

Advies

Implementatieplan prestatiebekostiging cGGZ

Invoering prestatiebekostiging in de curatieve
GGZ per 2013

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Budgettaire beheersing	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Beleidsmatige voorkeur	11
1.3 Maximeren van inkomsten zorgaanbieders	12
1.3.1 Microniveau	12
1.3.2 Macroniveau	12
1.3.3 Mesoniveau	13
1.4 Maximeren uitgaven zorgverzekeraars	13
1.4.1 Een uitgavenplafond op basis van de verevening	13
1.4.2 Een contracteerruimte per zorgverzekeraar	15
1.5 Afwegingen	15
1.5.1 Toegankelijkheid en kwaliteit	16
1.5.2 Juridische en praktische uitvoerbaarheid	16
1.5.3 Richting het eindmodel	17
1.5.4 Draagvlak in de sector	17
1.6 Advies	18
2. Transitie maatregelen	21
2.1 Aanleiding	21
2.2 Afweging algemene transitie maatregelen	21
2.3 Analyse budget- versus DBC-systematiek	22
2.3.1 Gegevens	22
2.3.2 Aanpak	23
2.3.3 Resultaten	24
2.3.4 Kanttekening verblijf	26
2.4 Standpunten veldpartijen	26
2.5 Conclusie	27
3. Verbetering DBC-systematiek GGZ	29
3.1 Aanleiding	29
3.2 Productstructuur	29
3.2.1 Opname 'overige producten' in DBC systematiek	29
3.2.2 Individuele componenten in de productstructuur	30
3.2.3 Analyse tijdsgrenzen	30
3.2.4 Onderzoek tariefprincipes	30
3.3 Zorgzwaarte en transparantie	31
3.3.1 Tariefsoort	32
3.3.2 Transparantie	34
3.4 Reacties consultatie	35
3.5 Conclusie	36
4. Specifieke zorgactiviteiten	37
4.1 Individuele componenten	37
4.2 Crisiszorg	38
5. Kapitaallasten	41
5.1 Aanleiding	41
5.2 De normatieve huisvestingscomponent	41
5.3 Raakvlakken en afhankelijkheden	42
5.4 Proces invoering integrale tarieven	42
5.4.1 Aanwijzing	42
5.4.2 Uitwerking NHC	42

5.4.3	Implementatie NHC	43
5.5	Kapitaallasten vanwege behandeling tijdens verblijf	43
	Bijlagen	45

Vooraf

De minister van VWS heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in september 2011 gevraagd een implementatieplan op te stellen voor de invoering van prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve GGZ (cGGZ) per 2013.¹ De minister heeft advies gevraagd op een aantal onderwerpen. Daarnaast heeft het ministerie de NZa verzocht een planning op hoofdlijnen richting 2013 deel uit te laten maken van het implementatieplan.

De NZa adviseert de minister over een drietal onderwerpen, te weten budgettaire beheersing, transitie maatregelen en de tariefsoort. Daarnaast presenteert zij haar aanpak voor een aantal onderwerpen waarvan de beleidsmatige invulling op grote lijnen inmiddels duidelijk is.

De NZa heeft op 6 oktober 2011 een aantal vraagstukken voorgelegd aan branchepartijen ter consultatie. Het consultatiedocument, het verslag van deze bijeenkomst en de schriftelijke reacties van partijen zijn toegevoegd als bijlage.

De NZa heeft voor een aantal onderwerpen extern advies ingewonnen bij Zorgmarktadvies. De twee rapportages die door Zorgmarktadvies zijn opgeleverd zijn toegevoegd als bijlage.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

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

¹ Verzoek om implementatieplan prestatiebekostiging ggz, 6 september 2011, CZ/CGGZ3077950. Zie bijlage

Managementsamenvatting

De NZa adviseert de uitgaven van zorgverzekeraars te maximaliseren als maatregel ter vergroting van de *budgettaire beheersbaarheid*. Dit past in de gedachte dat de zorgverzekeraar de beste zorg inkoop tegen de beste prijs, waardoor een zorgconsument het beste (zorg)aanbod krijgt voor zijn of haar zorgeuro.

De NZa adviseert om de uitgaven van zorgverzekeraars te maximaliseren door de ex post verevening per 2013 maximaal af te bouwen. Daarbij adviseert zij om aanvullend bestuurlijke afspraken te maken in de vorm van bijvoorbeeld een maximale groei van de productieafspraken. Op deze wijze wordt de GGZ bekostigd zoals beoogd in het eindmodel en is er tevens een grote mate van budgettaire beheersbaarheid.

De NZa adviseert om enkel over te gaan op het invoeren van een contracteerruimte als het risico op een overschrijding ondanks de genomen maatregelen te groot wordt geacht. Het heeft hierbij de voorkeur om een contracteerruimte per zorgverzekeraar in te voeren. De NZa wijst VWS op de substantiële veranderingen in wet- en regelgeving voor de invoering van een contracteerruimte, die veel tijd zullen kosten. Bovendien wijst de NZa erop dat het invoeren van een contracteerruimte niet in lijn is met het beoogde eindmodel van prestatiebekostiging.

Het is mogelijk om aanvullend op het afbouwen van de ex post verevening het macrobeheersingsinstrument (MBI) te gebruiken. Met dit instrument kunnen de inkomsten van zorgaanbieders worden gemaximeerd. Het opleggen van het MBI voor alle zorgaanbieders in de cGGZ is voor de NZa echter onuitvoerbaar. Er zijn in de cGGZ, in vergelijking met de ziekenhuiszorg, te veel aanbieders en er is veel dynamiek. Het invoeren van het MBI voor de cGGZ is voor de NZa alleen uitvoerbaar als de individuele zorgaanbieders, al dan niet georganiseerd in groepspraktijken, daar niet onder gaan vallen.

De NZa adviseert om de beheersing van de uitgaven van deze groep van zorgaanbieders te laten verlopen via een strenger contracteerbeleid van zorgverzekeraars dat voortkomt uit het afbouwen van de ex post verevening. De Minister zou aanvullend hierop ervoor kunnen zorgen dat zorgverzekeraars enkel de gedeclareerde zorg van gecontracteerde zorgverleners mogen vergoeden en ten laste van de Zvw mogen brengen. Dit kan via artikel 12 lid 1 van de Zvw.

De NZa concludeert op basis van haar analyse en een afweging van de standpunten van branchepartijen dat *algemene transitie maatregelen* voor de beheersing van de risico's van gebudgetteerde instellingen die samenhangen met de overstap naar prestatiebekostiging niet nodig zijn.

Het aantal instellingen dat een financieel nadeel had ondervonden wanneer zij reeds volledig gefinancierd waren geweest in DBC's is relatief klein. Hierbij merkt de NZa wel op dat de analyse een indicatie is en dat de NZa verwacht dat de productieafspraken tussen de zorgverzekeraar en de instelling geen enorme fluctuaties zullen kennen door de overgang naar een ander bekostigingssysteem.

Uit de standpunten van de branchepartijen blijkt dat Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland zich op het standpunt stellen dat transitie maatregelen niet nodig zijn. GGZ Nederland stelt hierbij wel bandbreedtetarieven als voorwaarde. De NFU, de NVZ en de NVvP

nemen het standpunt in dat transitie maatregelen wel nodig zijn. Voor een deel vinden zij dit nodig vanuit de aanvullende onzekerheden die zijn ontstaan door de maatregelen van VWS. Anderzijds geven een aantal branchepartijen ook aan dat transitie maatregelen als middel voor uitgavenbeheersing gebruikt kunnen worden.

De NZa concludeert op basis van haar analyse en een afweging van de standpunten van branchepartijen dat algemene transitie maatregelen voor de beheersing van de risico's van gebudgetteerde instellingen die samenhangen met de overstap naar prestatiebekostiging niet nodig zijn. De NZa adviseert VWS om geen algemene transitie maatregelen te treffen voor de beheersing van financiële risico's die samenhangen met de overstap naar prestatiebekostiging voor de gebudgetteerde instellingen.

VWS heeft gevraagd om te beoordelen of *vrijere tarieven* mogelijk zijn, met name in relatie tot zorgzwaarte. De NZa stelt voor om voor de GGZ bandbreedtetarieven in te voeren per 2013. De sector ontwikkelt zich goed op de belangrijkste parameters voor liberalisering van tarieven. Ook is het een prikkel voor marktpartijen om op decentraal niveau het gesprek over zorgzwaarte aan te gaan op basis van beschikbare informatie. Een oplossing voor zorgzwaarte die via de productstructuur wordt opgelegd vanuit de overheid vertraagt deze wenselijke ontwikkeling van decentrale oplossingen voor lokale zorgzwaarteproblemen.

Naast de adviezen presenteert de NZa haar aanpak voor een aantal onderwerpen waarvan de beleidsmatige invulling op grote lijnen inmiddels duidelijk is. Zij presenteert tevens de aanpak voor de onderwerpen waarover zij heeft geadviseerd. De hieronder genoemde acties zijn in lijn met het advies.

Onderwerp	Tijdstip	Actie	Verantwoordelijke
Budgettaire beheersing	Januari 2012	Voorhangbrief vooruitlopend op aanwijzing VWS met standpunt budgettaire beheersing	VWS
	Oktober 2012	Maximale afbouw ex post risicoverevening	CVZ / VWS
	Maart - September 2012	Bepalen van inkomstenplafonds voor uitvoering MBI (indien opgenomen in aanwijzing door VWS)	NZa
Transitie-maatregelen	Januari 2012	Voorhangbrief vooruitlopend op aanwijzing VWS met keuze voor vangnet curatieve GGZ	VWS
	April 2012	Bekend maken in hoeverre er gebruik gemaakt wordt van vereenvoudiging verantwoording	NZa
	Maart - September 2012	Bepalen van transitie maatregel (indien opgenomen in aanwijzing door VWS)	NZa
Tariefsoort	November 2011	Doorontwikkelagenda komende jaren afgerond	NZa/DBC-Onderhoud

	Januari 2012	Voorhangbrief vooruitlopend op aanwijzing VWS invoering prestatiebekostiging met keuze voor tariefsoort	VWS
	Juni 2012	- IC's opgenomen in de productstructuur voor zover mogelijk - OVP-crisis zorg met tarief opgeleverd - Andere OVP's opgenomen in productstructuur	- NZa - NZa - NZa
	PM	<i>Monitor/herbeoordeling transparantie??</i>	
	December 2012	Oplevering onderzoek VWS naar objectieve maat voor zorgwaarde	VWS
	Januari 2013	Invoering bandbreedtetarieven, conform analyse en keuzes uit NZa-advies	VWS/NZa
	Juni 2013	- Invoering prestatiebekostiging - Monitoring effecten plafonds	- NZa - NZa
Individuele Componenten	Januari 2012	Bekend hoe IC's die wmg en patiëntgebonden zijn worden verwerkt in de productstructuur	NZa
	Januari 2012	Besluit over alternatieve financiering voor IC's die vervallen per 1/1/2013	VWS
	Maart 2012	Zvw-patienten mogen wel of niet aanspraak maken op AWBZ-regeling doventolken	VWS
	Augustus 2012	Productstructuur vastgesteld inclusief verwerking Individuele Componenten	NZa
	Januari 2013	Individuele Componenten vervallen, alternatieve bekostiging in werking	NZa/sector
Crisis zorg	1 ^e kwartaal 2012	Kostenonderzoek naar crisiszorg	NZa
	Augustus 2012	Vaststelling OVP crisiszorg	NZa
	Januari 2013	Oude bekostiging vervalt, OVP crisiszorg declarabel	NZa/sector
Kapitaallasten	1 ^e kwartaal 2012	Concept NHC's bekend	NZa
	2e kwartaal 2012	Vaststellen NHC's en bijbehorende regelgeving	NZa
	Januari 2013	Start overgangstraject, NHC's declarabel	NZa

1. Budgettaire beheersing

1.1 Aanleiding

Op weg naar een systeem van prestatiebekostiging vraagt VWS om meer zekerheid voor de budgettaire beheersing. Onder budgettaire beheersbaarheid binnen beschikbare financiële kaders wordt verstaan dat prikkels voor instellingen en zorgverzekeraars er toe bijdragen dat overschrijdingen van het budgettair kader zorg (BKZ) worden voorkomen. Hiervoor is het onder andere nodig dat de aanspraken in het pakket worden aangescherpt en dat de inrichting van het systeem van prestatiebekostiging zodanig is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer geprikkeld worden om – met inachtneming van de zorgplicht – macrobudgettaire overschrijdingen te voorkomen.

Het voorkomen van macrobudgettaire overschrijdingen is iets anders dan het bevorderen van de betaalbaarheid van de zorg. In een goed werkende markt kopen zorgverzekeraars de beste zorg in tegen de beste prijs, waardoor een zorgconsument het beste aanbod krijgt voor zijn zorgeuro. Dit laatste wordt beoogd in een goed werkend systeem van prestatiebekostiging, het einddoel in 2015. Daarmee is niet gezegd dat de ontwikkeling van de kosten van de GGZ vanaf 2013 past binnen het macrobudgettaire kader. Het is mogelijk dat het marktevenwicht wat betreft de macrokosten van de curatieve GGZ hoger ligt dan wat men acceptabel vindt om via de collectieve middelen (het BKZ) te financieren.

VWS heeft op dit moment de mogelijkheid om een geconstateerde overschrijding van de beschikbare financiële kaders achteraf te compenseren met een budget- en/of tariefkorting. Er zijn daarnaast een aantal andere maatregelen denkbaar om de budgettaire beheersbaarheid te vergroten. Hierbij is onderscheid te maken naar twee categorieën:

- maximeren van de inkomsten van zorgaanbieders en
- maximeren van de uitgaven van zorgverzekeraars.

1.2 Beleidsmatige voorkeur

De NZa heeft een beleidsmatige voorkeur voor het maximeren van de uitgaven van zorgverzekeraars. Dit past in de gedachte dat de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor de beheersing van kosten via het instrument van de zorginkoop.

Budgettaire beheersbaarheid kan worden vergroot via het maximeren van de uitgaven van zorgverzekeraars door de ex post verevening per 2013 maximaal af te bouwen. Deze beheersing kan verder verstevigd worden door aanvullende bestuurlijke afspraken in de vorm van bijvoorbeeld een maximale groei van de productieafspraken. Op deze wijze wordt de GGZ bekostigd zoals beoogd in het eindmodel.

Als het risico op een overschrijding desondanks te groot wordt geacht kan er een maximale contracteerruimte per zorgverzekeraar worden ingevoerd. Dit vereist echter substantiële veranderingen in wet- en regelgeving die veel tijd zullen kosten. Bovendien is het invoeren van een contracteerruimte niet in lijn met het beoogde eindmodel van prestatiebekostiging.

Het is mogelijk om aanvullend op het afbouwen van de ex post verevening het macrobeheersingsinstrument (MBI) te gebruiken. Met dit

instrument kunnen de inkomsten van zorgaanbieders worden gemaximeerd. Het opleggen van het MBI voor alle zorgaanbieders in de cGGZ is voor de NZa echter onuitvoerbaar. Er zijn in de cGGZ, in vergelijking met de ziekenhuiszorg, te veel aanbieders en er is veel dynamiek. Het invoeren van het MBI voor de cGGZ is alleen uitvoerbaar als de individuele zorgaanbieders, al dan niet georganiseerd in groepspraktijken, daar niet onder gaan vallen.

De beheersing van de uitgaven van deze groep van zorgaanbieders zou moeten verlopen via een strenger contracteerbeleid van zorgverzekeraars dat voortkomt uit het afbouwen van de ex post verevening. De Minister zou aanvullend hierop ervoor kunnen zorgen dat zorgverzekeraars enkel de gedeclareerde zorg van gecontracteerde zorgverleners mogen vergoeden en ten laste van de Zvw mogen brengen. Dit kan via artikel 12 lid 1 van de Zvw.

1.3 Maximeren van inkomsten zorgaanbieders

De NZa brengt ondanks haar beleidsmatige voorkeur wel de mogelijkheden voor het maximeren van de inkomsten van zorgaanbieders in kaart. Zorgaanbieders worden in sterke mate geprikkeld hun uitgaven te beperken als zij een ex ante opgelegde maximale omzet kennen. Die maximale omzet kan op drie niveaus worden vastgesteld: op het niveau van de individuele zorgaanbieder, op het macroniveau en op het niveau van groepen van zorgaanbieders (meso).

1.3.1 Microniveau

De prikkel van een gemaximeerde omzet is waarschijnlijk het sterkst als deze op individueel niveau wordt vastgesteld. De gedachte is dat deze maximale omzet door individuele aanbieders zodanig te beïnvloeden is dat een overschrijding zich niet voordoet. Met ingang van 2012 wordt het op basis van de Aanvulling Instrumenten Bekostiging Wmg (AIB Wmg) mogelijk om alle individuele aanbieders van curatieve GGZ een omzetplafond op te leggen. Voorwaarde daarvoor is een aanwijzing van de Minister aan de NZa.

De NZa kan vervolgens algemene regels stellen welk bedrag wordt verrekend.² Om de inkomsten van alle aanbieders in de cGGZ zo te kunnen maximeren, dient dit instrument niet alleen toegepast te worden op de van oudsher functioneel gebudgetteerde instellingen, maar ook op nieuwe instellingen en vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Dit is echter alleen uitvoerbaar als de individuele zorgaanbieders, al dan niet georganiseerd in groepspraktijken, daar niet onder gaan vallen.

1.3.2 Macroniveau

Het is ook mogelijk om op macroniveau ex ante een omzetplafond op te leggen. Hierbij wordt vooraf een totaal omzetplafond opgelegd aan alle aanbieders van curatieve GGZ. Wanneer de som van alle omzetten dit plafond overschrijdt, betaalt iedere aanbieder op basis van zijn vooraf vastgestelde aandeel in het totaal van de macro-omzet een bedrag terug aan de verzekeraar.

² Dit kan door afdracht aan het Zvf, door tariefbijstelling per zorgaanbieder of door vereffening met de ziektekostenverzekeraars, op basis van een door de NZa vastgesteld vereffeningbedrag.

Ook hier geldt dat dit alleen uitvoerbaar is als de individuele zorgaanbieders, al dan niet georganiseerd in groepspraktijken, niet onder het omzetplafond gaan vallen.

1.3.3 Mesoniveau

Tenslotte kan een omzetplafond voor verschillende groepen aanbieders worden bepaald, bijvoorbeeld voor gebudgetteerde instellingen, de nieuwe aanbieders en de vrijevestigden. Voorwaarde hiervoor is dat de Minister in de aanwijzing bereid en in staat is meer of minder gedetailleerde regels te geven over de verdeling van het macrobudget over bepaalde type aanbieders. Wanneer de som van alle omzetten binnen een groep het omzetplafond van die groep overschrijdt, betaalt iedere aanbieder op basis van zijn vooraf vastgestelde aandeel in het totaal van de groep een bedrag terug aan de verzekeraar.

Een specifieke variant van een omzetplafond op mesoniveau is recent in een uitvoeringstoets over het MBI aan de orde gekomen.³ Hierbij geldt een inkomstenplafond voor zorgaanbieders die geen contract met een zorgverzekeraar hebben.

Ook bij een omzetplafond op mesoniveau geldt dat dit enkel uitvoerbaar is als de individuele zorgaanbieders, al dan niet georganiseerd in groepspraktijken, daar niet onder gaan vallen.

1.4 Maximeren uitgaven zorgverzekeraars

De NZa heeft een beleidsmatige voorkeur voor het maximeren van de uitgaven van zorgverzekeraars. Er zijn twee manieren om dit vorm te geven. Ten eerste kan er een uitgavenplafond worden gesteld via de risicoverevening. Ten tweede kan er een contracteerruimte per zorgverzekeraar worden bepaald. Dit laatste vereist echter een uitgebreide aanpassing van de bestaande wet- en regelgeving, die niet op zeer korte termijn te realiseren is.

1.4.1 Een uitgavenplafond op basis van de verevening

Een uitgavenplafond is een ex ante vastgesteld maximumbedrag dat een zorgverzekeraar mag uitgeven voor de inkoop van cGGZ. Op basis van de Zvw is het mogelijk om dit via de verevening te regelen. De kern bestaat uit het bepalen van een normbedrag per zorgverzekeraar (zoals deze wordt uitgekeerd in het kader van de ex ante risicoverevening) waarna de uitgaven die boven dit bedrag uitstijgen niet in de verevening mogen worden gebracht. Dit betekent dat de ex post mechanismen per 2013 versneld worden afgebouwd.

De cGGZ kent de volgende ex post mechanismen.

Ex post compensatiemechanisme	Beschrijving
Verzekerdennacalculatie	Correctie op de ex ante vereveningsbijdrage door achteraf rekening te houden met de omvang en samenstelling van de verzekerdensportefeuille.
Macronacalculatie	Achteraf correctie als de macrokosten lager of hoger uitvallen dan de macrokostenraming van de overheid.
Hogekostenverevening	Verevening met het Zvf van kosten per verzekerde boven een bepaalde schadedrempel om een ongelijke verdeling van extreme schadegevallen tussen zorgverzekeraars te

³ NZa, Uitvoeringstoets Macrobeheersingsinstrument (MBI), 11 oktober 2011

	compenseren.
Vangnet- of bandbreedteregeling	Een vangnet in geval de werkelijke zorgkosten meer dan een bepaald bedrag per premiebetalende verzekerde afwijken van de kostenraming (na correctie voor de voorgaande mechanismen). Op het verschil boven of onder wordt nagecalculeerd.

Vanaf 2012 lopen zorgverzekeraars meer risico op de kosten van de cGGZ door de volgende maatregelen:

- afschaffing van de macronacalculatie;
- verlaging van het nacalculatiepercentage boven de drempelwaarde (€ 10.000) van 100% naar 90% bij de hoge kosten verevening;
- verlaging van de nacalculatie van kosten buiten de zogeheten bandbreedte van € 15 rond het marktgemiddelde. Deze wordt verlaagd van 100% naar 90%.

Het is mogelijk de budgettaire beheersing te vergroten via een versnelde afbouw van ex post mechanismen per 2013. Deze versnelde afbouw is mogelijk omdat zorgverzekeraars steeds beter in staat zijn om hun schadelast te beïnvloeden. Hiervoor zijn een aantal redenen:

- de verbetering van de productstructuur leidt tot meer stabiliteit en meer juiste tarieven;
- de kosten van verblijf in instellingen zijn meer transparant⁴;
- er is meer transparantie vanwege onder andere de ontwikkeling van ROM.
- Steeds meer ervaring en cijfers over de productie van aanbieders in DBC's, waardoor er beter onderbouwde keuzes gemaakt kunnen worden door verzekeraars.

Het stellen van een uitgavenplafond op basis van de verevening draagt bij aan het bevorderen van de betaalbaarheid in de zorg, maar biedt geen volledige zekerheid dat de totale uitgaven binnen het macrobudgettaire kader blijven. Zorgverzekeraars kunnen een overschrijding van de uitgaven compenseren met een premiestijging. Hiermee schaden zij echter hun concurrentiepositie. Zij ondervinden dus een zeer sterke prikkel om de uitgaven onder het omzetplafond te houden.

Zoals reeds in de inleiding benoemd zou het zo kunnen zijn dat het marktevenwicht wat betreft de macrokosten van de curatieve GGZ hoger ligt dan wat men acceptabel vindt om via de collectieve middelen (het BKZ) te financieren. Om meer zekerheid te creëren zouden er aanvullend bestuurlijke afspraken kunnen worden gemaakt over bijvoorbeeld de maximale groei van de productieafspraken.⁵

Het maximaliseren van de uitgaven van zorgverzekeraars door de ex post verevening per 2013 maximaal af te bouwen in combinatie met bestuurlijke afspraken is een manier om de budgettaire beheersing te vergroten die past in de wijze waarop de cGGZ wordt bekostigd in het beoogde eindmodel.

⁴ Iets minder dan de helft van de totale kosten cGGZ betreft DBC's met verblijf. ZN, Inkoopgids DBCGGZ 2011.

⁵ Het is de NZa bekend dat dergelijke afspraken momenteel reeds worden gemaakt. ZN heeft aangekondigd de zorginkoop in 2012 aan te scherpen, hetgeen ook vastgelegd is in een afspraak met VWS. Het is nog onbekend of dit ook voor 2013 gaat gelden, maar dergelijke afspraken vergroten de budgettaire beheersing.

1.4.2 Een contracteerruimte per zorgverzekeraar

Een alternatieve manier om de budgettaire beheersbaarheid te vergroten is het stellen van een contracteerruimte. Een contracteerruimte is een financieel kader waarbinnen verzekeraar en zorgaanbieders de productie contracteren. De overheid stelt de contracteerruimte per zorgverzekeraar op zodanige wijze vast dat het totaal van alle zorgverzekeraars binnen de beschikbare financiële kaders blijft. De zorgverzekeraar krijgt de plicht opgelegd binnen zijn contracteerruimte te contracteren.

De overheid kan als alternatief ook een contracteerruimte per regio vaststellen. In dat geval is sprake van een representerende verzekeraar die voor een gehele regio, namens alle verzekerden van alle zorgverzekeraars, de zorginkoop verzorgt.

Binnen een contracteerruimte kunnen overschrijdingen niet worden gedeclareerd/uitbetaald. Met de invoering van een contracteerruimte is de handhaving van het BKZ dan ook gegarandeerd.

Het kunnen bepalen van een contracteerruimte per zorgverzekeraar vereist echter substantiële veranderingen in wet- en regelgeving. Het opleggen van een contracteerruimte is niet mogelijk binnen de bestaande privaatrechterlijke setting van het ziektekostenverzekeringstelsel. Mocht er desondanks toch worden gekozen voor een contracteerruimte dan is het zeer de vraag of het opleggen van een contracteerruimte mogelijk is gelet op de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen. Of deze richtlijnen een dermate vergaande bemoeienis met de dienstverlening van zorgverzekeraar toelaat is grijs gebied. Er bestaat echter een kans dat dit door de rechter ontoelaatbaar wordt geacht.

Het bepalen van een contracteerruimte vergroot de budgettaire beheersbaarheid, maar past niet binnen het beoogde eindmodel van prestatiebekostiging.

1.5 Afwegingen

De NZa heeft een beleidsmatige voorkeur voor het maximaleren van de uitgaven van zorgverzekeraars. Dit past in de gedachte dat de zorgverzekeraar de beste zorg inkoop tegen de beste prijs, waardoor een zorgconsument het beste aanbod krijgt voor zijn of haar zorguro.

De NZa is tot deze voorkeur gekomen door afwegingen te maken op een aantal uitgangspunten:

- De beheersingsmaatregelen moeten prikkels en mogelijkheden hebben voor meer efficiënte zorg, tegen een zo gering mogelijk negatief effect op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg;
- De beheersingsmaatregel moet juridisch en praktisch uitvoerbaar zijn. Daarbij past de kanttekening dat het uiteindelijk de Minister is die - getoetst door de rechter - bepaalt of eventuele regelgeving proportioneel is gezien de doelstelling van de maatregel;
- De maatregel moet er niet toe leiden dat het eindmodel niet of minder snel haalbaar wordt;
- Er moet draagvlak in de sector zijn.

De NZa benoemt per uitgangspunt haar afwegingen.

