

**Advies**

# **Vereenvoudiging bekostiging van de curatieve GGZ**

Afschaffing van dubbele registratie met de  
zekerheid van een vangnet vanaf 2012



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Het ingroeimodel</b>	<b>11</b>
1.1 Inleiding	11
1.2 Onderbouwing keuze voor ingroeimodel	11
1.3 Historische omzet	12
1.3.1 Basisjaar	12
1.3.2 Indexering	13
1.3.3 Tariefmaatregel	14
1.4 Garantiepercentage	14
1.4.1 Afbouw garantiepercentage	15
1.4.2 Hoogte garantiepercentage	15
1.5 DBC omzet	16
1.6 Uitvoering	17
<b>2. Specifieke zorgactiviteiten</b>	<b>19</b>
2.1 Inleiding	19
2.2 Individuele componenten van instellingen	19
2.2.1 Alternatieve bekostiging individuele componenten	20
2.3 Patiëntgebonden kosten via OVP	20
2.3.1 Elektroconvulsietherapie (ECT)	21
2.3.2 Methadon	21
<b>3. Crisiszorg</b>	<b>23</b>
3.1 Inleiding	23
3.2 Huidige situatie	23
3.3 Toekomstige situatie	23
3.3.1 Variabele vergoeding via een OVP	24
3.3.2 Vaste beschikbaarheidsvergoeding	24
3.4 Eerdere adviezen beschikbaarheid	25
3.5 Afweging voor crisiszorg	25
3.5.1 Regionale afstemming of planning overheid	25
3.5.2 Controle op besteding van middelen	26
3.5.3 Uitvoeringskosten	27
3.5.4 Advies beschikbaarheidsvergoeding	27
3.6 De hoogte van de vergoeding	27
<b>4. Het vrijgeven van tarieven</b>	<b>29</b>
4.1 Inleiding	29
4.2 Effecten van het vrijgeven van tarieven	29
4.2.1 Voordelen	29
4.2.2 Nadelen	30
4.3 Voorwaarden voor het vrijgeven van tarieven	31
4.4 Vervolgadvies	32
<b>5. Kapitaallasten</b>	<b>33</b>
5.1 Inleiding	33
5.2 Kapitaallasten vanaf 2012	33
5.2.1 Verschillen werkelijke kosten benadering en NHC	33
5.2.1.1 Uitgangspunten voor berekening	33
5.2.1.2 Tariefonderhoud	34
5.2.1.3 Aansluiting bij andere sectoren	34
5.2.2 Afweging werkelijke kosten benadering en NHC	34
5.2.3 Toerekening per 2012	35

5.2.4	Aandachtspunten toerekening NHC's	35
5.2.4.1	Verbetering verblijfsgroepen	35
5.2.4.2	Verbetering verblijfsgroepen nodig voor toerekening NHC's	35
5.2.4.3	Doorontwikkeling verblijfsgroepen	35
5.3	Overgangsscenario's kapitaallasten	36
5.4	Uitvoering kapitaallasten	37
<b>6.</b>	<b>Macrobeheersing</b>	<b>39</b>
6.1	Inleiding	39
6.2	Werkingsfeer	39
6.3	Beoogde werking	39
6.4	Elementen macrocompensatie-instrument	40
6.4.1	Vaststellen sectorgrens	40
6.4.2	Doorvertaling naar individuele aanbieders	40
6.4.2.1	GGZ eerste lijn	40
6.4.2.2	GGZ tweede lijn	40
6.4.2.3	Uitvoeringslasten	41
6.4.2.4	Afdracht korting van individuele aanbieders	42
6.5	Effecten macrocompensatie-instrument	42
6.5.1	Extra zorgproductie	42
6.5.2	Kostenbesparing	43
6.6	Voorkomen macrobeheersing	43
6.6.1	Tegengaan van upcoding	43
6.6.2	Onderzoek naar degressieve tarieven	44
<b>7.</b>	<b>Planning</b>	<b>45</b>

## Vooraf

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in november 2009 gevraagd nader advies uit te brengen over de wijze waarop invoering van prestatiebekostiging en daar waar mogelijk liberalisering in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) per 1 januari 2011 op een verantwoorde wijze mogelijk kan worden gemaakt. De invoering van prestatiebekostiging staat in dit advies gelijk aan de vereenvoudiging van de bekostiging en liberalisering is gelijk aan het vrijgeven van tarieven.

De Minister vroeg om advisering in twee stappen: een advies op hoofdlijnen in januari 2010 en een vervolgadvisie in maart 2010. In dat vervolgadvisie zou de NZa moeten ingaan op de zogeheten niet-patiëntgebonden kosten. Ook zou zij in maart moeten aangeven hoe zij de verdere invoering van de vereenvoudiging van de bekostiging ziet.

In het advies op hoofdlijnen heeft de NZa aangegeven dat zij in het vervolgadvisie adviseert over het vrijgeven van tarieven en dat zij de vormgeving van het zogeheten vangnet beschrijft. In het Bestuurlijk Overleg van 26 januari heeft de Minister aandacht gevraagd voor de macrobudgettaire effecten van de vereenvoudiging van de bekostiging. Ten slotte heeft het Ministerie van VWS per brief van 23 februari gevraagd in te gaan op de manier waarop in de curatieve geestelijke gezondheidszorg een macrocompensatie-instrument toegepast kan worden.

