstuk wordt eerst het procesmodel besproken, waarbij voor ieder onderdeel het doel en resultaat in algemene termen wordt beschreven.

2.1 PROCESMODEL

Het procesmodel van de AWBZ is opgezet in navolging van de Zorgverzekeringswet. Er zijn vier processen te onderscheiden:

1. Zorginkoop
2. Registratie en bemiddeling
3. Declaratie en betaling
4. Marketing en productontwikkeling

Het procesmodel is chronologisch opgebouwd. Na afronding van het proces marketing en productontwikkeling begint de cyclus weer vooraan bij inkoop. Het procesblok marketing en productontwikkeling wordt individueel door de zorgverzekeraars ingevuld en daarom hier niet verder beschreven. De ondersteunende processen worden binnenkort aangevuld.

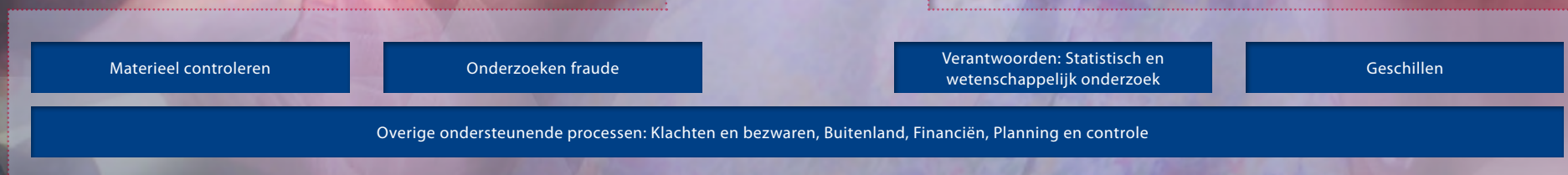


Het procesmodel van de AWBZ

Primair proces



Ondersteunende processen



2.2 DOEL EN RESULTAAT

Hieronder staan de doelen en resultaten per procesblok verder uitgeschreven.

Zorginkoop

Het proces van zorginkoop is de eerste stap in het proces en heeft betrekking op het bepalen van het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar en het contracteren van zorg bij zorgaanbieders. Voor 2013 wordt op basis van representatie ingekocht.

Doel

- Het vaststellen van het regionale inkoopbeleid binnen de landelijke kaders, conform de wettelijke eisen van de inkoopprocedure (transparantie, objectiviteit en non-discriminatie).
- Het inkopen van doelmatige zorg (in kwaliteit en prijs) voor verzekerden in de regio, teneinde de regionale beschikbaarheid en continuïteit van zorg te waarborgen, waarbij de zorg binnen de contracteerruimte (het regiobudget) moet zijn ingekocht.

Resultaat

- Voor iedere regio een, met de representanten afgestemd, inkoopdocument waarmee afspraken met zorgaanbieders kunnen worden gemaakt over prijs, kwaliteit en volume van de te contracteren zorg.
- Een geformaliseerde productieafpraak per zorgaanbieder (NZa-beschikking omzetplafond) die vanwege het representatiemodel voor alle zorgverzekeraars van toepassing is.

Registratie en bemiddeling

Vervolgens start het proces van registratie en bemiddeling. Dit procesblok heeft betrekking op het inschrijven en informeren van verzekerden en het bemiddelen bij zorgvragen van deze verzekerden.

Doel

- Het inschrijven van de verzekerden in de administratie van de rechtspersoon opgericht voor de financieel-economische afhandeling van de AWBZ-uitvoerder, zodat verzekerden aanspraak kunnen maken op AWBZ-zorg.
- Het beschikken over actuele AWBZ-gegevens van de verzekerde, zodat de nieuwe zorgverzekeraar zorg kan dragen voor continuering van geleverde zorg of invullen van de zorgvraag.
- Het informeren van de verzekerde zodat hij een juiste beslissing kan maken of hij bij de betreffende verzekeraar ingeschreven wil staan.
- Het informeren van de verzekerde zodat hij een juiste keuze voor zorgaanbieders kan maken.
- Het ondersteunen van de verzekerde om binnen de gewenste tijdspanne de gevraagde en geïndiceerde zorg door zorgaanbieders geleverd te krijgen.

Resultaat

- Ingeschreven verzekerden met, indien aanwezig, actuele AWBZ-gegevens die aanleiding kunnen geven tot actie om zorgbemiddeling op te starten.
- Verzekerden die geïnformeerd zijn over het door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbod en over algemene aspecten waaronder wachttijden.
- Tevreden verzekerden, omdat zij door de zorgverzekeraar goed zijn geholpen bij het verkrijgen van de zorg.

Declaratie en betaling

Het proces van declaratie en betaling bestaat uit het behandelen van de declaraties, het beheersen van het budget en het monitoren van de kwaliteit van zorg.

Doel

- Verwerken (ontvangen, controleren, uitbetalen) van de declaraties van de zorgaanbieder opdat de zorgaanbieder voor de daadwerkelijk geleverde zorg, binnen de grenzen van de indicatie, betaald krijgt.
- Het beheersen van het totale budget van de instelling en de regio opdat deze respectievelijk binnen het instellingsbudget (omzetplafond) en het regiobudget blijft.
- Het monitoren van de kwaliteit van de instelling, waaronder het monitoren of de instelling de gemaakte afspraken nakomt met betrekking tot levering van zorg en verbetertrajecten.

Resultaat

- De declaratie van de zorgaanbieder is gecontroleerd, goed bevonden, retourbericht verzonden en de declaratie is uitbetaald.
- De uitgaven van de instelling passen binnen het instellingsbudget (omzetplafond) of de instelling krijgt van de NZa op basis van het herschikkingsvoorstel van het zorgkantoor een bijstelling van het instellingsbudget.
- Inzicht in de ontwikkelingen in de kwaliteit van de instelling en eventuele maatregelen zoals het bijstellen van het tarief voor hetzelfde of volgende kalenderjaar.

In de volgende hoofdstukken wordt meer gedetailleerd ingegaan op de afzonderlijke procesblokken: zorginkoop, registratie en bemiddeling en declaratie en betaling.