1.5.1 Toegankelijkheid en kwaliteit

Het is mogelijk dat een uitgaven- of inkomstenplafond leidt tot wachtlijsten in de cGGZ.⁶ Wachtlijsten duiden op een verslechtering van de toegankelijkheid van zorg. Het risico hierop is het grootst wanneer zorgverzekeraars binnen een contracteerruimte moeten handelen of wanneer er een omzetplafond wordt gesteld aan de inkomsten van een zorgaanbieder.

Bij het afbouwen van de ex post verevening in combinatie met bestuurlijke afspraken bestaat er nog wel de mogelijkheid om de zorgvraag te beantwoorden. Dit zal dan naar alle waarschijnlijkheid wel resulteren in een verhoging van de premie.

Een goede manier om te stimuleren dat aanbieders kwalitatief goede zorg leveren is dat de zorgverzekeraar een keuze heeft waar hij zijn zorg inkoop. Bij een uitgavenplafond per zorgverzekeraar of een inkomstenplafond op een hoger niveau dan het microniveau, heeft een zorgverzekeraar de keuzemogelijkheid om de kwalitatief beste zorgaanbieder te prefereren.

1.5.2 Juridische en praktische uitvoerbaarheid

Het maximeren van de inkomsten van zorgaanbieders is met de invoering van de AIB WMg juridisch mogelijk. Kortingen vertaalt de NZa door in een kortingsbedrag per individuele aanbieder. Hierbij houdt de NZa rekening met de omzet van een aanbieder. Toepassing op alle zorgaanbieders in de cGGZ is echter niet uitvoerbaar.

Ten eerste kent de cGGZ een groot aantal vrijgevestigde zorgaanbieders (minimaal 1.300 vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten, 179 gebudgetteerde instellingen en ongeveer 70 nieuwe niet-gebudgetteerde instellingen). Ten tweede is het een dynamische sector, met een hoge toetredingsgraad en het ontstaan van nieuwe samenwerkingsvormen. Ten derde kan de betalingsrelatie tussen een deel van de niet-gecontracteerde aanbieders en een zorgverzekeraar ontbreken. Deze zorgaanbieders brengen hun kosten rechtstreeks in rekening bij de cliënt. Hierdoor is het niet mogelijk ex post een kortingsbedrag op te leggen.

Een MBI is dan ook alleen uitvoerbaar als de individuele, vrijgevestigde zorgaanbieders, al dan niet georganiseerd in een groepspraktijk, niet onder het MBI vallen. Een variant hierop is dat drempelbedragen gehanteerd worden voor het opleggen van kortingen aan aanbieders. Kortingen worden dan alleen opgelegd als die meer bedragen dan het drempelbedrag per aanbieder. Het grote probleem is dan wel dat een substantieel deel van de aanbieders op basis van een arbitraire grens buiten een systeem van kortingen blijft. Dit zal naar verwachting leiden tot strategisch gedrag van aanbieders.

De uitgaven van zorgverzekeraars kunnen vanaf 2013 worden gemaximeerd door de ex post verevening versneld af te bouwen. Het is onhaalbaar om voor 2013 een contracteerruimte per zorgverzekeraar juridisch mogelijk te maken. Daarvoor zijn teveel aanpassingen in wet- en regelgeving noodzakelijk.

⁶ Of tot substitutie- of weglekeffecten als slechts een gedeelte van de zorgaanbieders een plafond kent.

1.5.3 Richting het eindmodel

Het verantwoordelijk stellen van zorgverzekeraars voor uitgaven in de zorg past beter in het pad naar prestatiebekostiging dan de maximering van inkomsten van zorgaanbieders.

Ten eerste sluit het maximeren van de inkomsten van zorgaanbieders niet aan op de beoogde rol van zorgverzekeraars. Als verzekeraars de zekerheid krijgen dat zij een teveel aan uitgaven terugkrijgen via een sectorkorting (al dan niet gespecificeerd naar zorgaanbieder), is de kans klein dat zij zich als kritische zorginkoper op zullen stellen.⁷ Dit wordt verder versterkt als de inkomsten van zorgaanbieders ex ante individueel worden vastgesteld. Zorgverzekeraars hebben dan immers ook niet meer de mogelijkheid om in de zorginkoop te gaan differentiëren: Efficiënte aanbieders kunnen immers niet meer zorg leveren dan het opgelegde plafond.

Ten tweede wordt het nut om de ex post verevening af te bouwen beperkt door het maximeren van zorgaanbieders. Het financieel risico van zorgverzekeraars zal in de praktijk niet verder toenemen als het risico bij de zorgaanbieder blijft liggen.

Ten derde worden de macrobudgettaire risico's van de invoering van vrije tariefvorming groter bij het maximeren van zorgaanbieders. Zorgaanbieders zullen in dit geval dreigende kortingen willen compenseren door hogere prijzen af te dwingen.⁸

Het beheersen van de uitgaven via de zorgverzekeraar past beter bij het eindmodel. Dit kan worden bereikt door de ex post verevening per 2013 maximaal af te bouwen. Deze beheersing kan verder verstevigd worden door aanvullende bestuurlijke afspraken in de vorm van bijvoorbeeld een maximale groei van de productieafspraken. Op de wijze hebben zorgverzekeraars er belang bij om hun zorguitgaven te beperken.

De uitgaven kunnen ook worden beheerst door een maximale contracteerruimte per zorgverzekeraar of per regio in te voeren. Het opleggen van een contracteerruimte is niet mogelijk binnen de bestaande privaatrechtelijke setting van het zorgverzekeringstelsel. Binnen dit stelsel geldt dat een verzekerde enerzijds recht heeft op zorg, maar dat er anderzijds een verbod geldt op het betalen van zorg boven een bepaald plafond. Het invoeren van een contracteerruimte is daarom niet in lijn met het beoogde eindmodel van prestatiebekostiging.

1.5.4 Draagvlak in de sector

Tijdens de consultatiebijeenkomst bleken de aanwezige brancheorganisaties een voorkeur te hebben voor het maximeren van de uitgaven van zorgverzekeraars door de ex post verevening per 2013 maximaal af te bouwen in combinatie met bestuurlijke afspraken.

ZN onderbouwt dit door te stellen dat deze weg het meeste voorsorteert op het eindmodel. Zij verwijst in dit kader naar het hoofdlijnenakkoord dat voor de somatiek tot stand is gekomen. Hierbij stelt ZN wel als voorwaarde dat de productstructuur moet worden doorontwikkeld.

⁷ Zie ook het advies Vereenvoudiging bekostiging curatieve ggz (2010).

⁸ Erik Schut, Marco Varkevisser, Wynand van de Ven, Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen, in: ESB 96 (4610), 13 mei 2011, 294-297

GGZN laat weten dat met haar notitie 'Zorg Werkt' (2010) al invulling kan worden gegeven aan de zelfreguleringoptie. De huidige productstructuur is hiervoor volgens GGZN voldoende.

LPGGZ is ervan overtuigd dat zelfregulering kan leiden tot kostenbeheersing, maar wijst erop dat dit wat anders is dan het leveren van zorg binnen het BKZ.

Ook de NVZ wijst erop dat het de overheid is die door vaststelling van het BKZ bepaalt welke kostenstijging toelaatbaar is.

De NVvP vraagt de overheid geen plafonds in te voeren om zelfregulering niet te hinderen. Men zou graag het vertrouwen krijgen van de overheid en wijst daarbij op de verscherpte zorginkoop voor 2012.

De NFU vraagt aandacht voor het ontbreken van een gelijk speelveld.

De aanwezige brancheorganisaties hebben zich ook uitgesproken over het opleggen van een contracteerruimte. Een regionale contracteerruimte veronderstelt volgens ZN dat het representatiemodel in stand wordt gehouden. Dit staat volgens hen op gespannen voet met het groeiende financiële risico dat individuele zorgverzekeraars gaan lopen. Daarnaast is er het bezwaar dat in geval van (gedeeltelijk) vrijere tarieven in 2013 een representatiemodel niet volstaat. GGZN voegt daaraan toe problemen te voorzien bij het contracteren van bovenregionale zorgaanbieders.

De LPGGZ wijst op de trade-off met de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg omdat men vreest dat de zorginkoop nog sterker prijsgeoriënteerd wordt. Andere publieke belangen, zoals kwaliteit, zouden hierdoor een kleinere rol kunnen gaan spelen.

Uit de consultatie van marktpartijen is gebleken dat men huiverig is voor het vastleggen van de markt. Dit vindt naar hun mening met name plaats bij de inkomstenplafonds per individuele zorgaanbieder. Dergelijke plafonds verdragen zich zeer slecht met het eindmodel in 2015.

ZN heeft, mocht het komen tot een plafond voor zorgaanbieders, een voorkeur voor het macroniveau. GGZN dringt ten behoeve van een gelijk speelveld aan op het toepassen van uitgavenplafonds op alle zorgaanbieders, als wordt gekozen voor het maximeren van de inkomsten van zorgaanbieders.

Zorgaanbieders hebben eveneens aangegeven te vrezen voor negatieve gevolgen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. De NFU ziet het liefst een plafond op mesoniveau per type van aanbieder omdat dan instellingen niet gestraft worden voor overschrijdingen bij andere soorten van aanbieders. Een soortgelijke redenering volgt de NVZ. Zij maakt daarbij een onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Ook niet-gecontracteerde zorgaanbieders dienen volgens de NVZ hun verantwoordelijkheid te nemen.

1.6 Advies

De NZa adviseert de uitgaven van zorgverzekeraars te maximeren als maatregel ter vergroting van de *budgettaire beheersbaarheid*. Dit past in de gedachte dat de zorgverzekeraar de beste zorg inkoop tegen de beste prijs, waardoor een zorgconsument het beste (zorg)aanbod krijgt voor zijn of haar zorgeuro.

De NZa adviseert om de uitgaven van zorgverzekeraars te maximaliseren door de ex post verevening per 2013 maximaal af te bouwen. Daarbij adviseert zij om aanvullend bestuurlijke afspraken te maken in de vorm van bijvoorbeeld een maximale groei van de productieafspraken. Op deze wijze wordt de GGZ bekostigd zoals beoogd in het eindmodel en is er tevens een grote mate van budgettaire beheersbaarheid.

De NZa adviseert om enkel over te gaan op het invoeren van een contracteerruimte als het risico op een overschrijding ondanks de genomen maatregelen te groot wordt geacht. Het heeft hierbij de voorkeur om een contracteerruimte per zorgverzekeraar in te voeren. De NZa wijst VWS op de substantiële veranderingen in wet- en regelgeving voor de invoering van een contracteerruimte, die veel tijd zullen kosten. Bovendien wijst de NZa erop dat het invoeren van een contracteerruimte niet in lijn is met het beoogde eindmodel van prestatiebekostiging.

Het is mogelijk om aanvullend op het afbouwen van de ex post verevening het macrobeheersingsinstrument (MBI) te gebruiken. Met dit instrument kunnen de inkomsten van zorgaanbieders worden gemaximeerd. Het opleggen van het MBI voor alle zorgaanbieders in de cGGZ is voor de NZa echter onuitvoerbaar. Er zijn in de cGGZ, in vergelijking met de ziekenhuiszorg, te veel aanbieders en er is veel dynamiek. Het invoeren van het MBI voor de cGGZ is voor de NZa alleen uitvoerbaar als de individuele zorgaanbieders, al dan niet georganiseerd in groepspraktijken, daar niet onder gaan vallen.

De NZa adviseert om de beheersing van de uitgaven van deze groep van zorgaanbieders te laten verlopen via een strenger contracteerbeleid van zorgverzekeraars dat voortkomt uit het afbouwen van de ex post verevening. De Minister zou aanvullend hierop ervoor kunnen zorgen dat zorgverzekeraars enkel de gedeclareerde zorg van gecontracteerde zorgverleners mogen vergoeden en ten laste van de Zvw mogen brengen. Dit kan via artikel 12 lid 1 van de Zvw.

De NZa verwacht dat op basis van haar advies de volgende acties ondernomen moeten worden ten aanzien van de budgettaire beheersbaarheid:

Tijdstip	Actie	Verantwoordelijke
Januari 2012	Voorhangbrief vooruitlopend op aanwijzing VWS met standpunt budgettaire beheersing	VWS
Oktober 2012	Maximale afbouw ex post risicoverevening	CVZ/VWS
Maart - September 2012	Bepalen van inkomstenplafonds voor uitvoering MBI (indien opgenomen in aanwijzing door VWS)	NZa

2. Transitiemaatregelen

2.1 Aanleiding

In haar verzoek voor het implementatieplan prestatiebekostiging GGZ vraagt VWS de NZa opnieuw een afweging te maken of er algemene transitiemaatregelen nodig zijn voor de beheersing van de risico's van gebudgetteerde instellingen die samenhangen met de overstap naar prestatiebekostiging. Voor maatregelen die er voor moeten zorgen dat de transitie macrobudgettair neutraal verloopt wordt verwezen naar het vorige hoofdstuk.

2.2 Afweging algemene transitiemaatregelen

De NZa maakt de afweging of er algemene transitiemaatregelen nodig zijn voor de overstap naar prestatiebekostiging. De transitiemaatregelen zijn van tijdelijke aard zijn en dienen ervoor instellingen die hun registratie, declaratie of andere aspecten van de bedrijfsvoering nog niet op orde hebben meer tijd te gunnen zich aan te passen aan DBC-bekostiging.

Omdat er veel discussie is over het doel van transitiemaatregelen expliciteert de NZa tevens wat geen doel is van transitiemaatregelen:

- Budgettaire beheersbaarheid. Het doel van algemene transitiemaatregelen is om instellingen meer tijd te geven de bedrijfsvoering aan te passen. Het doel van transitiemaatregelen is niet om (tijdelijk) de kosten te beheersen. De wijze waarop budgettaire beheersbaarheid bereikt kan worden, wordt beschreven in hoofdstuk 1. Indien een transitiemaatregel nodig wordt geacht, dan zal de NZa enkel de mogelijke transitie modellen beoordelen op de macrobudgettaire consequenties ervan.
- De beheersing van risico's die ontstaan door het wegvallen van individuele vergoedingen uit de budgetbekostiging. Het betreft hier een aantal individuele componenten. Het wegvallen van deze individuele componenten kan ook tot inkomensverschillen leiden, maar deze staan los van de overstap naar prestatiebekostiging.
- Eventuele inkomensverschillen als gevolg van een andere vergoeding voor kapitaallasten te verzachten. De hier bedoelde transitie maatregel is bedoeld voor inkomensverschillen die ontstaan vanwege een andere vergoeding voor de geleverde zorg. Voor inkomensverschillen vanwege een andere kapitaallastenvergoeding volgt de NZa een apart traject kapitaallasten.

Uitgangspunt bij de afwegingen om al dan niet tot een overgangsregime c.q. transitie maatregelen te komen, is de op de overheid rustende (juridische) verplichting om op een zorgvuldige wijze tot de invoering van een nieuw bekostigingssysteem te komen. Oftewel, eerbiediging van enkele belangrijke algemene beginselen van behoorlijk bestuur, zoals het zorgvuldigheids-, het rechtszekerheids- en het rechtsgelijkheidsbeginsel.

De NZa baseert haar afweging voor de noodzaak van een transitie maatregel op twee punten:

- Punt 1
Een analyse waarin de inkomsten uit de budgetsystematiek vergeleken worden met de inkomsten uit de DBC-systematiek op instellingsniveau. Deze analyse richt zich op het inzichtelijk maken van het aantal instellingen dat op basis van historische gegevens door

de invoering van prestatiebekostiging (van budgetbekostiging naar DBC-bekostiging) financieel nadeel zou lijden en de mate waarin dit nadeel zich dan voor zou doen. Hoe meer instellingen nadeel lijden en hoe groter dit nadeel, hoe nadrukkelijker de (juridische) indicatie voor het creëren van transitie maatregelen.

– Punt 2

De standpunten van veldpartijen met betrekking tot de wenselijkheid van transitie maatregelen.

2.3 Analyse budget- versus DBC-systematiek

De NZa baseert haar afweging om al dan niet tot een overgangsregime c.q. transitie maatregelen te komen mede op een analyse waarin de inkomsten uit de budgetsystematiek vergeleken worden met de inkomsten uit de DBC-systematiek op instellingsniveau. Deze analyse richt zich op het inzichtelijk maken van het aantal instellingen dat op basis van historische gegevens door de invoering van prestatiebekostiging (van budgetbekostiging naar DBC-bekostiging) financieel nadeel zou ondervinden en de mate waarin dit nadeel zich dan voor zou doen.

Deze analyse geeft een indicatie. Het is immers niet gezegd dat instellingen wiens historische inkomsten uit de DBC-systematiek lager zijn dan de inkomsten uit de budgetsystematiek ook in de toekomst een lagere inkomsten uit de DBC-systematiek zullen hebben. Een mogelijke reden voor de lagere inkomsten in het verleden is dat instellingen een beperkt belang hebben gehad om de inkomsten uit de DBC-systematiek goed te registreren. Zij werden immers toch afgerekend op de budgetsystematiek. Wanneer afrekening plaats vindt via de DBC-systematiek zal het belang van de registratie in de DBC-systematiek toenemen. De NZa verwacht dan ook dat een aantal instellingen dat nu nog lagere inkomsten heeft uit de DBC-systematiek in de toekomst wel degelijk hogere inkomsten kan behalen.

Tegelijkertijd verwacht de NZa dat de productieafspraken tussen de zorgverzekeraar en de instelling geen enorme fluctuaties zullen kennen door de overgang naar een ander bekostigingssysteem. Zorgverzekeraars zullen zowel vanuit kostenbeheersing als vanuit de zorgplicht deze fluctuaties willen beperken. Instellingen kennen hun inkomsten binnen de huidige budgetsystematiek en zullen er zorg voor dragen dat de productieafspraken in DBC's vergelijkbaar zijn met deze inkomsten.

Met inachtneming van deze kanttekeningen is het nuttig om middels een analyse een indicatie te geven van de effecten van de invoering van prestatiebekostiging. Het doel van de analyse is om een beeld te krijgen hoeveel instellingen een financieel nadeel hadden ondervonden wanneer zij reeds volledig gefinancierd waren geweest in DBC's en dus bekostigd zouden zijn via de budgetsystematiek.

2.3.1 Gegevens

De NZa heeft voor haar analyse de volgende gegevens gebruikt:

- De aanvaardbare kosten zoals vermeld in het nacalculatieformulier per instelling van 2008, 2009 en 2010.
- De DBC omzet zoals vermeld in het DBC-verantwoordingsformulier per instelling voor 2010.
- De productieafspraken DBC's (met onderscheid tussen ambulante en verblijf) zoals vermeld in het budgetformulier per instelling voor 2010

- Het gemiddeld gewogen verrekenpercentage uit de tariefbeschikking per instelling voor 2008, 2009 en 2010.
- Een overzicht van individuele componenten per instelling voor 2010.
- De afgesproken verrekenpercentages in het budgetformulier per instelling voor 2011.

2.3.2 Aanpak

De aanpak van de NZa bestaat uit vier stappen. Het doel van de analyse is om per stap een beeld te krijgen van het aantal instellingen een financieel nadeel had ondervonden wanneer zij reeds volledig gefinancierd waren geweest in DBC's en dus niet de vergoeding uit het budget hadden gehad. De NZa probeert dit vast te stellen door in elke stap een aantal instellingen uit te sluiten dat geen financieel nadeel had ondervonden wanneer zij volledig gefinancierd waren geweest in DBC's.

- Stap 1
Het aantal instellingen bepalen waarvoor de DBC omzet in 2010 hoger is dan de aanvaardbare kosten. De basis hiervoor is de data uit het DBC-Verantwoordingsdocument en het nacalculatieformulier. De gegevens zijn op de volgende wijze gecorrigeerd:
 - Aanvaardbare kosten verminderen met individuele componenten.
 - DBC omzet uitsplitsen in ambulante en verblijf op basis van de productieafspraken zoals vermeld in het budgetformulier en deze vervolgens corrigeren voor het verrekenpercentage.
- Stap 2
Het aantal instellingen bepalen waarvoor de DBC omzet in 2010 hoger is dan 95% van de aanvaardbare kosten. Voor deze stap gebruiken we dezelfde gegevens als in stap 1.
- Stap 3
Het aantal instellingen waarbij het verrekenpercentage in 2010 dichterbij 0 ligt dan in 2008 en waarbij de absolute waarde van het verrekenpercentage 2010 kleiner is dan 10%.
- Stap 4
Het aantal instellingen met een verrekenpercentage in 2011 van een absolute waarde kleiner dan 10%.

Ad 1) De NZa corrigeert de aanvaardbare kosten met die individuele componenten waarvan zij heeft geconcludeerd dat deze vervallen. Dit zijn bestendig beleid, bijzonderheid organisatie, dienstverlening, oorlogsslachtoffers, vluchtelingen/asielzoekers en doventoeslag. De NZa corrigeert de DBC omzet voor het gemiddeld gewogen verrekenpercentage. Hierbij splitst zij de DBC omzet uit het verantwoordingsdocument op om zo een schatting te kunnen maken voor een ambulante- en een verblijfsdeel. De NZa gebruikt voor het maken van deze schatting de verhouding ambulante/verblijf zoals deze door de instelling zelf is gehanteerd in de productieafspraken DBC zoals vermeld in het budgetformulier. Hieruit volgt de aanname dat de DBC omzet gelijkmatig over het jaar verdeeld is.

Ad 2) De NZa vergelijkt tevens de DBC omzet met 95% van de aanvaardbare kosten. De gedachte hierachter is dat instellingen een beperkte omzetsdaling op kunnen vangen of dat er mogelijkheden zijn bij een eventueel bandbreedtetarief om deze daling te corrigeren. De keuze voor 95% is hierbij arbitrair. Daarom zullen ook de tussenliggende percentages worden benoemd.

Ad 3) De NZa bekijkt de trend van het verrekenpercentage. Zij kijkt hierbij naar het verschil tussen 2008 en 2010. Een aantal van de 180 instellingen uit het basisjaar 2010 waren in 2008 nog bekend onder een andere naam of andere namen. Voor deze instellingen is gekeken naar het verrekenpercentage van de voorganger(s). De NZa kiest er bewust voor om 2009 niet mee te nemen om daar waar eenmalig een verstoring in de trend zit, deze uit te sluiten. De NZa stelt daarnaast als voorwaarde dat de absolute waarde van het verrekenpercentage in 2010 kleiner is dan 10%. De combinatie van beiden is voor de NZa een indicatie dat deze instellingen op weg zijn om hun afgesproken verrekenpercentage naar 0 te brengen. De NZa verwacht dat deze instellingen op weg zijn om hun DBC-omzet gelijk te trekken aan hun aanvaardbare kosten.

Ad 4) De NZa bekijkt of er in 2011 een verrekenpercentage lager dan 10% is afgesproken. De NZa weet dat de veranderde regelgeving omtrent verrekenpercentages een rol zou kunnen spelen bij de uiteindelijke hoogte van het verrekenpercentage. Anderzijds interpreteert de NZa een laag verrekenpercentage als een signaal dat een instelling of op weg is om de DBC-omzet gelijk te trekken met de aanvaardbare kosten. Ook kan het zijn dat in 2011 door het lage verrekenpercentage instellingen worden gestimuleerd om daar waar nodig en mogelijk hun DBC-registratie te verbeteren.

2.3.3 Resultaten

In de analyse heeft de NZa 2010 als basisjaar genomen. In 2010 waren er in totaal 177 instellingen die zowel een nacalculatieformulier als een DBC-verantwoordingsdocument ingediend hebben.⁹

In de eerste twee stappen is het aantal instellingen bepaald waarvoor de DBC-omzet in 2010 hoger is dan een percentage van de aanvaardbare kosten. Hiervoor is de DBC omzet gecorrigeerd voor het gemiddelde verrekenpercentage en zijn de aanvaardbare kosten gecorrigeerd voor een aantal individuele componenten.

Aantal instellingen waarvoor	
DBC Omzet > 100% AK	128
DBC Omzet > 99% AK	133
DBC Omzet > 98% AK	136
DBC Omzet > 97% AK	140
DBC Omzet > 96% AK	141
DBC Omzet > 95% AK	145
DBC Omzet > 90% AK	154

Wanneer alle instellingen in 2010 reeds volledig gefinancierd waren in DBC's, en dus niet de vergoeding uit het budget hadden gehad, dan zouden 49 van de 177 instellingen hiervan een financieel nadeel hebben ondervonden. In totaal zouden 128 van de 177 instellingen een financieel voordeel hebben gehad van DBC-bekostiging ten opzichte van de budgetsystematiek.

In de vorige paragraaf is reeds toegelicht dat instellingen mogelijk een beperkte omzetsdaling op kunnen vangen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen bij een eventueel bandbreedtetarief. Omdat we de grootte van de op te vangen omzetsdaling niet vast kunnen stellen, maken we het aantal instellingen voor een aantal verschillende percentages inzichtelijk.

⁹ In totaal hebben 178 instellingen zowel een nacalculatieformulier als een DBC-verantwoordingsdocument ingediend. Voor 1 instelling gold echter een dusdanig klein bedrag (kleiner dan €3.000) dat deze niet is meegenomen in de beoordeling.

Er zijn zes instellingen die financieel nadeel zouden hebben ondervonden wanneer zij in 2010 volledig gefinancierd waren in DBC's, maar waarbij dat nadeel kleiner is dan 1% van de huidige inkomsten (AK). We hebben het financiële nadeel stapsgewijs vergroot tot 5%. Hierbij is de DBC omzet dus groter dan 95% van de aanvaardbare kosten.

Voor 17 van de 177 instellingen geldt dat zij financieel nadeel zouden hebben ondervonden wanneer zij in 2010 volledig gefinancierd waren geweest in DBC's, maar waarbij dat nadeel kleiner is dan 5% van de huidige inkomsten.

In haar derde stap kijkt de NZa naar het aantal instellingen waarbij het verrekenpercentage in 2010 dichter bij 0 ligt dan in 2008 en waarbij de absolute waarde van het verrekenpercentage 2010 kleiner is dan 10%. Een aantal van de 177 instellingen uit het basisjaar 2010 waren in 2008 nog bekend onder een andere naam of andere namen. Voor deze instellingen is gekeken naar het verrekenpercentage van de voorganger(s).

Voor 110 instellingen ligt het verrekenpercentage in 2010 dichter bij 0 dan het verrekenpercentage in 2008. Voor 135 instellingen is de absolute waarde van het verrekenpercentage lager dan 10%. Deze twee groepen overlappen elkaar deels. In totaal geldt voor 86 van de 177 instellingen dat het verrekenpercentage in 2010 dichter bij 0 ligt dan in 2008 en dat de absolute waarde van het verrekenpercentage 2010 kleiner is dan 10%.

Van deze 87 instellingen zijn er 77 instellingen die tevens behoren tot de 145 instellingen waarvoor de DBC omzet in 2010 hoger is dan 95% van de aanvaardbare kosten. Er zijn in totaal dus 155 instellingen die voldoen aan één van de eerste drie stappen.

Als laatste bekijkt de NZa de verrekenpercentages zoals afgesproken in 2011. In de vorige paragraaf heeft de NZa reeds een nuancering gemaakt ten aanzien van de gewijzigde regelgeving. Voor 2010 moesten instellingen en verzekeraars een verrekenpercentage overeenkomen. Vanaf 2011 geldt dat het verrekenpercentage gelijk is aan nul tenzij anders wordt afgesproken. Met deze wijziging verwacht de NZa vaker een verrekenpercentage van nul.

