



Nederlandse  
Zorgautoriteit

Ministerie van Veiligheid en Justitie  
De heer dr. K.H.D.M. Dijkhoff  
Postbus 20301  
2500 EH 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

**Behandeld door**  
Directie Zorgmarkten Cure

**Telefoonnummer**  
088 770 8770

**E-mailadres**  
vragencure@nza.nl

**Kenmerk**  
138135/194459

**Onderwerp**  
Evaluatie invoering prestatiebekostiging in DBBC's in de forensische zorg

**Datum**  
3 augustus 2015

Geachte mijnheer de Staatssecretaris,

Per 1 januari 2013 is in de forensische zorg (FZ) een systeem van prestatiebekostiging in DBBC's (Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinatie) ingevoerd. Om de overgang naar DBBC-bekostiging zorgvuldig plaats te laten vinden, heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een transitie-model ingesteld. Dit driejarige transitie-model is per 2016 afgelopen.

We hebben de invoering van de DBBC-bekostiging geëvalueerd, zodat u waar nodig aanvullende maatregelen kunt treffen. De uitkomsten vindt u in deze brief.

#### *Leeswijzer*

Eerst geven we aan wat de overgang naar prestatiebekostiging betekent en wat het transitie-model inhoudt. We zetten uiteen hoe we de invoering daarvan hebben geëvalueerd en lichten de resultaten toe. We sluiten af met aanbevelingen om het transitie-model met zo min mogelijk risico's voor partijen te laten vervallen.

#### **Overgang naar DBBC-bekostiging**

In de afgelopen jaren is de forensische zorg overgegaan van financiering via budgetten naar een systematiek van prestatiebekostiging. Naast productieafspraken in budgetparameters, aanbestedingsafspraken en normtarieven voor het gevangeniswezen, worden (prestatie)afspraken gemaakt in DBBC's, zorgzwaartepakketten (ZZP's) en extramurale parameters.

Met de DBBC's kan de geleverde zorg op het vlak van behandeling in rekening gebracht worden. De ZZP's en de extramurale parameters zijn de prestaties waarmee de zorg gericht op begeleiding in rekening gebracht kan worden. De begeleidingszorg wordt per 2015 volledig bekostigd op basis van ZZP's en extramurale parameters.

Voor deze overgang is er geen overgangsregeling of transitie­model. We richten ons in deze brief dan ook alleen op de overgang naar de DBBC-bekostiging.

**Kenmerk**  
138135/194459

**Pagina**  
2 van 14

Op 1 januari 2011 zijn de DBBC-prestaties ingevoerd in de FZ. Vanaf deze datum worden de DBBC's in rekening gebracht aan de zorgverzekeraar. De werkelijke bekostiging van de FZ vond echter nog plaats op basis van een budget met bijbehorende budgetparameters.

Sinds 2013 is de overgang naar een bekostigingssystematiek van prestatiebekostiging in DBBC's ingezet. Om een zorgvuldige en verantwoorde overstap van de bekostiging via een budget naar bekostiging door middel van DBBC's te waarborgen, geldt voor 2013, 2014 en 2015 een transitie­model. Daarmee worden de financiële effecten van de overgang voor de partijen gedempt.

Op basis van het transitie­model wordt de transitie­omzet en het transitie­bedrag berekend. In 2013 en 2014 is er sprake van een transitie­omzet, waarbij 95% van de omzet van de zorgaanbieder is gebaseerd op de budgetparameters en 5% op basis van DBBC's. Voor 2015 wordt 70% van de omzet van de zorgaanbieder gebaseerd op budgetparameters en 30% op DBBC's. Vanaf 2016 zal de bekostiging van de FZ gericht op behandeling volledig plaats vinden op basis van DBBC's.

De systeemverschillen tussen het budget en de DBBC's resulteren in een transitie­bedrag per zorgaanbieder. Het transitie­bedrag is de transitie­omzet minus de DBBC-omzet. Bij een positief transitie­bedrag (omzet op basis van de budgetparameters is hoger dan de omzet uit DBBC's) vindt een verrekening plaats van de zorgverzekeraar naar de zorgaanbieder. Bij een negatief transitie­bedrag (omzet op basis van de budgetparameters is lager dan de omzet uit DBBC's) vindt een verrekening plaats van de zorgaanbieder naar de zorgverzekeraar.

## **Evaluatie**

Bij de start van het transitie­model is besloten om het transitie­model na twee jaar (over 2013 en 2014) te evalueren om ongewenste effecten bij het vervallen ervan per 2016 te voorkomen. De gedachte was dat door na twee jaar te evalueren, en niet al na één jaar, de uitbijters en incidentele omstandigheden er uitgefilterd konden worden.

Deze beslissing heeft er voor gezorgd dat de evaluatie in een tijds­klem is geraakt. De benodigde data over de transitie­jaren 2013 en 2014 zijn pas aan het eind van jaar t+1 op zijn vroegst beschikbaar. Mocht uit de evaluatie vervolgens blijken dat er aanvullende maatregelen nodig zijn, dan is het te laat om deze te realiseren voordat het transitie­model afloopt.