3. Zorginkoop

Het proces van zorginkoop is de eerste stap in het proces en heeft betrekking op het bepalen van het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar en het contracteren van zorg bij zorgaanbieders.

In dit hoofdstuk wordt de specifieke invulling van het proces zorginkoop voor 2013 uitgewerkt, waarbij een aantal onderwerpen expliciet wordt toegelicht. De nadere detaillering van zorginkoop voor 2013 leidt tot een aantal uitgangspunten, welke in paragraaf 3.3 worden beschreven. Tenslotte staan in paragraaf 3.4 de verdeling van de taken en de verantwoordelijkheden van de betrokken partijen beschreven.



3.1 ALGEMENE BESCHRIJVING

3.1.1 Representatie

Zorgverzekeraars kopen zorg in voor 2013 via representatie. Dit betekent dat twee of drie verzekeraars gezamenlijk de zorginkoop verzorgen namens alle verzekeraars. Hiervoor wordt het convenant Representatiemodel non-concurrentiële deelmarkten AWBZ door de zorgverzekeraars opgesteld. Het representatiemodel wordt toegepast voor zowel huidige als nieuwe zorgaanbieders. Het gebruik is tijdelijk. De zorgverzekeraars willen zo snel mogelijk het representatiemodel vervangen door inkoop door individuele zorgverzekeraars voor eigen verzekerden. De snelheid van het vervangen kan per sector verschillen.

Er wordt gewerkt met een regio-indeling. De volgende representanten worden aangewezen:

- het huidige zorgkantoor wordt de 1ste representant,
- de marktleider van de zorgkantorregio (of 2de marktleider als 1ste marktleider het zorgkantoor is) wordt de 2de representant. Hierbij wordt het marktleiderschap bepaald op basis van het aantal verzekerden in deze regio (inclusief volmachten),
- de 3de representant is op instellingsniveau, en alleen als de zorgverzekeraar hier behoefte aan heeft.

Vanuit de zorgverzekeraars worden bij zorginkoop maximaal drie representanten betrokken, waarbij de 1ste representant het primaire aanspreekpunt voor de zorgaanbieder is. Bij de afschaffing van het representatiemodel wordt continuïteit van zorg aan verzekerden een belangrijk aandachtspunt voor zorgverzekeraars.

3.1.2 Regio's en budgetten

De NZa is verantwoordelijk voor de verdeling van het macrobudget van VWS naar regio. Op basis van de regionale contracteerruimte maken de representerende zorgverzekeraars afspraken met zorgaanbieders per regio en dienen productieafspraken in bij de NZa. Deze kan bij overschrijding van de regionale contracteerruimte een generieke korting toepassen. De NZa stelt op basis van de productieafpraak een omzetplafond voor de zorgaanbieder vast. Overschrijdt een zorgaanbieder het omzetplafond met betaalde declaraties, dan vordert de NZa op basis van de aangepaste Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) het te veel betaalde bedrag op instellingsniveau terug. De huidige knelpuntenprocedure blijft bestaan.

De regionale contracteerruimte en vaststelling van omzetplafonds door de NZa is een tijdelijke oplossing. Op termijn wordt de regionale contracteerruimte vervangen door een contracteerruimte per verzekeraar. Om een betrouwbaar contracteerruimte per verzekeraar vast te stellen, is behoefte aan inzicht van zorgkosten op cliëntniveau. Op basis hiervan en in combinatie met indicatiegegevens kan de NZa vervolgens een verzekeraarsbudget opstellen. Zorgkosten worden echter pas sinds 2010 via de externe integratiestandaard gestructureerd verzameld, waardoor een beperkte historie beschikbaar is. De contracteerruimte per verzekeraar is daarom in eerste instantie alleen bedoeld voor het opdoen van ervaringen, zodat op termijn een betrouwbare contracteerruimte per verzekeraar kan worden opgesteld.

3.1.3 Inkoopbeleid

Landelijk worden kaders vastgesteld voor het tijdspad, algemene voorwaarden, hoofdlijnen van kwaliteitsbeleid, landelijke speerpunten (de huidige inkoopgids). De eerste representant stelt in overleg met de overige representanten binnen deze kaders het inkoopbeleid op voor alle zorgaanbieders in de regio. Hierbij wordt zelfstandig invulling gegeven aan het hanteren van kavels, inkoopcriteria en de prijs van geleverde prestaties. Het vastgestelde regionale inkoopbeleid geldt voor alle zorgverzekeraars in de regio.

Er moet altijd een prijs per prestatie op cliëntniveau worden vastgesteld om te declareren. Uitzondering zijn de kapitaallasten. Zorgaanbieders ontvangen de gegarandeerde kapitaallasten via een beschikbaarheidsbijdrage. De NZa heeft een overgangsregeling van zes jaar opgesteld voor de overgang naar volledig integrale tarieven.

Tariefsaanpassingen gedurende het kalenderjaar worden beperkt. Om administratieve lasten voor alle partijen te voorkomen leiden wijzigingen van prijs- en volumeafspraken nooit tot herziening van declaratieregels. Aanpassingen liggen altijd in de toekomst. Een zorgverzekeraar kan bij een zorgaanbieder wel een volumewijziging met terugwerkende kracht doorvoeren (verhoging of verlaging van het totale jaarvolume), op basis van het inkoopbeleid.

De representanten kunnen geen eigen prestaties definiëren, met uitzondering van de mogelijkheden van de beleidsregel Innovatie.

De formele herschikking blijft jaarlijks op 1 november. In overleg met de NZa moet worden bepaald of tariefsaanpassing in nacalculatie mogelijk is.

Voor overbruggingszorg wordt het Voorschrift Zorgtoewijzing opgesteld. Hiermee wordt een landelijk proces gerealiseerd, waarbij ruimte is voor een specifieke invulling per verzekeraar. De zorgverzekeraar informeert de eerste representant als de specifieke oplossing grote budgettaire effecten heeft.

Voor ZZP-ers moeten beleidsmatig landelijke kaders en uitgangspunten voor inkoop worden opgesteld. Daarnaast is bepaling van de impact op het contracteren van ZZP-ers op de uitvoering noodzakelijk.