In 2011 hebben 164 van de 177 instellingen een verrekenpercentage afgesproken dat kleiner is dan 10%. Voor 159 van deze 164 instellingen geldt in 2011 zelfs een verrekenpercentage van minder dan 5%. Er zijn dus 13 instellingen die een verrekenpercentage hoger dan 10% afgesproken hebben in 2011. Hiervan zijn er 9 instellingen die ondanks het relatief hoge verrekenpercentage voor 2011 al wel hebben voldaan aan de criteria bij stap 1, 2 en/of 3.

Het resultaat van de vier stappen is schematisch als volgt weer te geven:

	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4
Totaal aantal instellingen	177	177	177	177
Aantal instellingen dat voldoet aan criteria in de stap	128	145	87	164
Aantal instellingen dat voldoet aan criteria in stap 1 of 2		145		
Aantal instellingen dat voldoet aan criteria in stap 1, 2 of 3			155	
Aantal instellingen dat voldoet aan criteria in stap 1, 2, 3 of 4				173

Aantal instellingen dat wordt toegevoegd t.o.v. de vorige stap		17	10	18
--	--	----	----	----

Er zijn in totaal vier instellingen die niet aan de criteria uit stap 1, 2, 3 of 4 voldoen. Dit zijn instellingen die volgens de gemaakte analyse een financieel nadeel hadden ondervonden wanneer zij reeds volledig bekostigd zouden zijn in DBC's en dus niet de vergoeding uit het budget hadden gehad.

De NZa concludeert op basis van haar analyse dat het aantal instellingen dat een financieel nadeel had ondervonden wanneer zij reeds volledig gefinancierd waren geweest in DBC's klein is. Hierbij merkt de NZa nogmaals op dat de analyse een indicatie is en dat de NZa verwacht dat de productieafspraken tussen de zorgverzekeraar en de instelling geen enorme fluctuaties zullen kennen door de overgang naar een ander bekostigingssysteem.

2.3.4 Kanttekening verblijf

In haar inleiding heeft de NZa reeds benoemd dat deze analyse een indicatie betreft. Daarnaast is er nog een aanvullende kanttekening bij de analyse te maken vanwege de wijziging in de productstructuur voor het onderdeel verblijf.

Vanaf 1 januari wordt een verbetering doorgevoerd in de productstructuur voor het onderdeel verblijf. Door deze verbetering is het mogelijk dat er inkomstenverschuivingen plaats vinden op instellingsniveau. Het is voor de NZa niet mogelijk om de gevolgen hiervan op instellingsniveau te bepalen. Zij kan dit dan ook niet meenemen in haar analyse.

Ook hier geldt echter dat de NZa verwacht dat de productieafspraken tussen de zorgverzekeraar en de instelling geen enorme fluctuaties zullen kennen door de overgang naar een ander bekostigingssysteem.

2.4 Standpunten veldpartijen

De NZa heeft een aantal branchepartijen gevraagd om hun standpunt over algemene transitie maatregelen. In de consultatiebijeenkomst op 6 oktober 2011 is aan hen expliciet gevraagd of algemene transitie maatregelen nodig zijn. Er werden drie type argumenten naar voren gebracht:

- 1. Transitie kosten geld en tijd.
- 2. Als er op korte termijn nog grote aanpassingen worden gevraagd van instellingen, dan levert dat niet-beïnvloedbare financiële risico's op. Deze zouden moeten worden opgevangen.
- 3. Hoewel er al enkele jaren een schaduwregistratie van DBC's wordt gevoerd, zou het kunnen dat bij de daadwerkelijke invoering van prestatiebekostiging toch omzetverschuivingen gaan optreden.

De branchepartijen hebben na de consultatiebijeenkomst schriftelijk de volgende standpunten kenbaar gemaakt¹⁰:

- GGZ Nederland acht transitie maatregelen niet noodzakelijk, indien bandbreedtetarieven worden doorgevoerd. Indien er gebruik kan worden gemaakt van bandbreedtetarieven, biedt dit instrument voldoende mogelijkheden om een verantwoorde en beheerste transitie mogelijk te maken.

¹⁰ De integrale reactie van branchepartijen is toegevoegd in de bijlage.

- Het Landelijk Platform GGZ neemt geen standpunt in, maar brengt wel enkele punten onder de aandacht. Zij vragen VWS of NZa een analyse te maken van de omzetverschillen tussen de budget- en DBC-systematiek, maar ook van de risico's van de overheidsmaatregelen.
- De Nederlandse Federatie van Universitair medische centra acht algemene transitiemaatregelen wenselijk ter beperking van de systeemrisico's van individuele instellingen. Zij waarschuwt tevens voor een druk op het macrokader door een nog niet uitontwikkelde systematiek.
- De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie adviseert om wel transitiemaatregelen te treffen om een 'harde landing' zoals bij de niet gebudgetteerde zorgaanbieders te voorkomen. Zij wijzen daarbij ook op de aanvullende risico's vanwege reeds ingezette bezuiningsmaatregelen in de GGZ.
- De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen acht transitiemaatregelen de meest verantwoordelijke wijze voor een overgang. Zij stelt voor deze op eenzelfde wijze vorm te geven als bij de ziekenhuiszorg.
- Zorgverzekeraars Nederland acht transitiemaatregelen niet noodzakelijk. ZN constateert dat er in de GGZ, in tegenstelling tot de somatiek, geen grote wijziging in de wijze van bekostiging is. Daarnaast hebben instellingen zich vanaf 2008 kunnen voorbereiden op DBC's. Als laatste geeft ZN aan dat zij mogelijkheden ziet om transitiemaatregelen te gebruiken om een overschrijding van het macrokader te voorkomen.

2.5 Conclusie

De NZa concludeert op basis van haar analyse dat het aantal instellingen dat een financieel nadeel had ondervonden wanneer zij reeds volledig bekostigd waren in DBC's relatief klein is. Hierbij merkt de NZa nogmaals op dat de analyse een indicatie is en dat de NZa verwacht dat de productieafspraken tussen de zorgverzekeraar en de instelling geen enorme fluctuaties zullen kennen door de overgang naar een ander bekostigingssysteem.

Uit de standpunten van de branchepartijen blijkt dat Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland zich op het standpunt stellen dat transitiemaatregelen niet nodig zijn. GGZ Nederland stelt hierbij wel bandbreedtetarieven als voorwaarde. De NFU, de NVZ en de NVvP nemen het standpunt in dat transitiemaatregelen wel nodig zijn. Voor een deel vinden zij dit nodig vanuit de aanvullende onzekerheden die zijn ontstaan door de maatregelen van VWS. Anderzijds geven een aantal branchepartijen ook aan dat transitiemaatregelen als middel voor uitgavenbeheersing gebruikt kunnen worden.

De NZa concludeert op basis van haar analyse en een afweging van de standpunten van branchepartijen dat algemene transitiemaatregelen voor de beheersing van de risico's van gebudgetteerde instellingen die samenhangen met de overstap naar prestatiebekostiging niet nodig zijn. De NZa adviseert VWS om geen algemene transitiemaatregelen te treffen voor de beheersing van financiële risico's die samenhangen met de overstap naar prestatiebekostiging voor de gebudgetteerde instellingen.

De NZa maakt het per 1 januari 2012 mogelijk voor gebudgetteerde instellingen om af te rekenen in DBC's¹¹. De mate waarin er gebruik

¹¹ Beleidsregel BR/CU-5053. Beleidsregel procedure en indieningstermijnen vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten GGZ Zvw

gemaakt gaat worden van deze mogelijkheid is eveneens een indicatie van de mate waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars klaar zijn voor prestatiebekostiging. De NZa zal in april 2012 bekend maken hoeveel instellingen gebruik hebben gemaakt van de nieuwe regeling.

De NZa verwacht dat op basis van haar advies de volgende acties ondernomen moeten worden ten aanzien van transitiemaatregelen:

Tijdstip	Actie	Verantwoordelijke
Januari 2012	Voorhangbrief vooruitlopend op aanwijzing VWS met keuze voor vangnet curatieve GGZ	VWS
April 2012	Bekend maken in hoeverre er gebruik gemaakt wordt van vereenvoudiging verantwoording	NZa
Maart - September 2012	Bepalen van transitiemaatregel (indien opgenomen in aanwijzing door VWS)	NZa

3. Verbetering DBC-systematiek GGZ

3.1 Aanleiding

De NZa heeft in oktober 2010 haar notitie "Verbetering werking DBC-systeem" aan VWS gestuurd. Hierin vestigt de NZa de aandacht op enkele ontwikkelpunten van de huidige DBC-systematiek.

In reactie op de deze notitie geeft VWS aan dat verbeteringen in de productstructuur van belang zijn maar dat daarmee niet alle problemen van de bekostigingssystematiek kunnen worden opgelost. VWS vraagt daarom aandacht voor de samenhang tussen:

- verbeteringen in de productstructuur;
- verfijnen van de informatiestroom zorgaanbieder-verzekeraar;
- de tariefsoort.

3.2 Productstructuur

De NZa neemt het standpunt in dat de productstructuur marktpartijen in staat stelt hun zorg adequaat te bekostigen. In de consultatie van marktpartijen bleek tevens dat zij de productstructuur voldoende stabiel achten, en dat grootschalige aanpassingen niet voor de hand liggen. Dit neemt niet weg dat verbeteringen gewenst zijn. In het kader van de verbetering van de productstructuur 2013 staat een aantal activiteiten centraal, waarvan enkele voorwaardelijk zijn voor de overgang per 2013 naar prestatiebekostiging in 2015. Voorwaardelijk zijn:

- opname 'overige producten' in de DBC systematiek, inclusief tariefonderbouwing ECT en beschikbaarheidscomponent voor de crisiszorg;
- onderbrengen van individuele componenten in de productstructuur.

Belangrijk maar niet voorwaardelijk voor prestatiebekostiging zijn:

- analyse van tijdsgrenzen;
- onderzoek naar tariefprincipes.

3.2.1 Opname 'overige producten' in DBC systematiek

Om per 2013 DBC-bekostiging in te kunnen voeren, moeten er nog enkele aanpassingen worden doorgevoerd m.b.t. de productstructuur. Een belangrijk aspect hiervan betreft het opnemen van activiteiten en verrichtingen (verder te noemen 'overige producten') in de DBC-systematiek. Het gaat daarbij om:

- Medicijnkosten methadon
- Laboratoriumonderzoeken
- Urinecontroles van personen in methadonprogramma
- Beschikbaarheidscomponent Crisiszorg
- Electro Convulsie Therapie (ECT)

Er wordt gewerkt aan een systematiek voor het opnemen van overige producten in de productstructuur DBC GGZ. Met uitzondering van ECT kunnen de tarieven van bovengenoemde 'overige producten' worden afgeleid van reeds door de NZa vastgestelde prestaties en tarieven (door middel van budgetparameters of middels beleidsregel OVP). Voor de Beschikbaarheidscomponent Crisiszorg heeft VWS aangegeven dat vooralsnog uitgegaan kan worden van een variabele vergoeding, overeen te komen tussen aanbieder en zorgverzekeraar. De NZa gaat er daarbij

vanuit dat zij hiervoor een maximumtarief vaststelt. Ter onderbouwing van dit tarief zal zij een kostenonderzoek laten uitvoeren.

De NZa verzoekt DBC-Onderhoud een systematiek te ontwikkelen die het mogelijk maakt om 'overige producten' op te nemen in de DBC-systematiek. Daarbij behoort een verantwoorde tariefonderbouwing voor ECT en de beschikbaarheidsvergoeding voor crisiszorg. DBC Onderhoud zal gevraagd worden de volgende uitgangspunten te hanteren voor een verantwoorde tariefonderbouwing voor ECT:

- Het startpunt is een heldere definitie en afbakening van het ECT-begrip en de beschikbaarheidscomponent voor crisiszorg.
- De tarieven worden modelmatig opgebouwd met relevante parameters waaronder bezettingsgraad en opslagen voor indirecte kosten.
- Waar mogelijk worden openbare bronnen en informatie toegepast om de parameters in dit model te kwantificeren
- Aannames en onzekerheden worden benoemd
- In overleg tussen DBC Onderhoud en de NZa zullen overige vraagstukken worden besproken.

Deze uitgangspunten vormen de leidraad voor de verantwoording in RG13a. Daarnaast is het wenselijk een schatting te maken van de macro-kosten op jaarbasis.

3.2.2 Individuele componenten in de productstructuur

De NZa heeft haar beleid voor de zogeheten individuele componenten vastgesteld (zie paragraaf 4.1). Voor enkele individuele componenten moet mogelijk een wijziging in de productstructuur plaatsvinden. De NZa zal voor het einde van 2011 duidelijk maken welke aanpassingen wenselijk zijn zodat deze nog voor 2013 kunnen worden doorgevoerd.

3.2.3 Analyse tijdsgrenzen

De NZa verzoekt DBC-Onderhoud om in samenwerking met de sector alternatieve indelingen van tijdsklassen te onderzoeken zodat de aansluiting tussen gemaakte kosten en het vastgestelde tarief wordt verbeterd. De alternatieve indelingen zullen worden afgezet tegen de huidige productstructuur waarbij voor de uiteindelijke keuze (tijdens 2^e go onderhoudscyclus) een afweging gemaakt zal worden tussen verbetering van de aansluiting kosten-tarief en de hanteerbaarheid van de productstructuur.

Het aanpassen van tijdsklassen moet er toe leiden dat het door de NZa vastgestelde tarief beter aansluit bij de daadwerkelijk besteedde tijd en de daarmee samenhangende kosten.

Een vaak gehoord argument om de tijdsgrenzen te verkleinen is dat hiermee het risico op het zogeheten upcoden wordt tegengegaan. Volgens de NZa bestaat er tegelijkertijd ook een sterke prikkel voor instellingen om zo min mogelijk zorg te leveren binnen een bepaalde productgroep. Het risico van strategisch gedrag met betrekking tot de registratie of zorglevering is inherent aan een systeem gebaseerd op tijdschrijven en vergoedingen per tijdsklassen. Het kleiner maken van de tijdsgrenzen zal deze problematiek niet oplossen.

3.2.4 Onderzoek tariefprincipes

Een stabiele productstructuur met juiste tarieven is van belang voor de invoering van prestatiebekostiging. De huidige aanpak is gebaseerd op

landelijk gemiddelde kosten. De NZa is van mening dat deze aanpak een aantal risico's bevat die kunnen leiden tot te hoge tarieven. Dat is onwenselijk vanuit het perspectief van de publieke belangen. De NZa onderzoekt daarom op dit moment alternatieven, waarbij ook het verbeteren van de huidige aanpak tot de mogelijkheden behoort. Nog dit jaar is hierover besluitvorming voorzien. Wanneer gekozen wordt voor het verbeteren van de huidige aanpak, zal een nieuw kostprijsonderzoek starten in het voorjaar van 2012. Dit zal gericht zijn op de tarieven in 2014. Wanneer een alternatieve aanpak gekozen wordt is de verwachting dat geen grote gegevensverzameling van zorgaanbieders nodig is.

Onderscheiden verzekerde-onverzekerde zorg

DBC Onderhoud, is gezamenlijk met CVZ en de NZa is reeds van start gegaan met probleem rondom aanspraak (het onderscheiden van verzekerde en onverzekerde zorg). Om deze reden is dit onderwerp niet afzonderlijk genoemd.

Indirecte tijd

De NZa zal DBC Onderhoud laten weten dat het normeren en/of maximeren van de indirecte tijd niet op de agenda van de doorontwikkeling van de productstructuur voor 2013 moet komen te staan. Indirecte tijd is bij uitstek een onderwerp waarop aanbieder en verzekeraar zelf afspraken kunnen maken over doelmatige levering van de zorg. Er is in het veld voldoende informatie beschikbaar die zorgverzekeraars in staat stelt om zorgaanbieders te beoordelen op de hoeveelheid indirecte tijd.

3.3 Zorgzwaarte en transparantie

De NZa adviseert om voor 2013 het probleem van zorgzwaarte niet via aanpassingen van de productstructuur aan te pakken. Uit onderzoek van Zorgmarktadvies, uitgevoerd in opdracht van de NZa, blijkt dat het weinig waarschijnlijk is dat de productstructuur de weg is om op de korte termijn (lees: 2013) zorgzwaarte problemen op te lossen. Ook de ontwikkeling van zorgpaden biedt – zeker op de korte termijn – niet de mogelijkheid voor een dekkend gemiddeld tarief.¹² Het is mogelijk dat verdere aanpassingen van de productstructuur volgen uit het onderzoek naar zorgzwaarteindicatoren dat VWS initieert. Gezien de bevindingen uit het onderzoek van Zorgmarktadvies verwacht de NZa dat het noodzakelijk blijft om decentraal mogelijkheden te scheppen die het mogelijk maken resterende grote verschillen in zorgzwaarte te bekostigen.

De huidige DBC-systematiek sluit over het algemeen goed aan bij de zorg voor patiënten met een relatief zware zorgvraag (door inzet van verschillende disciplines, tijdschrijven, indirecte tijd etc). Toch bestaan er instellingen die problemen ervaren met de tarieven, wegens een bovengemiddeld zware zorgbehoefte van hun patiënten. Het belangrijkste aandachtspunt zijn de kleinere instellingen/zorgaanbieders met een specifieke doelgroep.

¹² DBC Onderhoud, Eindnotitie zorgzwaarte, februari 2011

Zorgzwaarte in deze context heeft met name betrekking op:

- De noodzaak tot het inzetten van een zwaardere mix van behandelaren dan het gemiddelde behandelprofiel waarop het tarief gebaseerd is in voorziet.
- De noodzaak tot het gemiddeld gebruiken van meer tijd (direct en indirect) voor de doelgroep dan dat het tarief voor de productgroep in voorziet.

Bovenstaande constatering gaat op voor zowel de behandeling van patiënten als de verblijfszorg.

Onder zorgzwaarteproblematiek wordt niet de kennis- en expertisefunctie van sommige aanbieders geschaard. Deze functie heeft immers geen directe relatie met de behandelkosten en dus behandelarieven voor individuele patiënten. Wel is het zo dat instellingen met specifieke expertise relatief meer patiënten behandelen met een zware zorgvraag.

Om ook voor zorginstellingen met een zwaardere doelgroep dan gemiddeld de overstap naar prestatiebekostiging te vereenvoudigen zijn de volgende vragen van belang:

1. Voldoet de ontwikkeling van de zorgmarkt aan de voorwaarden voor een vrijer tarief dan het maximumtarief?
2. En meer specifiek: Hoe staat het met de ontwikkeling van de transparantie van de zorg?

3.3.1 Tariefsoort

In eerdere adviezen heeft de NZa gewezen op de voordelen van meer vrije tarieven (bijvoorbeeld in de vorm van bandbreedtetarieven) voor delen van de cGGZ. De NZa is van mening dat het succesvol vrijgeven van tarieven voordelen voor de curatieve GGZ biedt. Er ontstaat meer ruimte om zorgzwaarte te vergoeden en de verbetering in de kwaliteit te belonen. Ook kan een meer efficiënte inzet van behandelaren bij een bepaalde diagnose in het afgesproken tarief tot uiting komen.

De NZa legt voorstellen voor liberalisering langs een daarvoor ontwikkelde meetlat die de voorwaarden voor het optreden van positieve effecten bevat. Belangrijk is de mate van transparantie, voldoende competitieve aanbieders, en risicodragendheid van zorgverzekeraars. In geval van een positieve score verwacht de NZa dat het vrijgeven van tarieven (voor een deel van de cGGZ) een impuls geeft aan de toegankelijkheid, de innovatie en de kwaliteit. In geval er wordt voldaan aan de randvoorwaarden komt met vrije prijzen de betaalbaarheid van de zorg niet in gevaar.

In 2011 heeft de NZa in haar Advies Vereenvoudiging bekostiging cGGZ meegedeeld dat zij over het vrijgeven van tarieven op een later moment nader adviseert of er in voldoende mate aan de gestelde voorwaarden wordt voldaan om de tarieven per 1 januari 2012 vrij te geven, zodat de beoordeling plaats kan vinden op basis van de meest actuele informatie.

.Als de komende ontwikkelingen in de cGGZ langs de meetlat voor liberalisering van tarieven wordt gelegd geeft dat het volgende beeld:

- Ten aanzien van transparantie kan verwezen worden naar het standpunt van de NZa dat zij midden 2011 kenbaar heeft gemaakt. De kern ervan staat in paragraaf 3.3.2 vermeld en komt er op neer

dat de NZa geen reden ziet voor nadere regulering in de vorm van informatieverplichtingen voor marktpartijen. Daar waar het aan transparantie nog schort is het eerst aan marktpartijen om de beschikbare informatie toegankelijk te maken.

- Het aanbod van instellingen neemt toe, zo blijkt uit de komende Marktscan GGZ van de NZa (naar verwachting in december openbaar), en daarmee de keuzemogelijkheden van consumenten. Het aantal toetreders sinds 2008 is hoog (ongeveer 20% van het totaal aantal aanbieders in 2009), hoewel hun marktaandeel nog beperkt is (minder dan 2%). Het gaat daarbij om gespecialiseerde zorgaanbieders (kinder- en jeugd, verslavingszorg, dyslexie) maar ook om instellingen die verschillende deelmarkten bedienen. Op bepaalde deelmarkten is de groei van het marktaandeel inmiddels substantieel (verslavingszorg wordt in 2009 voor 5% verzorgd door toetreders sinds 2008). Van grote toetredingsdrempels lijkt steeds minder sprake te zijn, zo blijkt ook uit recent onderzoek.¹³ Toetreding wordt verder vanaf 2013 positief beïnvloed in geval van het wegvallen van het representatiemodel. Binnen het representatiemodel is sprake van garantiebudgetten voor de grotere spelers op de regionale markten hetgeen minder ruimte laat voor toetreders.
- Onderhandelingen over het tarief vinden alleen plaats als zorgverzekeraars prikkels ondervinden om scherp zorg in te kopen. Dit dient te gebeuren door afbouw van de ex post nacalculatie (terwijl de kwaliteit van de ex ante verevening wordt vergroot). Vanaf 2012 lopen zorgverzekeraars meer risico op de kosten van de cGGZ doordat bij de hogekostencompensatie het nacalculatiepercentage boven de drempelwaarde verlaagd wordt van 100% naar 90%. Ook de nacalculatie van kosten buiten de zogeheten bandbreedte wordt verlaagd van 100% naar 90%. De belangrijkste ontwikkeling in de afbouw van ex post mechanismen is de afbouw van de macronacalculatie per 2012. Door die beleidswijziging is het financiële risico voor verzekeraars toegenomen. Zoals in hoofdstuk 1 al aangegeven acht de NZa het wenselijk om in 2013 de financiële risico's van zorgverzekeraars verder te vergroten. De mogelijkheden van zorgverzekeraars voor doelmatige zorginkoop nemen dan toe door de verbetering van de productstructuur, de toegenomen transparantie van verblijf en de toename van de transparantie.
- Uit de consultatie van marktpartijen is naar voren gekomen dat de zorginkoop door zorgverzekeraars bij vrijgevestigden en toetreders voor 2012 aanmerkelijk scherper is ingestoken dan in voorgaande jaren met het oog op omzetbeheersing.¹⁴ De zorginkoop bij gebudgetteerde instellingen kent als uitgangspunt dat de productieafspraken begrensd zijn door mutatiepercentages die VWS hanteert voor het BKZ. Hoewel sprake is van variatie gaan verschillende zorgverzekeraars slechts met een offerte akkoord als zorgaanbieders voldoen aan eisen op het gebied van kwaliteit en transparantie. Enkele grote zorgverzekeraars gebruiken het maximumtarief voor de budgetparameters om de onderhandelingen te starten op een lager dan 100% tarief.

Al met al is het beeld dat de sector de komende jaren belangrijke stappen zet bij het vergroten van de transparantie van zorg en dat de financiële risico's van zorgverzekeraars eveneens toenemen. De NZa heeft de indruk dat de zorginkoop door zorgverzekeraars voor 2012 over de hele linie meer inhoud krijgt. Bij het vervallen van het representatiemodel in 2013 krijgt de zorginkoop een nieuwe impuls omdat dan zorgverzekeraars individueel verantwoordelijk worden.

¹³ Boer & Croon, Van instituten naar ondernemingen in de ggz, 2011

¹⁴ Zie ook de afspraak van ZN met VWS over verscherpte inkoop bij vrijgevestigden en nieuwe instellingen.

De NZa stelt voor om bij de invoering van een bandbreedte voor DBC's in de curatieve GGZ de bandbreedte van toepassing te laten zijn op alle DBC's. Dit omdat de NZa niet precies kan inschatten bij welke DBC's zorgzwaarteproblematiek een rol speelt. Vanzelfsprekend zullen de bandbreedtetarieven niet alleen met een positieve ruimte boven het gemiddelde tarief worden ingevoerd, maar ook met een negatieve bandbreedte. Meer vrijheid van tarief mag namelijk niet automatisch leiden tot verhoging van de macrokosten, maar moet gericht zijn op doelmatige zorglevering gegeven de zorgvraag van een patiënt.

Naar verwachting zal een beperkte bandbreedte voor de meeste instellingen soelaas bieden. Toch zijn er enkele instellingen die bandbreedtes tot 50% nodig kunnen hebben om hun begroting sluitend te krijgen. De schatting is dat het hierbij gaat om ongeveer € 10 à € 15 miljoen. De NZa ziet voor deze instellingen twee opties:

- Het vaststellen van een hoge generieke bandbreedte. Voordeel is dat partijen decentraal een oplossing zoeken en dat de kosten hierdoor ook lager kunnen uitvallen dan aanvankelijk voorzien. Een nadeel is dat er de facto vrije prijzen ingevoerd worden. Dat betekent een verdere liberalisering dan slechts het geven van een beperkte onderhandelingsruimte voor het oplossen van zorgzwaarteproblemen.
- Het apart vergoeden van een specifieke functie en expertise. Het voordeel is dat een specifiek en geïsoleerd probleem ook opgelost wordt via maatwerk. Het specifieke beleid heeft dan ook geen generiek effect. Een nadeel is dat de toeslagen apart en specifiek toegekend worden en dat hiermee deze gelden waarschijnlijk niet zullen afnemen. Verder is de uitvoerbaarheid van een dergelijke oplossing een moeilijk vraagstuk.

De NZa geeft er de voorkeur aan om bandbreedtetarieven in te voeren per 1 januari 2013. Daarbij zou een generieke regeling voor alle DBC's het meest logisch zijn om de gewenste decentrale oplossingen te realiseren. Om tegelijkertijd doelmatigheid te kunnen realiseren en aan de andere kant de budgettaire risico's te beperken is de NZa voorstander van een asymmetrische bandbreedte.

Deze asymmetrische bandbreedte kan bijvoorbeeld vorm worden gegeven met een max-max tarief. Hierbij geldt een standaard maximumtarief met daar bovenop een hoger maximumtarief dat in rekening kan worden gebracht als hierover afspraken zijn gemaakt.

Een meer precieze uitwerking van de bandbreedtetarieven zou VWS in de aanloop naar een bestuurlijk akkoord moeten bespreken met veldpartijen. Wel is het van groot belang dat de vormgeving van de bandbreedtetarieven landt in de aanwijzing van VWS aan de NZa voor de invoering van prestatiebekostiging per 2013. De NZa verwacht deze aanwijzing begin 2012.

