



Nederlandse
Zorgautoriteit

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ '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

Telefoonnummer

E-mailadres

vragecure@nza.nl

Kenmerk

0065936/89744

Onderwerp

Advies GGZ-instellingen met afwijkende verrekenfactor

Datum

5 december 2013

Mevrouw de Minister,

Bij de invoering van prestatiebekostiging in de GGZ per 2013, en meer in het bijzonder bij de toepassing van het transitie-model, heeft u de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht een onafhankelijk kostenonderzoek uit te voeren. Dit onderzoek bij de vier instellingen met een afwijkende verrekenfactor van 95% in 2013, is inmiddels afgerond.

Met deze brief informeer ik u over de uitkomsten van dit onderzoek en in hoeverre dit leidt tot aanpassing in de regelgeving van de NZa. Tevens geef ik u enkele aandachtspunten mee die u in overweging kunt nemen bij uw besluitvorming rond de overheveling van de doventolkgang.

De belangrijkste conclusie is dat de NZa op basis van de uitkomsten weinig noodzaak ziet voor aanpassingen in de regelgeving. Uitzondering hierop zijn de kosten doventolk en de afwezigheid bij verblijf. Hieronder volgt een toelichting.

Onderzoek

Het kostenonderzoek is uitgevoerd bij vier instellingen op wie in 2013 een transitie-model van toepassing is met een afwijkende verrekenfactor van 95%. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode mei tot en met september 2013 door PriceWaterhouseCoopers (PwC). Per instelling is conform uw verzoek de oorzaak van het verschil tussen de budgetomzet en de DBC omzet 2013 uitgezocht.

Na oplevering van het rapport door PwC heeft er overleg plaatsgevonden tussen de NZa en de afzonderlijke instellingen. De instellingen zijn hierbij in de gelegenheid gesteld een toelichting te geven op de bevindingen van PwC. De toelichting van de instelling is uiteraard meegewogen in onze besluitvorming. De instellingen kunnen zich over het algemeen vinden in de bevindingen en diepgang van het onderzoek.

Vanwege het feit dat het om bedrijfsgegevens gaat die door de instellingen vertrouwelijk aan de NZa zijn meegedeeld is het PwC rapport niet openbaar. Onderstaande conclusies verwijzen daarom naar

algemene bevindingen zodat de resultaten niet herleidbaar zijn tot de individuele instellingen.

In de bijlage is een overzicht opgenomen van alle oorzaken van de verschillen tussen de budgetomzet en de DBC-omzet (afspraak 2013) conform de bevindingen van PwC. Hierin is het verschil tussen het totaal van de budgetomzet en het totaal van de DBC-omzet van alle instellingen gezamenlijk weergegeven. Het overzicht laat ook zien wat het aandeel is van verschillende oorzaken op de DBC omzet van de betreffende instellingen.

Uitkomsten

In de onderzochte instellingen is sprake van een verschil tussen de DBC-omzet 2013 en budgetomzet. Op basis van de resultaten concluderen wij dat deze voor een groot deel geen aanleiding geven tot aanpassingen in de huidige regelgeving of productstructuur. Wij onderscheiden hiervoor drie redenen:

1. Onderhandelingsdynamiek

Eerste oorzaak is onenigheid tussen verzekeraar en aanbieder over (af te spreken prestatie) tijdens onderhandelingen. Dit kan leiden tot discussie over, of onvolkomenheden, in de productieafspraken. Wij hebben geconstateerd dat het onderwerp van de discussies echter niet ligt in belemmeringen in bestaande regelgeving. Aanbieder en verzekeraar moeten hier dan ook samen uit kunnen komen. Tenslotte is dit deel van het verschil het gevolg van het onderhandelingsresultaat, wat hoort bij het model van prestatiebekostiging.

2. Onvoldoende gebruik van huidige mogelijkheden

Ten tweede blijkt dat de oplossing voor een gesignaleerd verschil in de huidige regelgeving vaak al wel bestaat, maar dat de instelling hier onvoldoende gebruik van maakt.

Ter illustratie; Instellingen geven elkaar onderling advies. Om deze dienstverlening te financieren is er enerzijds de mogelijkheid van onderlinge dienstverlening. Deze prestatie geeft de aanbieder een titel een vrij te bepalen tarief in rekening te brengen bij de zorgaanbieder die om advies vraagt. Op dit moment wordt hier weinig gebruik van gemaakt. Een ander voorbeeld in dit kader is de relatief zwaardere inzet van personeel in de behandeling (het zogenaamde zorgprofiel). De DBC-structuur gaat uit van een gemiddeld zorgprofiel terwijl sommige instellingen mogelijk een patiëntenpopulatie hebben met een zwaarder dan gemiddeld zorgprofiel. Dit leidt tot structureel hogere kosten voor die instelling dan de opbrengstvergoeding via de DBC-systematiek. Ook kan het een overweging zijn van de instelling om een hogere kwaliteit te leveren dan de gemiddelde kwaliteit waar het gereguleerde tarief op is gebaseerd.