3.1.4 Inkoopcontracten

Voor vastleggen van inkoopafspraken met zorgaanbieders gebruiken zorgverzekeraars de WMG-overeenkomst. De overeenkomst bestaat uit een algemeen, regionaal en een instellingsgebonden deel. In het algemene deel zijn landelijke afspraken vastgelegd. Bijvoorbeeld de eisen die worden gesteld aan levering van zorg, informatievoorziening aan verzekerde, AZR berichtenverkeer, declareren, financiering en sancties. Het regionale deel beschrijft afspraken voortkomend uit het regionale inkoopbeleid.

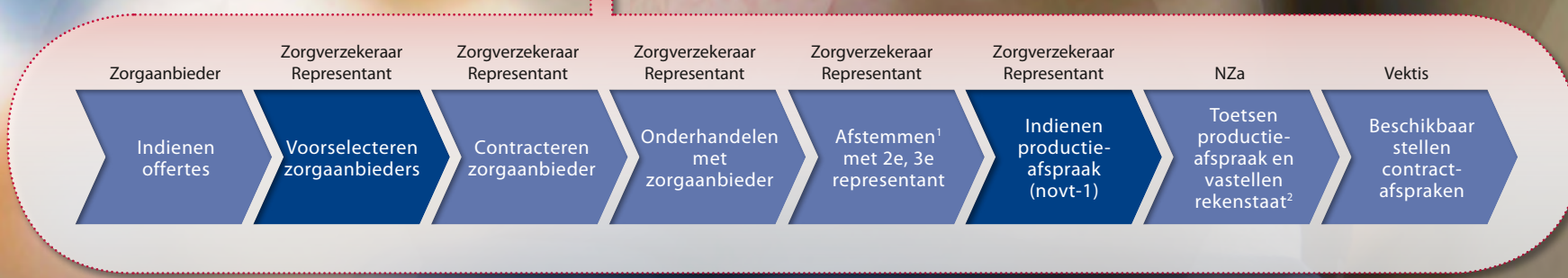
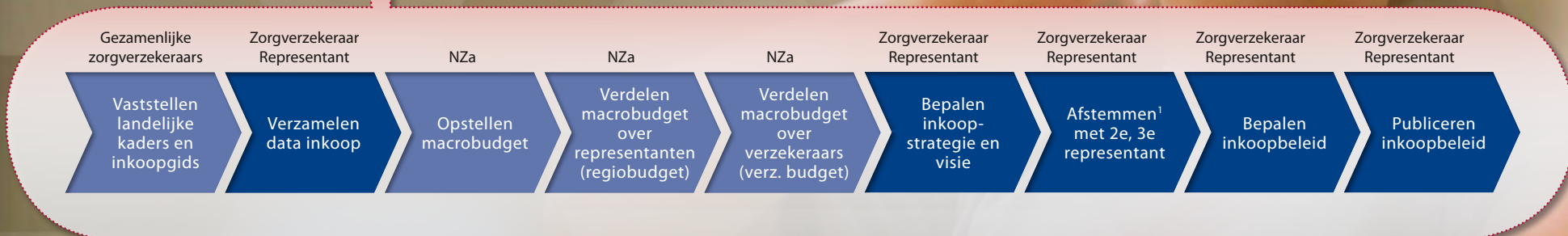
In het instellingsgebonden deel worden individuele afspraken opgenomen. Het gaat hierbij om specifieke afspraken zoals verbetertrajecten, extra kwaliteitsafspraken, bandbreedte of afspraken die voortkomen uit materiële controles.

De bijlage bij de WMG overeenkomst bevat onder andere het declaratieprotocol 2013, het door de NZa goedgekeurde budgetformulier en het AGB-formulier (welke AGB-codes worden gebruikt).

In representatie is uitwisseling van de gecontracteerde zorg (prestaties en tarieven) noodzakelijk. Zorgverzekeraars leveren deze informatie aan Vektis, zodat per AGB gecontracteerde prestaties en tarieven (per tijdseenheid) voor alle zorgverzekeraars beschikbaar zijn (TOG).



Detail procesoverzichten: Zorginkoop



¹ Wijze van afstemmen wordt nader uitgewerkt.
² Vastgestelde rekenstaat is het omzetplafond.

3.2 UITGANGSPUNTEN

Samenvattend leidt bovenstaande beschrijving tot de volgende uitgangspunten:

- Zorgverzekeraars gebruiken het representatiemodel voor de zorginkoop voor alle AWBZ-zorg.
- Het gebruik van dit model is van tijdelijke aard gedurende de overgangperiode.
- Instellingsbudgetten blijven met het oog op financiële beheersbaarheid bestaan in de overgangperiode vanaf 2013. De overgangperiode vanaf 2013 wordt benut voor het “vullen” van een betrouwbaar verzekeraarsbudget per zorgverzekeraar.
- Vanaf 1 januari 2013 zijn integrale tarieven voor de AWBZ-zorg beschikbaar. Indien geen integrale tarieven voorhanden zijn, worden afspraken gemaakt over de wijze van betalen van deze zorg.
- Het instellingsbudget is het omzetplafond dat door de NZa op basis van het budgetformulier (per regio) wordt vastgesteld. Het instellingsbudget is een optelling van alle afgesproken, integrale tarieven (inclusief Normatieve HuisvestingsComponent = NHC) vermenigvuldigd met de afgesproken volumes.
- Bij het maken van de inkoopafspraken zijn het prijsmodel (P) en het volumemodel (Q) toegestaan.
- De representant is verplicht om het landelijk vastgestelde Contractsjabloon AWBZ (“de WMG-overeenkomst”) te gebruiken. In deel 1 (instellingsgebonden deel) van deze overeenkomst kunnen specifieke aanvullende afspraken worden opgenomen, mits ze niet strijdig zijn met landelijke afspraken rondom uniforme processen (declaraties, zorgtoewijzing en informatieverstrekking).
- De verzekerde (actieve AWBZ-klant) blijft bij de overgang naar uitvoering voor eigen verzekerden dezelfde zorg ontvangen als voor het moment van overgang naar uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden. De verzekerde mag geen hinder ondervinden van de overgang.
- Voor het crisisprotocol wordt landelijk een aantal minimumeisen opgesteld waaraan het crisisprotocol dient te voldoen. Dit protocol wordt regionaal opgesteld, maar centraal beschikbaar gesteld. De invulling van de crisisopvang vindt regionaal plaats.
- Zorgverzekeraars werken conform het Voorschrift Zorgtoewijzing, waarin landelijk uniforme procesafspraken worden gemaakt voor overbruggingszorg. Voorkomende casuïstiek kan de zorgverzekeraar zelf invullen. Maar als dit significante budgettaire effecten heeft, is de zorgverzekeraar verplicht hierover de representant te informeren.
- In geval van overbruggingszorg treedt de zorgaanbieder in overleg met de zorgverzekeraar van de verzekerde om de specifieke overbruggingszorg in te vullen. De zorgverzekeraar stuurt voor de overeengekomen zorg een zorgtoewijzing uit.