3.3.2 Transparantie

Uitgangspunt bij het transparantiebeleid van de NZa is dat er pas een verplichting door de NZa wordt opgelegd wanneer de sector zelf geen vooruitgang in transparantie bewerkstelligt. Als de informatie beschikbaar is voor de zorgverzekeraar of de consument of beschikbaar te krijgen is dan is het niet gewenst dat de zorgaanbieder een extra informatieplicht opgelegd krijgt door de NZa. Daarnaast vraagt de NZa zich bij de ontwikkeling van beleidsregels of nadere regels af of de regelgeving echt nodig is en niet bijvoorbeeld aan andere partijen kan

worden overgelaten om administratieve lasten te minimaliseren. De NZa heeft haar transparantiebeleid in de cGGZ dit jaar getoetst.¹⁵

Vanuit haar wettelijke verantwoordelijkheden draagt de NZa al bij aan de transparantie van de sector. Ten eerste heeft de NZa de productstructuur aangepast voor verblijf. De geleverde prestaties voor verblijf zullen meer informatie bevatten over hetgeen een zorgaanbieder daadwerkelijk levert. Daarnaast toetst de NZa via twee richtsnoeren of de informatieverstrekking van enerzijds de zorgverzekeraars en anderzijds van de zorgaanbieders aan de consument aan de normen voldoet. Dit jaar zal de NZa de naleving van het richtsnoer informatieverstrekking door zorgaanbieders toetsen.

Vanuit het veld ziet de NZa ook verschillende initiatieven die bijdragen aan het vergroten van de transparantie. Voorbeelden zijn het meten van het effect van behandeling en cliëntervaringen, de (door)ontwikkeling van richtlijnen en de publicatie van wachttijden.

De belangrijkste ontwikkeling is Routine Outcome Measurement (ROM). Marktpartijen hebben zich gecommitteerd aan een snelle invoering en monitoring via ROM. Voortgang van dit proces is van groot belang voor de mogelijkheid om decentraal zorgzwaarteverschillen adequaat te bekostigen.

De NZa ziet vooruitgang in het bevorderen van de transparantie voor zowel de zorginkoper (de verzekeraar) als de consument (patiënt). Er is geen noodzaak om regulerend op te treden door aan marktpartijen een extra informatieplicht op te leggen.

3.4 Reacties consultatie

Naar de mening van GGZN en NVvP vormt de productstructuur een voldoende basis om de stap naar prestatiebekostiging in 2013 te zetten. ZN adviseert om de concrete plannen voor de doorontwikkeling van de productstructuur op te nemen in het implementatieplan omdat verbeteringen de sleutel zijn om succesvol over te gaan naar prestatiebekostiging.

Marktpartijen zijn het eens dat vrijere of bandbreedtetarieven wenselijk zijn bij de stappen die vanaf 2013 gezet worden. Volgens GGZN vormen de DBC-gegevensuitvraag, de facturatiegegevens en de ROM-data, op basis waarvan SBGGZ benchmarks verzorgt, een goede basis voor een inhoudelijk gesprek aan de onderhandelingstafel. Ook NVvP wijst er op dat er voldoende informatie in de markt beschikbaar is. Naar de mening van ZN is echter nog te weinig transparant welke (patiënt)kenmerken verantwoordelijk zijn voor zorgzwaarte. ROM en CQI geven aan welke resultaten door zorgaanbieders worden behaald. Deze instrumenten geven een aantal patiëntkenmerken maar vormen naar de mening van ZN nog geen kader waarmee de zwaarte van de zorgvraag in kaart wordt gebracht. NFU en NVZ vragen ook aandacht voor administratieve lasten; beide pleiten voor een landelijke taal over zorgzwaarte. De NVvP voegt toe dat in geval van registratie in de DBC-systematiek ook moet worden gekeken naar de mogelijkheden die aanbodkenmerken bieden.

¹⁵ Het verslag van deze toets is te raadplegen op de website van de NZa (www.nza.nl).

3.5 Conclusie

De NZa acht de volgende verbeteringen van de productstructuur voorwaardelijk voor de stap naar prestatiebekostiging per 2013:

- 1. opname 'overige producten' in de DBC systematiek, inclusief tariefonderbouwing ECT en beschikbaarheidcomponent voor de crisiszorg;
- 2. onderbrengen van individuele componenten in de productstructuur.

Belangrijk maar niet voorwaardelijk voor prestatiebekostiging zijn:

- 3. analyse van tijdsgrenzen;
- 4. onderzoek naar tariefprincipes.

Ten behoeve van opdrachtverlening aan DBC-Onderhoud voor de verdere verbetering van de productstructuur zal de NZa zich richten op de procedure van het vaststellen van de doorontwikkelagenda voor de release 2013. Een definitief besluit over doorontwikkelagenda 2013 wordt genomen in november 2011. In februari 2012 wordt een besluit genomen over de exacte uitwerking van de onderwerpen.

De NZa is voorstander van het invoeren van een bandbreedtetarief in de cGGZ. De transparantie verbetert ook de (mogelijke) keuzevrijheid voor verzekerden. De zorginkoop door zorgverzekeraars besteedt in toenemende mate aandacht aan de kwaliteit van zorg. Ook streven zorgverzekeraars al in 2012 op de verschillende deelmarkten naar lagere dan de bestaande maximumtarieven. Het is wellicht mogelijk om (patiënt)kenmerken op te nemen in de productstructuur om via de productstructuur inzicht te genereren in de ernst van de zorgvraag. Dit is mogelijk op de langere termijn bereikbaar. Vooruitlopend op deze verbetering van de productstructuur kunnen marktpartijen meer dan ze nu doen gebruik maken van lokaal beschikbare informatie om over de bekostiging van zorgzwaarte te praten. De invoering van een bandbreedtetarief zal marktpartijen prikkelen om deze gesprekken op decentraal niveau te gaan voeren.

De NZa ziet hierbij volgende stappen:

Tijdstip	Actie	Verantwoordelijke
November 2011	Doorontwikkelagenda komende jaren afgerond	NZa/DBC-Onderhoud
Januari 2012	Aanwijzing VWS invoering prestatiebekostiging met keuze voor tariefsoort	VWS
Juni 2012	<ul style="list-style-type: none"> - IC's opgenomen in de productstructuur voor zover mogelijk - OVP-crisiszorg met tarief opgeleverd - Andere OVP's opgenomen in productstructuur 	<ul style="list-style-type: none"> - NZa - NZa - NZa
<i>PM</i>	<i>Monitor/herbeoordeling transparantie??</i>	
December 2012	Oplevering onderzoek VWS naar objectieve maat voor zorgzwaarte	VWS
Januari 2013	Invoering bandbreedtetarieven, conform analyse en keuzes uit NZa-advies	VWS/NZa
Juni 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Invoering prestatiebekostiging - Monitoring effecten plafonds 	<ul style="list-style-type: none"> - NZa - NZa

4. Specifieke zorgactiviteiten

4.1 Individuele componenten

Voor de zogeheten individuele componenten in de budgetsystematiek moet voor 2013 een oplossing worden gezocht. Dit om twee redenen:

- Zij vervallen bij overgang naar prestatiebekostiging. Echter, enkele van de individuele componenten bevatten Wmg-zorg die ook bekostigd moet worden door middel van DBC's. Daarvoor moeten dus richting 2013 activiteiten worden ontplooid.
- De kosten van (delen van) individuele componenten die geen Wmg-zorg en niet patiëntgebonden zijn, vallen niet onder het basispakket en de risicoverevening.¹⁶

Voor de overgang naar 2013 zijn de volgende individuele componenten van belang.

- Bestendig beleid
- Bijzonderheid Organisatie
- Dienstverlening
- Oorlogsslachtoffers
- Vluchtelingen/asielzoekers
- Doventoeslag
- Intensieve crisisverslavingszorg
- Orthopsychiatrie
- Snelle detoxificatie
- SGLVG-bedden
- Duurzaam verblijf verslaafden
- Lichamelijk gehandicapten

De NZa is er verantwoordelijk voor dat zorgactiviteiten die patiëntgebonden zijn en binnen het bereik van de Wmg vallen op een adequate manier in de productstructuur zijn opgenomen. Daar waar tarieven gereguleerd zijn draagt de NZa zorg voor een juist tarief. Mocht door het vervallen van individuele componenten het zo zijn dat zorg niet meer vergoed wordt, dient de NZa in een oplossing te voorzien door middel van aanpassing van de productstructuur en/of de tarifiering. De NZa zal naar verwachting begin 2012 komen met een voorstel hoe met de betreffende componenten moet worden omgegaan. Dit geeft DBC-Onderhoud de gelegenheid de productstructuur voor 2013 aan te passen.

Er zijn echter ook individuele componenten waarvan het voor de NZa nu al duidelijk is dat zij geen plek krijgen in de productstructuur omdat het geen Wmg-zorg en niet-patiëntgebonden activiteiten betreft. Voor deze individuele componenten is per 1 januari 2013 geen bekostiging op basis van DBC's mogelijk. De NZa zal daarvoor geen tarief vaststellen. De NZa stelt de sector door middel van een circulaire tijdig op de hoogte van het vervallen van deze componenten.

Bij de te vervallen individuele componenten gaat het vooral om dienstverlening, bestendig beleid, bijzonderheid organisatie, oorlogsslachtoffers en vluchtelingen/asielzoekers. Voor deze componenten zijn dus andere oplossingen nodig dan via aanpassing van

¹⁶ Onder patiëntgebonden wordt in dit verband verstaan: gericht op de bevordering of genezing van de gezondheidstoestand van een individuele patiënt. Onder Wmg-zorg wordt in dit verband verstaan iedere activiteit die onder de definitie van het begrip 'zorg' van artikel 1 Wmg valt.

de productstructuur en/of tarifiering door de NZa. Zoals VWS in haar bijlage bij het verzoek om een implementatieplan aangeeft zullen zorgaanbieders de onder dienstverlening vallende activiteiten kunnen blijven leveren. Als zij daarvoor betaald willen worden zullen zij de kosten moeten factureren bij de afnemende partij. VWS heeft ook aangegeven dat zij beziet of voor (delen van) individuele componenten alternatieve financiering nodig en mogelijk is omdat zij een specifieke doelgroep betreffen. Het gaat hierbij om componenten als bestendig beleid en bijzonderheid organisatie. De NZa zal hiertoe het ministerie van informatie voorzien. Deze alternatieve financiering maakt het mogelijk om op technische wijze de bekostiging van deze componenten per 1 januari 2013 te continueren.

Ook de bekostiging van doventolken verloopt (deels) via een individuele component. Voor de inzet van doventolken is een regeling getroffen op basis van de AWBZ (Besluit zorgaanspraken AWBZ, art. 12; nader uitgewerkt in Regeling zorgaanspraken AWBZ, art. 4 en 7). Doven en slechthorenden die curatieve geestelijke Zvw-gezondheidszorg krijgen, kunnen op dit moment geen aanspraak maken op deze regeling. Reden is dat anders dubbele bekostiging plaats vindt. Bij invoering van DBC-bekostiging komt zowel de individuele component (klinisch) als het dubbel registreren van contacten (ambulant) te vervallen. In theorie kan bij overgang naar DBC-bekostiging voor de Zvw-zorg aanspraak worden gemaakt op de AWBZ-regeling voor doventolken. Er is niets in de regeling dat zich daartegen verzet. Zodra DBC-bekostiging wordt ingevoerd dient de Regeling voor inzet van doventolken open te worden gesteld voor cliënten die curatieve geestelijke gezondheidszorg ontvangen.

De NZa onderneemt de volgende acties:

Tijdstip	Actie	Verantwoordelijke
Januari 2012	Bekend hoe IC's die Wmg en patiëntgebonden zijn worden verwerkt in de productstructuur	NZa
Januari 2012	Besluit over alternatieve financiering voor IC's die vervallen per 1/1/2013	VWS
Maart 2012	Zvw-patienten mogen wel of niet aanspraak maken op AWBZ-regeling doventolken	VWS
Augustus 2012	Productstructuur vastgesteld inclusief verwerking Individuele Componenten	NZa
Januari 2013	Individuele Componenten vervallen, alternatieve bekostiging in werking	NZa/sector

4.2 Crisiszorg

In het advies Vereenvoudiging bekostiging cGGZ (juni 2010) heeft de NZa advies uitgebracht over de bekostiging van de beschikbaarheid bij crisiszorg. Zij stelde voor om een variabele vergoeding op basis van OVP's vast te stellen ter hoogte van de huidige parameterwaarde crisiscontact in avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) minus de parameterwaarde tijdens kantooruren. De NZa verwacht dat verzekeraars bij een variabele vergoeding meer prikkels hebben om in het regionale overleg acute ketenzorg een optimale inrichting van crisiszorg na te streven. Bovendien kent een variabele bekostiging met OVP's beperkte uitvoeringslasten, in tegenstelling tot een vaste beschikbaarheidvergoeding waaraan aanzienlijke uitvoeringsconsequenties kleven.

In haar brief sluit VWS aan bij dit advies, onder voorbehoud van de uitkomsten van de beleidsontwikkeling voor de acute curatieve zorg.

De ontwikkeling van de OVP crisiszorg gebeurt in het reguliere traject van de prijzen GGZ 2013. VWS heeft in reactie op het bovenstaande advies aangegeven dat het tarief voor de OVP dient aan te sluiten bij het bestaande tarief voor de huidige budgetparameter. Om dit op een juiste manier te kunnen doen moet het gedeelte dat in de huidige budgetparameter de beschikbaarheid bekostigd inzichtelijk worden gemaakt. De NZa zal hiervoor een kostenonderzoek uit laten voeren.

De NZa onderneemt de volgende acties:

Tijdstip	Actie	Verantwoordelijke
1 ^e kwartaal 2012	Kostenonderzoek naar crisiszorg	NZa
Augustus 2012	Vaststelling OVP crisiszorg	NZa
Januari 2013	Oude bekostiging vervalt, OVP crisiszorg declarabel	NZa/sector

5. Kapitaallasten

De kapitaallasten zijn de kosten(rente- en afschrijvingskosten) voor vastgoed van zorgaanbieders die zij moeten maken om de zorg te leveren. Voor de overgang naar prestatiebekostiging is het van belang dat de vergoedingen voor deze kosten passen bij het gewenste bekostigingssysteem.

5.1 Aanleiding

In het verzoek tot implementatieplan prestatiebekostiging heeft het ministerie een aantal opmerkingen opgenomen:

- VWS onderschrijft het standpunt van de NZa om voor de vergoeding van de kapitaallasten voor de curatieve GGZ de NHC te hanteren.
- De invoering van de NHC moet plaatsvinden per 1 januari 2013.
- Er bestaat een nauwe samenhang met traject voor de NHC in forensisch strafrechtelijk kader.
- Verzoek tot aandacht voor kapitaallasten behandeling met verblijf.

In dit hoofdstuk is beschreven hoe de NZa de totstandkoming van de integrale tarieven voor de curatieve GGZ ziet.

5.2 De normatieve huisvestingscomponent

Om de prikkels in het systeem van prestatiebekostiging te optimaliseren, is het nodig dat zorginkopers integrale producten kunnen inkopen voor hun verzekerden. Dat betekent dat, anders dan in het oude budgetmodel, de kapitaallasten moeten worden toegevoegd aan de prestaties en tarieven voor de zorg, de DBC's. Instellingen worden op deze manier via de inkoopbeslissingen van verzekeraars geconfronteerd met de prijs en kwaliteit van hun zorgvastgoed. Dit geeft deze aanbieders bij hun investeringsbeslissingen een intrinsieke, economische prikkel om beter in te spelen op de individuele zorgvraag met hun huisvesting.

De normatieve huisvestingscomponent (NHC) is volgens de NZa voor de GGZ de beste methode om de kapitaallasten op te nemen in de zorgprestaties. Met de aanwijzing van 12 juli 2011 heeft de minister van VWS de invoer van een NHC voor de GGZ voor zowel de care als de cure bevestigd. Dit betekent dat ter bekostiging van de kapitaallasten die samenhangen met het verblijf (ex behandeling) in een GGZ-instelling, de NHC wordt ingevoerd. In de aanwijzing is eveneens de samenhang aangegeven tussen de ggz care en cure voor o.a. wat betreft de overgangsregeling en de boekwaardeproblematiek.

Uitgangspunt voor de vormgeving van de NHC voor de cGGZ is het systeem dat gekozen is voor de NHC voor de care. Daar waar nodig, op basis van verschillen in zorg of bekostigingssystemen, zullen bijzondere aandachtspunten verder worden uitgewerkt.

Op die manier sluit de NHC het beste aan bij de kapitaallasten van de gebouwen die noodzakelijk zijn voor het voorzien in de zorgvragen binnen de cGGZ. Bijzondere aandachtspunten zijn (op voorhand niet-limitatief) de kapitaallasten voor behandeling tijdens verblijf, bezettingspercentages etc. Ook zal er aandacht zijn voor de eventuele overgang van patiënten uit de ZVW naar de AWBZ. Vermeden moet

worden dat (onverklaarbare) verschillen in de hoogte van bekostiging van de kapitaallasten ontstaan.

5.3 Raakvlakken en afhankelijkheden

De NHC voor de curatieve GGZ zal per 1 januari 2013 ingevoerd moeten worden. De NHC-vergoeding vervangt vanaf dat moment de procentuele opslag in de productstructuur voor verblijf. De datum van invoering ten opzichte van de AWBZ is hiermee één jaar later. Voor de forensische zorg in strafrechtelijk kader is eveneens de invoering van de NHC per 1 januari 2013 beoogd. Bij de ontwikkeling van de nhc voor cure en fz vindt binnen de NZa afstemming plaats ten behoeve van samenhang. Hierdoor worden ongewenste verschillen in uitwerking voorkomen.

De NHC wordt gekoppeld aan de nieuwe productstructuur voor verblijf. Bij de ontwikkeling van de nieuwe verblijfs-DBC's zijn ook gegevens uitgevraagd met betrekking tot de gebouwenmerken van GGZ-instellingen. Deze gegevens zal de NZa betrekken bij de uitwerking van de NHC's. De bouwkundige expertise, uitwerking en advisering met betrekking tot de hoogte van de investeringsbedragen wordt verzorgd door TNO. Er zijn geen voortekenen dat deze afhankelijkheid van TNO zal leiden tot verstoring/vertraging van het proces.

5.4 Proces invoering integrale tarieven

Op dit moment is de NZa bezig met de uitwerking van de NHC voor de curatieve GGZ. Voor definitieve beslissingen zal de NZa ook gebruikmaken van de kennis en expertise van veldpartijen. Hiertoe zullen brancheorganisaties van aanbieders die verblijf bieden worden geraadpleegd alsmede verzekeraars.

In deze paragraaf is verder beschreven welke acties de NZa zal ondernemen om de invoering van de NHC voor 2013 plaats te laten vinden.

5.4.1 Aanwijzing

Vooralsnog kan er vanuit worden gegaan dat de aanwijzing voor de care de invoering van de NHC cure voldoende afdekt. Naar de mening van de NZa is ook voor de nieuwe productstructuur voor verblijf geen afzonderlijke aanwijzing aanwezig/nodig/gevraagd.

De NZa gaat er voor de curatieve GGZ op dit moment vanuit dat indien de invoering van de NHC binnen de beleidskaders van de aanwijzing blijft, de NZa zelfstandig de prestaties en tarieven kan vaststellen voor 2013.

5.4.2 Uitwerking NHC

Tijdens het proces van de totstandkoming van de NHC zijn de volgende acties het vermelden waard voor verzekeraars en aanbieders:

- 1 januari 2012: Overleg met veld over investeringsbedragen van de NHC voor de Cure afgerond.
- Eerste kwartaal 2012: Concept-NHC's berekenen en bekendmaken
- Tweede kwartaal 2012: NHC's vaststellen

5.4.3 Implementatie NHC

De NZa zal in het tweede kwartaal van 2012 de noodzakelijke regelgeving voor de invoer van de normatieve huisvestingscomponent vaststellen. Ook zal er worden voorzien in de mogelijkheid tot declaratie van de gelden prestaties en tarieven. Concreet gaat het om de volgende acties:

- Tweede kwartaal 2012: De NZa verzoekt DBC-Onderhoud de productstructuur zo vorm te geven dat de NHC's declarabel zijn voor zorgaanbieders.
- 1 augustus: De productstructuur wordt vastgesteld door de NZa, inclusief de NHC's. ICT-bedrijven en zorgaanbieders dragen er zorg voor dat het mogelijk wordt om de NHC's te declareren.
- 1 oktober: Publicatie van de NZa-beleidsregels voor het beleid ten aanzien van de NHC's. Dit is inclusief het invoertraject.

5.5 Kapitaallasten vanwege behandeling tijdens verblijf

De productstructuur voor de DBC's in de GGZ bestaat uit behandelprestaties en verblijfsprestaties. De behandelprestaties gelden zowel voor de ambulante zorg als de behandeling in een kliniek. Op de prestaties voor behandeling is een procentuele opslag verwerkt die de kapitaallasten voor behandeling vergoedt voor zowel de ambulante behandeling als de behandeling tijdens het verblijf.

De NHC voor de curatieve ggz dient derhalve rekening te houden met het gegeven dat de kapitaallasten voor behandelruimtes in de kliniek worden bekostigd vanuit de productstructuur voor behandeling. Het investeringsniveau van de NHC voor verblijf heeft derhalve uitsluitend betrekking op het verblijf exclusief de met de behandeling samenhangende kapitaallasten.

Bij de ontwikkeling van de NHC zal rekening worden gehouden met een (gemiddeld) te verwachten dekking voor kapitaallasten uit de opbrengsten van behandeling ten opzichte van de totale investering (inclusief behandelruimtes e.d.) van de activa. Indien uit berekeningen blijkt dat de te verwachten gemiddelde dekking ontoereikend is kan een procentuele opslag op het investeringsbedrag van de NHC worden toegepast.

De NZa neemt voor het onderdeel kapitaallasten de volgende stappen:

Tijdstip	Actie	Verantwoordelijke
1 ^e kwartaal 2012	Concept NHC's bekend	NZa
2e kwartaal 2012	Vaststellen NHC's en bijbehorende regelgeving	NZa
Januari 2013	Start overgangtraject, NHC's declarabel	NZa

Bijlagen

- Verzoek van VWS
- Schriftelijke reacties op consultatie



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit
t.a.v. de voorzitter
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**

Directie Curatieve Zorg
Curatieve Geestelijke
Gezondheidszorg

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 98 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

drs. F.A. Hoogendijk/ drs. P.D.
Gill
Beleidscoördinator

T 070-3406774
F 070-3407103
fa.hoogendijk@minvws.nl

Kenmerk

CZ/CGGZ3077950

Bijlage(n)

1

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum - 6 SEP. 2011

Betreft Verzoek om implementatieplan prestatiebekostiging ggz

Geachte voorzitter,

In november 2009 heeft VWS u om advies gevraagd over de wijze waarop invoering van prestatiebekostiging en daar waar mogelijk liberalisering in de curatieve ggz op verantwoorde wijze mogelijk kan worden gemaakt. In reactie op dat verzoek, heeft u in juni 2010 uw advies 'Vereenvoudiging bekostiging van de curatieve ggz' opgeleverd. In oktober 2010 heeft u daarnaast het rapport 'Verbetering werking dbc-systeem ggz' uitgebracht. Door de val van het vorige Kabinet en de tijd die gemoeid was met de formatie van het nieuwe Kabinet is de politieke besluitvorming over dit dossier vertraagd en is er vanuit VWS nog niet op deze adviezen gereageerd.

Inmiddels zijn de contouren van het beleid voor de bekostiging van de tweedelijns curatieve ggz echter voldoende uitgewerkt om te kunnen reageren op uw adviezen en om u te kunnen vragen de voorbereiding ter hand te nemen van de invoering van prestatiebekostiging in de ggz per 2013. Door middel van deze brief wil ik u daarom vragen om een implementatieplan op te stellen voor de invoering van prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve ggz per 2013. Omdat ik dit najaar overleg voer met de sector over de vaststelling van een brede beleidsagenda voor de ggz, waar de invoering van prestatiebekostiging deel van moet uitmaken, verzoek ik u het implementatieplan uiterlijk half oktober op te leveren, zodat de inhoud van het plan bij de onderhandelingen over een brede beleidsagenda kan worden betrokken.

In reactie op de door u uitgebrachte rapporten formuleer ik in deze brief (inclusief bijlage) tevens enkele beleidsuitgangspunten. Ik verzoek u deze ook als uitgangspunten te hanteren bij het maken van uw implementatieplan.



Einddoel

In het Regeerakkoord is met betrekking tot de invoering van prestatiebekostiging in de ggz het volgende overeengekomen: *in de ggz wordt volledige risicodragendheid van verzekeraars voor de curatieve ggz inclusief invoering van prestatiebekostiging ingevoerd en wordt macronacalculatie voor de geneeskundige ggz uiterlijk in 2015 afgeschaft.*

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Curatieve Geestelijke
Gezondheidszorg

Kenmerk
CZ/CGGZ3077950

Het doel van prestatiebekostiging is het verbeteren en waarborgen van de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt. Met de invoering van Diagnose Behandeling Combinaties (dbc's) in de ggz beogen we meer inzicht te krijgen in de zorgvraag van de patiënt en de kosten van de daarvoor benodigde behandeling. Door een eenheid van taal te creëren kunnen aanbieders en verzekeraars met elkaar onderhandelen over te leveren zorgprestaties.

Zoals op 10 juni 2011 per brief aan de Eerste en Tweede Kamer is aangekondigd (respectievelijk CZ 3068439 en CZ 3066636), is mijn inzet invoering van prestatiebekostiging per 2013, mits in voldoende mate is voldaan aan een aantal randvoorwaarden, te weten een budgettair beheersbaar systeem dat past binnen het beschikbare financiële kader, voldoende risicodragendheid van zorgverzekeraars, inzicht in kwaliteit en zorgzwaarte, voldoende sturingsmogelijkheden voor verzekeraars, een goede en stabiele productstructuur, juiste dbc-tarieven en een eenduidige diagnosestelling. Binnen dit kader is het mogelijk om over te gaan op bekostiging op basis van dbc's, met op termijn zo mogelijk vrije prijsvorming.

Doel implementatieplan

Zoals gezegd wil ik invoering van prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve ggz per 2013 deel laten uitmaken van een bestuurlijk akkoord dat ik ultimo 2011 met de ggz-veldpartijen wil afsluiten. Ik ben voornemens om in aansluiting op dit bestuurlijk akkoord u begin 2012 een aanwijzing te sturen om prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve ggz in te voeren. Om deze doelen te kunnen bereiken heb ik inzicht nodig in de stappen die tot 2013 (en eventueel in een korte transitieperiode daarna) gezet moeten worden om per 2013 een verantwoorde overstap naar prestatiebekostiging op basis van dbc's mogelijk te maken.

Ik verzoek u daarom in het implementatieplan een traject uiteen te zetten waarbinnen de eerdergenoemde randvoorwaarden op zodanige wijze vervuld kunnen worden dat naar uw oordeel per 2013 de stap naar prestatiebekostiging op verantwoorde wijze kan worden gezet. Indien noodzakelijk kan een meerjarig overgangsmodel deel uitmaken van dat traject. Dat overgangsmodel dient dan wel in de tijd begrensd te zijn, waarbij een koppeling wordt gemaakt met de vervulling van de randvoorwaarden.