Binnen de GGZ wordt in 2010 voor het derde jaar een dubbele registratie gevoerd op zowel budgetparameters als Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). De vereenvoudiging van de bekostiging betekent het einde van deze dubbele registratie, maar tegelijkertijd nog wel een waarborg voor de inkomsten van instellingen door middel van een vangnet. De NZa geeft in dit advies aan hoe dit technisch kan worden vormgegeven.

Mede als gevolg van de val van het kabinet heeft het Ministerie van VWS de NZa en andere veldpartijen laten weten dat de vereenvoudiging van de bekostiging en daar waar mogelijk het vrijgeven van tarieven in de curatieve GGZ per 1 januari 2011 niet mogelijk is. De NZa gaat in dit advies daarom uit van de vereenvoudiging van de bekostiging en daar waar mogelijk het vrijgeven van tarieven in de curatieve GGZ per 1 januari 2012.

Bij haar advisering houdt de NZa tevens rekening met de door de Minister gestelde randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan om de vereenvoudiging van de bekostiging en het vrijgeven van tarieven in te voeren.<sup>1</sup>

De Nederlandse Zorgautoriteit,

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

---

<sup>1</sup> Zie brief Minister van VWS d.d. 13 oktober 2009 aan leden van het Bestuurlijk Overleg.



## Managementsamenvatting

Na haar advies op hoofdlijnen in januari 2010 brengt de NZa op verzoek van de Minister een aanvullend advies uit. De NZa adviseert op een aantal specifieke punten die onderdeel uitmaken van de vereenvoudiging van de bekostiging. Ten eerste licht de NZa toe hoe de vereenvoudiging met een ingroeimodel op een verantwoorde manier vormgegeven kan worden. Daarnaast worden er een aantal punten toegelicht waar acties plaats zullen vinden tegelijkertijd met de vereenvoudiging. Het gaat hier om het bekostigen van niet-patiëntgebonden zorg, crisiszorg, een vergoeding voor kapitaallasten en de mogelijkheden die er zijn om de uitgaven te beperken zodat het budgettair kader zorg niet overschreden wordt.

Daarnaast zal de NZa toelichten hoe zij in het begin van 2011 nader zal adviseren over het vrijgeven van tarieven in de curatieve GGZ per 1 januari 2012.

### *Ingroeimodel*

De NZa adviseert om gedurende de eerste drie jaar van de vereenvoudiging van de bekostiging het ingroeimodel als vangnet te hanteren. Door het ingroeimodel krijgen zorgaanbieders enerzijds de tijd om toe te groeien naar de vereenvoudiging van de bekostiging en anderzijds worden zij gestimuleerd om de bedrijfsvoering in te richten op bekostiging met DBC's.

Het ingroeimodel gaat uit van een vooraf vastgestelde rekenregel die de omzet bepaalt die een zorgaanbieder mag behouden (bij omzetsijging), dan wel tot welk niveau de omzet aangevuld wordt (bij omzetsdaling). De rekenregel ziet er als volgt uit:

$$\text{Transitieomzet} = z * (\text{historische omzet}) + (1-z) * (\text{DBC omzet})$$

Een instelling ontvangt inkomsten uit haar DBC omzet. Het verschil tussen deze DBC omzet en de transitieomzet is het bedrag dat een instelling aanvullend ontvangt (als de transitieomzet groter is dan de DBC omzet) of terug dient te betalen (als de transitieomzet kleiner is dan de DBC omzet).

De NZa adviseert om de historische omzet te bepalen aan de hand van de totaal aanvaardbare kosten voortkomend uit de formulieren voor nacalculatie en dit bedrag aan te corrigeren voor de loon- en prijsontwikkeling. Daarnaast adviseert de NZa ook om het macro taakstellingbedrag van € 119 miljoen tijdens de vangnetperiode als deels verdisconteerd in de historische omzet, deels als vast bedrag in mindering te brengen op de transitieomzet.

De NZa acht het van belang dat voorafgaand aan de vangnetperiode bekend is wat de hoogte is van het garantiepercentage (z) in 2012, 2013 en 2014. Zij adviseert om hier te kiezen voor een lineaire of progressieve afbouw van het garantiepercentage. De NZa kan deze percentages definitief vaststellen in haar uiterlijk 1 oktober 2011 te publiceren beleidsregels.

De NZa adviseert om de DBC omzet van een instelling als volgt te bepalen:

	Opbrengsten uit DBC's afgesloten in jaar t
-/-	Onderhanden werk ultimo t-1
+	<u>Onderhanden werk ultimo t</u>
	DBC omzet in jaar t

De NZa zal de werkwijze rondom het ingroeimodel nader concretiseren in een verantwoordingsdocument. Dit document maakt onderdeel uit van de uiterlijk 1 oktober 2011 te verschijnen beleidsregels.

#### *Specifieke zorgactiviteiten*

Binnen de bestaande budgettering worden activiteiten vergoed die niet zijn toegerekend aan DBC's. Deels betreft het prestaties die niet aan individuele patiënten kunnen worden toegerekend. In de huidige systematiek worden deze activiteiten instellingsspecifiek vergoed via het budget als individuele componenten. De vergoeding voor deze individuele componenten vervalt bij de vereenvoudiging van de bekostiging, tenzij de activiteiten prestaties op basis van Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) betreffen die patiëntgebonden zijn. De NZa heeft geen mogelijkheden om instellingsspecifieke prestaties te definiëren.