- ▶ Zorgverzekeraars maken voor sector/instellingsvreemde indicaties/zorgtoewijzingen landelijke uniforme procesafspraken.
- ▶ Voor het coördinatiemodel gemeenten geldt dat de samenwerking in 2013 gelijk is aan de huidige werkwijze. Het is de ambitie de relatie te intensiveren. Als een zorgkantoor met een grote zorggroep (die in meerdere regio's zorg levert) voor zijn regio inkoopafspraken maakt, dan wordt deze werkwijze gecontinueerd.

3.3 TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN

Representanten

- ▶ Representanten zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de zorginkoop in de regio namens alle zorgverzekeraars.
- ▶ Voordat het regionale inkoopbeleid wordt opgesteld, vindt op initiatief van de eerste representant afstemming plaats tussen alle representanten in de regio. In dit representatiegesprek komen de volgende onderwerpen aan de orde:
 - Gezamenlijke uitgangspunten bepalen voor het inkoopbeleid.
 - Afspraken over hoe representatie wordt vormgegeven en de mate van betrokkenheid.
- ▶ De eerste representant legt de afspraken zoals gemaakt in het representatieoverleg vast en alle representanten handelen hiernaar.
- ▶ Alle representanten van de instelling zetten hun handtekening op de WMG-overeenkomst, budget-, herschikking- en nacalculatieformulier.
- ▶ De eerste representant is aanspreekpunt/contactadres en verantwoordelijk voor het verzenden van informatie naar de overige representanten en indien nodig de overige zorgverzekeraars.

Overige zorgverzekeraars

- ▶ De zorgverzekeraar is zelf verantwoordelijk voor controle of de zorgaanbieder op verzekerdenniveau voldoet aan prestatievereisten.
- ▶ De zorgverzekeraar moet de representant informeren als de specifieke oplossing van overbruggingszorg grote budgettaire effecten heeft.

NZa

De NZa is verantwoordelijk voor het:

- ▶ Goedkeuren van afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
- ▶ Terugvorderen van teveel betaalde opbrengsten.

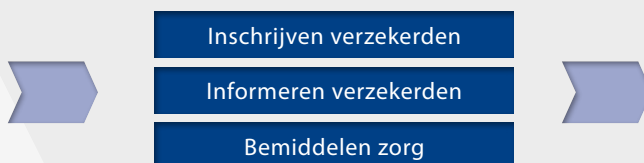


4 Registratie en bemiddeling

Het algemene proces van registratie en bemiddeling heeft betrekking op het inschrijven en informeren van verzekerden en het bemiddelen bij zorgvragen van deze verzekerden.

Dit hoofdstuk beschrijft de wijze waarop invulling wordt gegeven aan deze administratieve, informerende en bemiddelende processen voor de AWBZ in de situatie dat de zorgverzekeraar deze uitvoert.

Registratie en bemiddeling



In paragraaf 5.2 wordt beschreven op welke wijze de zorgverzekeraar deze processen gaat uitvoeren. De uitwerking leidt tot een aantal uitgangspunten, welke in paragraaf 5.3 worden behandeld. Tenslotte staat in paragraaf 5.4 de verdeling van de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen beschreven.

4.1 ALGEMENE BESCHRIJVING

4.1.1 Inschrijven verzekerden

De zorgverzekeraar meldt de verzekerde voor inschrijving aan bij de AWBZ-uitvoerder. Artikel 9 lid 1 van de concept wettekst bepaalt dat inschrijving plaatsvindt bij een aparte rechtspersoon (de AWBZ-uitvoerder), die behoort tot dezelfde groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 BW. Dit leidt ertoe dat Zvw-verzekering en inschrijving voor de AWBZ bij dezelfde verzekeringsgroep zitten. Na inschrijving ontvangt de verzekerde geen polis van de zorgverzekeraar voor "het product AWBZ", maar AWBZ mag wel vermeld worden op de Zvw-polis.

Als een verzekerde overstapt naar een andere zorgverzekeraar, is van belang dat actuele AWBZ-gegevens worden overgedragen aan de nieuwe zorgverzekeraar. Deze moet tenslotte op de hoogte zijn van de status van de zorg die de verzekerde ontvangt. Voor registratie van wanbetalers, gemoedsbezwaarden en onverzekerden geldt dat administratieve verwerking verder uitgewerkt moet worden, ook in relatie tot de rol van het CVZ.

Om te bepalen waar een indicatiebericht naartoe gestuurd moeten worden, is het nodig dat het CIZ gebruik gaat maken van VECOZO Controle Op Verzekering (COV). Hiermee wordt aangesloten op gegevens uit de verzekerdenadministraties van de zorgverzekeraars. Het CIZ vult vervolgens een indicatiebericht (in AZR) met relevante cliëntgegevens.

4.1.2 Informeren verzekerden

De zorgverzekeraar wil verzekerden goed informeren over AWBZ-zorg. Voor sommige informatie is dit zelfs een verplichting. De informatieverstrekking heeft betrekking op:

- aanspraken op AWBZ-zorg, inclusief het verkrijgen ervan en alternatieven ZIN/PGB;
- gecontracteerde zorgaanbieders;
- relatie met gemeenten (Wmo) en Zvw.