Het implementatieplan dient in ieder geval in te gaan op de volgende onderwerpen:

- Beheersing van de macrobudgettaire risico's na de overstap op prestatiebekostiging per 2013.
- Beheersing van de transitierisico's van gebudgetteerde instellingen voor zover die samenhangen met de overstap naar prestatiebekostiging per 2013.
- Het in kaart brengen van de financiële impact van de overstap naar prestatiebekostiging op instellings- en macroniveau.



- Verbetering van de dbc-systematiek
 - o Verbetering van de productstructuur
 - o Bepaling van juiste kostprijzen en tarieven
 - o Inzicht in kwaliteit en zorgwaarde

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Curatieve Geestelijke
Gezondheidszorg

Ik vraag u bij deze onderwerpen steeds in het bijzonder aandacht te besteden aan de relatie met de prikkelwerking in het systeem (voor aanbieders en verzekeraars) en de zorginkooprol van de verzekeraars.

Kenmerk
CZ/CGGZ3077950

Verder vraag ik u om een planning op hoofdlijnen van de benodigde werkzaamheden richting 2013 deel uit te laten maken van het implementatieplan. Ik vraag u daarbij ook aandacht te besteden aan de wijze waarop veldpartijen in het traject worden betrokken.

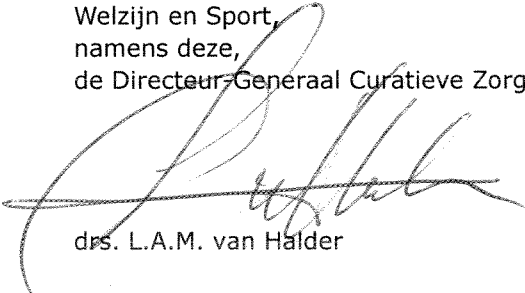
Ik beseft dat de termijn waarop ik van u een implementatieplan verwacht zeer kort is. In het implementatieplan volstaat dan ook een uitwerking van de genoemde onderwerpen op hoofdlijnen. U kunt in het implementatieplan aangeven welke aspecten in een later stadium nader uitgewerkt moeten worden, met daarbij de tijdsplanning waarbinnen deze nadere uitwerking moet worden gerealiseerd, uitgaande van 2013 als het beoogde invoeringsjaar van de prestatiebekostiging.

Keuzes VWS

In de eerder genoemde adviezen heeft u mij een aantal keuzes en vragen voorgelegd, die deels bepalend zijn voor uw implementatieplan. In de bijlage bij deze brief laat ik u het standpunt van VWS weten op de verschillende onderdelen.

Indien u naar aanleiding van dit verzoek vragen heeft, verzoek ik u contact op te nemen met de betrokken beleidsdirectie.

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de Directeur-Generaal Curatieve Zorg,



drs. L.A.M. van Halder



Bijlage Uitgangspunten VWS

a. Budgettaire beheersbaarheid

De overgang naar prestatiebekostiging moet plaatsvinden in de context van een budgettair beheersbaar systeem dat past binnen de beschikbare financiële kaders. De afgelopen jaren staat de budgettaire beheersbaarheid van de uitgaven aan tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg (cggz) onder druk. Het huidige bekostigingsstelsel van de cggz laat zich karakteriseren met de term "stuck in the middle": halverwege een gebudgetteerd systeem en een model van (beperkte) gereguleerde concurrentie. Dit leidt tot een spiraal van steeds weer nieuwe overschrijdingen en (als reactie daarop) steeds weer nieuwe budget- en/of tariefkortingen achteraf. Voor ggz-aanbieders leidt dit tot onzekerheid en een druk om steeds weer maatregelen te nemen die op korte termijn tot kostenbesparingen leiden, maar die niet per definitie goed zijn voor de kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van de cggz op (middel)lange termijn.

Voor beheersbare ggz-uitgaven is het onder andere nodig dat de aanspraken op ggz in het verzekerde pakket worden aangescherpt. Het CVZ is als pakketbeheerder gevraagd hiervoor voorstellen aan te dragen. Ook binnen de komende overleggen over een brede beleidsagenda in de ggz zal de vraag wat verzekerde ggz moet zijn een thema zijn.

Daarnaast moet de inrichting van het systeem van prestatiebekostiging zodanig zijn dat zorgaanbieders en verzekeraars meer geprikkeld worden om – met inachtneming van de zorgplicht – macrobudgettaire overschrijdingen te voorkomen. Dit om te bevorderen dat de kans dat ingrijpen achteraf nodig is (met bijvoorbeeld het nieuwe macrobeheersinstrument 'mbi' of met andere maatregelen), zo klein mogelijk is. Een adequate afbouw van de expostvereveningsmechanismen voor verzekeraars is daarvoor nodig. Op die manier worden verzekeraars volledig financieel verantwoordelijk voor de beheersing van de cggz-uitgaven.¹ Ook is het nodig om de prikkelwerking van het dbc-systeem (het geheel van onder andere de productstructuur, de tarieven en bepalingen en afspraken over registraties en informatie-uitwisseling) via een doorontwikkeltraject te verbeteren. Meer in het algemeen geldt, dat de productstructuur stabiel moet zijn, de tarieven adequaat en dat er voldoende sturingsinformatie moet zijn voor zorgverzekeraars. Ik kom hier later in deze bijlage op terug.

Voor zover de benodigde systeemprikkels per 2013 nog niet voldoende in stelling zijn gebracht, zijn ten behoeve van de budgettaire beheersbaarheid nog maatregelen nodig. Ik verzoek u om – binnen het wettelijke kader van de WMG zoals die per 2012 geldt en de ZVW – op hoofdlijnen alternatieven uit te werken hoe die maatregelen vorm te geven. Ik verzoek u tevens om van alle in beeld gebrachte varianten een inventarisatie te maken van de voor- en nadelen.

¹ Per 2012 wordt al een stap in deze richting gezet door de ex post macronacalculatie af te schaffen.



b. Beheersing transitierisico's zorgaanbieders

De beleidslijnen zoals hiervoor omschreven dienen voor de beheersing van de macrobudgettaire risico's van de overheid en om het veld niet steeds met budget- en tariefkortingen achteraf te confronteren. De beschreven beleidslijnen zorgen echter niet voor een beheersing van de risico's die voor gebudgetteerde instellingen gekoppeld zijn aan de overstap naar prestatiebekostiging.

In uw advies van juni 2010 heeft u geadviseerd om gedurende de eerste drie jaar na de overstap op dbc-bekostiging de bekostiging van gebudgetteerde instellingen via een ingroeimodel te laten verlopen. Via dit ingroeimodel (ook wel z-waardemodel genoemd) zouden gebudgetteerde instellingen geleidelijk steeds meer met de gevolgen van de overstap op prestatiebekostiging worden geconfronteerd.

Omdat we inmiddels ruim een jaar verder zijn, verzoek ik u opnieuw een afweging te maken of er algemene transitiemaatregelen nodig zijn voor de beheersing van de risico's van gebudgetteerde instellingen die samenhangen met de overstap naar prestatiebekostiging. Ik verzoek u hiertoe ten eerste de te verwachten financiële impact van de overstap naar prestatiebekostiging op gebudgetteerde instellingen in kaart te brengen. Daarnaast verzoek ik u ook de volgende overwegingen mee te wegen:

- Door herhaaldelijk uitstel van de prestatiebekostiging wordt 2012 voor de sector het vijfde transitiejaar op rij. Vraag is of de sector hiermee voldoende in de gelegenheid is gesteld om zich op de nieuwe situatie voor te bereiden.
- Mits dit vanuit de optiek van heersende marktverhoudingen en markttransparantie verantwoord is en naarmate vanaf 2013 hardere garanties gelden voor macrobudgettaire beheersbaarheid,² kan worden overwogen meer onderhandelingsvrijheid te geven ten aanzien van de dbc-tarieven. Deze onderhandelingsvrijheid zou in het verkeer tussen verzekeraars en aanbieders wellicht gebruikt kunnen worden om specifieke aanbiederisico's op te lossen.

Indien u opnieuw tot de afweging komt dat voor een adequate beheersing van de risico's van gebudgetteerde instellingen een algemene transitieregeling nodig is, vraag ik u een voorstel op hoofdlijnen te doen voor zo'n regeling en daarbij de volgende randvoorwaarden in acht te nemen:

- De regeling dient alleen de systeemrisico's van aanbieders te beheersen en geen reguliere omzetrisico's³ en moet dus ruimte geven aan ondernemerszin en dynamiek.⁴

² Zie de vorige paragraaf van deze bijlage.

³ Onder systeemrisico's versta ik de omzetverschuivingen tussen aanbieders die puur te maken hebben met de technische veranderingen van het bekostigingssysteem en los staan van omzetmutaties die ook onder de oude bekostigingssystematiek zouden hebben plaatsgevonden als gevolg van verschuivingen in de omvang en samenstelling van patiëntenstromen. Reguliere omzetrisico's betreffen omzetverschuivingen die puur het gevolg zijn van mutaties in aard en omvang van de patiëntenpopulatie van zorgaanbieders.

⁴ Het eerder door u voorgestelde z-waardemodel voldoet niet aan deze voorwaarde, omdat hiermee alle omzetmutaties van instellingen (ook de reguliere omzetmutaties die het gevolg zijn van verschuivingen van patiëntenstromen) worden gedempt.



- De regeling moet binnen de beschikbare macrobudgettaire kaders kunnen worden geïmplementeerd.
- De regeling moet per 2013 een einde maken aan de dubbele administratie van zorgaanbieders en de bekostiging op basis van AWBZ-parameters.
- De regeling moet voldoende draagvlak hebben bij veldpartijen.

Ik verzoek u om bij de formulering van uw voorstel rekening te houden met de (tussen)uitkomsten van het overleg dat VWS met veldpartijen zal voeren over de vaststelling van een brede beleidsagenda voor de curatieve ggz.

c. Verbetering dbc-systematiek ggz

Één van de randvoorwaarden voor invoering van prestatiebekostiging in de ggz is een goed werkende dbc-systematiek met een stabiele productstructuur en juiste tarieven. Zoals hierboven aangegeven dient de planning van een verbetertraject voor de dbc-systematiek deel uit te maken van uw implementatieplan. Om u daar bij te faciliteren geef ik hieronder een korte reactie op uw rapport "Verbetering werking dbc-systeem ggz" van oktober 2010.

In uw rapport vestigt u de aandacht op enkele ontwikkelpunten van de huidige dbc-systematiek. U stelt het bij het uitvoeren van uw wettelijke taak als zorgautoriteit als een probleem te ervaren, dat vanwege de grofmazigheid van de dbc-productstructuur voor behandeling in de ggz, de tarieven fors kunnen afwijken van de werkelijke kosten. In uw rapport benoemt u drie manieren om dit knelpunt aan te pakken:

1. Verdere opsplitsing van de huidige productstructuur;
2. Invoeren van bandbreedte- of vrije tarieven; of
3. Loskoppelen van bekostiging van het behandeltraject.

Ik deel uw analyse dat verbetering van de werking van de dbc ggz systematiek wenselijk is. De door u geagendeerde grofmazigheid is een van de onvolkomenheden in de huidige productstructuur, zeker als deze leidt tot tarieven die sterk kunnen afwijken van de werkelijke kosten (en daarmee mogelijk zorgzwaarteproblematiek). Daarnaast brengt de grofmazigheid van de productstructuur ook verkeerde prikkels met zich mee, zoals de prikkel om door te behandelen totdat een tijdsgrens wordt overschreden.

Mijns inziens dient de oplossing van de door u gesignaleerde knelpunten gezocht te worden in verbetering van de productstructuur, mogelijk aangevuld met meer ruimte voor lokale onderhandeling over de prijs (zie ook hierna in de paragraaf over tarieven). Het loskoppelen van de bekostiging van het integrale behandeltraject is onverenigbaar met een zorgvraaggestuurde bekostigingssystematiek.

Een ander element dat betrokken kan worden bij de verbetering van de werking van de dbc-systematiek is het waar nodig verder verfijnen en standaardiseren van de informatiestroom tussen verzekeraars en zorgaanbieders buiten de productstructuur om (het vergroten van de transparantie). Ook als bepaalde patiëntkenmerken en nevend diagnoses binnen de productstructuur niet leiden tot een andere dbc, kan het op patiëntenpopulatie niveau uitwisselen van



gestandaardiseerde informatie hierover tussen een individuele zorgaanbieder en een individuele verzekeraar, helpen om onderling beter onderbouwde afspraken te maken over zaken als tarief en gemiddelde behandelduur. Een voordeel hiervan ten opzichte van het aanpassen van de productstructuur, is bijvoorbeeld dat op deze manier beter rekening kan worden gehouden met de privacy van individuele cliënten.

Verbeteringen in de productstructuur zijn dus nodig, maar zijn niet de enige manier waarop verbeteringen in de dbc-systematiek kunnen worden bewerkstelligd. Er dient bij het nemen van maatregelen een goed evenwicht gevonden te worden gevonden tussen aanpassing van de productstructuur, het verfijnen en waar nodig verder standaardiseren van de informatiestroom tussen zorgaanbieders en verzekeraars en het waar nodig aanpassen van de tarifiering. Daarbij is het van belang dat de productstructuur eenvoudig en hanteerbaar blijft. Hierna ga ik op alle drie deze elementen nader in.

Productstructuur

De benodigde verbetering van de productstructuur beperkt zich mijns inziens niet tot verdere opsplitsing van productgroepen voor behandeling in kleinere eenheden. In ambtelijk overleg tussen NZa, DBC Onderhoud en VWS zijn diverse andere mogelijkheden naar voren gekomen om de prikkelwerking van het dbc-systeem te verbeteren, zoals uitbreiding van de door u ontwikkelde modulaire opbouw van dbc's door ook de zogenaamde 'ovp's' (overige producten) daarin op te nemen. Ik wil u de ruimte geven om op basis van uw expertise en in overleg met DBC Onderhoud en het veld tot een brede aanpak te komen voor de doorontwikkeling en verbetering van de dbc-productstructuur. Ik wil u daarbij vragen een zodanige prioritering te kiezen, dat de productstructuur per 2013 voldoende stabiel is om verantwoord over te kunnen stappen naar prestatie-bekostiging (rekening houdend met de maatregelen die dan van kracht zijn om macrobudgettaire risico's en transitierisico's van aanbieders op te kunnen vangen en de mate van transparantie op het gebied van zorgzwaarte en kwaliteit die dan bereikt kan zijn). Ook vraag ik u in beeld te brengen hoe de jaren daarna benut kunnen worden voor de implementatie van eventuele verdere verbeteringen.

Ik verzoek u hierbij wel om in elk geval het volgende ontwikkelpunt een plek te geven op de doorontwikkelagenda gericht op 2013. Op dit moment kan binnen de productstructuur niet altijd goed onderscheid worden gemaakt tussen verzekerde en onverzekerde zorg. Dat is onwenselijk. Dit is ook relevant tegen de achtergrond van de brief van VWS aan de Eerste en Tweede Kamer van 10 juni jl., waarin is aangegeven dat uiterlijk eind 2012 advies van de CVZ over een scherpere pakketafbakening voor de ggz nodig is. Bedoeling is dat in dat advies wordt bekeken of de behandeling van bepaalde aandoeningen op grond van het criterium 'lage ziektekast' geheel of deels uit het pakket kan worden gehaald. Bij het 'gedeeltelijk' uit het pakket halen van bepaalde behandelingen kan gedacht worden aan verwijdering, *uitsluitend* bij bepaalde eenduidig omschreven indicaties (zoals dit bijvoorbeeld ook bij plastische chirurgie geregeld is). Het is van belang dat de verschillen tussen verzekerde en onverzekerde behandelingen die wellicht op basis van dit advies ontstaan, goed in het dbc-systeem tot uitdrukking kunnen worden gebracht.



Tarieven

In uw rapport "Verbetering werking dbc-systeem ggz" noemt u vrije- of bandbreedtetarieven als een van de oplossingsrichtingen voor het stabiliseren van de productstructuur en het vaststellen van bijbehorende tarieven. In het Regieoverleg van 23 november 2010 is met veldpartijen besproken dat als bepaalde zaken, zoals bijvoorbeeld zorgzwaarte, niet goed verankerd kunnen worden in de dbc-productstructuur, er bekeken moet worden of er dan een oplossing mogelijk is via het wijzigen van de tariefsoort. Hierbij kan gedacht worden aan vrije tarieven of bandbreedtetarieven. Uit de voortgangsrapportage van DBC Onderhoud over zorgzwaarte blijkt dat er weinig tot geen mogelijkheden worden gevonden om zorgzwaarte beter in te bedden in de productstructuur dan nu al het geval is.

Ik wil u daarom vragen om – in samenhang met het te initiëren verbetertraject voor de productstructuur behandeling en de activiteiten die worden ontplooid om meer inzicht te krijgen in de zorgzwaarte van patiënten en de kwaliteit van zorg (zie de volgende paragraaf) – mij nader te adviseren over de vraag of de voorwaarden voor het succesvol kunnen vrijgeven van tarieven voor de curatieve ggz per 2013 zijn ingevuld. Daarnaast dient u in te gaan op de mogelijkheden van andere tariefsoorten, als alternatief voor als volledige vrije prijsvorming onmogelijk of onwenselijk zou blijken. Van alle scenario's verwacht ik tevens een inschatting van de macrobudgettaire risico's en een realistisch tijdpad. Daarnaast vraag ik u aan te geven wat de verschillende scenario's betekenen voor de prikkelwerking in het systeem (voor aanbieders en verzekeraars) en de zorginkoop door de zorgverzekeraars.

Indien u van mening bent dat aanpassing van de tariefsoorten per 2013 niet voor alle ggz-dbc's wenselijk, mogelijk en/ of verantwoord is, verzoek ik u aan te geven welke maatregelen u in relatie tot de berekeningsmethodiek nodig vindt om de kwaliteit van de (resterende) maximumtarieven te verbeteren en hoe u richting 2013 met de (resterende) maximumtarieven om wilt gaan.

Inzicht in zorgzwaarte en kwaliteit

Zoals al aangegeven kunnen zowel de huidige zorgzwaarteproblematiek (in relatie tot de grofmazigheid van de huidige productstructuur), als de ongewenste prikkel die van de huidige productstructuur uitgaat om lang door te behandelen o.a. worden aangepakt door een betere informatiestroom tot stand te brengen tussen zorgaanbieder en verzekeraar.

Verzekeraars hebben aangegeven op dit moment onvoldoende zicht te hebben in de zorgzwaarte van patiënten bij de inkoop van curatieve ggz. De beschikbaarheid van goede informatie op (sub)populatie-niveau over zorgzwaarte zou het voor verzekeraars beter mogelijk maken om bij de zorginkoop de kosten van een aanbieder in verband te brengen met de zorgvraag/ zorgzwaarte van zijn patiënten. Hierdoor wordt het beter mogelijk om bij de zorgcontractering niet zozeer centraal te stellen welke zorg er wordt geleverd (wat er gebeurt), maar welke zorg er nodig is gelet op de zorgvraag van patiënten (wat er nodig is/ waarom het gebeurt). Omdat verzekeraars nu onvoldoende beschikken over informatie over zorgzwaarte is het nu moeilijker om goed onderbouwde



tariefafspraken te maken en afspraken over bijvoorbeeld de gemiddelde behandelduur van (groepen) patiënten.

Met het oog op het voorgaande is VWS – zoals al aangekondigd in de brief aan de Eerste en Tweede Kamer van 10 juni jl. – bezig met het uitzetten van een onderzoek naar een objectieve maat voor zorgzwaarte. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen worden gebruikt om de sturingsinformatie voor zorgaanbieders en verzekeraars te verbeteren en kunnen wellicht ook aanknopingspunten bieden om de productstructuur in de toekomst verder te verfijnen. Zowel de NZa als DBC Onderhoud zullen worden uitgenodigd om plaats te nemen in de begeleidingscommissie van het onderzoek.

Weer een verdere ontwikkelstap is om niet alleen de zorgvraag (of benodigde zorgzwaarte), maar de zorgvraag in combinatie met het behandelresultaat (kwaliteit) leidend te laten zijn bij de inkoop. Daarvoor is dan wel goede informatie nodig over de behandeluitkomsten. Ook informatie over klanttevredenheid zou in de toekomst prominenter bij de zorginkoop betrokken kunnen worden. In 2010 hebben GGZ Nederland en ZN met het oog hierop een kwaliteitsbenchmark opgezet, waarmee geïnvesteerd wordt in het op een vergelijkbare manier meten van effecten van de behandeling door middel van ROM (*Routine Outcome Monitoring*) en van de klantervaringen met behulp van de CQ-index. Het bijbehorende bestuurlijke akkoord tussen GGZ Nederland en ZN gaat uit van een jaarlijkse groei van ROM-uitkomstgegevens ten behoeve van een landelijke benchmark naar een niveau van 50% van de cliënten in 2014. Ook via het programma Zichtbare Zorg komt steeds meer kwaliteitsinformatie beschikbaar op het gebied van effectiviteit, patiëntveiligheid en cliënttevredenheid.

Voor VWS is de vergelijkbaarheid van informatie over kwaliteit van zorg binnen de ggz, maar ook tussen verschillende zorgsectoren van groot belang. Daarnaast is eenduidigheid van meetinstrumenten en een groei naar aandoeningsspecifieke en meer op output gerichte kwaliteitsinformatie voor VWS belangrijk. Dit vanwege de genoemde intentie om op langere termijn een link te kunnen leggen tussen de beschikbare kwaliteitsinformatie en de zorginkoop.

Vanuit uw verantwoordelijkheid als marktmeester en toezichthouder monitort u regelmatig de ontwikkelingen in de curatieve ggz op het vlak van transparantie. Per brief van 4 augustus 2011 heeft u laten weten vooruitgang te zien in de transparantie van de curatieve ggz, vanwege diverse ontwikkelingen in het veld. Gelet op deze ontwikkelingen ziet u geen aanleiding om de transparantie in de curatieve ggz via regulering verder te bevorderen. U heeft ook aangegeven dat de NZa de transparantie in de curatieve ggz zal blijven monitoren om vast te kunnen stellen of op een verantwoorde wijze prestatiebekostiging kan worden ingevoerd. Ik verzoek u dit najaar uw oordeel hierover te geven, dan wel aan te geven welke concrete verbeteringen in de transparantie nodig zijn om deze per 2013 zodanig op peil te krijgen dat verantwoorde invoering van prestatiebekostiging in dat jaar mogelijk is (rekening houdend met de maatregelen die dan van kracht zijn om macrobudgettaire risico's en transitierisico's van aanbieders op te kunnen vangen).



d. Specifieke zorgactiviteiten

Individuele componenten

Met de overgang naar prestatiebekostiging per 2013 zullen ook de zogenaamde individuele componenten komen te vervallen.

De individuele componenten zijn oorspronkelijk bedoeld voor (zorg)activiteiten van specifieke instellingen, die niet binnen de reguliere budgetparameters konden worden vergoed. Het betreft de individuele componenten voor dienstverlening, bestendig beleid, bijzonderheid organisatie, oorlogsslachtoffers, vluchtelingen/asielzoekers, doventoeslag, intensieve crisisverslavingszorg, snelle detoxificatie, repatrianten, dubieuze debiteuren, lichamelijk gehandicapten, SGLVG-bedden, orthopsychiatrie en duurzaam verblijf verslaafden.

In ambtelijke contacten tussen VWS en NZa is door u aangegeven dat, voor het bepalen van de manier waarop onder een systeem van prestatiebekostiging met de financiering van deze activiteiten moet worden omgegaan, het o.a. relevant is te bekijken in hoeverre deze activiteiten WMG-zorg zijn.

Wat betreft de component dienstverlening sluit ik aan bij de al in 2008 per circulaire door u aangekondigde lijn met betrekking tot de afschaffing van deze component. De activiteiten die onder deze component vallen zijn geen WMG-zorg. Dit betekent dat de NZa vanaf 2013 geen tarief voor deze prestatie meer zal vaststellen op basis van de WMG. Zorgaanbieders die de onder dienstverlening vallende activiteiten willen blijven leveren, zoals consultatie en advies aan (de eigen) instelling of netwerk- of stagebegeleiding, zijn vrij om hierover afspraken te maken met de afnemende partij. Daarmee komen de ingekochte activiteiten ten laste van de bij de afnemende partij beschikbare middelen en worden niet meer bekostigd op basis van een dbc of zogenaamd 'overig product' (ovp).

Wat betreft de overige (delen van) individuele componenten, die geen WMG-zorg zijn, wil ik bezien in hoeverre eventuele alternatieve financiering nodig en mogelijk is voor zover het een specifieke doelgroep betreft. Het betreft hier componenten als bestendig beleid en bijzonderheid organisatie.

(Delen van) de individuele componenten die (deels of geheel) WMG-zorg zijn en (deels of geheel) patiëntgebonden kunnen bij verdere invoering van prestatiebekostiging bekostigd (blijven) worden op basis van een dbc dan wel ovp. Ik verwacht van u een advies wanneer zou blijken dat deze activiteiten niet of niet goed in de dbc's zitten.

Wat betreft de toeslag voor doventolken zal ik de beleidsmatige uitvoerbaarheid van uw ambtelijke voorstel nader bezien om deze per 2013 in zijn geheel te laten vallen onder de AWBZ.

Crisiszorg

Wat betreft de declaratie van crisiszorg binnen de dbc ggz systematiek gaat mijn voorkeur uit naar een variabele vergoeding voor beschikbaarheid en bereikbaarheid op basis van een ovp ('overig product') voor Avond-, Nacht en



Weekenduren (ANW). De patiëntgebonden contacten blijven dan bekostigd worden middels een dbc. Ik verwacht dat er zo met beperkte uitvoeringslasten een prikkel is voor verzekeraars om doelmatig crisiszorg in te kopen. Daarbij hecht ik eraan dat de variabele vergoeding voor beschikbaarheid en bereikbaarheid voor ANW zodanig aansluit bij de bestaande parameters, dat er sprake is van een vergelijkbaar tarief als in de huidige situatie.

Wel wil ik een voorbehoud maken bij de keuze voor een variabele vergoeding middels een ovp. De te verwachten beleidsontwikkelingen binnen de acute curatieve zorg kunnen wellicht leiden tot wijzigingen in de bekostiging. Met het oog op de gewenste verbetering in toegankelijkheid en doelmatigheid, ook voor de acute ggz, zal bijvoorbeeld worden bezien in hoeverre het noodzakelijk is om aan te sluiten bij de huisartsenpost (HAP) en spoedeisende hulp (SEH) gebruikelijke vergoeding. Hierbij zal ook een afweging gemaakt worden ten aanzien van de gewenste beschikbaarheid van intensieve crisis- en verslavingszorg. Zodra hier meer duidelijk over is, zal ik u uiteraard informeren.

e. Kapitaallasten

In uw advies doet u een voorstel over hoe om te gaan met de kapitaallasten bij het beëindigen van de bekostiging op basis van NZa-parameters. Ik onderschrijf uw uitgangspunt om ook voor het traject van de dbc's de normatieve huisvestingscomponent (NHC) als uitgangspunt te hanteren zodat er wordt aangesloten bij de gekozen methode voor de AWBZ financiering. Er wordt naar gestreefd de integrale bekostiging voor de ZVW en de forensische zorg per 1-1-2013 in te voeren, naar verwachting een jaar na de invoering van integrale bekostiging in de AWBZ. In de reguliere overleggen met de NZa zullen nadere afspraken moeten worden gemaakt over het vervolg van dit traject, waarbij overigens een nauwe relatie bestaat met het traject voor de zorg in strafrechtelijk kader.