Daarom is besloten al na 1 jaar te evalueren. Dit betekent dat de evaluatie gebaseerd wordt op de gegevens over 2013, die in beginsel aan het einde van 2014 beschikbaar zijn. Na de evaluatie is er dan voldoende tijd om al dan niet aanvullende maatregelen te treffen.

Echter, ook de gegevens van zorgaanbieders en zorgverzekeraar over het transitiejaar 2013 zijn pas halverwege 2015 definitief beschikbaar gekomen. Dit betekent dat een zorgvuldige evaluatie met een analyse van de oorzaken op dit moment niet mogelijk is.

Kenmerk  
138135/194459

Pagina  
3 van 14

Wij vinden wel dat uw departement vóór het aflopen van het transitieproces op de hoogte dient te zijn van de mogelijke risico's. Daarom, treft u hieronder een weergave aan van de effecten van de invoering zoals we die tot nu toe signaleren. Het is wenselijk om deze nader te analyseren op het moment dat meer data beschikbaar is.

### **Effecten invoering DBBC bekostiging**

Om een zo volledig mogelijk beeld te schetsen, hebben we naast een kwantitatieve analyse van de data, gesprekken gevoerd met representatieve partijen in de FZ. Die betroffen hun ervaringen en verwachtingen met prestatiebekostiging in relatie tot het aflopen van het transitieproces.

In de zomer van 2014 hebben we gesproken met negen FZ aanbieders en met de zorginkoper/zorgverzekeraar. De zorgaanbieders zijn heterogeen voor wat betreft zorgaanbod en grootte.

Omdat de gegevens over 2013 op zich lieten wachten, hebben we dezelfde aanbieders in mei 2015 nog eens gevraagd of wat zij eerder signaleerden nog steeds opgaat. In tegenstelling tot het gesprek in de zomer van 2014 zijn nu wel de transitiebedragen bekend. Hieruit blijkt dat het bekend zijn van het transitiebedrag de ervaringen en verwachtingen van de FZ aanbieders over het vervallen van het transitieproces niet heeft veranderd.

### **Gesprekken aanbieders en zorgverzekeraar**

De ervaringen en de te verwachten risico's die uit de gesprekken naar voren zijn gekomen, hebben wij onderverdeeld in (1) verwachte risico's als gevolg van het eindigen van het transitieproces en (2) overige risico's.

#### *1. Risico's als gevolg van het eindigen van het transitieproces*

Zorgaanbieders zijn over het algemeen positief over de opzet en de werking van het transitieproces in de FZ. Het voorziet in een stevige demping van financiële risico's, met name in 2013 en 2014. De looptijd van drie jaar geeft zorgaanbieders voldoende tijd om de bedrijfsvoering en administratie in te richten op de bekostiging in DBBC's.

Zorgaanbieders monitoren de productie nog voornamelijk aan de hand van de budgetparameters. De transitieomzet over 2013 en 2014 wordt immers voor 95% nog gebaseerd op budgetparameters. Zorgaanbieders geven wel dat zij de interne bedrijfsvoering hebben aangepast of in staat zijn om deze op korte termijn alsnog aan te passen.

De zorgaanbieders verwachten dat het aflopen van het transitieproces zal leiden tot een verlichting van administratieve lasten, omdat zij geen schaduwadministratie meer bij hoeven houden.

**Kenmerk**  
138135/194459

**Pagina**  
4 van 14

De ontwikkeling van de zorgkosten is voor de zorgverzekeraar een onzekere factor na het vervallen van het vangnet. Om meer zekerheid te creëren vraagt de zorgverzekeraar vanaf 2015 vier keer per jaar aanvullende informatie uit bij de zorgaanbieder.

Uit de interviews kwam naar voren dat zorgaanbieders een afweging maken wat hun belang is bij het transitieproces. Zowel in de registratie van DBBC's, het budget is immers voor 95% leidend, als het financiële belang in verhouding tot de totale bedrijfsopbrengsten van het concern. Zorgaanbieders waarbij FZ slechts een klein percentage van de omzet bedraagt, en zorgaanbieders die voornamelijk ZZP's en/of extramurale parameters in rekening brengen naast de DBBC's geven aan dat zij relatief weinig risico lopen als gevolg van het aflopen van het transitieproces.

Circa de helft van de geconsulteerde zorgaanbieders geeft aan geen zicht te hebben op de hoogte van het transitiebedrag. De zorgaanbieders die wel zicht hebben op transitiebedragen hebben sterk uiteenlopende verwachtingen van de uitkomsten.

Onder- en overproductie is een risico voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraar in een systeem van prestatiebekostiging. In geval van onderproductie worden de afspraken naar beneden bijgesteld. Overproductie (realisatie is groter dan de afspraak) wordt in principe niet gehonoreerd, tenzij hier vooraf goede afspraken met de zorgverzekeraar over zijn gemaakt. De ambulante FZ laat volgens zorgaanbieders overproductie zien in 2014.

## 2. Overige risico's

In de gesprekken met de zorgaanbieders zijn ook ervaringen en risico's benoemd die niet zozeer financieel van aard zijn. We vermelden ze hier om een zo volledig mogelijk beeld te schetsen.

