

Beoordeling beheersbaarheid van macrokosten bij invoering zorgprestatie­model

Samenvatting

In deze notitie beschrijven wij de effecten van invoering van het zorgprestatie­model op de beheersing van macrokosten. De concepttarieven van het zorgprestatie­model zijn macroneutraal rondgerekend met de tarieven van het huidige bekostigings­stelsel, onder de aanname van een gelijkblijvende organisatie van zorg (bijvoorbeeld de verhouding tussen directe en indirecte tijd). Effecten op de beheersbaarheid van macrokosten komen daarom voornamelijk voort uit de financiële prikkels die tot een andere inrichting en organisatie van zorg kunnen leiden. Daarnaast spelen ook de randvoorwaarden die het bekostigings­model biedt voor het maken van goede contractafspraken een belangrijke rol bij het beheersen van de macrokosten.

Op hoofdlijn verwachten wij dat beheersbaarheid van de macrokosten verbetert met de invoering van het zorgprestatie­model.

- Wij verwachten dat de risico's in het gecontracteerde deel van de zorg beter beheerst worden. De informatiepositie van zorgverzekeraars en overheid verbetert sterk in het zorgprestatie­model. Het zorgprestatie­model genereert meer gedetailleerde informatie over de geleverde zorg en die informatie komt veel sneller beschikbaar. Daarnaast komt een betere typering van de zorgvraag van patiënten beschikbaar. De registratie hiervan start per 1 januari 2022 gelijktijdig met de invoering van het zorgprestatie­model om met ingang van 2024 volwaardig te kunnen functioneren. Deze informatie biedt de randvoorwaarden aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om betere afspraken te maken over de beheersing van macrokosten en gepast gebruik. Het sneller beschikbaar komen van de informatie maakt het mogelijk om tijdig in actie te komen in geval van onverwachte ontwikkelingen.
- Het zorgprestatie­model kent andere prikkels dan het dbc-systeem. De informatiepositie van zorgverzekeraars biedt de randvoorwaarden om de voornaamste nieuwe risico's die hieruit voortkomen te mitigeren. Aandachtspunt is de monitoring van de ontwikkeling van productiviteit van zorgverleners.
- Net als in de huidige bekostiging verdient de beheersbaarheid van macrokosten in het ongecontracteerde deel van de ggz meer aandacht. Door het wegvallen van het genormeerde gemiddeld aantal behandelminuten in de tarieven van de gb-ggz producten ontstaan er andere prikkels. Het risico op het maken van minder dan het gemiddeld aantal minuten worden beter beheerst. Er ontstaat in dit segment echter een nieuw risico op te lang doorbehandelen door ongecontracteerde zorgaanbieders.
- Het aangaan van een contract met een zorgverzekeraar wordt meer lonend. Het zorgprestatie­model laat minder ruimte voor zorgaanbieders om door strategisch te declareren opbrengsten te maximaliseren. Dit maakt het voor ongecontracteerde zorgaanbieders minder eenvoudig om zonder eigen betaling van de patiënt kostendekkend te kunnen werken. Meer zorgaanbieders komen daarmee in het beter beheersbare gecontracteerde deel van de ggz.

1. Inleiding

Op verzoek van het ministerie van VWS en het ministerie van Justitie en Veiligheid beschrijven wij in deze notitie de impact van de invoering van het zorgprestatie­model op de beheersbaarheid van macrokosten.

Uitgangspunt bij de ontwikkeling van het zorgprestatie­model is dat de invoering macrobudgettair neutraal plaatsvindt. Dit uitgangspunt is daarom ook gehanteerd bij het berekenen van de concepttarieven voor de consulten. Wanneer we alleen dit uitgangspunt in beschouwing nemen, zal er geen verandering plaatsvinden van de macrokosten.

Een ander uitgangspunt bij het berekenen van de concepttarieven is ongewijzigd gedrag. We gaan er bij het berekenen van de concepttarieven en de impactanalyse vanuit dat de zorg onder het zorgprestatie­model op precies dezelfde manier wordt georganiseerd en geleverd als onder het huidige systeem. We weten echter dat het zorgprestatie­model andere financiële prikkels in zich heeft dan de huidige bekostiging en dat dit kan leiden tot ander gedrag. Dit kan zowel positieve als negatieve invloed hebben op de beheersbaarheid van de macrokosten. Daarnaast speelt ook het gedrag van de zorgverzekeraar een rol en kan de contractering een belangrijke bijdrage leveren aan de beheersing van macrokosten. Tot slot kent het zorgprestatie­model andere risico's op fouten en fraude die van invloed kunnen zijn.

Deze notitie geeft een kwalitatieve inschatting van de mate waarin het gedrag zich voordoet en hoe groot het risico is. De mate van gedragsverandering na invoering van het zorgprestatie­model is niet kwantitatief te onderbouwen. In specifieke gevallen is deze inschatting gebaseerd op scenarioanalyses die wij hebben uitgevoerd.