Indien aanbieders en verzekeraars het belang van individuele componenten delen, is het denkbaar dat het veld gezamenlijk deze activiteiten voort zet. Het Ministerie van VWS heeft eventueel ook de mogelijkheid om activiteiten van publiek belang vanuit de begroting van VWS te subsidiëren. Daarnaast kan een deel van deze activiteiten worden bekostigd vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Daarnaast adviseert de NZa voor de activiteiten die patiëntgebonden zijn, die een Wmg-prestatie betreffen, maar die momenteel niet gedeclareerd kunnen worden met een DBC, overige producten (OVP's) vast te stellen die in rekening gebracht kunnen worden bij zorgverzekeraar of patiënten. Daarnaast dient onderzocht te worden op welke manier de huidige OVP's opgenomen kunnen worden in DBC-tarieven.

#### *Crisis zorg*

Ten aanzien van de beschikbaarheid van crisiszorg adviseert de NZa 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 beschikbaarheidsvergoeding waaraan aanzienlijke uitvoeringsconsequenties kleven.

#### *Het vrijgeven van tarieven*

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.

De NZa zal ten aanzien van het vrijgeven van tarieven op een later moment nader adviseren 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.



Daarnaast wil de NZa benadrukken dat er op dit moment reeds initiatieven zijn die er toe moeten leiden dat er aan de voorwaarden wordt voldaan. Eén van de belangrijkste voorwaarden in de beoordeling van de NZa is transparantie. In het bestuurlijk overleg van 26 januari 2010 heeft de Minister de aanwezige veldpartijen verantwoordelijk gesteld voor verbetering van de transparantie. De NZa zal in haar nadere advies beoordelen of veldpartijen hier voldoende actie op hebben ondernomen om per 1 januari 2012 de tarieven vrij te kunnen geven.

#### *Kapitaallasten*

De NZa adviseert om de kapitaallasten in de curatieve GGZ aan de DBC's toe te rekenen op basis van de normatieve huisvestingscomponent (NHC). NHC's bieden een goede basis voor een integraal tarief die past bij de beoogde verantwoordelijkheid van de aanbieder voor onroerend goed. De NZa vindt het daarnaast van belang dat de vergoeding van kapitaallasten voor aanbieders in de GGZ, die zowel zorg uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) als de Zorgverzekeringswet (Zvw) leveren, op dezelfde basis plaats vindt.

#### *Macrobeheersing*

De NZa licht de technische uitwerking en de daarbij behorende punten van aandacht van een macrocompensatie-instrument toe. Daarnaast adviseert de NZa om een aantal acties te nemen om upcoding te voorkomen en een onderzoek in te stellen naar de mogelijkheden van degressieve tarieven als beheersing van het budgettair kader zorg.

#### *Planning*

De NZa koppelt aan het advies een planning met daarin onderscheid tussen de noodzaak tot een aanwijzing, de verantwoordelijke partij en de datum van publicatie.



## 1. Het ingroeimodel

### 1.1 Inleiding

In het advies van januari heeft de NZa geadviseerd om het ingroeimodel als vangnet te hanteren voor gebudgetteerde instellingen (inclusief de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en de psychiatrische universiteitsklinieken).<sup>2</sup> Om dit ingroeimodel te kunnen implementeren is een reeds geplande wijziging in de Wmg nodig.

Het ingroeimodel is bedoeld om de vereenvoudiging van de bekostiging op een verantwoorde manier in drie jaar te laten verlopen. Het ingroeimodel gaat uit van een vooraf vastgestelde rekenregel die de omzet bepaalt die een zorgaanbieder mag behouden (bij omzetsijging), dan wel tot welk niveau de omzet aangevuld wordt (bij omzetsijging). De uitkomst van de rekenregel noemen we de transitieomzet en deze komt voort uit een gewogen gemiddelde van de historische inkomsten en de gerealiseerde DBC omzet bij de vereenvoudiging van de bekostiging. De rekenregel ziet er als volgt uit:

$$\text{Transitieomzet} = z \cdot (\text{historische omzet}) + (1-z) \cdot (\text{DBC omzet})$$

De rekenregel bestaat uit drie variabelen: de historische omzet, de waarde van  $z$  en de DBC omzet. Een instelling ontvangt inkomsten uit haar DBC omzet. Het verschil tussen deze DBC omzet en de transitieomzet is het bedrag dat een instelling aanvullend ontvangt (als de transitieomzet groter is dan de DBC omzet) of terug dient te betalen (als de transitieomzet kleiner is dan de DBC omzet). De drie variabelen die de uiteindelijke transitieomzet bepalen worden in dit hoofdstuk nader uitgewerkt.

### 1.2 Onderbouwing keuze voor ingroeimodel

De NZa acht het van belang dat de vereenvoudiging van de bekostiging op een verantwoorde manier wordt ingevoerd, maar dat er tegelijkertijd ook een prikkel is voor zorginstellingen om de bedrijfsvoering te richten op bekostiging met DBC's.

Het ingroeimodel garandeert een deel van de omzet zodat zorgaanbieders met een lage DBC omzet worden gecompenseerd in de periode van het vangnet. Gedurende deze periode hebben deze aanbieders de tijd om de kosten die op korte termijn niet beïnvloedbaar zijn aan te passen aan de eindsituatie. De aanbieders worden dus geacht om in de drie jaar van het vangnet toe te groeien naar de vereenvoudigde wijze van de bekostiging.