Uit alle evaluatiegesprekken blijkt dat partijen grote reguleringonzekerheden voorzien door de ontwikkelingen in wet- en regelgeving. Bijvoorbeeld het vervallen van het representatiemodel in de GGZ per 2014 en de overheveling van verschillende onderdelen AWBZ-zorg naar gemeenten per 2015. Deze ontwikkelingen worden zwaarder ingeschat dan het aflopen van het transitieproces in de FZ.

Over de NZa-regelgeving geven zorgaanbieders aan dat het publiceren van de nieuwe beleidsregels en nadere regels voor 1 juli in t-1 een verbetering is. Hierdoor kunnen zij interne bedrijfsprocessen tijdig aanpassen. Tussentijdse aanpassingen in de DBBC-structuur vinden zij niet wenselijk, vanwege een verhoging van administratieve lasten (denk aan de aanpassing van de interne processen en systemen) die dat met zich meebrengt.

Daarnaast zorgen de gedetailleerde verantwoordingsverplichtingen en extra aanvullende informatieverplichtingen naar de zorgverzekeraar voor hoge administratieve lasten.

**Kenmerk**  
138135/194459

**Pagina**  
5 van 14

Zorgaanbieders signaleren dat er een financieel risico ontstaat voor de kapitaallasten bij leegstand in de FPC's door het gelijktijdig vervallen van de Leegstandsregeling<sup>1</sup>.

Ook het overgaan op regioplaatsing van Tbs-cliënten wordt gezien als een risicovolle ontwikkeling, omdat zorgaanbieders sterker afhankelijk zullen worden van de regionale zorgvraag.

Tot slot, is de ervaring dat er geen onderhandelingsruimte is over de tarieven en dat deze soms onder de kostprijs liggen. Dit heeft de volgende oorzaken. Enerzijds vinden er kortingen plaats op de tarieven (zowel generiek als op specifiek de behandelingencomponent). Anderzijds worden tarieven gebaseerd op de productieafspraken. Omdat deze productieafspraken veelal hoger zijn dan de uiteindelijke realisatie, blijkt achteraf dat de tarieven te laag zijn.

### **Resultaten data**

Om te beoordelen of de ervaringen en verwachtingen van zorgaanbieders zich ook daadwerkelijk in de praktijk voor doen, onderbouwen we deze voor zover mogelijk met kwantitatieve data. Hiervoor hebben we de gegevens gebruikt die partijen voor de vaststelling van de transitiebedragen 2013 aangeleverd hebben<sup>2</sup>.

Bij het analyseren van de financiële gegevens hebben wij onderscheid gemaakt tussen FPC's<sup>3</sup> en overige zorgaanbieders. De FPC's leveren in tegenstelling tot overige aanbieders louter FZ en hebben dus geen andere financieringsstromen<sup>4</sup>. Daarnaast hebben FPC's een aparte patiëntengroep die niet altijd vergelijkbaar is met de overige FZ. FPC's hebben tevens een relatief hogere omzet.

### *Transitiebedragen*

In onderstaande tabel staan de transitiebedragen. Deze zijn gebaseerd op onze beschikkingen in het kader van de overgangsregeling<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> DForZo: Handleiding Planning & Control Particulier 2015 en Rijks 2015. Op basis van de leegstandsregeling kunnen Tbs-aanbieders in aanmerking komen voor een extra financiële vergoeding op het moment dat zij meer Tbs-capaciteit hebben dan dat er cliënten geplaatst worden. Binnen de leegstandsregeling wordt de bedprijs Tbs/FPK vergoed en kosten voor huisvesting.

<sup>2</sup> Zie de beleidsregel 'Overgang naar DBBC-bekostiging in de forensische zorg (kenmerk: BR/FZ-0017) en regeling verplichte informatieverstrekking forensische zorg (kenmerk NR/FZ-0012)

<sup>3</sup> Justitiële FPC's en niet-justitiële FPC's.

<sup>4</sup> DForZo maakt voor FPC's die onderdeel zijn van een groter concern twee afspraken, waarbij het FPC deel gescheiden blijft. Bij classificatie als FPC wordt alleen naar het FPC deel gekeken.

<sup>5</sup> Naar aanleiding van de beslissing op bezwaar kunnen de bedragen nog veranderen. Deze eventuele veranderingen zullen echter geen ander beeld laten zien.

**Tabel 1. Transitiebedragen (mln.)**Kenmerk  
138135/194459

Transitiebedragen (in miljoenen)	Totaal	FPC	Overige aanbieders
Verschil budget- en DBBC-systematiek	€ 27,3	€ 21,8	€ 5,5
Som transitiebedrag FZ 2013	€ 26,0	€ 20,7	€ 5,3
Waarvan positieve bedragen	€ 35,5	€ 22,8	€ 12,7
Waarvan negatieve bedragen	-€ 9,6	-€ 2,1	-€ 7,5
Omzetverschil	8,0%	11,8%	4,0%

Op basis van die afgegeven beschikkingen is in 2013 de budgetomzet 27,3 miljoen euro hoger dan de DBBC-omzet. Dit resulteert in een totaal van bijna 26 miljoen euro aan transitiebedragen, waarvan de zorgverzekeraar 35,5 miljoen moet betalen. De zorgverzekeraar ontvangt van de FZ aanbieders nog 9,6 miljoen euro. Dit betekent dat, bij het vervallen van het transitie-model in de huidige situatie, het financieel risico is gelegen bij de FZ aanbieders.

