

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 transitie maatregelen	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 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.