In overeenstemming met de verzekeraar is het mogelijk om tot een maximum van 10% bovenop het geldende maximumtarief prijsafspraken te maken. Een dergelijk 'max-max tarief' maakt het mogelijk om relatief zwaarder dan gemiddelde inzet van personeel te financieren.

3. Systeemwijziging

Ten slotte blijkt dat het verschil tussen de budgetomzet en de DBC-omzet 2013 deels een gevolg te zijn van een systeemwijziging. Voor die wijzigingen is er in een aantal gevallen al een overgangsregeling van toepassing, of er is besloten dat zo'n regeling niet wenselijk is. Een voorbeeld hiervan is het beleid met betrekking tot groepsbehandeling. In de budgetsystematiek was het aantal patiënten in de groep bepalend voor tarifiering, in de nieuwe DBC-systematiek kan er niet meer tijd geregistreerd worden dan werkelijk is besteed.

Voor wat betreft bovengenoemde oorzaken van het verschil tussen budgetomzet en DBC-opbrengst zijn wij van oordeel dat deze niet specifiek zijn voor de onderzochte instellingen, noch dat zij een relatie hebben met de specifieke vorm van zorg geleverd door deze instellingen. Met andere woorden, deze verschillen kunnen zich ook voordoen bij andere, niet gespecialiseerde instellingen. De resultaten van het onderzoek bevestigen dan ook ons eerdere advies om voor de genoemde instellingen in het onderzoek voor 2014 een verrekenfactor van 70% in te voeren. De NZa benadrukt tenslotte dat een beschikbaarheidsbijdrage niet het geschikte instrument is om in te zetten vanwege de gesignaleerde oorzaken van de verschillen tussen opbrengst en omzet.

Aandachtspunten

Uit het onderzoek komen naast bovenstaande oorzaken nog twee aspecten naar voren waar wel nader onderzoek nodig is en die mogelijk aanpassing van de regelgeving vragen. Eén daarvan betreft een aspect uit ons takenpakket, de ander brengen wij hier onder uw aandacht aangezien dit niet onder ons takenpakket valt. Beide aspecten zijn hieronder uitgewerkt. Tenslotte gaan wij nog in op de beschikbaarheidsbijdrage in de GGZ.

Afwezigheid in het kader van de behandeling

In de DBC-systematiek is er alleen een vergoeding voor aanwezigheid. Voor afwezigheidsdagen bestaat er geen tarief. In de budgetsystematiek werd afwezigheid op dezelfde wijze geregistreerd als aanwezigheid. Deze systeemwijziging veroorzaakt een deel van het verschil bij de onderzochte instellingen. Het DBC-tarief voor verblijfsdagen houdt rekening met het bezettingspercentage en tijdelijke (incidentele) leegstand. Echter, doordat bij de instellingen in dit onderzoek de leegstand structureel is, is de verdiscontering van leegstand in het tarief voor deze instellingen niet toereikend. Wij onderzoeken dit nader en nemen het mee in de ontwikkeling van de regelgeving voor 2015. Wij zullen daarbij ook meewegen op welke manier dit knelpunt in andere zorgsectoren is aangepakt.

Kosten van de doventolk

In de budgetsystematiek werd in het kader van de vergoeding voor de doventolk voor zes instellingen in de curatieve GGZ een dovencontact gelijk gesteld aan twee face-to-face contacten. Hiermee werd een oplossing geboden voor de kosten van een doventolk.

In de DBC-systematiek zit via de overheadkosten er indirect een vergoeding voor de kosten doventolk in de structuur. Voor een instelling met een meer dan gemiddeld aantal patiënten met een auditieve beperking is deze vergoeding niet toereikend. Sinds de invoering van prestatiebekostiging GGZ maakt de patiënt met een auditieve beperking aanvullend gebruik van de Leefuren-regeling op basis van de AWBZ. In het kader van de Hervorming Langdurige Zorg is deze regeling in 2014 nog toepasbaar, maar de vergoeding van de kosten doventolk wordt per 2015 overgeheveld naar de WMO. De NZa pleit voor een toekomstbestendige oplossing voor de kosten van een doventolk, en treedt hierover graag in overleg met VWS. Ondertussen vraagt de NZa de Minister bovenstaande ontwikkeling in overweging te nemen bij de uitwerking en besluitvorming van de overheveling doventolkzorg naar de WMO.