Het omzetverschil is gedefinieerd als het verschil tussen budget en DBBC-systematiek gedeeld door de budgetomzet 2013 (gemiddeld in %). Gemiddeld zouden de aanbieders er 8% op achteruit gaan. Er zijn ook aanbieders die er met de DBBC-systematiek op vooruit gaan. Zij vormen echter een minderheid.

Bij de FPC's zien we gemiddeld een groter verschil tussen budget en DBBC-omzet. Dat is voor hen 11,8% terwijl het verschil bij de overige aanbieders 4,0% bedraagt. Zoals later uit andere tabellen blijkt, komt dit mede door dat de aanbieders die er door DBBC-systematiek op vooruit gaan bijna allemaal onder de categorie overige aanbieders vallen. Voor de groep overige aanbieders valt het gemiddelde hierdoor lager uit.

#### *Spreiding transitiebedragen*

In onderstaande tabel staat de spreiding van de (absolute) transitiebedragen. Een negatief transitiebedrag betekent dat het budget lager is dan de DBBC-omzet en de aanbieder moet betalen aan de zorgverzekeraar. Bij een positief transitiebedrag ontvangt de FZ aanbieder geld, want het budget is hoger dan DBBC-omzet.

**Tabel 2. Spreiding transitiebedragen (TB)**

Transitiebedragen	Aantal zorgaanbieders	FPC	Overige aanbieders
TB < - € 5 mln	0	0	0
- € 5 mln < TB < - € 1 mln	4	1	3
- € 1 mln < TB < 0	12	0	12
0 < TB < € 1 mln	26	1	25
€ 1 mln < TB < € 5 mln	11	8	3
€ 5 mln < TB	0	0	0
Alle zorgaanbieders	53	10	43

De meerderheid van de instellingen, 37 van de 53, ontvangt een transitiebedrag. Bij FPC's is dit effect sterker, daar ontvangen 9 van de 10 zorgaanbieders een transitiebedrag.

**Kenmerk**  
138135/194459

**Pagina**  
7 van 14

Een absoluut transitiebedrag is te beperkt om conclusies te trekken over het financiële risico dat de zorgaanbieders of de zorgverzekeraar lopen bij het vervallen van het transitiebedrag. Hiervoor dient het omzetverschil gerelateerd te worden aan de grootte van de instelling. In de onderstaande tabel is dit gebeurd door het omzetverschil van de individuele instellingen te rangschikken naar grootte van de instelling. De grootte van de instelling wordt bepaald door de budgetomzet. Het omzetverschil geeft aan hoeveel de instelling meer of minder aan omzet zou hebben bij volledige DBBC-bekostiging.

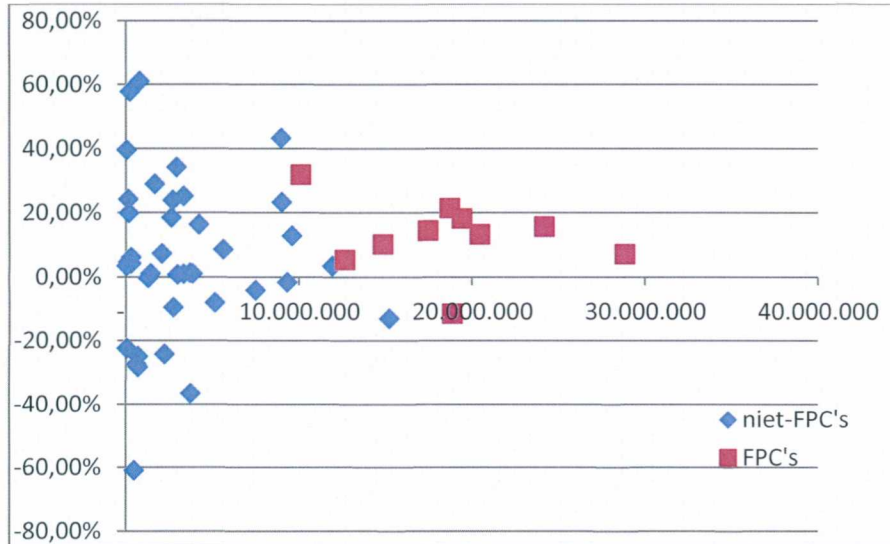
**Tabel 3. Omzetverschil naar grootte van de instelling**

	Omzetverschil (OV) < - 5%	- 5% < OV < - 1%	- 1% < OV < 1%	1% < OV < 5%	5% < OV <10%	10% < OV <20%	OV > 20%
Budgetomzet < € 0,5 mln	3	0	0	3	1	1	5
€ 0,5 mln < Budgetomzet < € 2,5 mln	4	0	1	1	1	0	2
€ 2,5 mln < Budgetomzet < € 10 mln	4	2	1	3	1	3	5
€ 10 mln < Budgetomzet	2 (1)	0	0	1	2 (2)	5 (5)	2 (2)
Alle zorgaanbieders	13	2	2	8	5	9	14

Tussen haakjes staat het aandeel van de FPC's. Bij de FPC's verliezen 7 van de 10 instellingen meer dan 10% van de omzet. Alle FPC's behoren tevens tot de grootste instellingen.