Anderzijds is er bij de start van het ingroeimiddel reeds een prikkel de bedrijfsvoering in te richten op bekostiging met DBC's. Gedurende de vangnetperiode worden aanbieders namelijk deels afgerekend op de inkomsten uit DBC's. De transitieomzet stijgt als de DBC omzet stijgt. Afhankelijk van de hoogte van het garantiepercentage is deze stijging van de omzet groter, gelijk of lager dan de bijkomende kosten van de DBC's. Hierdoor is er wel de prikkel om de geleverde DBC's te registreren

---

<sup>2</sup> Zorgaanbieders die momenteel geen budget hebben, krijgen niets van doen met het ingroeimodel en blijven op eenzelfde manier bekostigd als op dit moment.

maar de prikkel voor overproductie is echter niet of in mindere mate aanwezig.

De NZa adviseert het ingroeimodel als vangnet omdat zorgaanbieders enerzijds de tijd krijgen om toe te groeien naar de vereenvoudiging van de bekostiging en anderzijds worden gestimuleerd om de bedrijfsvoering in te richten op bekostiging met DBC's.

### 1.3 Historische omzet

De historische omzet is een per instelling vastgesteld bedrag dat is gebaseerd op het in het verleden toegewezen budget. De hoogte van de historische omzet is afhankelijk van het basisjaar waarop dit bedrag gebaseerd wordt, de manier van indexering naar het jaar waarvoor het bedrag geldt en de manier waarop de door de NZa opgelegde tariefmaatregel wordt meegenomen.

#### 1.3.1 Basisjaar

De historische omzet kan worden afgeleid van het huidige budget. Het huidige budget van een instelling staat op de rekenstaat vermeld onder de post totaal aanvaardbare kosten. De NZa kan dit bedrag als basis voor de historische omzet nemen.

De totaal aanvaardbare kosten voor 2010 worden door de NZa berekend zodra de formulieren voor de nacalculatie zijn ingediend. Deze formulieren dienen voor 1 juni 2011 ingediend te worden. Om tijdige aanlevering van deze formulieren te bevorderen zal de NZa instellingen schriftelijk herinneren aan deze deadline. Indien een instelling niet tijdig aanlevert, zal de NZa haar handhavingstraject volgen.<sup>3</sup>

De NZa verwacht, mede op basis van het handhavingstraject, dat zij op 1 oktober 2011 – gelijktijdig met het verschijnen van de beleidsregels GGZ voor 2012 – voor elke instelling de totaal aanvaardbare kosten en de daarbij behorende historische omzet heeft bepaald. Indien een instelling het nacalculatieformulier niet heeft ingediend, zal de NZa als ultimatum remedium de historische omzet ambtshalve vaststellen.

De NZa signaleert wel een risico behorend bij deze methode. De nacalculatieformulieren moeten ondertekend worden door zowel zorgaanbieder als zorgverzekeraar. Beide partijen dienen overeen te komen hoe onder- of overproductie ten opzichte van de gemaakte afspraken gewaardeerd wordt. De uitkomst van deze afspraken werkt niet alleen door in het budget voor 2010, maar ook in de historische omzet voor 2012, 2013 en 2014. Hierdoor bestaat er het risico dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar het minder gemakkelijk eens worden over de totaal aanvaardbare kosten met meer eenzijdig ingediende formulieren als gevolg. Hierdoor kent dit traject mogelijk een langere doorlooptijd en leidt het mogelijk tot een groter aantal ambtshalve vast te stellen historische omzetten.

Een alternatieve manier ter bepaling van de historische omzet is om deze af te leiden uit de gemaakte productieafspraken. In dat geval kunnen de productieafspraken voor 2011 – die de NZa uiterlijk maart 2011 dient te ontvangen – worden gebruikt om de historische omzet te bepalen. Het

---

<sup>3</sup> Voor 2010 geldt dat aan instellingen die op 1 juni 2010 de informatie nog niet hebben verzonden zal worden verzocht om binnen 28 dagen alsnog de informatie te versturen. Indien zij niet aan dit verzoek voldoen zal er een last onder dwangsom worden opgelegd ingaande half juli.

voordeel van deze methode is dat veranderingen in de volumes in 2011 ten opzichte van 2010 worden meegenomen in de historische omzet. Een bijbehorend nadeel van deze methode is echter dat deze productieafspraken gewijzigd kunnen worden tot 15 september van het lopende jaar waardoor er op 1 juni geen zekerheid is of de aangeleverde afspraken definitief en juist zijn.

De NZa adviseert om bij de bepaling van de historische omzet de totaal aanvaardbare kosten voor 2010, zoals berekend na het indienen van de formulieren voor nacalculatie, als basis voor de historische omzet te gebruiken.

### 1.3.2 Indexering

De historische omzet, gebaseerd op de totaal aanvaardbare kosten van 2010, dienen voor de periode waarvoor het vangnet geldt geïndexeerd te worden naar het prijsniveau van 2012, 2013 en 2014.

De historische omzet van het basisjaar kan worden aangepast voor de loon- en prijsontwikkeling. Hierbij wordt de systematiek toegepast die ook bij het bepalen van de tarieven wordt gehanteerd:

- OVA-percentage voor de personele kosten (80%);
- CEP-cijfers voor de consumentenprijsindex (CPI) voor materiële kosten en investeringen in inventarissen (20%).