2. Uitgangspunten

Het zorgprestatie­model kent andere prikkels dan de db(b)c-systematiek en de gb-ggz en dat kan leiden tot ander gedrag en andere sturingsmogelijkheden. In een eerdere notitie 'Financiële prikkels en risico's voor de beheersbaarheid van macrokosten' hebben wij deze prikkels meer uitgebreid in kaart gebracht. Die notitie gebruiken wij als input voor onderstaande analyse.

Bij het beschouwen van de macrobudgettaire beheersbaarheid maken we onderscheid tussen de gecontracteerde en ongecontracteerde zorg. Bij ongecontracteerde zorg leunt de beheersing van macrokosten veel zwaarder op het instrument bekostiging, omdat er geen contractafspraken zijn waarin macrobudgettaire risico's kunnen worden afgevangen. Daarnaast vergelijken we het zorgprestatie­model met zowel het db(b)c-systeem als de gb-ggz. De langdurige ggz (l-ggz) laten we in deze notitie buiten beschouwing, omdat de l-ggz na invoering van de directe toegang tot de Wlz nog maar een beperkt deel van de curatieve ggz omvat.

3. Gecontracteerde zorg

Wij verwachten dat de risico's in het gecontracteerde deel van de zorg overall beter kunnen worden beheerst in het zorgprestatie­model dan in het huidige dbc-model.

- Het zorgprestatie­model versterkt de informatiepositie van zorgverzekeraars en overheid. Informatie over geleverde zorg

wordt gedetailleerder en komt veel sneller beschikbaar. Uniforme informatie over de setting waarin zorg wordt geleverd komt beschikbaar.

- Informatie over zorgvraagtypering kan inzicht geven in of de geleverde zorg ook de gepaste zorg was. Transparantie over zorgvraagtypering kan het gesprek over gepast gebruik en afspraken hierover in de contracten bevorderen.

Doordat de prikkels in het zorgprestatie-model anders liggen, vervallen er een aantal risico's, maar ontstaan er ook nieuwe risico's.

Volume verhogen

- In het zorgprestatie-model zijn de tarieven gedifferentieerd naar beroepen en settings. Hiermee wordt de inzet van hoger opgeleide beroepen in zwaardere settings kostendekkend vergoed. Risico dat hierbij ontstaat, is dat relatief lichte patiënten, die goed in een lagere setting behandeld kunnen worden, in een te zware setting met een te zware mix van beroepen worden behandeld. Dit leidt tot ongepast gebruik van zorg. Een vorm van zorgvraagtypering toevoegen aan het model kan het risico van ongepast gebruik van zorg beheersen.
- Het zorgprestatie-model kent geen ingebouwde begrenzings in het aantal consulten dat per patiënt kan worden geleverd. De gb-ggz kent een genormeerde behandelduur. Deze normering vervalt in de bekostiging bij de overgang naar het zorgprestatie-model, waardoor een risico ontstaat op te lang doorbehandelen in de gb-ggz. Wanneer dit risico in de contractering wordt ondervangen kan dit het aangaan van een contract minder aantrekkelijk maken. Dit risico doet zich met name voor bij zorgaanbieders die alleen of voornamelijk gb-ggz leveren.

Opbrengsten optimaliseren

- Het risico dat zorgaanbieders hun opbrengsten optimaliseren door minder dan gemiddeld tijd te leveren per prestatie vervalt in het zorgprestatie-model doordat de tijdsgrenzen in het dbc-systeem worden losgelaten.
- Het belangrijkste nieuwe risico dat ontstaat, is de vergoeding voor indirecte tijd die verdisconteerd zit in de tarieven van de consulten. Er ontstaat hierdoor een prikkel om minder indirecte tijd te leveren dat nodig voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Dit risico is het meest aanwezig bij de zwaardere settings, omdat daar relatief veel indirecte tijd in die tarieven is opgeslagen. Anderzijds ontstaat zo ook de prikkel om de indirecte tijd zo efficiënt mogelijk vorm te geven, met zo laag mogelijke administratieve lasten. Immers, door minder indirecte tijd te leveren dan in het tarief van het consult wordt vergoed, kunnen aanbieders hun opbrengsten per eenheid geleverde zorg vergroten.
- Door de inrichting van de controle en verantwoording en het principe van 'planning is realisatie' ontstaat het risico dat consulten langer kunnen worden ingepland dan nodig en mogelijk eerder worden afgerond dan gepland. Ook hierdoor kunnen de opbrengsten per eenheid geleverde zorg worden geoptimaliseerd.

De betere informatiepositie van zorgverzekeraars op het gebied van geleverde zorg en de typering van de zorgvraag van de patiënt biedt de randvoorwaarden om de meeste van bovenstaande risico's af te vangen. Wanneer zorgverzekeraars hiertoe overgaan zijn aanvullende bepalingen in de contracten nodig. Dit maakt het mogelijk minder aantrekkelijk om een contract aan te gaan met een zorgverzekeraar. Aandachtspunt is de ontwikkeling van de productiviteit van behandelaren en de monitoring hierop.

4. Ongecontracteerde zorg

In het ongecontracteerde deel van de zorg leunt de beheersing van macrokosten veel zwaarder op het instrument bekostiging waardoor er andere risico's ontstaan.