De grootte van de instelling lijkt geen verklarende factor voor het omzetverschil. In alle budgetklassen bevinden zich instellingen die er veel op achteruit maar ook op vooruit kunnen gaan. Meer dan de helft van de instellingen (28 van de 53) gaat er meer dan 5% op achteruit. Een kwart van de instellingen (13 van de 53) gaat er echter meer dan 5% op vooruit. Opmerkelijk is de grote groep (23 van de 53) die er meer dan 10% op achteruit gaat.

Tabel 3 wordt in onderstaande figuur grafisch weergegeven.

**Figuur 1. Omzetverschil naar grootte van de instelling**

Kenmerk  
138135/194459

Pagina  
8 van 14

In figuur 1 zien we dat de spreiding bij de overige aanbieders groter is dan bij de FPC's. Hoewel het omzetverschil gemiddeld dus lager ligt, zijn er voor de overige zorgaanbieders zowel aan de positieve als negatieve kant meer uitschieters.

#### *Invoering NHC*

Per 1 januari 2013 is de normatieve huisvestingscomponent (NHC) ingevoerd in de forensische zorg. De NHC is een normatieve vergoeding die, gedurende een looptijd van 30 jaar bij een gemiddelde bezettingsgraad, voorziet in de exploitatiekosten van het vastgoed. De NHC is een vergoeding per patiënt per dag en geldt alleen voor verblijf (klinische opname).

Door de invoering van de NHC worden ook de kapitaallasten van de FZ aanbieders bekostigd op basis van de geleverde productie.

Hieronder gaan we in op de vraag of de gelijktijdige invoering van de NHC en van de DBBC-bekostiging, leidt tot een stapeling van risico's voor de aanbieders.

Tot 1 januari 2013 ontvingen de FPC's een met de zorgverzekeraar overeengekomen vergoeding, het bedrag kapitaallasten, gebaseerd op de werkelijke aanvaardbare kosten voor rente, huur, afschrijving en erfpacht. De overige aanbieders (ook actief in de AWBZ) werden bekostigd via de AWBZ.

In de overgangsregeling, die wij voor een zorgvuldige invoering van de NHC hebben vastgesteld, wordt het bedrag kapitaallasten vergeleken met de totale NHC opbrengsten (het bedrag NHC). Het verschil tussen het bedrag kapitaallasten en het bedrag NHC geeft inzicht in het financiële effect van de invoering van de NHC.



In tabel 4 zien we het totale bedrag kapitaallasten en het totale bedrag NHC voor alle aanbieders samen, voor de FPC's en voor de overige aanbieders<sup>67</sup>. Het percentage geeft de procentuele verandering ten opzichte van de oude situatie (bedrag kapitaallasten) weer.

Kenmerk  
138135/194459

Pagina  
9 van 14

**Tabel 4. Oude en nieuwe vergoeding voor de kapitaallasten (mln)**

	Totaal	FPC	Overige aanbieders
Bedrag kapitaallasten (oud)	€ 27,4	€ 14,5	€ 13,0
Bedrag NHC (nieuw)	€ 31,9	€ 19,0	€ 12,9
Vershil oud- nieuw	-€ 4,5	-€ 4,5	€ 0,1
Verandering	16,3%	31,0%	-0,8%

Uit de tabel blijkt dat met de invoering van de NHC de vergoeding voor de kapitaallasten op macro niveau 16,3% hoger is geworden. Dit verschil wordt geheel veroorzaakt door de FPC's. Bij deze categorie is de NHC vergoeding gemiddeld 31,0% hoger. Voor de overige aanbieders is met de invoering van de NHC nagenoeg geen verandering waarneembaar<sup>8</sup>. Net als bij de transitierегeling voor de overgang naar DBBC's, geldt ook hier dat bovenstaande percentages nog te beperkt zijn om conclusies aan te verbinden. In figuur 2 zien we de spreiding van de procentuele verandering voor de FPC's en overige aanbieders naar grootte van de instelling. De grootte van de instelling wordt bepaald door het bedrag NHC.