In uw advies stelt u dat de huidige procentuele opslag voor behandelgroepen voldoende zorgvuldig is en daarom niet verder aan de orde komt. Uit uw advies wordt niet duidelijk waarop deze conclusie is gebaseerd. Ik wil u daarom toch vragen hier nader aandacht aan te besteden. Mijns inziens is er dusdanig verschil tussen behandeling zonder verblijf, en behandeling in combinatie met verblijf dat dergelijke extra aandacht wenselijk is.

Schriftelijke reacties op consultatie

Inhoudsopgave

- Reactie GGZ Nederland
- Reactie Landelijk Platform GGZ
- Reactie Nederlandse Federatie van Universitair medische centra
- Reactie Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Reactie Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Reactie Zorgverzekeraars Nederland
- Consultatiedocument Implementatieplan prestatiebekostiging GGZ
- Verslag Consultatiebijeenkomst implementatieplan prestatiebekostiging cGGZ

NZa
t.a.v. L. Coenen
Newtonlaan 1-41
3584 BX UTRECHT

Datum
10 oktober 2011
Contactpersoon
I. Stöver / L. de Jong-Witsenburg
Ons kenmerk

Bijlage(n)
visiedocument
Doorkiesnummer
Uw kenmerk

Onderwerp
Consultatie implementatieplan
prestatiebekostiging

Geachte heer Coenen

GGZ-Nederland maakt graag gebruik van het aanbod een reactie te geven op het consultatiedocument 'Implementatieplan prestatiebekostiging GGZ'. Afgelopen donderdag heeft GGZ-Nederland al mondeling een eerste reactie op het rapport gegeven, daarnaast geven we bij deze onze standpunten nog eens schriftelijk weer. Wij hopen dat met onze reactie en de reacties van andere branchepartijen de NZa in staat zal zijn op korte termijn de plannen verder uit te werken om zo tot een concreet tijdspad te komen.

De antwoorden op de door u gestelde vragen, worden ingegeven door een aantal centrale standpunten. Daarom zullen we eerst op deze standpunten in gaan. Overigens heeft GGZ-Nederland al eerder onze algemene visie op de financiering en bekostiging met u gedeeld (zie bijlage 'Visiedocument').

Beheerbaarheid en prestatiebekostiging

De afgelopen jaren zien wij in het beleid van VWS en de NZa een bepaalde mate van voorzichtigheid als het gaat over prestatiebekostiging. Deze voorzichtigheid lijkt ingegeven te zijn door een zekere angst, dat invoer van prestatiebekostiging samen zou gaan met overschrijdingen van het BKZ. Ook in voorliggend implementatieplan 'Prestatiebekostiging GGZ' zien wij deze voorzichtigheid. Hoewel GGZ-N alle begrip voor deze voorzichtigheid heeft, willen wij de hoop uitspreken dat de invoer van prestatiebekostiging niet dichtgeregeld wordt en dat de branche niet opnieuw een lange transitieperiode tegemoet gaat. Immers de GGz gaat komend jaar het lustrum van de overgang naar prestatiebekostiging tegemoet. In de visie van GGZ-Nederland gaan prestatiebekostiging en beheersing van het BKZ goed samen. Onze agenda van "Zorg werkt" laat dit duidelijk zien. Met "Zorg werkt" kiezen we voor een agenda die een toegankelijke en betaalbare GGz zeker stelt. Uitvoering van deze agenda is o.i. juist (en misschien alleen maar) mogelijk in een systeem van prestatiebekostiging met meer marktprikkels en meer zelfregulering. De huidige productstructuur vormt een voldoende basis om die stap in 2013 definitief te zetten. Zie ook ons visiedocument (bijlage).

Samenhang met andere (politieke) thema's

Binnen het GGZ-veld is op dit moment veel gaande; eigen bijdrage, bezuinigingen, WMO, prestatiebekostiging en de fricties tussen de verschillende systematieken zijn hier slechts voorbeelden van. GGZ-Nederland hecht er grote waarde aan deze thema's in samenhang te beschouwen. De samenhang tussen- en/of de optelsom van de verschillende politieke keuzes kunnen grote gevolgen hebben voor de stabiliteit van de instellingen. Dit kan grote gevolgen hebben voor kwetsbare doelgroepen, maar draagt ook voor de instellingen en de werkgelegenheid binnen de sector grote risico's in zich.

Het is belangrijk dat de (politieke) koers gedurende een aantal jaren duidelijk is en gelijk blijft, zodat instellingen hun rol als ondernemer voortvarend in kunnen vullen. Alleen met deze duidelijkheid en zekerheid kunnen instellingen investeringen doen die op de langere termijn noodzakelijk zijn om een toegankelijke en betaalbare GGZ zeker te stellen. Het visiedocument (zie bijlage) geeft aan hoe de stabiliteit gewaarborgd kan worden.

Transparantie

Vaak wordt er in het kader van prestatiebekostiging gesproken over transparantie en het uitwisselen van (nog) meer gegevens. GGZ-Nederland deelt het uitgangspunt dat het duidelijk moet zijn welke zorg aan welke doelgroepen geboden wordt en welk resultaat hierbij behaald wordt. In onze ogen vormen de DBC-gegevensvraag, de facturatiegegevens en de ROM-data die door SBG verzameld worden een goede basis voor een goed onderbouwd en inhoudelijk gesprek om aan de onderhandelingstafel tot afspraken te komen.

Reëel tijdspad

Vòòr alles blijft van belang dat bij alle keuzes die gemaakt gaan worden een haalbaar tijdspad wordt nagestreefd. De GGZ kent een vrij lange doorlooptijd van DBC's, waardoor tijdig bijsturen (nog meer) noodzakelijk wordt.

Het implementatieplan 'Prestatiebekostiging GGZ' biedt in onze ogen nog onvoldoende invulling van de stappen die gezet moeten worden.

Het tijdsplan zoals dat geschetst werd tijdens de bijeenkomst van afgelopen donderdag, waarin half november een verdere uitwerking vanuit de NZa beschikbaar komt en dan begin 2012 hierover een besluit door VWS wordt genomen, kan geen vertraging verdragen.

Wij doen dan ook graag een beroep op de NZa om uw plannen zo concreet mogelijk te maken en de voorstellen voor alle problemen binnen de GGZ in samenhang te bekijken. Ook vragen wij hierbij (indirect) aan VWS om op korte termijn duidelijkheid te geven wanneer een concreet besluit verwacht kan worden.

Uiteraard is GGZ-Nederland in al deze fases bereid mee te denken.

Vervolgens gaan we graag in op de consultatievragen:

Consultatievraag 1, omzetplafond voor zorgaanbieders;

In onze ogen is een omzet plafond in strijd met de doelstelling om meer marktprikkels toe te laten in combinatie met prestatiebekostiging. Het heeft onze voorkeur dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de gelegenheid gesteld worden om met elkaar afspraken te maken over zowel prijs als volume voor de afgesproken prestaties (zie ook ons visiedocument en ons antwoord op consultatievraag 3). Wanneer toch voor een omzetplafond gekozen zou worden is GGZ-Nederland voor een omzetplafond voor individuele zorgaanbieders, waarbij we vooral willen benadrukken dat een omzet voor ALLE zorgaanbieders dan een voorwaarde is. Ook voor de vrijgevestigde zorgaanbieders. Voor GGZ-Nederland is van belang dat bij het scenario waar voor gekozen wordt, een gelijk speelveld ontstaat voor alle partijen. (Antwoord: variant op 1.3.1)

Consultatievraag 2, omzetplafond voor zorgverzekeraars;

In de visie van GGZ-Nederland komt het invoeren van contracteerruimte per regio en een uitgaveplafond per zorgverzekeraar in bepaalde regio's erg op elkaar neer. Van een eerlijke

concurrentie onder de zorgverzekeraars (en daarmee dan ook de zorgaanbieders) is dan geen sprake meer. Voor bovenregionale doelgroepen en voor instellingen die net op de grens van een regio opereren, is met name de optie van contracteerruimte per regio lastig. Daarom kiest GGZ-Nederland voor een omzetplafond per zorgverzekeraar, waarbij het dan wel van belang is het budget voor de tweedelij GGZ te oormerken. (Antwoord: 1.4.2)

Consultatievraag 3, zelfregulering;

GGZ-Nederland is voorstander van zelfregulering. Uitgangspunt hierbij zou dan een level playing field moeten zijn. Iedereen dezelfde regels, kansen en mogelijkheden, met daarbij aandacht voor verschillen in het zorgaanbod voor verschillende doelgroepen, goede afspraken voor crisiszorg, een betrouwbare wetgever en onderhandelingspartner voor de zorgaanbieder. Wanneer hieraan inhoud gegeven kan worden, biedt dit voldoende mogelijkheden en zekerheden voor alle zorgaanbieders en een breed pakket aan zorgaanbod binnen de GGZ. (Antwoord: ja)

Consultatievraag 4, transitie

Bij de overgang naar prestatiebekostiging zijn een paar punten van belang; inzicht in de mogelijke kwetsbaarheid van sommige zorgaanbieders tijdens de overgangsfase en het stimuleren van het ondernemerschap van zorgaanbieders die al een groot deel van de transitie achter zich hebben. Dat betekent dat zorgaanbieders die al volledig op de DBC-systematiek zijn ingericht daarnaast ook meteen volop van de nieuwe mogelijkheden gebruik zouden mogen maken. Wij tekenen daarbij aan dat mede door de huidige reeds 4 jaar durende overgangperiode nagenoeg alle instellingen zich afdoende hebben kunnen voorbereiden op de nieuwe systematiek.

GGZ-Nederland is een groot voorstander van bandbreedte tarieven in de overgangsfase naar flexibele tarieven. Wanneer er ook tijdens de transitiefase (en bij voorkeur ook daarna) gebruik gemaakt kan worden van bandbreedte tarieven, biedt dit instrument voldoende mogelijkheden om een goede transitiefase mogelijk te maken. In dit kader verwijzen we nogmaals graag naar het visiedocument van GGZ-Nederland. (Antwoord: nee, indien bandbreedte tarieven worden doorgevoerd).

Consultatievraag 5, analyse budget- versus DBC-systematiek

Zoals we in de inleiding van deze notitie al hebben aangegeven is het van belang om deze analyse breed op te pakken. De samenhang tussen of de optelsom van alle wijzigingen die de komende jaren voor de GGZ spelen, geeft voldoende inzicht in de risico's die de sector loopt bij een koerswijziging. (Antwoord:Nee).

Consultatievraag 6, vrijheid van tarieven

Zoals al eerder aangegeven is GGZ-Nederland voorstander van de introductie van bandbreedte tarieven. Het inhoudelijke gesprek aan de onderhandelingsstafel, de ROM-data en overige informatie die reeds gedeeld wordt, geven voldoende mogelijkheden om tot een gesprek over tarieven te komen. Zie ook het eerder genoemde visiedocument. (Antwoord: voor)

Consultatievraag 7, inzicht in zorgzwaarte en kwaliteit;

Zoals al eerder is aangegeven wordt er reeds op ruime schaal informatie uitgewisseld. De kwaliteit van die informatie zal de komende jaren alleen maar verbeteren. In onze ogen is deze informatie nu al voldoende om met een verzekeraar die thuis is in de sector het gesprek over zorgzwaarte en kwaliteit te voeren. (Antwoord: Ja).

Bovenstaande notitie en het bijgaande visiedocument geeft de visie van GGZ-Nederland weer. Mocht u naar aanleiding van deze notitie nog vragen hebben, dan vernemen wij het graag.

Verder hopen wij dat deze consultatieronde u voldoende input geeft om op korte termijn tot een advies richting VWS en een reëel tijdpad te komen.

Hoogachtend,

Ir. P.M. van Rooij, directeur

Bijlage; visiedocument



Notitie LPGGz
Consultatiedocument Implementatieplan
prestatiebekostiging GGZ van NZa
10 oktober 2011



Deze notitie is een reactie op het Consultatiedocument Implementatieplan prestatiebekostiging GGZ d.d. 30 september, zoals dit door de NZa is toegestuurd. Tijdens het Periodiek overleg met het ministerie van VWS op 20 sept. jl. is de adviesaanvraag toegelicht en besproken.

De NZa stelt ons in de gelegenheid om de antwoorden op de consultatievragen mondeling en schriftelijk toe te lichten. Wij maken daar graag gebruik van. Het gaat om complexe zaken, daarvan zijn we ons bewust. Helaas is de periode om te reageren kort; daarom is deze reactie nog onder voorbehoud van het raadplegen van de leden.

Het concept adviesrapport start met een introductie over 'Doelstelling en proces van de consultatie' en in Hs. 1. 'Budgettaire beheersing' (1.1. 'Inleiding' en 1.2 'Systeem van prestatiebekostiging'). Alvorens in te gaan op de consultatievragen, eerst een aantal opmerkingen naar aanleiding van deze eerste paragrafen, m.b.t.:

- reikwijdte van het advies
- verantwoordelijkheden /bevoegdheden in de curatieve ggz
- doelen van de exercitie
- criteria/normen of prikkels.

reikwijdte

Het ministerie heeft in de adviesaanvraag verzocht om een implementatieplan voor invoering van de prestatiebekostiging, maar richt zich bij de toelichting van de aanvraag voornamelijk op de voorwaarden die moeten leiden tot het beheersen van de volumegroei in de curatieve ggz. Het is dan ook niet verrassend dat het advies vanuit NZa vooral focust op de budgettaire beheersing. *We gaan ervan uit dat de andere vraagstukken nog aan de orde komen.*

verantwoordelijkheden en bevoegdheden

a.De NZa maakt in het advies terecht een onderscheid tussen het bevorderen van de betaalbaarheid van de zorg enerzijds en het voorkomen van macrobudgettaire overschrijdingen (BZK) anderzijds. *Uiteraard laten politici zich leiden door allerlei overwegingen, maar de hoogte van het vastgestelde BZK is ten principale een politieke beslissing en verantwoordelijkheid. Noch individuele patiënten, noch individuele zorgaanbieders/-instellingen, noch individuele zorgverzekeraars, kunnen de verantwoordelijkheid op zich nemen voor het voorkomen van overschrijding van het totale macrobudgettaire kader. Daartoe zijn deze partijen niet in de positie en niet geëquipeerd. In de optiek van het LPGGz kan het streven om de betaalbaarheid van de zorg te bevorderen wel worden gezien als gedeelde verantwoordelijkheid vanuit maatschappelijk belang.*

b.In de tweede plaats geldt in Nederland de zorgverzekeringswet. Hieraan kunnen burgers rechten op zorg ontleen en op grond van die wet zijn zorgverzekeraars gehouden zijn om zorg van voldoende omvang en kwaliteit in te kopen en hebben zorgaanbieders een zorgplicht. Voor zorg aan bepaalde (bevolkings)groepen zoals jeugdigen en voor mensen met een handicap of beperking, heeft de rijksrijksoverheid zich ook aan internationale verdragen gecommitteerd, waarin ondermeer het recht op gezondheid, op zorg en de verplichting tot toezicht op kwaliteit van zorg vastliggen. *Het is daarom nog maar zeer de vraag of van collectieve aanbieders en van collectieve verzekeraars kan worden verlangd om van hun plichten af te zien, dan wel van cliënten te vragen collectief van hun rechten af te zien.*

c.In de derde plaats lijkt het stellen van grenzen aan de vraag en grenzen aan het zorgaanbod niet onderbouwd door een analyse van de vraag of van het aanbod, of een visie of koers die daarop is gebaseerd. In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 valt te lezen dat de meeste kwaliteit van leven in Nederland verloren gaat door angststoornissen, op de voet gevolgd door coronaire hartziekten en depressies en dat mensen met psychische stoornissen, zich minder vaak vitaal voelen en vaak ernstig beperkt zijn in hun sociaal functioneren. Daarnaast zijn zij door hun emotionele problemen minder in staat hun dagelijkse bezigheden uit te voeren. *Deze verkenningen vragen o.i. eerder een diepgaande analyse van de maatschappelijke schadelast door de overheid, dan in de discussie te voortdurend te focussen op de uitgaven in de curatieve ggz.*

In het advies staat dat er verschillende manieren zijn om de collectieve zorgvraag te remmen: via beperking van de aanspraken en via eigen betalingen. Hoewel dit geen onderdeel lijkt uit te maken van de adviesaanvraag, staat LPGGz op het standpunt dat er geen valide redenen zijn om dergelijke maatregelen wel in te zetten voor het remmen van de vraag naar geestelijke gezondheidszorg en niet voor het remmen van de vraag naar somatische gezondheidszorg. *Kennelijk –zo constateren wij- gelden voor invoering van de prestatiebekostiging in de ggz andere criteria dan voor prestatiebekostiging in de somatische gezondheidszorg.*

doelen van de exercitie

De adviesaanvraag focust op de invoering van de prestatiebekostiging in de ggz. Wanneer dit het doel is, maar ook wanneer er een ander einddoel zou zijn (een ander bekostigingssysteem) blijven bovengenoemde zaken aan de orde. Toch zijn doelen, zoals: “waar willen we met de curatieve ggz in 2020 staan?” bepalend voor de in het advies genoemde opties.

Wanneer bijvoorbeeld (ook) geregleerde marktwerking het doel is, zal het weinig zin hebben om alle individuele of groepen aanbieders/-instellingen een budgetplafond op te leggen. Als deze opties al uitvoerbaar zijn – want er zijn wel heel veel voorwaarden voor nodig- leidt het tot het fixeren van de markt zoals deze momenteel is en hoogstwaarschijnlijk zal er geen prikkel van uitgaan voor efficiëntere bedrijfsvoering. Het zal ook weinig zin hebben om contracteeruimte per regio vast te stellen. Als dit al uitvoerbaar is –want ook dit is erg complex- zijn de gevolgen voor de marktwerking onder zorgverzekeraars niet bijster positief.

Vanuit cliëntperspectief gezien geldt een soortgelijke redenering: keuzemogelijkheden voor zorgaanbod en toegankelijkheid van zorg, zijn wèl gediend met een marktwerking waarin zorgaanbieders/-instellingen voldoende ruimte hebben om kwaliteitsslagen te maken en te innoveren. Niet met een markt die wordt gereguleerd door budgetplafonds die op grond van omzet in enig peiljaar werden vastgesteld, want die markt wordt behoorlijk onbeweeglijk.

criteria/normen of prikkels

In het advies worden verschillende opties gegeven en dit is zeker voor de gedachtevorming zinvol. Ook worden publieke belangen genoemd als kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Vanuit de rollen van verschillende partijen zullen belangen en criteria meer of minder zwaar wegen; dat geldt ook voor het LPGGz.

Wel intrigerend zijn de vragen:

- wegen belangen/criteria in de eindafweging even zwaar? (of is betaalbaarheid ‘harder’ dan kwaliteit?)
- zijn dit alle criteria? (of moet ook rekening worden gehouden met praktische uitvoerbaarheid, juridische houdbaarheid, realisatietermijn?)
- waar liggen de grenzen? (heeft het ministerie de grenzen vastgelegd waaraan de opties moeten voldoen ? is er bijv. een minimumnorm voor toegankelijkheid, of hanteert de NZa zelf normen?)

In de optiek van LPGGz is het een goede exercitie om na te gaan in hoeverre factoren en prikkels bijdragen aan het behalen van een doel en in hoeverre we die doelen van belang vinden. Partijen zullen dit vanuit het eigen perspectief doen en wellicht van mening verschillen. Maar harde criteria en normen zijn niet aangegeven.

Wel vinden we het van belang dat de prikkels die van bepaalde opties uitgaan, uiteindelijk in samenhang worden gezien. Het kan bijv. zijn dat het verlagen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg wel bijdraagt aan kostenbeheersing, maar niet aan kwaliteit van het zorgaanbod in dit segment en op langere termijn ook niet aan de continuïteit en toegankelijkheid van het totale zorgaanbod,

Tevens moeten bepaalde opties in samenhang met elkaar worden gezien. Bijvoorbeeld een omzetplafond opleggen op mesoniveau aan groepen aanbieders, zoals het in het advies omschreven is, functioneert beter op het criterium toegankelijkheid, als er ook vrije tarieven mogen worden gehanteerd.

Dan de consultatievragen:

Welke maatregel heeft de voorkeur gelet op publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid?

1. Omzetplafond voor zorgaanbieders:
 - a. individuele aanbieders (vanaf bepaalde omzetgrens)
 - b. op macroniveau (overproductie terugbetalen ogv marktaandeel)

- c. op meso-niveau per groep/segment (overproductie terugbetalen ogv marktaandeel binnen de groep).

Eigenlijk dragen al deze opties wel bij aan de doelstelling kostenbeheersing, maar zijn de nadelige effecten groter dan de voordelen.

- De keuze van het plafond is niet ingegeven door analyse van vraag of aanbod. Alle opties leiden ertoe dat een willekeurige groep verzekeren hun recht op zorg niet langer kan effectueren (zie boven, onder .verantwoordelijkheden en bevoegdheden).
- O.i. leiden alle drie opties waarschijnlijk wel tot kostenbeheersing, maar gaan er strijdige prikkels vanuit m.b.t. concurrentie. De consequenties van deze optie hangen trouwens voor een belangrijk deel samen met de keuze voor het peiljaar van de gestelde 'omzetgrens' resp. het 'aandeel'.
- Met de huidige instrumentaria hebben individuele aanbieders, noch groepen zorgaanbieders (goed) zicht op de totaal gerealiseerde omzetten van de gehele 'markt' aan het einde van een jaar, of tijdens het jaar. Dat maakt de bedrijfsvoering wel heel lastig; zeker wanneer er vanuit de rijksoverheid tegelijkertijd allerlei andere maatregelen worden genomen, waarvan geen analyse is gemaakt op de consequenties voor de omzetten.

ad a. het is nog maar de vraag of deze optie qua administratieve lasten realiseerbaar is; het lijkt o.i. slecht voor de kwaliteit van een deel van de aanbieders/-instellingen en kan op korte termijn bijdragen aan liquiditeitsproblemen en op lange termijn tot faillissementen en beperkte toegankelijkheid van de markt;

ad b. bestendigt de bestaande marktposities van instellingen/aanbieders en bestendigt –bij gelijkblijvende tarieven- de verschillen tussen de wel- en niet-gecontracteerde instellingen. Het is de vraag of dat goed uitpakt: de negatieve gevolgen kunnen op korte termijn wat worden beperkt, maar de voorgestelde transitie maatregelen vormen alleen een 'vangnet' voor de momenteel gecontracteerde aanbieders (de vrije markt wordt uitgesteld).

ad c. idem als bij b, maar omdat het om relatief kleinere groepen gaat, tellen uitzonderingen hierbij (statistisch) zwaarder. Ook gaat de 'wet van de remmende voorsprong spelen'. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de toegankelijkheid van het zorgaanbod: zorgaanbieders die specifieke zorgvragen behandelen, dat goed doen en voor veel cliënten de voorkeur hebben, krijgen de 'rekening' van eventuele overschrijding hard terug. En de zorgaanbieders die al grote efficiëncyslagen hebben gemaakt, kunnen alleen nog aan de kwaliteit van de zorg knabbelen of wachtlijsten instellen. Dat vinden wij onwenselijk.

2. uitgavenplafonds voor verzekeraars

- a. per regio
- b. per individuele zorgverzekeraar

- De keuze van het plafond is niet ingegeven door analyse van vraag of aanbod. Alle opties leiden ertoe dat een willekeurige groep verzekeren hun recht op zorg niet langer kan effectueren (zie boven, onder .verantwoordelijkheden en bevoegdheden).
- Ook bij deze opties geldt dat zorgverzekeraars, noch individueel, noch regionaal tijdig en goed zicht hebben op de totaal gerealiseerde omzetten van de gehele 'markt' aan het einde van een jaar, of tijdens het jaar. Waarschijnlijk zullen zij zeer behoedzaam zorg inkopen.
- Bovendien gaan er o.i. tegenstrijdige prikkels van deze opties uit.
- Ook hier hangen de consequenties grotendeels samen met de verdeelsleutels voor de bepaling van de contracteerruimte en het plafond. Het is bijna ondoenlijk om die bij benadering realistisch te bepalen en dan hebben ze ook nog geen voorspellende waarde. Wordt bijv. gerekend met kosten per verzekerde per regio gecorrigeerd voor bevolkingsdichtheid of gecorrigeerd voor de spreiding van de gecontracteerde voorzieningen?

ad a. Deze optie lijkt op wat momenteel gebeurt in de AWBZ, waar een representatiemodel geldt voor zorginkoop. Het blijkt lastig om voldoende zorg van omvang en goede kwaliteit te contracteren voor verzekerdenpopulaties die de zorgverzekeraar niet kent. Dit heeft het risico van behoedzaam contracteren en dat het contracteren van bijzondere zorgvormen onder druk komt te staan. Ook heeft deze optie onduidelijke consequenties voor de toegankelijkheid van zorg en een vertroebelend effect op transparantie en op concurrentiepositie van (en de keuze voor) de zorgverzekeraar.

ad b. Deze optie heeft wsch. goede prikkels voor kostenbeheersing, maar draagt niet bij aan kwaliteit. De prijs-georiënteerde zorginkoop wordt versterkt, kwaliteit wordt van ondergeschikt belang. Jammer ook voor de zorgverzekeraars die verzekeren intensief betrekken bij de zorginkoopafspraken; de medezeggenschap en de 'extra's' in de dienstverlening vanuit de zorgverzekeraars komen onder druk te staan, vooral bij kleine zorgverzekeraars.

3. Zelfregulering

- LPGGz is ervan overtuigd dat veldpartijen d.m.v. zelfregulering kunnen bijdragen aan kostenbeheersing. Dit laat echter onverlet wat in het begin van deze notitie is gezegd over verantwoordelijkheden en politieke keuzes als het om het BZK gaat. Bij deze consultatievraag zijn 'effectiviteit' en 'handhavingmogelijkheden' genoemd als criteria vanuit overheidsperspectief.
- Voor LPGGz is het van belang dat de sector niet blijvend geconfronteerd wordt met onvoorspelbare pakket-, tarief- of budgetingrepen vanuit de rijksoverheid, maar een meerjarige visie op het recht op zorg en een analyse van zorgvraag en –aanbod in die discussie leidend worden.
- Verder valt op dat onder dit kopje de mogelijkheid staat genoemd van 'verlagen van vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg'. Dit punt had ook elders kunnen staan, bijv. onder § 3.2. Vrijheid van tarieven. Overigens lijkt deze optie een behoorlijke veralgemenisering en wordt daardoor onderscheid op grond van zorgzwaarte in relatie tot zorgkosten onmogelijk.
- Wellicht zijn ook andere dan de genoemde denkrichtingen bespreekbaar in het kader van zelfregulering. In hoeverre de mogelijke samenwerkingsafspraken en maatregelen dan bijdragen aan budgettaire beheersbaarheid, zal moeten blijken.