Beschikbaarheidsbijdrage

Op uw verzoek (dd. 11 april 2013) is één instelling met een beschikbaarheidsbijdrage aan dit kostenonderzoek toegevoegd. Ten aanzien van de betreffende beschikbaarheidsbijdrage adviseren wij, op basis van het kostenonderzoek, deze per 2015 naar beneden bij te stellen. De cijfermatige onderbouwing hierbij wordt apart verstuurd aan de dossierhouder bij VWS.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

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

BIJLAGE 1: Overzicht oorzaken van de verschillen tussen DBC omzet en Budgetomzet (afpraak 2013)

Cat.	Bevindingen PwC	Beschrijving	%verschil totaal	Effect op DBC omzet instelling(en)	Uniek voor deze instelling(en)?	Oordeel Nza	
Oplossen	Kosten doventolk	In budgetstelsysteem dubbele parameters in DBC systeem alleen indirecte vergoeding voor tolk, wel aanvullende leefwettoregeling	21%		Nee, geldt voor behandeling van patiënten met auditieve beperking ongeacht waar zij behandeld worden. Maar instelling levert relatief veel zorg aan mensen met auditieve beperking.	Voor 2015 moet er een toekomstbestendige oplossing komen die voorziet in de vergoeding van de kosten doventolk. Overleg VWS-Nza noodzakelijk. (aanspraak ed) (Voor 2014 is de oplossing geboden voor deze instelling door verlening van het transitie model en een transitie bedrag.)	45%
Oplossen	Lagere bezettingsgraad	Lagere bezettingsgraad hogere frictiekosten doordat patiënten in het kader van de behandeling in het weekend naar huis gaan.	25%		Geldt voor behandeling aan alle patiënten die in het kader van de behandeling in het weekend of vakanties naar huis gaan.	Staat op doorontwikkelagenda 2015, oplossing en reikwijdte wordt verder uitgewerkt. (Door verlening transitie model 2014 is een oplossing geboden, voor 2015 moet uitgezocht worden in hoeverre het Kind en Jeugd betreft ivm overheveling WMO.)	
Oplossingsmogelijkheid is er al	Diverse zaken in contractering	Diverse zaken waarbij zorgverzekeraar en aanbieder het niet eens zijn over de af te spreken prestatie of incomplete afspraken	12%		Zijn niet specifiek voor deze instelling(en)	Moet instelling zelf oplossing, geen belemmeringen regelgeving.	
Oplossingsmogelijkheid is er al	Deeltijdbehandelingen	Verschil in vergoeding deeltijdbehandeling in budgetstelsysteem en DBC's. VZO vergoeding in 2013 en 2012 te laag volgens berekening PwC	25%		Deeltijdbehandelingen zijn niet specifiek voor deze instelling(en)	Het tarief voor VZO is in 2014 toegenomen tov 2013. Indien we de berekeningen van PwC volgen is het probleem daarmee opgelost voor DBC's per 2014.	52,00%
Oplossingsmogelijkheid is er al	Inzet duurder personeel gemiddeld	Inzet van duurder personeel (case mix) dan gemiddeld in de DBC structuur zit	15%	2%-7% van DBC afspr.	Door specialisatie komt de instelling niet aan gemiddelde waarde in DBC, betekent niet dat deze zorg alleen door deze instelling(en) geleverd kan worden of wordt.	Moet opgelost worden binnen max-max tarieven ivm concurrentievervalsing.	
	Groepsbehandelingen	In budgetstelsysteem telde het aantal mensen in de groep als leidend voor het tarief, in de DBC systematiek is dat de totaal beschikbare tijd van de behandelaar.	4%		Groepsbehandelingen zijn niet specifiek voor deze instelling(en)	Is systeemwijziging, geen actie noodzakelijk. Instellingen hebben sinds 2008 de gelegenheid gehad naar norm toe te groeien	
	Forensische parameters in budgetstelsystematiek	Extramurale parameters in de budgetstelsystematiek maken onderscheid in verschillende categorieën (volwassenen, ouderen, forensisch, kinderen). In DBC's zit dit onderscheid niet.	2%		Nee, geldt voor alle categorieën.	Is systeemwijziging, geen actie noodzakelijk. De tarieven in budgetstelsysteem waren tijd x tarief waarbij de factor tijd voornamelijk verschillend was voor de verschillende doelgroepen. Factor tijd kan in de DBC gewoon geschreven worden.	
	Kapitaallastenvergoeding	Opbrengsten NHC lager dan kapitaallastenvergoeding	6%		Het hebben van een pand is niet specifiek voor deze instelling(en) noch is er een relatie met de soort geleverde zorg van de instelling(en)	Is al een overgangsregeling invoering NHC, geen verdere actie noodzakelijk. Instelling groeit in 5 jaar naar norm toe.	
	Restant onbekend	Geen onderbouwing	-9%		onbekend	Heeft PwC niet kunnen onderbouwen.	9%
		Totaal DBC-gat/ DBC omzet	100%				

¹ Bij de bepaling van de oorzaken van het verschil tussen DBC- en budgetomzet heeft PwC de kapitaallastenvergoeding niet uitgesloten. Omdat deze niet in de transitievergoeding moet worden opgenomen is deze echter wel inzichtelijk gemaakt.

² De negatieve post bij 'Restant onbekend' wordt veroorzaakt door negatieve transitieverschillen. Er kunnen zich veranderingen hebben voorgedaan die het verschil tussen DBC- en budgetomzet hebben verkleind. Deze vertalen zich in een negatief aandeel in het totale verschil.

³ De sommering 'Totaal DBC-gat/DBC-omzet' telt, op basis van de afzonderlijke percentages, op tot 101%. Oorzaak hiervan is de afronding van de afzonderlijke posten tot ronde percentages.