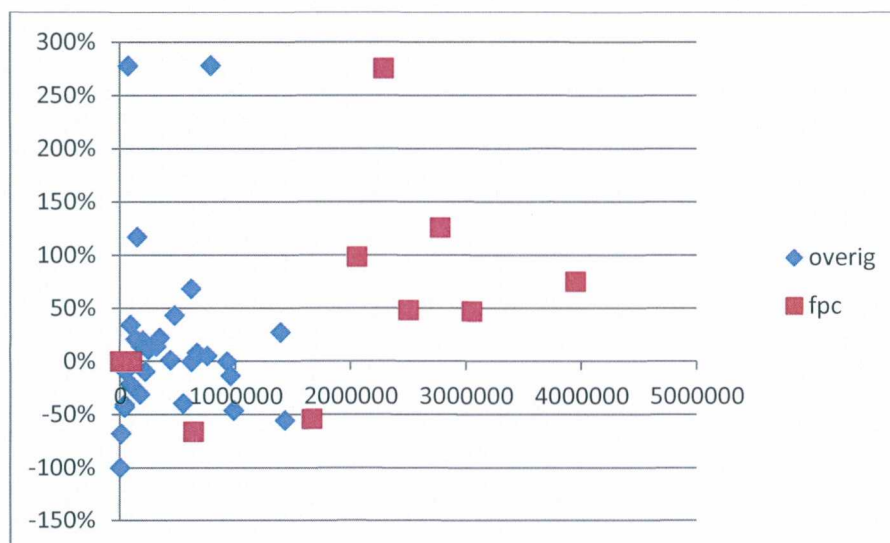
De verandering geeft aan hoeveel de instelling meer of minder aan omzet zou hebben bij volledige NHC-bekostiging.

Figuur 2. Verandering naar grootte van de instelling

<sup>6</sup> De bedragen zijn gebaseerd op de aanvragen voor de overgangsregeling NHC FZ 2013. Indien beschikbaar zijn de bedragen afkomstig uit een tweezijdig getekend verzoek van zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar. Indien een tweezijdig verzoek ontbreekt, zijn de gegevens van de zorgverzekeraar als uitgangspunt genomen.

<sup>7</sup> Allen zorgaanbieders die DBBC's met verblijf leveren zijn meegenomen. De kapitaallasten hebben dan betrekking op het deel van het vastgoed dat aan de forensische zorg toegerekend kan worden. Kapitaallasten voor instellingen met alleen forensische ZZP prestaties zijn buiten beschouwing gelaten.

<sup>8</sup> De verschillen worden de eerste vijf jaar nog gecompenseerd in de overgangsregeling. Per 2018 is de NHC volledig ingevoerd.



Kenmerk  
138135/194459

Pagina  
10 van 14

De FPC's krijgen met de invoering van de NHC gemiddeld een hogere vergoeding voor de kapitaallasten, al is de spreiding groot. De overige aanbieders concentreren zich tussen de -50% en +50%, al zijn er ook enkele uitschieters.

In eerste instantie lijkt de invoering van de NHC tot enorme verschillen in de vergoeding voor kapitaallasten te leiden. In dit kader dient echter benadrukt te worden dat de NHC een normatieve vergoeding is gebaseerd op een looptijd van 30 jaar. De werkelijke exploitatielasten kennen een lineair dalend verloop, waarbij de kosten in de eerste jaren aanzienlijk hoger zijn dan aan het eind van de looptijd. De NHC is gebaseerd op een annuïtaire index lening en kent dus een stijgend verloop. De opbrengsten nemen jaarlijks toe met een vaste index. Over de gehele looptijd genomen is de NHC gemiddeld kostendekkend<sup>9</sup>.

De procentuele verandering die we zien in tabel 4 zou dus verklaard kunnen worden als blijkt dat de FPC's relatief oude gebouwen met lage kosten hebben. Het bedrag kapitaallasten is gebaseerd op deze werkelijke kosten en is dan lager dan het bedrag NHC.

De verandering in figuur 2 tussen het bedrag kapitaallasten en het bedrag NHC per instelling kan dus veroorzaakt worden door de status van het vastgoed. Het verschil kan ook te maken hebben met de wijze van exploitatie van in het verleden gedane investeringen door bijvoorbeeld snelle afschrijving of gunstige financieringsvormen.

De omzetverschillen die blijken uit tabel 3 kunnen door de FPC's verkleind worden door de hogere kapitaallastenvergoeding die met de invoering van de NHC gerealiseerd wordt. Dit is echter niet de bedoeling. Een zorgaanbieder dient exploitatieopbrengsten te gebruiken voor latere investeringen in nieuwbouw, wanneer het NHC tarief gebaseerd blijft op de gemiddelde vergoeding gedurende de looptijd.

<sup>9</sup> Wanneer een zorgaanbieder een relatief nieuw gebouw met hoge kosten heeft, is de opbrengst uit de NHC minder dan de werkelijke exploitatielasten. Wanneer een zorgaanbieder een oud gebouw heeft met lage kosten, is de NHC vergoeding hoger dan de werkelijke kosten.

Er dient dus geen substitutie plaats te vinden tussen opbrengsten voor behandeling en opbrengsten voor verblijf. We kunnen wel stellen dat de invoering van de NHC gemiddeld niet leidt tot een financieel risico voor de FPC's. Van een stapeling van risico's lijkt geen sprake.

Kenmerk  
138135/194459

Pagina  
11 van 14

#### *Tussenconclusie*

Op basis van de data loopt een groot deel van instellingen (23 van de 53) een financieel risico bij het vervallen van het transitieproces. Bij volledige bekostiging met DBBC's gaan deze instellingen er meer dan 10% op achteruit.