4. Transitiemodel

- Het gaat om tijdelijke maatregelen gericht op de beheersing van de risico's van gebudgetteerde instellingen die samenhangen met de overstap naar prestatiebekostiging. Dat is inmiddels niet meer het enige probleem waarvoor we ons gesteld zien.
- De berichten in de media over de financiële positie van instellingen in de ggz komen niet uit de lucht vallen. Het LPGGz vindt het van belang dat NZa of VWS een (financieel-economisch) analyse laten maken van de omzetverschillen tussen budget- en DBC-systematiek, maar ook van de risico's.
- Dat laatste heeft ook te maken met de cumulatieve effecten van andere overheidsmaatregelen en de marktpositie van de instellingen in de huidige markt en de doelgroep waarop de zorginstellingen gericht zijn. Het kan bijv. zijn dat specifieke zorgvragen worden behandeld en de instelling daardoor (landelijk) in een bijzondere marktpositie zit.
- De tariefstelling van de DBC-systematiek heeft de achterliggende jaren steeds minder relatie met de kostprijzen (omdat er al enkele keren alleen is geïndexeerd) en dus kunnen er grote verschillen zijn ontstaan. Zeker wanneer ook individuele componenten wegvallen, kan dat voor gespecialiseerde instellingen verkeerd uitpakken. LPGGz vraagt de rijksoverheid en de NZa om hierin verantwoordelijkheid nemen, elk vanuit de eigen positie.

5. DBC-systematiek, zorgzwaarte en kwaliteit

In het advies is het volgende aangegeven. Een passende inzet van een bandbreedte- of vrij tarief vooronderstelt dat de zorginkoper inzicht heeft in de verschillen in zorgzwaarte tussen zorgaanbieders. Niet alleen om zwaardere zorg, maar ook om lichtere zorg passend te betalen. Daar kan het LPGGz zich in vinden.

- Dit betekent o.i. wel dat partijen (ook de tot nu toe niet-gecontracteerden en vrijgevestigden) in overleg met de zorgverzekeraars pro-actief nagaan of er geen 'gaten' in de markt dreigen te ontstaan.
- Het LPGGz is van mening dat meer vrijheid in tarieven kan bijdragen aan mogelijkheden voor de zorgverzekeraars en de instellingen/behandelaren om passende tarieven te kunnen afspreken. Daarbij zullen de zorgzwaarte, de kwaliteitstoetsing en zorginnovatie zeker onderwerpen van gesprek moeten zijn. Cliënten mogen verwachten van instellingen/behandelaren en zorgverzekeraars dat zij elkaar daarop aanspreken en dat die zaken voor cliënten inzichtelijk worden; dit draagt bij aan de keuze voor een zorgverzekeraar.
- En omdat de DBC-systematiek vooralsnog nog onvoldoende inzicht in zorgzwaarte geeft, zijn o.i. inspanningen gerechtvaardigd om o.g.v. longitudinale analyse van DBC-data te komen tot betere beschrijving van zorgpaden en zorgtrajecten. Ook dat kan bijdragen aan passende zorginkoop.

Hopelijk biedt onze reactie voldoende input om het advies aan te scherpen. Uiteraard zijn wij bereid e.e.a. zonodig mondeling toe te lichten.



Reactie NFU op consultatiedocument 'Implementatieplan prestatiebekostiging GGZ'

Aan De heer H. van Wieren, NZa
Van Joop van Eijk, Birgit Meulenbroek

Datum 10/10/2011
Ons kenmerk 11.3706/BM/AvD

Reactie NFU op consultatiedocument 'Implementatieplan prestatiebekostiging GGZ'

Allereerst willen wij opmerken dat wij het op prijs stellen dat, ondanks de korte doorlooptijd die NZa gegeven is, wij toch in de gelegenheid gesteld worden onze opmerkingen te maken. Wij gaan ervan uit dat de aanvullende notities, die NZa tot uiterlijk medio november 2011 vervaardigt en naar VWS stuurt, op dezelfde manier geconsulteerd zullen worden.

Een nadeel van de korte doorlooptijd is dat het onderstaande nog niet bestuurlijk binnen de NFU geaccordeerd kon worden.

Onderstaand treft u onze reactie aan per consultatievraag.

Consultatievraag 1: Welke van de genoemde maatregelen voor zorgaanbieders heeft uw voorkeur, mede gelet op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Licht uw voorkeur toe.

Allereerst willen wij stellen dat het vaststellen van omzetplafonds niet past bij prestatiebekostiging en marktwerking. Wij realiseren ons echter dat de vraag in de GGZ momenteel groter is dan het aanbod en eveneens groter dan wat de politiek bereid is door middel van het BKZ aan middelen ter dekking van die vraag beschikbaar te stellen. Binnen deze context gaat onze voorkeur (minst kwade) uit naar een omzetplafond op mezoniveau. Wij voorkomen daarmee dat de PUKken gekort worden voor overschrijdingen die zij niet veroorzaakt hebben. Dit in tegenstelling tot de korting vanwege de overschrijdingen 2009, waarbij het voornemen is om de overschrijding (die grotendeels heeft plaatsgevonden bij de niet gebudgetteerde instellingen) terug te halen door een procentueel gelijke korting bij alle aanbieders.

Door het maken en realiseren van afspraken, zonder achteraf geconfronteerd te worden met onterechte kortingen, denken wij de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te kunnen waarborgen.

Consultatievraag 2: Welke van de genoemde maatregelen voor verzekeraars heeft uw voorkeur, mede gelet op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Licht uw voorkeur toe.

Onze voorkeur gaat uit naar een uitgavenplafond per verzekeraar. Wij verwachten dat bij invoering van prestatiebekostiging het representatiemodel vervalft waardoor wij met elke verzekeraar afzonderlijk onderhandelen. Een plafond per verzekeraar sluit hier goed op aan.

Het is dan overigens wel zaak dat de verzekeraars oog hebben voor de zorgbehoefte per regio en voor de unieke positie van de PUKken.



Consultatievraag 3: Is zelfregulering, gelet op de effectiviteit van mogelijke maatregelen, volgens u een wenselijke manier om budgettaire beheersbaarheid te bereiken? Licht uw standpunt toe.

In principe juichen wij zelfregulering toe. Echter, zolang er sprake is van een ongelijk speelveld (gebudgetteerde versus niet-gebudgetteerde instellingen) vragen wij ons af hoe effectief zelfregulering kan zijn.

Consultatievraag 4: Acht u algemene transitie maatregelen voor de beheersing van de risico's van gebudgetteerde instellingen die samenhangen met de overstap naar prestatiebekostiging nodig? Gelieve uw standpunt toe te lichten.

Algemene transitie maatregelen zijn wenselijk ter beperking van de systeemrisico's van individuele instellingen. Daarnaast moet voorkomen worden dat door een nog niet ontwikkelde systematiek ongewenste druk op het macrokader ontstaat, wanneer er op bepaalde onderdelen sprake is van een overwaardering van producten.

Consultatievraag 5: Dient de NZa naar uw mening rekening te houden met andere aspecten dan hier genoemd bij haar analyse van financiële effecten?

Rekening gehouden dient te worden met de vergoeding van de kosten van (o.a.) ECT's. Deze vergoeding loopt nu niet via het budget, maar wordt verrekend met de opbrengstverrekening. Verder dient naar onze mening aandacht geschonken te worden aan de bekostiging van de consultatieve psychiatrie. Bekostiging vindt momenteel hetzij via het GGZ-budget, hetzij via het ziekenhuisbudget plaats.

Consultatievraag 6: Wat is uw mening over het vergroten van de vrijheid van het tarief rekening houdend met het inzicht in zorgzwaarte en de marktverhouding? Gelieve uw standpunt toe te lichten.

Het lijkt reëel om bandbreedtetarieven te gaan hanteren. Nu wordt er, op basis van gemiddelde kostprijzen, een maximumtarief vastgesteld. De instellingen die, bijvoorbeeld vanwege hogere zorgzwaarte, een hoger dan gemiddelde kostprijs hebben, komen tekort aan het maximumtarief.

Consultatievraag 7: Vindt u de mate van informatie-uitwisseling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder zodanig dat de zorgverzekeraar bij zijn zorginkoop voldoende inzicht heeft in zorgzwaarte en kwaliteit? Gelieve uw standpunt toe te lichten.

Zoals bekend is het DBC-Onderhoud niet gelukt zorgzwaarte een plaats te geven in de productstructuur. Dat betekent dat zorgzwaarte vooralsnog aangetoond dient te worden door zorgaanbieders, zonder dat daar een 'taal' voor is ontwikkeld. Die taal zal alsnog ontwikkeld moeten worden, mede om te voorkomen dat elke verzekeraar zijn eigen informatie vragen gaat ontwikkelen. De huidige informatie vragen van de marktleider leggen al een hoge administratieve last bij de instellingen.

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de heer Coenen
Stafafdeling Ontwikkeling
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Utrecht, 10 oktober 2011

Kenmerk: JL/jl/1162/11

Betreft: Reactie NVvP consultatiedocument Implementatieplan invoering prestatiebekostiging GGZ

Geachte heer Coenen,

Naar aanleiding van uw notitie Implementatieplan prestatiebekostiging GGZ en de bespreking van de notitie op donderdag 6 oktober jongstleden treft u hieronder onze schriftelijke inbreng zoals gevraagd. Wij gaan in op de drie hoofdpunten van uw notitie.

1. Budgettaire beheersing

Sinds de financiële crisis en de beperking van de budgetten is budgettaire beheersing een steeds terugkerend onderwerp. Inmiddels is wel duidelijk dat geen verandering van bekostigingssysteem goedgekeurd kan worden zonder risicoanalyse van de verandering voor de budgettaire macrokader. Dat daarom bekeken wordt welke garanties in het prestatiebekostigingssysteem ingebouwd kunnen worden, is begrijpelijk. In uw presentatie van afgelopen donderdag, maar in wezen ook in uw notitie staat ons inziens een systeem fout. Het invoeren van een omzetplafond per individuele zorgaanbieder op landelijk niveau vastgesteld, zoals door u aangegeven, staat namelijk haaks op de grondgedachte van prestatiebekostiging. In het zorgverzekeringstelsel is de verantwoordelijkheid van het maken van afspraken toebedeeld aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het vaststellen van omzet plafonds voor individuele aanbieders van overheidswege is een wezenlijk ander model. Overigens is de gedachte van zo'n systeem in een situatie van latente zorgvraag, een omvangrijk collectief verzekerd basispakket, het recht op zorg voor de verzekerde en een beperkt budget te overwegen, maar dan laat je de gedachte van prestatiebekostiging los.

Bij prestatiebekostiging past wel een model van omzetplafonds per zorgverzekeraar of per regio, maar de voorkeur geniet een plafond per zorgverzekeraars. Daarbij opgemerkt dat de huidige tweedeling daarin ongewenst is. Immers de gebudgetteerde aanbieders hebben te maken met een regiobudget, terwijl in het vrije segment een budget per zorgverzekeraar beschikbaar is. Dit hindert het level playing field.

Wanneer het level playing field gelijk is en zorgverzekeraars de verdeling van budgetten verzorgen, kan ons inziens niet meer op mesoniveau een nacalculatie plaatsvinden. Dat kan dan alleen op macroniveau. Worden schotten gehandhaafd, zoals nu het geval is, dan zou het bepalen en terughalen op mesoniveau de voorkeur genieten.

Ten principale past bij de stap naar prestatiebekostiging een grote mate van zelfregulering, ofwel marktregulering. We zien dit jaar een belangrijke attitude verandering bij zorgverzekeraars, die vertrouwen geeft op deze mate van zelfregulering. Wij adviseren VWS en NZA de partijen dit vertrouwen te geven en geen hinderend flankerend beleid in de vorm van omzetplafonds op micro- of mesoniveau in te voeren.

Ten aanzien van het opgemerkte over het 'verlagen van vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg', stellen we dat dit erg algemeen geformuleerd is en in strijd lijkt te zijn met de motie Van Leeuwen, die bepaalde dat er een redelijk (marktconforme) restitutievergoeding in geval van ongecontracteerde zorg geboden moet worden.

2. Transitie model

De transitie naar prestatiebekostiging brengt voor gebudgetteerde instellingen het gevaar van een 'harde landing' met zich mee. Gezien onze ervaringen tijdens de overheveling van de curatieve GGZ voor de niet gebudgetteerde zorgaanbieders, adviseren wij ten eerste een geleidelijke overgang (zachte landing), middels een herallocatietraject van meerdere jaren, of middels een hardheidsclausule. Het is voor patiënten onverantwoord om de zorg in gevaar te brengen vanwege een ongelukkige transitie en een te harde landing. Wij wijzen daarbij op de forse impact die de budgetkorting van 6% zal hebben, die in 2012 wordt doorgevoerd. Daarbij opgeteld de pakketmaatregelen en effecten van de eigen bijdrage kan tot gevolg hebben dat de omzet van een GGZ instellingen met meer dan 10% krimpt. Dat zijn percentages die zullen leiden tot forse impact op bedrijfsvoering, winst en verliesrekening en balans van de instelling. Een transitie daarover heen naar prestatiebekostiging kan deze (negatieve) effecten versterken. Vandaar ons advies tot geleidelijke overgang (herallocatie van middelen). Gezien het feit dat ruim 80% van onze leden in gebudgetteerde instellingen werkzaam zijn en onze ervaringen met eerdere harde landingen, verzoeken wij u ons te blijven uitnodigen voor overleggen over het transitie model.

3. De DBC systematiek

Op de vraag of de DBC GGZ systematiek geschikt is voor prestatiebekostiging antwoorden wij: ja. Er is voldoende informatie in de markt beschikbaar om tot prestatiebekostiging over te gaan. Niet alle informatie hoeft daarvoor gekoppeld te zijn aan de DBC systematiek. Aangaande discussie van afgelopen donderdag benadrukken wij nogmaals dat zorgzwaarte een uiteindelijk onderdeel moet worden van de DBC systematiek. Daarbij opgemerkt dat steeds gezocht is naar de patiënt kenmerken die leiden tot zorgzwaarte. Wij wijzen er op dat het huidige registratiemodel (MDS) niet allen elementen van de patiënt kenmerken vastlegt, dat kan leiden tot bepaling van zorgzwaarte. Het betreft vaak functionele beperkingen, die leiden extra behandelingen door 'duurdere' professionals. We moeten ook, gelijk in de somatiek, het vertrouwen hebben dat psychiaters en klinisch (neuro) psychologen zijn opgeleid om de juiste keuzes te maken, voor wat betreft de noodzakelijke 'duurdere' behandeling. Dat een registratiesysteem die keuzes niet kan vastleggen, of dat eenduidige patiënt kenmerken daarvoor niet vooraf vast stellen zijn, wil niet zeggen dat er geen zorg zwaarte kenmerken aan de DBC systematiek toegevoegd kan worden. Dat kan nl wel door aanbodkenmerken te benoemen, die synoniem zijn voor specifieke patiënt kenmerken.

Uiteraard zijn wij steeds bereid onze punten mondeling toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

Peter Niesink
Directeur

Reactie NVZ

Beste Luc,

Helaas is het niet gelukt om onderstaande ook bestuurlijk af te stemmen. Toch stuur ik graag de antwoorden op de consultatievragen (onder voorbehoud) door.

Mocht ik morgen of overmorgen alsnog een reactie krijgen, dan geef ik dit graag als aanvullen nog door.

(pagina 7) Consultatievraag 1: Welke van de genoemde maatregelen voor zorgaanbieders heeft uw voorkeur, mede gelet op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Licht uw voorkeur toe.

Om de inkomsten van zorgaanbieders te beperken wordt het via de AIB Wmg (Aanvulling Instrumenten Bekostiging Wmg) per 2012 mogelijk om alle aanbieders in de cGGZ een omzetplafond op te leggen. Wij speken in dezen over het macro beheersings instrument (MBI). Uw vraag is wat onze voorkeur is indien dit instrument wordt ingezet. De voorkeur van de NVZ gaat hierbij uit naar optie 3. (omzet plafond op meso niveau) het onderscheid waar wij op meso niveau voor kiezen in gecontracteerde en niet gecontracteerde zorg. Dit betekent dat, indien een gecontracteerde zorgaanbieder meer zorg levert dan waarover is onderhandeld hij of contact opneemt met de zorgverzekeraar om te kijken of er meer zorg uit te onderhandelen is, of de rekening voor eigen kosten is. De niet gecontracteerde sector dient zelf de verantwoordelijkheid te hebben om binnen een bepaald groeipercentage te blijven. Indien dit wordt overschreven wordt het instrument dat is ontwikkeld hier ingezet om het benodigde omzetplafond alsnog te realiseren. Op deze wijze worden de publieke belangen het best behartigd omdat gecontracteerde zorgaanbieders niet onnodig boetes opgelegd krijgen ondanks dat ze de afgesproken grenzen niet hebben overschreden.

(Pagina 8) Consultatievraag 2: Welke van de genoemde maatregelen voor verzekeraars heeft uw voorkeur, mede gelet op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Licht uw voorkeur toe.

Als maatregelen voor zorgverzekeraars geeft u twee opties een financieel kader voor de contracteerruimte per regio of een uitgave plafond per zorgverzekeraar. De voorkeur van de NVZ in dezen gaat uit naar het uitgavenplafond per zorgverzekeraar. Wellicht dat je op deze wijze wel vaker om de onderhandelingstafel zit, aan de andere kant draagt dit systeem wel bij aan het einddoel dat wij voor ogen hebben. Zorgverzekeraar die goed inkoopt heeft daar profijt van en dus indirect ook zijn verzekerden. In het eerst voorgestelde model (per regio) komt dit niet tot uiting. Daarnaast (ook al komt dit binnen de GGZ) wellicht minder voor, sluit het model van een contracteerruimte per regio niet aan op de visie vanuit 'spreiding & concentratie van zorg'.

(pagina 8) Consultatievraag 3: Is zelfregulering, gelet op de effectiviteit van mogelijke maatregelen, volgens u een wenselijke manier om budgettaire beheersbaarheid te bereiken? Licht uw standpunt toe.

Zelfregulering geniet inderdaad de voorkeur. Waarbij zorgaanbieder en zorgverzekeraar trachten te komen tot goede afspraken over de prijs, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg om het maximale te realiseren, maar waarbij ook de overheid zijn verantwoordelijkheid neemt door kritisch te kijken naar andere factoren die van invloed zijn, zoals; ingrijpen in het pakket, verhogen van de eigen bijdrage of eigen betaling of het verruimen van het BKZ. Hier kunnen de zorgaanbieders en verzekeraars geen invloed op uitoefenen, maar dit is wel voor een belangrijk deel bepalend.

(pagina 10) Consultatievraag 4: Acht u algemene transitie maatregelen voor de beheersing van de risico's van gebudgetteerde instellingen die samenhangen met de overstap naar prestatiebekostiging nodig? Gelieve uw standpunt toe te lichten.

In de cGGZ gaat de overstap naar prestatiebekostiging in 2013 weliswaar niet gepaard met een overstap naar een andere declaratiestructuur desondanks is het de meest

verantwoordelijke manier om de transitie onder een flankerend beleid te laten plaatsvinden. De overgang naar prestatiebekostiging brengen de nodige (interne) wijzigingen met zich mee die niet allen van tevoren te overzien zijn. Het wijzigen van het systeem vraagt daarom om een bepaalde mate van zekerheid die het transitie-model biedt. Onze voorkeur gaat ernaar uit om dit op dezelfde wijze vorm te geven als binnen de somatiek; een tweejarig transitie-model (2013, 2014) met een schaduwbudget van 95%, 70%.

(pagina 10) Consultatievraag 5: Dient de NZa naar uw mening rekening te houden met andere aspecten dan hier genoemd bij haar analyse van financiële effecten?

De NZa vraagt of er naast individuele componenten in het huidige budget (LPT) en de verrekenpercentages voor de DBC inkomsten er nog andere aspecten zijn waar rekening mee gehouden moet worden voor de financiële effecten. Vooral nog lijken de twee bovengenoemde de meest relevante aspecten die van invloed kunnen zijn. Indien er nog meer aspecten gedurende de uitwerking boven water komen, zullen wij de NZa hier zo spoedig mogelijk van op de hoogte brengen.

(pagina 12) Consultatievraag 6: Wat is uw mening over het vergroten van de vrijheid van het tarief rekening houdend met het inzicht in zorgzwaarte en de marktverhouding? Gelieve uw standpunt toe te lichten.

Zorgzwaarte is binnen de somatiek al een lastig en veel besproken onderwerp, maar zo mogelijk binnen de GGZ nog meer. Met name zorgverzekeraars (Nederland) blijven vasthouden dat het tijdschrijfsysteem van de GGZ niet transparant genoeg is om zorgzwaarte mee te bepalen. Het feit dat er opeens veel meer tijd aan een patient is besteed hoeft niet per definitie te betekenen dat de zorg ook beter of zwaarder is geweest, is hun mening. Zeer berispelijk. Het nadeel is alleen dat dit zich soms uit door een enorme toename aan vragen richting de zorgaanbieder over (kwaliteits)informatie. In de basis is dit natuurlijk prima, echter het moet niet leiden tot een onnodige administratieve lastenverzwaring omdat vragen, weten en meten een doel opzich wordt. De voorkeur van de NVZ gaat er naar uit om landelijk afspraken te maken en uiteindelijk te blijven zoeken naar een wijze hoe dit onderwerp beter besproken kan worden op de onderhandelingstafels, maar waarbij wij juist ook geloven dat op deze onderhandelingstafels prima inzichtelijk gemaakt kan worden welke zwaarte patienten de zorgaanbieder gemiddeld behandeld zodat de prijs hierop kan worden aangepast. Daarnaast moet het onderscheid tussen outliers en zorgzwaarte ook goed benoemd worden.

(pagina 12) Consultatievraag 7: Vindt u de mate van informatie-uitwisseling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder zodanig dat de zorgverzekeraar bij zijn zorginkoop voldoende inzicht heeft in zorgzwaarte en kwaliteit? Gelieve uw standpunt toe te lichten.

Voor een deel wordt deze vraag reeds beantwoord in het antwoord op vraag 6. Daarnaast is het wel van belang op te merken dat er geen wildgroei ontstaat en er diverse (parallele) uitvragen komen, zoveel dat dit voor de sector (PAAZen) niet werkbaar is. Aan de kant van de zorgaanbieders is er gering tegenwicht te bieden.

ROM (routine outcome monitoring) van ZN is hiervan een voorbeeld waarbij je of meedoet of in je productieafspraken gekort wordt, maar er signalen komen dat er twijfel zijn of deze informatie nu wel het juiste vraagt en zegt voor de PAAZ sector. Landelijke regie over de uitvraag van informatie, de inhoud/effect hiervan en de hiermee gepaard gaande kosten zou niet overbodig zijn, zodat zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars vertrouwen erin hebben dat op basis van de juiste informatie de juiste keus wordt gemaakt.

Uiteraard zijn er naast bovenstaande vragen nog vele andere deelonderwerpen die voorafgaand aan de overgang naar prestatiebekostiging met de sector besproken moeten worden. De NZa heeft toegelicht deze adviezen richting VWS in delen te vertrekken om zo tijd te winnen.

Met vriendelijke groeten,

Janneke Baars

Zorgverzekeraars Nederland**Nederlandse Zorgautoriteit**

11D0037951 ontvangen 17/10/2011



Nederlandse Zorgautoriteit
De heer L. Coenen
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon Drs. J. van Kuik
Doorkiesnummer 030-6988297
Ons kenmerk B-11-1128-jkui1
Uw kenmerk
Datum 11 oktober 2011
Onderwerp Reactie ZN consultatiedocument implementatieplan prestatiebekostiging GGZ

Geachte heer Coenen,

Bij deze treft u de reactie van ZN aan op de consultatievragen zoals gesteld in het consultatiedocument Implementatieplan prestatiebekostiging GGZ. Het betreft hier een reactie van ZN. Vanwege de korte reactietermijn is afstemming met verzekeraars niet mogelijk geweest.

Voordat ingegaan wordt op de vragen wil ZN opmerken dat uitwerking van de NZa naar de mening van verzekeraars alleen gericht is op de eerste twee onderwerpen uit de brief van VWS; het beheersen van de macro-uitgaven en het transitieplan voor de overstap naar prestatiebekostiging. ZN merkt tot haar spijt op dat de mogelijke verbeteringen in de productstructuur niet worden uitgewerkt. Volgens ZN ligt juist op dit vlak de sleutel om tot een succesvolle stap naar prestatiebekostiging over te gaan. Voor de beoordeeling welk model geschikt is, is de vraag welke risico's door een model afgedekt moeten worden van groot belang. Deze risico's zijn echter afhankelijk van de geschiktheid van de productstructuur. ZN zou de NZa dan ook willen adviseren de ideeën die aanwezig zijn voor de doorontwikkeling te vertalen in een concrete planning en deze mee te nemen in het implementatieplan dat richting de minister zal worden gestuurd. Hierbij vormt met name het gebrekkige inzicht in zorgzwaarte een bottleneck voor verdere stappen. Tevens is belangrijk dat in het implementatieplan toetsmomenten worden ingebouwd om te kijken of het systeem voldoet aan de door VWS opgestelde randvoorwaarden. Bij deze toetsmomenten zou bekeken moeten worden welke voortgang er geboekt is en of nadere stappen in de (transitie)modellen gewenst dan wel noodzakelijk zijn.

Consultatievraag 1: Welke van de genoemde maatregelen voor zorgaanbieders heeft uw voorkeur, mede gelet op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Licht uw voorkeur toe.

De voorkeur gaat uit naar optie 2, omzetplafond op macroniveau. Het systeem moet ruimte bieden aan verzekeraars om zorg in te kopen bij de door de zorgverzekeraars geselecteerde aanbieder op basis van de prijs/kwaliteit verhouding. Optie 2 biedt in dit kader de meeste ruimte om te kiezen uit alle (type) aanbieders.

ZN zet wel vragen bij de wijze waarop de NZa eventuele overschrijdingen wil redresseren. In het document staat dat wanneer de som van alle omzetten het plafond overschrijdt, iedere aanbieder op basis van zijn vooraf vastgestelde aandeel in het totaal een bedrag terug betaalt aan de verzekeraar. Deze insteek zal er in de praktijk toe leiden dat de uitkomst van het systeem gelijk zal zijn aan optie 1 en er op basis van dit onderdeel feitelijk geen verschillen zitten tussen de voorgelegde scenario's. ZN zou in dit kader willen adviseren voor wat betreft de redressering aan te sluiten op de systematiek zoals deze ook in de somatiek gehanteerd zal gaan worden (bij een overschrijding zullen daar alle aanbieders een gelijkwaardig deel terug te betalen).

Consultatievraag 2: Welke van de genoemde maatregelen voor verzekeraars heeft uw voorkeur, mede gelet op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Licht uw voorkeur toe.

De voorkeur gaat uit naar optie 2, een uitgavenplafond per verzekeraar. Doelstelling van prestatiebekostiging is dat de individuele zorgverzekeraars verantwoordelijk worden voor hun inkoop. Optie 1 sluit niet aan op dit voornemen. Op basis van optie 1 zal namelijk het huidige representatiemodel voortgezet moeten worden om de inkoop in een regio mogelijk te maken. Tevens vormt de afbouw van de ex post nacalculatie een reden om voor optie 2 te kiezen. Door VWS worden de komende jaren stappen gezet om de ex post verevening aan te passen. Bij een dergelijke afbouw hoort ook een grotere zelfstandigheid in de inkoop van verzekeraars. Wanneer verzekeraars risico lopen over de uitgaven dienen verzekeraars zelfstandig deze kosten te kunnen beïnvloeden. Het voortzetten van het representatiemodel binnen de huidige of toekomstige budgettering past niet bij de voorgenomen afbouw.