Volume verhogen

- In een ongecontracteerde situatie is met name het risico op het leveren van te veel zorg aanwezig. Die situatie verandert niet wezenlijk in het zorgprestatieproces ten opzichte van het dbc-systeem. Het zorgprestatieproces kent geen ingebouwde begrenzingspunten in het aantal consulten dat per patiënt kan worden geleverd. Het dbc-systeem kent wel tijdsgrenzen. Die grenzen kunnen als 'stopbonus' werken, maar ook als 'doorwerkbonus'; doorbehandelen totdat een patiënt precies voorbij een hogere tijdsgrens valt. Waarbij we opmerkingen dat de beslissing of een behandeling van een patiënt gestopt moet worden of juist niet, een kwalitatieve beslissing moet zijn en niet gebaseerd op tijdsgrenzen. Bovendien is de hoogste tijdsgrens per diagnosegroep dermate hoog dat deze in de praktijk geen effect heeft op het begrenzen van het aantal consulten per patiënt.
- Het zorgprestatieproces kent dus geen ingebouwde begrenzingspunten in het aantal consulten dat per patiënt kan worden geleverd. De huidige gb-ggz kent echter wel een genormeerde behandelduur. Deze normering vervalt bij de overgang naar het zorgprestatieproces waardoor de mogelijkheid ontstaat om patiënten langer te behandelen dan voorheen. Dit kan enerzijds bijdragen aan een meer passende behandeling en zodoende aan de juiste zorg op de juiste plek, maar tegelijk kan er ook een risico ontstaan op te lang doorbehandelen. Vooral bij ongecontracteerde zorgaanbieders is dit een aandachtspunt.

Opbrengsten optimaliseren

- Het vervallen van de mogelijkheid om te sturen op tijdsgrenzen maakt dat het zorgprestatieproces minder ruimte laat voor zorgaanbieders om, door net voorbij tijdsgrenzen te behandelen, hun opbrengsten te maximaliseren. De vergoeding voor de zorg zal met de nieuwe bekostiging beter aansluiten bij de daadwerkelijk geleverde zorg. Dit maakt het voor ongecontracteerde zorgaanbieders minder eenvoudig om zonder eigen betaling van de patiënt kostendekkend te kunnen werken. Het aangaan van een contract met een zorgverzekeraar wordt hierdoor gestimuleerd.
- In vergelijking met de huidige systematiek ontstaat mogelijk het effect dat de daadwerkelijk geleverde indirecte tijd wordt verminderd. In het zorgprestatieproces wordt de indirecte tijd als een genormeerde opslag in het tarief verwerkt. Wij schatten dit effect op het ongecontracteerde gedeelte van de markt als beperkt in. Met name bij vrijgevestigde zorgaanbieders is de contracteergraad relatief laag. In deze setting (ambulant – kwaliteitsstatuut sectie II) is het aandeel indirecte tijd van het totaal relatief beperkt met ongeveer 25%. De ruimte om te sturen op indirecte tijd is dan gering. Een bepaalde hoeveelheid indirecte tijd is altijd noodzakelijk om goede zorg te leveren en te voldoen aan de geldende kwaliteitsvereisten (dossiervorming e.d.).
- Ook de gb-ggz producten bieden ruimte voor het optimaliseren van opbrengsten door het leveren van een minder dan gemiddeld aantal minuten per gb-ggz product. De mate waarin dit momenteel wordt gebruikt om opbrengsten te optimaliseren is echter minder groot dan in het dbc-systeem. In het zorgprestatieproces ontstaat de mogelijkheid om door minder indirecte tijd te leveren dan in het consult wordt vergoed de

opbrengsten te optimaliseren. Met name in het instellingendomein zien wij hiervoor risico's. In de tarieven van de setting 'ambulant - kwaliteitsstatuut sectie IIIa' wordt al relatief meer indirecte tijd vergoed dan gemiddeld in de gb-ggz. De omvang van dit risico is op dit moment beperkt, omdat de contracteergraad bij instellingen relatief hoog is.

- Door de differentiatie van de consulttarieven naar settings ontstaat een prikkel voor zorgaanbieders om zich te gaan organiseren op een manier waarop (net) wordt voldaan aan de vereisten voor een hogere setting dan de uitgangssituatie van die zorgaanbieder. Een groep vrijgevestigde zorgaanbieders zou zich bijvoorbeeld zo kunnen organiseren dat wordt voldaan aan de vereisten voor een instelling. Ook hierdoor kunnen de opbrengsten per eenheid geleverde zorg worden verhoogd.

Bij ongecontracteerde zorgaanbieders ontstaat een risico op langer doorbehandelen in de gb-ggz, omdat de volumenorm in de gb-ggz producten vervalst. Hier staat tegenover dat de ruimte om opbrengsten te optimaliseren voor ongecontracteerde zorgaanbieders in het zorgprestatie-model kleiner wordt. Daarbij komt dat het uitgangspunt van reële tarieven ervoor zorgt dat de tarieven dicht tegen de daadwerkelijke kosten van zorgaanbieders in een bepaalde setting aan zullen liggen. Tezamen zal dit het voor vrijgevestigde zorgaanbieders lonender maken om gecontracteerd te gaan werken.