We maken hierbij een onderscheid tussen FPC's en overige aanbieders omdat we zien dat bijna alle FPC's er op achteruit gaan. Gemiddeld gaan de FPC's er ook sterker op achteruit dan de overige aanbieders en lopen zij daardoor een groter financieel risico.

Binnen de groep overige aanbieders is de spreiding hoger. Er worden relatief hoge positieve transitiebedragen vastgesteld, maar ook relatief hoge negatieve transitiebedragen. Bij de FPC's is de spreiding kleiner maar zijn de transitiebedragen vrijwel allemaal positief.

Op basis van de beschikbare data over 2013 kunnen we stellen dat de invoering van de NHC op termijn per instelling tot grote verandering in de bekostiging van de kapitaallasten leidt, maar voor nu niet tot een opeenstapeling van risico's.

Op dit moment zijn wij niet in staat om verklaringen te geven waarom veel aanbieders een financieel risico lopen. Is het risico wel een direct gevolg van de systeemovergang? Om hier antwoord op te kunnen geven moeten we informatie over meerdere jaren kunnen analyseren.

Onderstaande analyses zouden een verklaring kunnen bieden voor de geconstateerde risico's:

- Behandeling/verblijf. Onderzoeken of de oorzaak van het omzetverschil gevonden kan worden in het wel of niet aanbieden van verblijf.
- Leegstand – deze situatie werd in de budgetsystematiek als onderdeel van een klinische plek bekostigd. Bij de DBBC's is dit niet meegenomen in de deelprestatie Verblijf. Te onderzoeken valt in hoeverre er een relatie is tussen bezettingspercentage en het transitiebedrag. Een aanbieder met een laag bezettingspercentage verliest relatief veel omzet door het wegvallen van de leegstandregeling. Dit kan een hoog transitiebedrag verklaren.
- DBBC-tariefstelling.
  - Een hoog transitiebedrag kan worden veroorzaakt doordat op de DBBC tarieven een korting is verwerkt, die niet verwerkt zit in de budgetomzet. Op deze manier is de verhouding tussen de DBBC-omzet en budgetomzet en het daaruit voortvloeiende transitiebedrag per definitie scheef.
  - De DBBC-omzet wordt per kalenderjaar vastgesteld, terwijl het jaar van opening leidend is voor het tarief van de DBBC. In de DBBC-omzet per kalenderjaar zitten dus altijd de tarieven van twee jaren. In de

budgetomzet zit alleen het tarief van dat kalenderjaar. Een wijziging van het tarief per kalenderjaar werkt dus wel door in de DBBC-omzet, maar niet in de budgetomzet.

Kenmerk  
138135/194459

Pagina  
12 van 14

- Registratievolledigheid. Omdat het budget nog voor 95% leidend is, kan voor aanbieders de prikkel ontbreken om de DBBC-registratie goed op orde te hebben. Dit is echter moeilijk te meten en zal hooguit de positieve transitiebedragen verklaren. Immers, bij een negatief transitiebedrag, dus als de DBBC-omzet hoger is dan het budget, mag je aannemen dat het aan de volledigheid van registreren niet mankeert.

### Eindconclusie en aanbevelingen

De overgang naar een bekostigingssystematiek in DBBC's in de FZ is nog in volle gang. Dit heeft ertoe geleid dat er nog weinig definitieve data beschikbaar zijn. Dit betekent dat een algemene lijn zichtbaar is, maar dat we terughoudend zijn met verklaringen en analyses over wat we constateren. Met dit in het achterhoofd dienen ook onderstaande conclusies gelezen te worden.

De ervaringen en verwachtingen van de FZ aanbieders zijn over het algemeen positief over het systeem van prestatiebekostiging in de FZ. Ook als het gaat om de situatie die ontstaat na het vervallen van het vangnet.

Opvallend is dat dit tegenstrijdig lijkt te zijn aan het uiteindelijke transitiebedrag. Het merendeel van de aanbieders blijkt namelijk nog een bedrag van de zorgverzekeraar te krijgen. In totaal gaat het dan om 35,5 miljoen euro. Het totaal aan transitiebedragen, gesaldeerd, bedraagt bijna 26 miljoen euro. Dat impliceert dat bij het vervallen van het transitiebedrag een financieel risico bij de FZ aanbieder ligt.

Het is ook opvallend dat het risico van het vervallen van het vangnet het meest zichtbaar en structureel is bij de FPC's. 7 van de 10 FPC's kennen een omzetsdaling van meer dan 10%. Bij de overige aanbieders zien we meer spreiding in de omzetverschillen maar gemiddeld genomen is het financiële risico kleiner.

De invoering van de NHC leidt niet tot een stapeling van risico's. Deze leidt voor FPC's gemiddeld tot een hogere kapitaallastenvergoeding. Voor de overige aanbieders blijft de kapitaallastenvergoeding gemiddeld gelijk.

Wij kunnen op dit moment niet met zekerheid stellen dat deze resultaten een gevolg zijn van de invoering van de DBBC-systematiek of dat zij een andere oorzaak hebben. Bijvoorbeeld van een korting in de DBBC-tariefstelling, het vervallen van de Leegstandregeling, de kwaliteit van de registratie of anderszins.