Consultatievraag 3: Is zelfregulering, gelet op de effectiviteit van mogelijke maatregelen, volgens u een wenselijke manier om budgettaire beheersbaarheid te bereiken? Licht uw standpunt toe.

De optie van zelfregulering verdient de voorkeur boven de eerder genoemde opties omdat deze het meeste voorsorteert op de gewenste eindsituatie waar aanbieders en verzekeraars op basis van onderhandelingen tot een positief eindresultaat komen. In dit kader is het hoofdlijnen akkoord zoals deze in de somatiek tot stand is gekomen een goed voorbeeld hoe een dergelijke zelfregulering tot stand kan komen. Een belangrijke voorwaarde voor een dergelijk scenario is echter een goede en stabiele productstructuur waarbij er voldoende sturingsmogelijkheden zijn om passende zorg in te kopen. Zoals in de inleiding al aangegeven is er op dit vlak voor de GGZ nog het nodige werk te verrichten in 2012. ZN zou bij de NZa er op willen aandringen in het

implementatieplan de benodigde stappen in de doorontwikkeling van de structuur op te nemen.

Consultatievraag 4: Acht u algemene transitiemaatregelen voor de beheersing van de risico's van gebudgetteerde instellingen die samenhangen met de overstap naar prestatiebekostiging nodig? Gelieve uw standpunt toe te lichten.

ZN constateert dat de door de NZa geformuleerde doelstelling van het transitieproces afwijkt van de doelstelling zoals deze geformuleerd is voor de somatiek. In de somatiek is gekozen voor een transitieproces vanwege onzekerheden zoals deze voortkomen uit de overstap van DBC's naar DOT-producten. Hoewel er bij de GGZ ook sprake zal zijn van een doorontwikkeling is te bezien of de impact in de GGZ net zo groot is als in de somatiek. Wanneer het alleen gaat om een verfijning van de bestaande systematiek zou een transitieproces niet noodzakelijk zijn.

Op basis van de huidige DBC's is een transitieproces om eventueel inkomstenderving te voorkomen niet noodzakelijk. Ten eerste wordt er vanaf 2008 gewerkt met DBC's, zijn de tarieven bekend en was het voornemen om de overstap naar prestatiebekostiging bekend. Aanbieders hebben zich dus al enige jaren kunnen voorbereiden op de overstap naar prestatiebekostiging en hadden aanbieders de kosten in overeenstemming kunnen brengen met de DBC-tarieven. Ten tweede is er in 2009 en 2010 gemiddeld genomen sprake van een overdekking in de GGZ. De DBC-tarieven genereren hogere inkomsten dan op basis van de budgettering verwacht mag worden. Een transitieproces om eventuele inkomstenderving te borgen lijkt in dit kader niet noodzakelijk. Eerder het tegenovergestelde. ZN zet dan ook vraagtekens bij de opmerking van de NZa dat de beheersing van de kosten geen rol zou mogen spelen in het transitieproces. Wanneer een overstap naar prestatiebekostiging op basis van de huidige vaste tarieven wordt gezet zou een transitieproces wenselijk zijn om een overschrijding van het macrokader te voorkomen.

Consultatievraag 5: Dient de NZa naar uw mening rekening te houden met andere aspecten dan hier genoemd bij haar analyse van financiële effecten?

Zoals eerder aangegeven dient de impact van de doorontwikkeling van de DBC-structuur meegenomen te worden in de afweging of een transitieproces noodzakelijk is. Wat is het effect van het inbouwen van bijvoorbeeld zorgzwaarte in de productstructuur. Wanneer deze impact groot is en er grote fluctuaties optreden in de inkomsten van aanbieders door tarief/productmix verschuivingen zou een transitieproces eventueel gerechtvaardigd kunnen zijn zodat aanbieders zich kostentechnisch kunnen aanpassen aan de nieuwe structuur/tarieven.

Consultatievraag 6: Wat is uw mening over het vergroten van de vrijheid van het tarief rekening houdend met het inzicht in zorgzwaarte en de marktverhouding? Gelieve uw standpunt toe te lichten.

Het bieden van meer ruimte in de tarieven om zodoende lokaal gerichte afspraken te maken is een stap die verzekeraars als zodanig positief beschouwen. Op basis van de zorgvraag en de uitgevoerde activiteiten dienen aanbieders een passende vergoeding voor de geleverde zorg te ontvangen. Om de vruchten van een dergelijke vrijheid te kunnen plukken dienen de door VWS beschreven randvoorwaarden echter wel op juiste wijze ingevuld te worden. Zo dient er voldoende transparantie in het zorgaanbod te zijn om een

goede sturing door verzekeraars mogelijk te maken. Zo is er op dit moment nog onvoldoende transparant welke (patiënt)kenmerken verantwoordelijk zijn voor zorgzwaarte. Als gevolg van dit gebrek aan transparantie is het moeilijk onderscheid te maken tussen zorgzwaarte en inefficiëntie. Willen partijen lokaal goede afspraken kunnen maken binnen de bandbreedte zullen de kenmerken die verklarend zijn voor zorgzwaarte inzichtelijk gemaakt moeten worden. Nader onderzoek naar zorgzwaarte is dan ook gewenst voordat een bandbreedte wordt vrijgegeven.

Consultatievraag 7: Vindt u de mate van informatie-uitwisseling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder zodanig dat de zorgverzekeraar bij zijn zorginkoop voldoende inzicht heeft in zorgzwaarte en kwaliteit? Gelieve uw standpunt toe te lichten.

Zoals bij vraag 7 aangegeven is op dit moment nog onvoldoende inzicht in de zorgzwaarte. Hierbij merkt ZN op dat er verschil zit tussen informatie over zorgzwaarte en kwaliteitsinformatie. De informatie gerelateerd aan zorgzwaarte zou verklarend moeten zijn voor de ingezette capaciteit. De kwaliteitsinformatie zou transparant moeten maken welke behandelresultaten behaald zijn. Door middel van het combineren van deze informatie zal er inzicht ontstaan in de doelmatigheid van de zorg. Door middel van ROM en CQI wordt door aanbieders inzichtelijk gemaakt welke resultaten behaald worden. De huidige uitvraag bevat een aantal patiëntkenmerken maar er is nog geen kader waarmee de zwaarte van de zorgvraag in kaart wordt gebracht. Zoals bij vraag 6 al aangegeven is nader onderzoek naar zorgzwaarte is dan ook gewenst.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland



Drs. A.J. Lamping
directeur Zorg

Consultatiedocument

Implementatieplan prestatiebekostiging GGZ

september 2011

Inhoud

Inleiding	5
1. Budgettaire beheersing	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Systeem van prestatiebekostiging	7
1.3 Zorgaanbieders	8
1.3.1 Omzetplafond voor individuele zorgaanbieders	8
1.3.2 Omzetplafond op macroniveau	9
1.3.3 Omzetplafond op mesoniveau	9
1.4 Verzekeraars	9
1.4.1 Invoering van contracteerruimte per regio	9
1.4.2 Uitgavenplafond per zorgverzekeraar	9
1.5 Zelfregulering	10
2. Transitiemodel	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Doel algemene transitiemaatregelen	11
2.3 Afweging NZa	12
2.3.1 Standpunt gebudgetteerde instellingen	12
2.3.2 Analyse budget- versus DBC-systematiek	12
3. De DBC-systematiek	13
3.1 De productstructuur	13
3.2 De vrijheid van tarieven	13
3.3 Inzicht in zorgzwaarte en kwaliteit	14

Inleiding

Doelstelling en proces consultatie

Het is de inzet van de minister van VWS om per 2013 prestatiebekostiging in de GGZ in te voeren. Hiertoe heeft VWS op 6 september jl. de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om een implementatieplan gevraagd. De brief met het verzoek is opgenomen in de bijlage.

VWS heeft in haar verzoek voor het maken van een implementatieplan een aantal standpunten ingenomen en op een aantal punten advies gevraagd van de NZa. Waar VWS een standpunt heeft ingenomen zal de NZa in het implementatieplan weergeven hoe zij de beleidslijn gaat uitvoeren. Veel van deze onderdelen van het implementatieplan zullen op een later moment voor de technische uitwerking worden voorgelegd aan belanghebbenden.

Op onderwerpen waar het ministerie de NZa om adviezen heeft gevraagd wil de NZa graag de mening van veldpartijen horen. De NZa wil u om deze reden consulteren over een aantal onderwerpen en legt in dit document daarom een aantal consultatievragen voor.

1. Budgettaire beheersing

1.1 Inleiding

VWS stelt dat de overgang naar prestatiebekostiging moet plaatsvinden in de context van een budgettair beheersbaar systeem binnen de beschikbare financiële kaders. Onder budgettaire beheersbaarheid binnen beschikbare financiële kaders wordt verstaan dat prikkels voor instellingen en zorgverzekeraars er toe bijdragen dat overschrijdingen van het budgettair kader zorg (BKZ) worden voorkomen.

Hiervoor is het onder andere nodig dat de aanspraken in het pakket worden aangescherpt en dat de inrichting van het systeem van prestatiebekostiging zodanig is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer geprikkeld worden om – met inachtneming van de zorgplicht – macrobudgettaire overschrijdingen te voorkomen.

Het voorkomen van macrobudgettaire overschrijdingen is iets anders dan het bevorderen van de betaalbaarheid van de zorg. In een goed werkende markt kopen zorgverzekeraars de beste zorg in tegen de beste prijs, waardoor een zorgconsument het beste aanbod krijgt voor zijn zorgeuro. Dit laatste wordt beoogd in een goed werkend systeem van prestatiebekostiging. Daarmee is niet gezegd dat de ontwikkeling van de kosten van de GGZ vanaf 2013 past binnen het macrobudgettaire kader. Het is mogelijk dat het marktevenwicht wat betreft de macrokosten van de curatieve GGZ hoger ligt dan wat men acceptabel vindt om via de collectieve middelen (het BKZ) te financieren.

VWS laat weten dat in deze fase niet vertrouwd kan worden op de reeds ingezette systeemprikkels om de uitgaven binnen het BKZ te houden. Ook voor de ziekenhuizen is voorzien in dergelijke extra garanties voor de beheersbaarheid van de uitgaven via het Hoofdlijnenakkoord. Voor het beheersen van de collectieve kosten van de curatieve GGZ op korte termijn vraagt VWS de NZa om aanvullende maatregelen. Bij deze maatregelen concentreert de NZa zich op middelen om de inkomsten van zorgaanbieders en de uitgaven van zorgverzekeraars te begrenzen.

1.2 Systeem van prestatiebekostiging

Zorgaanbieders en verzekeraars zullen in een goed werkend systeem van prestatiebekostiging geprikkeld worden zo efficiënt mogelijk zorg te leveren en in te kopen. Dit kan echter nog steeds leiden tot een macrobudgettaire overschrijding.

VWS merkt op dat het tevens mogelijk is om het pakket aan te scherpen. In een goed werkend systeem van prestatiebekostiging zijn maatregelen die de zorgvraag ten laste van de collectieve uitgaven beperken een oplossing om binnen de beschikbare financiële kaders te blijven. Deze maatregelen worden relevant als de macrofinanciële kaders worden overschreden en daarmee de zorgpremie stijgt.

De sterk stijgende vraag naar curatieve GGZ is een belangrijke oorzaak van groeiende macro-uitgaven. Een beperking van de (groei van) de zorgvraag is een effectieve weg om de collectieve uitgaven te beheersen.

Er bestaan grofweg twee methoden om de collectieve zorgvraag te remmen: via beperking van de aanspraken en via eigen betalingen. Op

beide sporen wordt ingezet vanaf 2012. De Minister heeft besloten eigen bijdragen voor zowel de ambulante tweedelijns GGZ in te voeren als voor verblijf in een GGZ-instelling. Tevens zullen aanpassingsstoornissen niet meer vergoed worden uit de basisverzekering, nadat in 2011 psychoanalyse al uit het collectief verzekerde pakket is gehaald.

Aanpassingen van het verzekerde pakket en de invoering van eigen bijdragen zijn politieke besluiten. De NZa heeft hierbij enkel een adviserende rol. In het kader van verdere uitwerking van een eerder politiek besluit ontwikkelt de NZa in samenspraak met het CVZ en DBC-O een aanpak om het onderscheid tussen verzekerde en niet-verzekerde zorg in de productstructuur mogelijk te maken.

VWS heeft de NZa gevraagd ten behoeve van budgettaire beheersbaarheid alternatieve maatregelen uit te werken. Dit zijn maatregelen die VWS de mogelijkheid bieden om, aanvullend op de mogelijkheid om het pakket aan te scherpen, binnen de beschikbare financiële kaders te blijven. De NZa gaat hierbij enkel in op alternatieve maatregelen die vooraf genomen kunnen worden, met het oog op het maximaliseren van de uitgaven van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. VWS heeft reeds de mogelijkheid om een geconstateerde overschrijding van de beschikbare financiële kaders achteraf te compenseren met een budget- en/of tariefkorting.

Alternatieve maatregelen om binnen de beschikbare financiële kaders te blijven zijn grofweg onder te verdelen in twee categorieën:

- begrenzen van de inkomsten van zorgaanbieders en
- begrenzen van de uitgaven van zorgverzekeraars.

De in dit hoofdstuk genoemde maatregelen moeten in de periode 2013-2015 ervoor zorgen dat de implementatie van prestatiebekostiging gebeurt binnen de macrobudgettaire kaders.

1.3 Zorgaanbieders

Er is een aantal opties denkbaar om de inkomsten van zorgaanbieders te beperken zodanig dat de beschikbare financiële kaders niet overschreden worden.

1.3.1 Omzetplafond voor individuele zorgaanbieders

Met ingang van 2012 wordt het op basis van de Aanvulling Instrumenten Bekostiging Wmg (AIB Wmg) mogelijk om alle individuele aanbieders van curatieve GGZ een omzetplafond op te leggen. In dat geval wordt per aanbieder een maximale omzet vastgesteld en gedeclareerde opbrengsten boven dat maximum worden verrekend. Om alle aanbieders te kunnen budgetteren dient dit instrument toegepast te worden op gebudgetteerde instellingen, nieuwe instellingen, vrijgevestigde psychiaters en psycho-therapeuten.

De GGZ kent een groot aantal vrijgevestigde zorgaanbieders waarvoor de implementatie van een omzetplafond lastig uitvoerbaar kan zijn. In dat geval blijft er voor deze aanbieders een volumerisico bestaan. Dit risico wordt vergroot omdat de spelregels voor het in rekening brengen van DBC's het mogelijk maken dat psychiaters en psychotherapeuten 'doorcontracteren'. Dit kan leiden tot 'kleine instellingen' en bijbehorend een volumerisico. Een mogelijkheid om dit risico te beperken is om het omzetplafond op te leggen vanaf een omzetgrens per zorgaanbieder, ongeacht of dit een instelling of vrijgevestigde aanbieder is.

1.3.2 Omzetplafond op macroniveau

De AIB Wmg geeft de mogelijkheid om op macroniveau een omzetplafond op te leggen. Hierbij wordt vooraf een totaal omzetplafond opgelegd aan alle aanbieders van curatieve GGZ. Wanneer de som van alle omzetten dit plafond overschrijdt, betaalt iedere aanbieder op basis van zijn vooraf vastgestelde aandeel in het totaal een bedrag terug aan de verzekeraar.

1.3.3 Omzetplafond op mesoniveau

De AIB Wmg geeft de mogelijkheid om op mesoniveau een omzetplafond op te leggen. Er kan een omzetplafond voor verschillende groepen aanbieders worden bepaald, bijvoorbeeld voor gebudgetteerde instellingen, de nieuwe aanbieders en de vrijgevestigden. Wanneer de som van alle omzetten binnen een groep het omzetplafond van die groep overschrijdt, betaalt iedere aanbieder op basis van zijn vooraf vastgestelde aandeel in het totaal van de groep een bedrag terug aan de verzekeraar.

Consultatievraag 1:

Welke van de genoemde maatregelen voor zorgaanbieders heeft uw voorkeur, mede gelet op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Licht uw voorkeur toe.

1.4 Verzekeraars

In het eindmodel prestatiebekostiging zijn het de zorgverzekeraars die sturen op de uitgaven aan zorg. Bij de invoering van maatregelen voor budgettaire beheersing op korte termijn op weg naar dat eindmodel is het dan ook voorstelbaar goed te kijken naar de bijdrage van zorgverzekeraars. Er zijn een aantal opties denkbaar om uitgaven van zorgverzekeraars te beperken zodanig dat de beschikbare financiële kaders niet overschreden worden.

1.4.1 Invoering van contracteerruimte per regio

Een contracteerruimte is een financieel kader waarbinnen verzekeraar en zorgaanbieders de productie contracteren. De overheid stelt de contracteerruimte per regio/zorgverzekeraar op zodanige wijze vast dat het totaal van alle regio's binnen de beschikbare financiële kaders blijft. De zorgverzekeraar is verplicht binnen zijn (regionale) ruimte te contracteren.

Overschrijdingen kunnen niet worden gedeclareerd/uitbetaald. Met de invoering van een contracteerruimte is de handhaving van het BKZ gegarandeerd.

1.4.2 Uitgavenplafond per zorgverzekeraar

Een uitgavenplafond is een maximumbedrag dat een zorgverzekeraar mag uitgeven voor de inkoop van GGZ. In tegenstelling tot de contracteerruimte kan dit plafond overschreden worden. De bijbehorende sanctie is dan echter dat de zorgverzekeraar deze uitgaven niet in de risicoverevening in mag brengen.

In deze variant zijn overschrijdingen in principe mogelijk, maar hiermee schaden verzekeraars hun concurrentiepositie omdat zij de meerkosten

moeten verhalen via de premie of op hun bedrijfsresultaat. Zij ondervinden dus een zeer sterke prikkel om de uitgaven onder het omzetplafond te houden. Een verzekeraar houdt de mogelijkheid om andere doelstellingen dan de verlaging van de kosten te laten prevaleren.

Consultatievraag 2:

Welke van de genoemde maatregelen voor verzekeraars heeft uw voorkeur, mede gelet op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Licht uw voorkeur toe.

1.5 Zelfregulering

Bovenstaande maatregelen vragen om regulering. Dit kan variëren van het aanpassen van beleidsregels van de NZa tot aan het wijzigen van de Zorgverzekeringswet.

Indien regulering ongewenst of onmogelijk is, kan er ook worden gekozen voor zelfregulering. Deze zelfregulering kan worden bekrachtigd in bestuurlijke afspraken tussen het ministerie en brancheorganisaties van verzekeraars en zorginstellingen. Een absolute voorwaarde voor budgettaire beheersing op basis van zelfregulering is dat de afgesproken constructies voorzien in: 1) Inzicht in de effectiviteit is van de maatregelen in termen van kostenbeheersing en 2) mogelijkheden tot (private) handhaving van de afspraken.

Een aantal mogelijke opties voor zelfregulering zijn:

- verlaging van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg;
- invoering van volumeafspraken met nieuwe aanbieders en vrijgevestigden;
- een maximaal toelaatbare omzetgroei op macroniveau, af te leiden uit het BKZ.

Consultatievraag 3:

Is zelfregulering, gelet op de effectiviteit van mogelijke maatregelen, volgens u een wenselijke manier om budgettaire beheersbaarheid te bereiken? Licht uw standpunt toe.

2. Transitiemodel

2.1 Inleiding

In haar verzoek voor het implementatieplan prestatiebekostiging GGZ vraagt VWS de NZa een afweging te maken of er algemene transitiemaatregelen nodig zijn voor de beheersing van de risico's die samenhangen met de overstap naar prestatiebekostiging. Een transitiemodel is alleen van toepassing op de gebudgetteerde instellingen.

2.2 Doel algemene transitiemaatregelen

De NZa maakt een afweging of er algemene transitiemaatregelen nodig zijn voor de beheersing van de risico's van gebudgetteerde instellingen die samenhangen met de overstap naar prestatiebekostiging. Deze transitiemaatregelen zijn per definitie van tijdelijke aard. Het doel is om eventuele inkomensverschillen als gevolg van de overstap naar prestatiebekostiging uit te smeren over een langere periode. Instellingen hebben zo voldoende tijd om de bedrijfsvoering aan te passen op de nieuwe bekostigingssystematiek.

De inkomenseffecten van prestatiebekostiging zullen voor elke instelling anders zijn. De NZa zal enkel adviseren om een generiek transitiemodel te hanteren als zij verwacht dat een aanzienlijk aantal instellingen een substantieel inkomensverschil zal hebben. Indien de inkomensverschillen in het algemeen klein zijn, of slechts bij enkele specifieke instellingen aanzienlijk zijn, dan vindt de NZa het opleggen van algemene transitiemaatregelen niet nodig voor het maken van een verantwoorde overgang naar prestatiebekostiging. In een dergelijk geval zou een transitiemaatregel slechts zorgen voor onnodige belemmeringen voor marktpartijen.

Omdat er veel discussie is over het doel van transitiemaatregelen expliciteert de NZa tevens wat geen doel is van transitiemaatregelen:

- De beheersing van risico's die ontstaan door het wegvallen van individuele vergoedingen uit de budgetbekostiging, de individuele componenten. Het wegvallen van deze individuele componenten kan ook tot inkomensverschillen leiden, maar deze staan los van de overstap naar prestatiebekostiging.
- Budgettaire beheersbaarheid. Het doel van algemene transitiemaatregelen is om instellingen meer tijd te geven de bedrijfsvoering aan te passen en niet om (tijdelijk) de kosten te beheersen. De wijze waarop budgettaire beheersbaarheid bereikt kan worden wordt beschreven in hoofdstuk 1.
- Eventuele inkomstenverschillen als gevolg van een andere vergoeding voor kapitaallasten uit te smeren over een langere periode. De hier bedoelde transitiemaatregel is bedoeld voor inkomensverschillen die ontstaan vanwege een andere vergoeding voor de geleverde zorg. Voor inkomensverschillen vanwege een andere kapitaallastenvergoeding volgt de NZa een apart traject kapitaallasten.

2.3 Afweging NZa

De NZa zal een afweging maken of er algemene transitie maatregelen nodig zijn op basis van de volgende gegevens:

- Het standpunt van de vertegenwoordigers van gebudgetteerde instellingen te weten GGZ-Nederland, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, MeerGGZ en de Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra.
- Een analyse op instellingsniveau waarin de inkomsten uit de budgetsystematiek vergeleken worden met de inkomsten uit de DBC-systematiek.

2.3.1 Standpunt gebudgetteerde instellingen

Consultatievraag 4:

Acht u algemene transitie maatregelen voor de beheersing van de risico's van gebudgetteerde instellingen die samenhangen met de overstap naar prestatiebekostiging nodig? Gelieve uw standpunt toe te lichten.

2.3.2 Analyse budget- versus DBC-systematiek

De NZa zal een analyse doen waarbij zij per instelling de inkomsten bij de budgetsystematiek vergelijkt met de inkomsten bij de DBC-systematiek in de voorgaande jaren. Zij houdt hierbij tevens rekening met de volgende aspecten:

- Individuele componenten in het huidige budget
- Verrekenpercentages voor DBC-inkomsten

Consultatievraag 5:

Dient de NZa naar uw mening rekening te houden met andere aspecten dan hier genoemd bij haar analyse van financiële effecten?

3. De DBC-systematiek

De DBC-systematiek is het bekostigingssysteem dat wordt gehanteerd bij prestatiebekostiging. Om tot een goed werkend systeem te komen dat de geleverde zorg adequaat bekostigt zijn drie aspecten van het DBC-systeem van belang:

- De productstructuur
- De vrijheid van tarieven
- Inzicht in zorgzwaarte en kwaliteit

Bij de beoordeling van de DBC-systematiek wordt niet gekeken naar ieder onderdeel apart. Alle onderdelen beïnvloeden elkaar. Daarom wordt beoordeeld of de kwaliteit van de drie gerelateerde onderdelen zodanig is dat het totaal, de DBC-systematiek, goed werkt.

Om het totaal goed te kunnen beoordelen is het van belang om goed te weten of het samenspel tussen de drie aspecten tot adequate bekostiging leidt. Een voorbeeld van dat laatste is het volgende: Stel dat zorgzwaarte binnen de productstructuur niet oplosbaar is. Als er meer vrijheid in tarieven is en er voldoende inzicht bestaat in de zorgzwaarte buiten de productstructuur om, dan is het alsnog mogelijk dat de zorgverzekeraar en de instelling een passend tarief kunnen afspreken.

Om een goede afweging te kunnen maken ten aanzien van de kwaliteit van de DBC-systematiek vraagt de NZa u om een oordeel op twee van de drie onderdelen.

3.1 De productstructuur

De productstructuur is het systeem van prestaties en tarieven dat dient ter bekostiging van de geleverde zorg. Deze productstructuur wordt jaarlijks verbeterd. De NZa is van mening dat de huidige productstructuur voldoet. Dit laat onverlet dat verbetering en doorontwikkeling jaarlijks plaats moet vinden.

3.2 De vrijheid van tarieven

Momenteel gelden er maximumtarieven voor aanbieders die volledig worden afgerekend op DBC's. Maximumtarieven geven geen ruimte om een hoger tarief af te spreken indien zorgverzekeraar en instelling dit gewenst vinden. Om dit wel mogelijk te maken kan de vrijheid van tarieven aangepast worden door van maximumtarieven over te gaan op bandbreedtetarieven of vrije tarieven.

Een passende inzet van een bandbreedte- of vrij tarief vooronderstelt dat de zorginkoper inzicht heeft in de verschillen in zorgzwaarte tussen zorgaanbieders. Niet alleen om zwaardere zorg, maar ook om lichtere zorg passend te betalen.

Daarnaast is ook de marktverhouding tussen aanbieders en verzekeraars van belang. Deze bepaalt mede of de ruimte die wordt gegeven bij een bandbreedte- of vrij tarief ook daadwerkelijk benut wordt voor het oplossen van zorgzwaarteproblemen.

Consultatievraag 6:

Wat is uw mening over het vergroten van de vrijheid van het tarief rekening houdend met het inzicht in zorgzwaarte en de marktverhouding? Gelieve uw standpunt toe te lichten.

3.3 Inzicht in zorgzwaarte en kwaliteit

Voor een goed werkend systeem is het van belang dat een zorgverzekeraar weet wat hij inkoop. Het is hierbij van belang dat een aanbieder duidelijk kan maken waarom zorg bij hem meer of minder kost dan bij een andere aanbieder. Dit kan zowel vanuit zorgzwaarte als kwaliteit worden onderbouwd.

Het is dus van belang dat er voldoende transparantie is voor zowel een verzekeraar als een aanbieder. Het is hierbij niet noodzakelijk dat alle informatie die partijen nodig achten enkel binnen de productstructuur met elkaar wordt gedeeld. Het is ook buiten de productstructuur om mogelijk om informatie te delen. De NZa ziet in de GGZ verschillende initiatieven om de transparantie te vergroten.

Consultatievraag 7:

Vindt u de mate van informatie-uitwisseling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder zodanig dat de zorgverzekeraar bij zijn zorginkoop voldoende inzicht heeft in zorgzwaarte en kwaliteit? Gelieve uw standpunt toe te lichten.