De informatieverstrekking gaat zowel over zorg in natura (ZIN) als het PGB. De zorgverzekeraar is verplicht om verzekerden te informeren over het gecontracteerde zorgaanbod, zodat hij een goede afweging kan maken over de zorgverzekeraar (AWBZ-uitvoerder) waarbij hij ingeschreven wil zijn.

De overheid heeft (nog) geen specificaties opgesteld met betrekking tot de informatievoorziening. De zorgverzekeraars willen een volledig beeld van zorgaanbieders presenteren, waar ook algemene informatie en kwaliteitsinformatie bij hoort. De beleidsregels schrijven in ieder geval voor dat zorgverzekeraars hun verzekerden moeten informeren over de wachttijden bij zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars hebben gekozen de huidige informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2011 ook van toepassing te verklaren op de AWBZ. Dit verplicht de zorgverzekeraar informatie-elementen op de website van de zorgverzekeraar over het gecontracteerde zorgaanbod te publiceren.

4.1.3 Bemiddelen zorg

De zorgverzekeraar is verplicht de verzekerden te ondersteunen bij het aanspraak maken op zorg. Dit kan proactief of reactief. Bij proactief bemiddelen neemt de zorgverzekeraar naar aanleiding van berichten of signalen uit de keten zelf actie richting een verzekerde. Bij reactief bemiddelen wijst de zorgverzekeraar automatisch toe aan de voorkeursaanbieder en onderneemt pas verdere actie op verzoek van een verzekerde.

Voor zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar heeft de verzekerde een indicatie van het CIZ nodig. Tijdens de indicatiestelling kiest de verzekerde een voorkeurszorgaanbieder. Deze is verplicht de verzekerde van de toegewezen zorg te voorzien, mits de zorgaanbieder gecontracteerd is. De voorkeurszorgaanbieder hoeft overigens niet specifiek voor de betreffende zorg gecontracteerd te zijn indien hij in overeenstemming met de klant verantwoord passende zorg kan leveren. In het voorschrift Zorgtoewijzing wordt dit verder gespecificeerd. De zorgtoewijzing moet volgens de met de klant overeengekomen passende zorg worden aangepast in AZR.

Om te bemiddelen heeft de zorgverzekeraar inzicht nodig in alle landelijk gecontracteerde zorgaanbieders, de algemene informatie en de bijbehorende wachttijden. Als er sprake is van bemiddeling bij crisiszorg verwijst de zorgverzekeraar door op basis van regionale afspraken met zorgaanbieders, waarbij de zorgverzekeraar proactief het proces volgt.

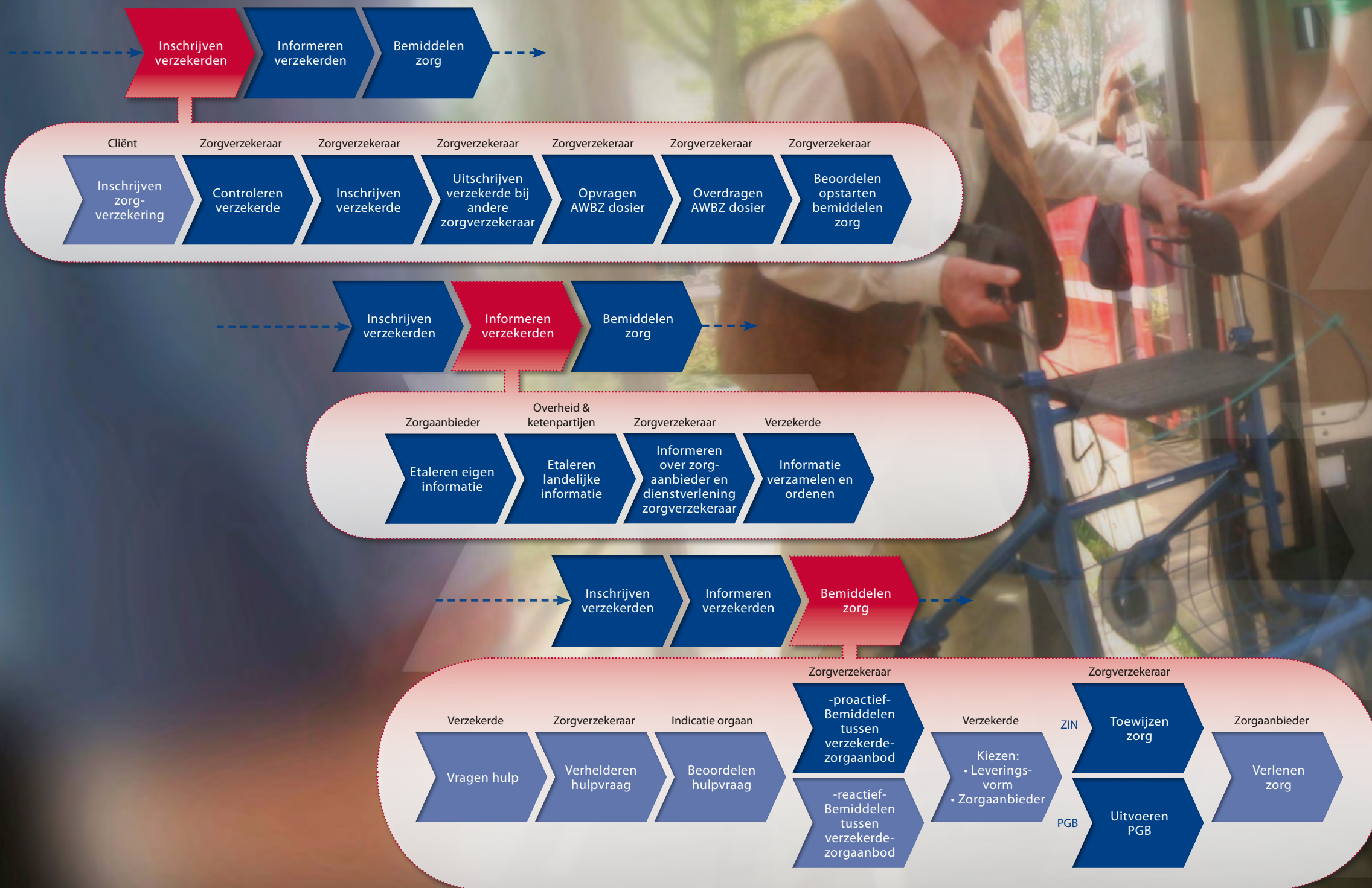
4.2 UITGANGSPUNTEN

Samenvattend leidt bovenstaande beschrijving tot de volgende uitgangspunten:

- ▶ Een onafhankelijke indicatiesteller is verantwoordelijk voor de in voor de vaststelling van de indicatie. Dit is altijd een andere partij dan de zorgverzekeraar. Het indicatiebesluit geeft het wettelijk recht op zorg weer van de cliënt.
- ▶ Het indicatiebesluit van het CIZ wordt door de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder doorgestuurd als zorgtoewijzing, waarmee de zorgaanbieder dossierhouder wordt. Het adresseren van het indicatiebesluit is de verantwoordelijkheid van het CIZ.
- ▶ Het AWBZ-berichtenverkeer wordt zo eenvoudig mogelijk ingericht, op basis van landelijke vastgestelde standaarden.
- ▶ Vektis verzamelt alle zorgregistratie- en schadegegevens centraal, waarbij rekening wordt gehouden met mogelijk toekomstige risicodragende uitvoering. Iedere zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van informatie over het gecontracteerde zorgaanbod en wachttijden aan cliënten.
- ▶ Het PGB blijft bestaan als mogelijkheid voor de cliënt om zelf zorg in te kopen.
- ▶ De nieuwe zorgverzekeraar schrijft de aspirant verzekerde uit bij de vorige zorgverzekeraar voor Zvw en AWBZ. Het is voor de nieuwe zorgverzekeraar verplicht om hierbij gebruik te maken van de overstapservice van VECOZO. De nieuwe zorgverzekeraar is verplicht de inschrijfgegevens over de AWBZ beschikbaar te stellen voor de Controle Op Verzekering (COV) bij VECOZO, inclusief vermelding van de rechtspersoon.



Detail procesoverzichten: Registratie en bemiddeling



- ▶ De zorgaanbieder kan door middel van de COV bij VECOZO zien of een verzekerde aanspraak kan maken op de AWBZ. Voor onverzekerden geldt dat de cliënt eerst ingeschreven moet worden voor de Zvw tot inschrijving voor de AWBZ kan worden overgegaan.
- ▶ Uit het bestaande artikel 35 van de AWBZ vloeit de verplichting voort om de uitvoering van de AWBZ gescheiden te administreren. Er mag geen administratieve vermenging plaatsvinden van financiële middelen die zorgverzekeraars gebruiken bij de uitvoering van Zvw en financiële middelen die zij gebruiken bij de uitvoering van de AWBZ.
- ▶ Het berichtenverkeer van AZR 3.0 blijft gehandhaafd. Zorgverzekeraars willen de processen herinrichten zodat deze meer aansluiten op de processen van de Zvw. Waar mogelijk vindt vermindering van het aantal berichtsoorten plaats. Gezien de hoeveelheid veranderprocessen binnen de AWBZ is ervoor gekozen om richting 1 januari 2013 AZR voorlopig niet te herzien.
- ▶ De zorgaanbieder is verplicht om de zorgverzekeraar te informeren als de geïndiceerde zorg niet geleverd wordt of kan worden. De zorgverzekeraar is verplicht om een nieuwe zorgtoewijzing te verstrekken aan de zorgaanbieder als deze andere zorg levert dan de oorspronkelijk toegewezen zorg, of (tijdelijk) een andere zorgaanbieder hiervoor inschakelt. Deze zorg moet passen binnen de door de representant bij zorgaanbieder (alsnog) gecontracteerde prestaties. Dit proces wordt ingericht conform het Voorschrift Zorgtoewijzing. De zorgverzekeraar kan met behulp van TOG controleren of de zorgaanbieder de betreffende zorg mag leveren.

4.3 TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN

Zorgverzekeraar

- ▶ Iedere zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van informatie over het gecontracteerde zorgaanbod aan cliënten.
- ▶ De zorgverzekeraar is verplicht tot ondersteuning van de bij hen ingeschreven verzekerden bij het aanspraak maken op zorg.
- ▶ De zorgverzekeraar is verplicht om een nieuwe zorgtoewijzing te verstrekken aan de zorgaanbieder als deze andere zorg levert dan oorspronkelijk toegewezen, mits deze aangepaste toewijzing past binnen het indicatiebesluit en de door de representant bij zorgaanbieder gecontracteerde prestaties.
- ▶ De zorgverzekeraar is zelf verantwoordelijk voor het presenteren van bovengenoemde informatie aan haar verzekerden.

- Iedere zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de informatieverstrekking over crisiszorg aan andere zorgverzekeraars.
- De zorgverzekeraar is verplicht tot overdragen van een actueel cliëntdossier bij wijziging van zorgverzekeraar door cliënt.

Zorgaanbieder

- De zorgaanbieder is verplicht om de zorgverzekeraar te informeren als de geïndiceerde zorg niet geleverd wordt of kan worden, alsook de in zorg name van een klant.

Vektis

- Het verzamelen van alle zorgregistratie- en schadegegevens centraal, waarbij rekening moet worden gehouden met mogelijk toekomstige risicodragende uitvoering.

CIZ

- Het adresseren van het indicatiebesluit is de verantwoordelijkheid van het CIZ.



5 Declaratie en betaling

Het algemene proces voor declaratie en betaling bestaat uit het behandelen van de declaraties, het beheersen van het budgetbeheersing en het monitoren van de kwaliteit van zorg.

In paragraaf 5.2 wordt beschreven op welke wijze de zorgverzekeraar deze processen gaat uitvoeren. De uitwerking leidt tot een aantal uitgangspunten, welke in paragraaf 5.3 worden behandeld. Tenslotte staat in paragraaf 5.4 de verdeling van de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen beschreven.