De personele kosten worden voor 2011 en 2012 geïndexeerd op basis van de Arbeidskostenontwikkeling (OVA). Dit percentage wordt door het Centraal Planbureau (CPB) berekend op basis van de collectieve arbeidsovereenkomsten (CAO's) en loonkostenontwikkeling in de markt. Het OVA-percentage voor 2011 is in de zomer 2011 definitief bekend. Voor 2012 wordt een voorcalculatorisch percentage vastgesteld; dit percentage is eveneens medio 2011 bekend.

De materiële kosten en de investeringen in inventaris worden trendmatig aangepast op basis van de prijsindexcijfers particuliere consumptie uit het Centraal Economisch Plan (CEP) van het CPB. Het definitieve percentage voor 2011 is begin april van 2011 bekend bij de publicatie van het CEP. Het voorcalculatorische percentage 2012 wordt dan eveneens bekend gemaakt.

De historische omzet voor 2012 kan met behulp van de voorcalculatorische percentages worden bepaald medio 2011. Dit leidt tot een voorcalculatorische historische omzet. Hiermee kan iedere instelling een inschatting maken voor de inkomsten in 2012.

De definitieve percentages worden medio 2012 bekend. Aan de hand van deze percentages kan de definitieve historische omzet worden bepaald. Deze definitieve historische omzet wordt gebruikt bij de afrekening zoals deze plaats kan vinden als ook de DBC omzet van de instelling bekend is.

De NZa adviseert om aan de hand van de voorcalculatorische percentages de voorlopige historische omzet per instelling voor het jaar t bekend te maken uiterlijk 1 oktober van het jaar t-1 en vervolgens in het jaar t aan de hand van definitieve percentages de definitieve historische omzet per instelling bekend te maken.

### 1.3.3 Tariefmaatregel

In 2009 heeft de NZa op aanwijzing van de Minister<sup>4</sup> een tariefmaatregel doorgevoerd op de budgetten van 2010. Deze korting komt tot uiting in het verrekenpercentage 2010. VWS heeft in haar aanwijzing aangegeven dat deze maatregel een structurele aard dient te hebben. Vanuit deze gedachte zal de NZa aangeven op welke manier deze maatregel vorm gegeven kan worden gedurende de vangnetperiode.<sup>5</sup>

Gedurende de periode dat het vangnet geldt, zit de tariefmaatregel van 119 miljoen verdisconteerd in de totaal aanvaardbare kosten voor 2010. De omzet van elke instelling wordt echter voor z% bepaald door de historische omzet en dus wordt er jaarlijks z% van € 119 miljoen gekort. De daling van het garantiepercentage in het tweede en derde jaar van het ingroeimodel zal dan ook leiden tot een daling in het bedrag dat gekort wordt via de historische omzet. Indien men verwacht dat via de DBC omzet ook een deel van de korting wordt binnen gehaald, omdat er lagere prijzen worden afgesproken dan de huidige maximumtarieven, kan er voor worden gekozen om geen aanvullende korting op de transitieomzet toe te passen.

Het is echter ook mogelijk om € 119 miljoen volledig te korten in de vangnetperiode. In dat geval wordt de tariefmaatregel gedeeltelijk verdisconteerd in de historische omzet, en gedeeltelijk als vast bedrag in mindering gebracht op de transitieomzet. De NZa zal na vaststelling van de historische omzet en de ingroeipercentages voor de jaren 2012, 2013 en 2014 per instelling eenmalig vaststellen welk bedrag op haar transitieomzet in mindering moet worden gebracht in 2012, 2013 en 2014. Deze bedragen kunnen door de NZa uiterlijk 1 oktober 2011 worden vastgesteld.

Een derde mogelijkheid is het verwerken van de korting in de tarieven die gelden voor de GGZ. Dit is enkel mogelijk bij vaste of maximumtarieven. De NZa heeft eerder aangegeven dat zij een korting op de tarieven in de curatieve GGZ in principe een onwenselijke oplossing vindt, omdat een dergelijke korting leidt tot een verstoring van de onderbouwing van DBC-tarieven in de curatieve GGZ.

De NZa adviseert om het macro taakstellingsbedrag van € 119 miljoen tijdens de vangnetperiode als deels verdisconteerd in de historische omzet, deels als vast bedrag in mindering te brengen op de transitieomzet. De NZa zal de instellingsspecifieke bedragen zoals deze zullen gelden voor 2012, 2013 en 2014 uiterlijk 1 oktober 2011 bekend maken. De wijze van berekening van dit bedrag wordt in de beleidsregels vastgelegd.

## 1.4 Garantiepercentage

Het garantiepercentage dient zorgaanbieders enerzijds de mogelijkheid te bieden om de kosten die op korte termijn niet beïnvloedbaar zijn aan te passen aan de eindsituatie en anderzijds een prikkel te bevatten om de bedrijfsvoering in te richten op bekostiging met DBC's. De hoogte van het garantiepercentage dient zo gekozen te worden dat aan beide voorwaarden wordt voldaan.

<sup>4</sup> Aanwijzing budgettaire maatregel GGZ, CZ-FBI-2943831.

<sup>5</sup> In deze paragraaf wordt enkel besproken hoe de tariefmaatregel tijdens de vangnetperiode uitgevoerd kan worden. Op het uitvoeren van de tariefmaatregel in de periode na het ingroeimodel wordt in dit advies niet nader ingegaan.