Zowel de aanbieders als de zorgverzekeraar geven aan toe te zijn aan rust in de FZ sector. Wijzigingen in de regelgeving hebben de administratieve lastendruk bij partijen bijzonder verhoogd. Het gaat dan zowel om de recente overhevelingen als om de systeemwijziging in de FZ. Ook de verschillende en gedetailleerde verplichte informatiestromen richting de zorgverzekeraar verminderen de administratieve lastendruk bij de FZ aanbieders niet.

## Aanbevelingen

Kenmerk  
138135/194459

Pagina  
13 van 14

Gelet op alle bovenstaande overwegingen doen wij u de volgende aanbevelingen voor een zo risicoloos mogelijke overgang naar volledige DBBC-bekostiging in de FZ:

- 1) De FPC's dreigen bij het vervallen van het transitie­model grote omzetverliezen te gaan ondervinden. Om de continuïteit van zorg te waarborgen adviseren wij voor deze speciale categorie FZ aanbieders een aanvullende maatregel per 2016. Bij hoge uitzondering denken wij aan een verlenging van het transitie­model van maximaal één jaar waarbij een verdere afbouw van het garantiepercentage (waarbij de transitie­omzet voor 30% is gebaseerd op de budgetomzet en 70% op de DBBC omzet) wordt toegepast. Op die manier zijn er voldoende prikkels om zo snel mogelijk over te gaan tot volledige bekostiging op basis van DBBC's. In dit kader zou nog onderzocht kunnen worden of een opt out regeling tot de mogelijkheden behoort. De extra administratieve lasten doordat het transitie­model een jaar langer duurt, blijven dan beperkt tot die FZ aanbieders die daarvoor zelf kiezen.

Op deze manier verschaft u de betrokken instellingen (FPC's) de benodigde zekerheid. Tegelijkertijd geeft het u de gelegenheid te onderzoeken wat de oorzaken zijn van de effecten die wij constateren.

Wij zijn u hierbij aan het eind van dit jaar graag van dienst door de eerder in deze brief genoemde aanvullende analyses uit te voeren. Uiteraard onder het voorbehoud dat er dan wel voldoende en juiste gegevens beschikbaar zijn. In dat kader zou ook bezien kunnen worden of de huidige bekostigings­systematiek in de FZ, gelet op de kenmerken van de markt, wel de meest aangewezen bekostigings­vorm is.

- 2) Rust in de sector. Regulering­szekerheid komt een succesvolle invoering van een volledige bekostiging door middel van DBBC's ten goede. Dit geldt ook voor een verlaging van de administratieve lasten.

Wij zien in dat kader goede ontwikkelingen. Wij hebben bijvoorbeeld bij de vaststelling van de FZ release 2016<sup>10</sup> zoveel als mogelijk de rust in de sector kunnen behouden. Ook het feit dat het hebben van een schaduwadministratie op basis van budget­parameters per 2016 niet meer nodig is, is qua administratieve lastendruk een positieve ontwikkeling. Toch zou de zorgverzekeraar, in overleg met u, nog kunnen nagaan of alle door hem aan de FZ aanbieders opgelegde extra informatie-uitvragen nu echt wel nodig zijn.

<sup>10</sup> Hiermee wordt bedoeld op de procedure waarin alle tarieven en prestaties voor het komende jaar worden bepaald en vastgesteld.

Mocht dat het geval zijn, dan adviseren we te bezien of deze uitvragen efficiënter geregeld kunnen worden. Zodat dit voor de FZ aanbieder als ook voor de zorgverzekeraar een positief effect heeft op de huidige als hoog ervaren administratieve lastendruk.

**Kenmerk**  
138135/194459

**Pagina**  
14 van 14

Hoogachtend,  
Nederlandse Zorgautoriteit,



dr. M.J. Kaljouw  
voorzitter Raad van Bestuur

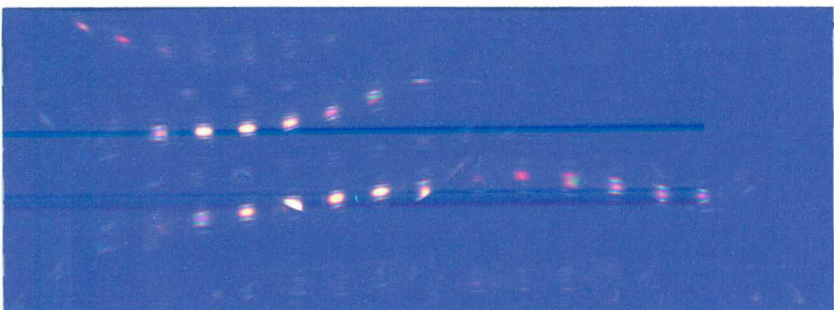
03-08-2015 10:16:11 000000



Nederlandse  
Zorgautoriteit

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

03-08-2015  
's-Gravenhage, Loire 1  
Port betaald  
vanstraatpost.nl  
**DHL-7-BRENG-5**  
GV-LO-PBSN  
2500EH20301  
cmadalidis



Gezien scankamer  
V&J  
05 AUG. 2015

FM Haaglanden  
05 AUG. 2015  
Ontvangen