5.1 ALGEMENE BESCHRIJVING

5.1.1 Behandelen declaraties

De zorgaanbieder stuurt de declaratie van geleverde AWBZ-zorg aan de AWBZ-uitvoerder waar de cliënt voor verzekerd is. De zorgaanbieders controleren vooraf via VECOZO of de cliënt staat ingeschreven bij de AWBZ-uitvoerder waar de declaratie naartoe wordt gestuurd. De zorgaanbieder controleert of voor de declaratie een geldige zorgtoewijzing en een contract /productieafpraak is.

Zorgverzekeraars betalen goedgekeurde declaraties. Er vindt geen bevoorschotting plaats, tenzij de AWBZ-uitvoerder niet aan de overeengekomen betaaltermijn kan voldoen. Voor deze bevoorschotting worden landelijk afspraken opgesteld. De declaratie is opgesteld volgens de EI-standaard van Vektis. Voor het betalen op declaratiebasis ontvangt de zorgverzekeraar middelen van het CVZ.

Voor de productiemaanden januari en februari 2013 moet naar een oplossing worden gezocht voor het liquiditeitsprobleem. De declaratie bevat alleen zorg die op cliëntniveau kan worden

gedeclareerd (volgens de NZa-beleidsregels). De declaratie en retourinformatie wordt verzonden via het Elektronisch Declaratie Portaal van VECOZO. Voor uitvoeringsaspecten is een landelijk Declaratieprotocol van toepassing.

5.1.2 Beheersen budget

De eerste representant heeft een centrale rol in het beheersen van het budget van de zorgaanbieder. De wijze van uitvoering vraagt nadere uitwerking. Voor een goede uitvoering van deze taken moet de eerste representant beschikken over de totale productierealisatie van de zorgaanbieder.

Uitvoering van nacalculatie en wijze van terugvordering wordt verder uitgewerkt.

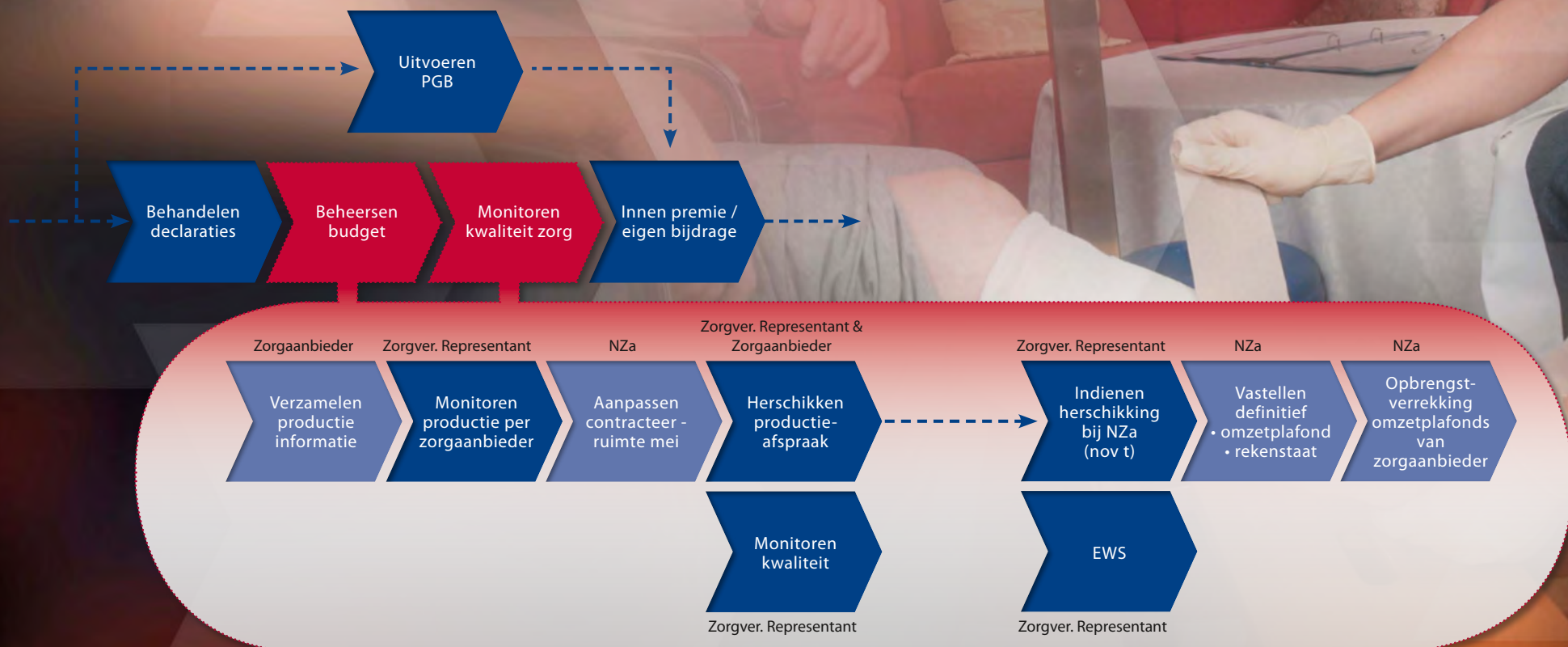
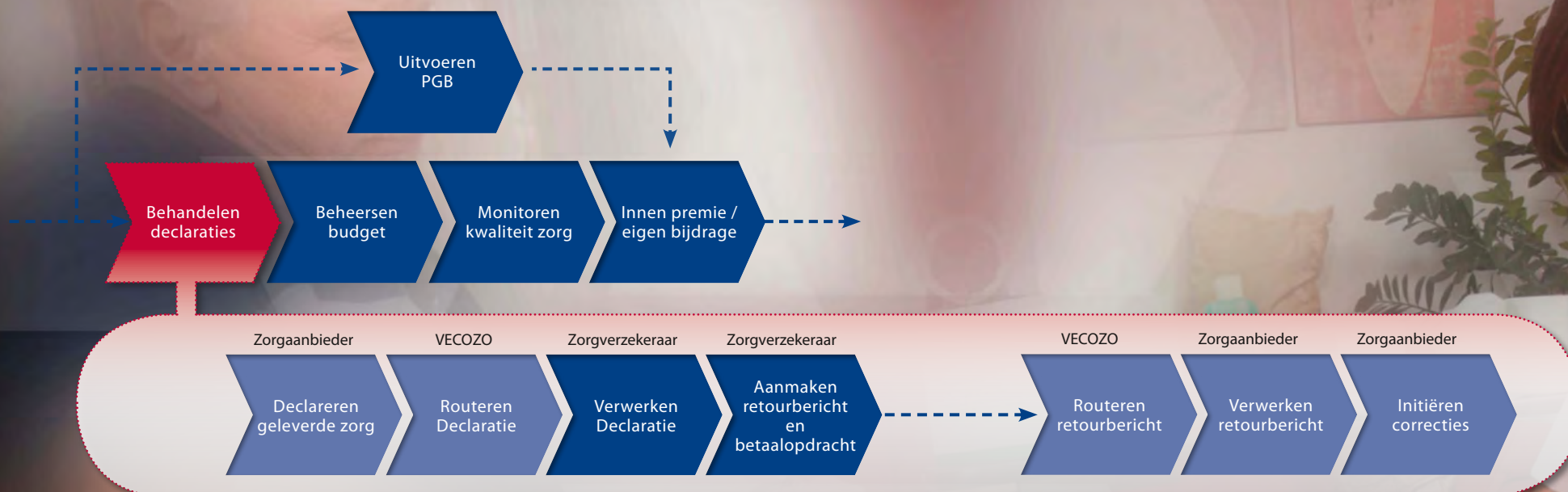
5.1.3 Monitoren kwaliteit