Naast de absolute hoogte van het percentage is het ook mogelijk om te variëren in de afbouw van het garantiepercentage tijdens de vangnetperiode.

Ongeacht de keuze voor de hoogte en afbouw acht de NZa het van belang dat deze keuze vooraf wordt gemaakt. Om zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars de zekerheid te bieden waarop zij hun bedrijfsvoering kunnen inrichten zal de NZa het garantiepercentage voor 2012, 2013 en 2014 uiterlijk 1 oktober 2011 vaststellen.

#### 1.4.1 Afbouw garantiepercentage

In haar advies van januari heeft de NZa een looptijd van drie jaar voor het vangnet geadviseerd. De afbouw in deze drie jaar kan op een lineaire, een progressieve of een regressieve wijze plaatsvinden.

Bij een lineaire methode neemt het garantiepercentage elk jaar op eenzelfde manier af. We nemen hierbij aan dat 2011 het laatste jaar is dat er volledige nacalculatie plaats vindt op basis van budget en dat er in 2015 volledige bekostiging op basis van DBC's plaats vindt. Een lineaire afbouw betekent in dit geval een garantiepercentage van respectievelijk 75, 50 en 25 voor de jaren 2012, 2013 en 2014.

Bij een progressieve afbouw begin je met een relatief kleine stap waarna je in de volgende jaren de stappen groter maakt. Een voorbeeld van een progressieve afbouw is een garantiepercentage van respectievelijk 90, 70 en 40 voor de jaren 2012, 2013 en 2014. Deze variant verdient de voorkeur als op korte termijn de niet-beïnvloedbare kosten relatief hoog zijn.

Bij een regressieve afbouw begin je met een relatief grote stap waarna je in de komende jaren de stappen kleiner maakt. Een voorbeeld van een regressieve afbouw is een garantiepercentage van respectievelijk 60, 30 en 10 voor 2012, 2013 en 2014. Deze variant verdient de voorkeur als het van belang wordt geacht dat de prikkel om de bedrijfsvoering in te richten op bekostiging met DBC's zo groot mogelijk is.

De NZa heeft deze drie varianten voorgelegd tijdens een overleg met de vertegenwoordigers van het veld.<sup>6</sup> Hier werd bevestigd dat het enerzijds van belang is dat er een zorgvuldige invoering plaats vindt en dat er anderzijds een significante stap gezet moet worden zodat zorgaanbieders hun bedrijfsvoering inrichting op basis van bekostiging met DBC's. Er is in dit overleg geen eenduidige voorkeur van partijen voor één van de varianten naar voren gekomen.

De NZa acht een regressieve afbouw momenteel onwenselijk omdat zorgaanbieders hier minder tijd krijgen om de op korte termijn niet-beïnvloedbare kosten aan te passen aan de eindsituatie. De NZa zal een keuze maken tussen een progressieve en een lineaire afbouw.

#### 1.4.2 Hoogte garantiepercentage

Het is mogelijk een aantal eigenschappen van instellingen in kaart te brengen en op basis hiervan een garantiepercentage te schatten dat voldoet aan de twee eerder gestelde voorwaarden. Bij deze eigenschappen kan aan het volgende gedacht worden:

- Het verschil van de nieuwe omzet ten opzichte van de oude omzet per individuele zorgaanbieder.
- Het weerstandsvermogen van de sector.

<sup>6</sup> Technisch Overleg NZa, 24 februari 2010.

- De kwaliteit van de productstructuur en de te verwachte wijzigingen.
- De kwaliteit van de tarieven (incl. kapitaallastcomponent).

De afweging van deze eigenschappen zal deels beleidsmatig zijn. De NZa kan op dit moment enkel een range aangeven waarbinnen het garantiepercentage voor 2012 zou moeten worden vastgesteld.

De NZa acht het genoemde percentage bij de progressieve afbouw de minimale stap die gezet moet worden om daadwerkelijk een prikkel af te geven om de bedrijfsvoering in te richten op basis van bekostiging met DBC's. De maximale stap die in 2012 gezet zou kunnen worden, wordt bepaald door het percentage dat bij een lineaire afbouw voor 2012 zou gelden.

De NZa acht het wenselijk om het garantiepercentage voor 2012 vast te stellen binnen een range van 75 tot 90%. De hoogte van het uiteindelijke percentage hangt samen met de keus voor de manier van afbouw. Indien er in 2012 wordt gekozen voor een relatief hoog garantiepercentage, ligt het voor de hand om een progressieve afbouw te hanteren.

De NZa zal de exacte hoogte van het garantiepercentage in 2012, 2013 en 2014 concretiseren in haar beleidsregels. Hierbij zullen ook de partijen in het veld worden betrokken. De beleidsregels voor de GGZ zullen per 1 oktober 2011 beschikbaar zijn.

## 1.5 DBC omzet

De transitieomzet kan worden berekend zodra de DBC omzet van een instelling bekend is. Het verschil tussen de DBC omzet en de transitieomzet is het bedrag dat een instelling nog moet betalen dan wel ontvangen. De methode om de DBC omzet en het bijbehorende verschil te bepalen komt in grote mate overeen met de huidige methodiek van opbrengstverrekening in de GGZ.<sup>7</sup>

De DBC omzet van een instelling kan als volgt worden bepaald:

$$\begin{array}{r}
 \text{Opbrengsten uit DBC's afgesloten in jaar t} \\
 -/- \text{ Onderhanden werk ultimo t-1} \\
 + \text{ Onderhanden werk ultimo t} \\
 \hline
 \text{DBC omzet in jaar t}
 \end{array}$$

Iedere instelling dient de DBC omzet op basis van de jaarlijkse maatschappelijke verantwoording met een accountantsverklaring vast te stellen. Voor wat betreft de onderhanden werk positie heeft de NZa in het protocol gefactureerde DBC's GGZ<sup>8</sup> en het verantwoordingsdocument DBC's GGZ<sup>9</sup> nader uitgewerkt hoe het onderhanden werk vastgesteld dient te worden.

Het vaststellen van de DBC omzet over het jaar t kan medio jaar t+1, zodra de jaarlijkse maatschappelijke verantwoording beschikbaar is, plaatsvinden. Vervolgens zal de NZa de rekenregel uitvoeren en het verschil tussen de DBC omzet en de transitieomzet bepalen.

<sup>7</sup> Het verschil met de huidige systematiek is dat er ex ante niet langer een verrekenpercentage wordt vastgesteld. De afrekening van DBC's vindt plaats aan de hand van de afgesproken tarieven zonder correctie.

<sup>8</sup> Protocol gefactureerde DBC's GGZ omzet 2009 en onderhanden werk per 31 december 2009.

<sup>9</sup> Verantwoordingsdocument DBC's GGZ omzet 2009.



De NZa adviseert bovenstaande methode te hanteren om het verschil tussen de DBC omzet en de transitieomzet te bepalen.

## 1.6 Uitvoering

De NZa kan medio het jaar t+1 het verschil tussen de DBC omzet en de transitieomzet jaar t vaststellen. Dit bedrag dienen instellingen te betalen dan wel te ontvangen naar rato van het marktaandeel van de verzekeraar.

Deze verrekening kan direct plaatsvinden tussen de verzekeraar en de instelling. Dit gebeurt nu ook bij de opbrengstverrekening. Daarnaast is er de mogelijkheid om de verrekening via een centrale kas te laten verlopen. Het zorgverzekeringsfonds kan dienen als deze centrale kas. In dat geval storten verzekeraars en instellingen, die vanwege het verschil tussen de transitieomzet en de DBC omzet moeten betalen, geld in dit fonds. Vervolgens ontvangen instellingen en verzekeraars, die vanwege het verschil tussen de transitieomzet en de DBC omzet geld ontvangen, geld uit het zorgverzekeringsfonds.<sup>10</sup> Voor een verrekening via het zorgverzekeringsfonds is een reeds geplande wijziging in de Wmg nodig.

De keuze voor een directe verrekening of voor een verrekening via het zorgverzekeringsfonds ligt voor aan het Ministerie van VWS.<sup>11</sup>

De NZa zal de in dit hoofdstuk beschreven adviezen met bijbehorende werkwijze nader concretiseren in een verantwoordingsdocument. Dit document maakt onderdeel uit van de uiterlijk 1 oktober 2011 te verschijnen beleidsregels.

---

<sup>10</sup> Indien wordt gekozen voor de verrekening via het zorgverzekeringsfonds dan betekent dit een taakuitbreiding voor het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), zijnde de kassierfunctie.

<sup>11</sup> VWS heeft voor wat betreft de ziekenhuiszorg inmiddels over dit aspect een principebesluit genomen. In 2011 zal verrekening van de opbrengstverschillen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars plaatsvinden. In principe zal deze verrekening van de opbrengstverschillen over 2011 gebeuren met gebruikmaking van het zorgverzekeringsfonds en dus worden belegd bij het CVZ. Aan het CVZ zal door VWS nog een uitvoeringstoets over dit onderwerp gevraagd worden.



## 2. Specifieke zorgactiviteiten

### 2.1 Inleiding

Binnen de bestaande budgettering worden activiteiten vergoed die niet zijn toegerekend aan DBC's. Deels betreft het prestaties die niet aan individuele patiënten kunnen worden toegerekend. Dit noemen we niet-patiëntgebonden activiteiten. Activiteiten die wel kunnen worden toegerekend aan patiënten noemen we patiëntgebonden activiteiten.<sup>12</sup> Bij zowel patiëntgebonden als niet-patiëntgebonden activiteiten kan een onderscheid worden gemaakt tussen zorgactiviteiten (binnen de reikwijdte van de Wmg) en overige activiteiten (niet binnen de reikwijdte Wmg). De NZa erkent het belang van verschillende (zorg)activiteiten, maar zij stelt enkel te declareren prestaties vast voor patiëntgebonden zorg binnen de reikwijdte van de Wmg.

**Tabel 1. Patiëntgebondenheid en reikwijdte Wmg**

	Niet-patiëntgebonden	Patiëntgebonden
Overige activiteiten (niet binnen reikwijdte Wmg)	Geen individueel te declareren prestatie	Geen individueel te declareren prestatie
Zorgactiviteiten (binnen reikwijdte Wmg)	Geen individueel te declareren prestatie	Per patiënt te declareren prestatie

De kosten voor activiteiten die niet-patiëntgebonden zijn en/of niet binnen de reikwijdte van de Wmg vallen worden bij de vereenvoudiging van de bekostiging niet vergoed via DBC's. In dit hoofdstuk wordt toegelicht om welke activiteiten het gaat. In het advies op hoofdlijnen zijn deze activiteiten benoemd als niet-patiëntgebonden kosten.