Aan het monitoren van de kwaliteit van zorg is nog geen invulling gegeven.

5.2 UITGANGSPUNTEN

- ▶ Zorgverzekeraars willen buiten de uitvoering van oplegging en inning van eigen bijdragen blijven. Ze willen ook niet beschikken over inkomensgegevens van hun verzekerden. Deze taak blijft bij het CAK.
- ▶ Zorgverzekeraars maken uniforme afspraken over procesinrichting en standaarden om uniformiteit voor het zorgveld te bereiken. Ze zijn verantwoordelijk voor het rechtstreeks betalen van gedeclareerde AWBZ-zorg aan zorgaanbieders. Het AWBZ-berichtenverkeer tussen ketenpartijen en zorgverzekeraars loopt via het portaal van VECOZO.
- ▶ De declaratie bevat alleen zorg op cliëntniveau, volgens de NZa-beleidsregels. De declaratie van de zorgaanbieder en de retourinformatie van de zorgverzekeraar zijn beide conform de EI-standaard van Vektis en worden via het Elektronisch Declaratie Portaal van VECOZO verzonden.
- ▶ Zorgaanbieders controleren vooraf of de cliënt staat ingeschreven bij de AWBZ-uitvoerder (via VECOZO).
- ▶ Zorgverzekeraars controleren declaraties van zorgaanbieders op gecontracteerde prestaties en tarieven, het bestaan van een overeenkomstige en geldige zorgtoewijzing, of de zorg daadwerkelijk is geleverd en op de vraag of de cliënt bij de betreffende AWBZ-uitvoerder staat ingeschreven.
- ▶ Zorgverzekeraars betalen goedgekeurde declaraties. Voor betaling hiervan stellen VWS, NZa en CVZ liquiditeit beschikbaar.

Detail procesoverzichten: Declaratie en betaling



- Voor de uitvoering is een landelijk vastgesteld en toegepast Declaratieprotocol van toepassing.
- Zorgverzekeraars werken in 2013 met een uniforme controleset, zodat zorgaanbieders geen hinder ondervinden van de wijze waarop zorgverzekeraars hun declaraties controleren.

5.3 TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN

Representant

- De ontwikkeling van de budgetbesteding van zorgaanbieder volgen.
- Beheersing van het budget binnen de kaders van de regio.
- Volgen of zorgaanbieders in hun regio de gemaakte afspraken nakomen, zowel kwalitatief als kwantitatief.
- Productie of tarieven via herschikking bijsturen om binnen de regiobudgetten te blijven en om zo optimaal mogelijk in zorgvraag van de klant te voorzien.
- Periodiek volgen van gedeclareerde productie van een betreffende zorgaanbieder.
- Volgen van de signalen vanuit verschillende bronnen zoals vanuit zorgbemiddeling (wachtlijsten), IGZ-signalen en gesprekken met zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars

- Controleren (volgens de uniforme controleset) en betalen van declaraties van zorgaanbieders.

Zorgaanbieders

- Aanleveren van declaraties voor geleverde zorg aan zorgverzekeraars.
- Uitvoeren van controle op verzekeringsrecht (COV) van cliënten voordat tot indienen van declaraties aan zorgverzekeraars wordt overgegaan.
- Zelfstandig verzorgen van de aanlevering aan het CAK voor inning van eigen bijdrage voor intramurale zorg. Dit wordt niet langer door de zorgverzekeraar uitgevoerd.

NZA

- Bepalen van overschrijding van het omzetplafond en terugvorderen van overschrijding van het omzetplafond.

CVZ

- Beschikbaar stellen van liquiditeit voor betalen van declaraties van zorgaanbieders.



TOEKOMSTBEELD AWBZ 2013

Tekst:

Martijn Mallie

Redactie:

Sanne Baudoin

Johan Boonstra

Martijn Mallie

Frank van Wijck (Eva Tekstproducties)

Vormgeving:

www.studiosnh.nl – Utrecht

Fotografie:

Dreamstime

Dit is een uitgave van:

Zorgverzekeraars Nederland

Afdeling Communicatie

Sparrenheuvel 16

Postbus 520

3700 AM Zeist

T 030-6988225

E communicatie@zn.nl

I www.zn.nl

@ ZNnieuws@zn.nl

Versie: januari 2012