Daarnaast gaat dit hoofdstuk in op een aantal patiëntgebonden zorgactiviteiten binnen de reikwijdte van de Wmg die momenteel nog niet worden vergoed in een DBC.

### 2.2 Individuele componenten van instellingen

In de budgetsysteematiek bestaat ruimte voor het toekennen van individuele componenten aan instellingen. Met deze individuele componenten zijn zowel zorgactiviteiten als overige activiteiten bekostigd die specifiek zijn voor de instelling en die niet via reguliere budgetparameters worden vergoed. Deze activiteiten zijn echter niet patiëntgebonden. Deze individuele componenten worden daarom onder de vereenvoudiging van de bekostiging niet bekostigd via DBC's. Individueel heeft in deze betekenis overigens niet betrekking op individuen, maar op individuele instellingen.

Een grote individuele component is dienstverlening. De besteding van deze gelden is niet transparant. Volgens GGZ Nederland wordt het geld van dienstverlening besteed aan:

- Consultatie en advies aan (eigen) instelling: hierbij wordt de GGZ- of verslavingszorgdeskundigheid ten aanzien van een specifieke

<sup>12</sup> Een bijzondere situatie is die van anonieme E-mental health. In principe betreft het een patiëntgebonden Wmg-prestaties. Omdat de patiënt anoniem is kan de rekening echter niet worden ingediend bij de verzekeraar van de patiënt. Dit probleem staat los van de invoering van prestatiebekostiging.

- doelgroep gebruikt om medewerkers van andere instellingen over de aanpak van de doelgroep te adviseren.
- Consultatie en advies aan netwerk: hierbij wordt de GGZ- of verslavingszorgdeskundigheid ingezet om in een netwerk van meerdere instellingen een gezamenlijke doelgroep te bespreken en te benaderen (bijvoorbeeld veelplegers, overlastgevers of zorgmijders).
  - Stagebegeleiding.<sup>13</sup>

Een deel van de niet-patiëntgebonden activiteiten is overgeheveld naar de Wmo. Het betreft collectieve preventie, subsidieregeling openbare geestelijke gezondheidszorg en subsidieregeling zorgvernieuwingsprojecten GGZ. De in dit hoofdstuk genoemde activiteiten vallen deels binnen de Wmg en deels binnen de Wmo. Voor de financiering van activiteiten binnen de Wmo kunnen aanbieders terecht bij gemeenten.

In de circulaire 'Beleidsregels en regelingen ggz zvw 2009' uit 2008 is aangegeven dat met invoering van de vereenvoudiging van de bekostiging in de curatieve GGZ dienstverlening komt te vervallen.

Individuele componenten, waaronder dienstverlening, vervallen bij de vereenvoudiging van de bekostiging, tenzij de activiteiten Wmg-prestaties betreffen die patiëntgebonden zijn. De NZa heeft geen mogelijkheden om instellings specifieke prestaties te definiëren.

### 2.2.1 Alternatieve bekostiging individuele componenten

Instellingen die consultatie en advies bieden kunnen deels zelf een vergoeding regelen door de kosten hiervan in rekening te brengen bij de partijen die consultatie en of advies afnemen. De afnemende aanbieder kan dit vanuit de geleverde zorg betalen. Voor de afnemende aanbieder is dit is vergelijkbaar met bijvoorbeeld de kosten voor scholing of trainingen.

Enkele aanbieders die consultatie en advies aanbieden hebben bij de NZa aangegeven problemen te voorzien voor de continuïteit van de dienstverlening als de kosten in rekening worden gebracht. De vraag naar consultatie en/of advies zou hierdoor verminderen. Enkele gespecialiseerde aanbieders vragen in het bijzonder aandacht voor deze problematiek. Aanbieders geven aan dat de afnemende partijen onvoldoende financiële middelen hebben om te betalen voor dienstverlening.

Indien aanbieders en verzekeraars het belang van individuele componenten delen, is het denkbaar dat het veld gezamenlijk deze activiteiten voort zet. Daarnaast heeft ook het Ministerie van VWS eventueel de mogelijkheid om activiteiten van publiek belang vanuit de begroting van VWS te subsidiëren. VWS bereidt daarnaast wetgeving voor waarbij het mogelijk wordt om zorgactiviteiten in uitzonderlijke situaties met een beschikbaarheidsbijdrage uit het zorgverzekeringsfonds te kunnen vergoeden.

## 2.3 Patiëntgebonden kosten via OVP

Er zijn ook enkele activiteiten die patiëntgebonden zijn, die een Wmg-prestatie betreffen, maar die momenteel niet gedeclareerd kunnen worden met een DBC. Het verdient de voorkeur om alle patiëntgebonden zorgactiviteiten toe te rekenen aan DBC's. Voor een deel van de prestaties is dat echter niet per 2012 haalbaar. In dat geval stelt de NZa

<sup>13</sup> (bron: NZa, Uitvoeringstoets GGZ, februari 2009).

(tijdelijk) overige producten (OVP's) vast die in rekening gebracht kunnen worden bij zorgverzekeraar of patiënten.

OVP's kunnen zelfstandig en eventueel naast een DBC gedeclareerd worden. OVP's worden individueel geregistreerd en gedeclareerd. Om de administratieve lasten te beperken is hiervoor een randvoorwaarde dat de declaratie van een OVP digitaal plaats vindt. Er worden op dit moment voorbereidingen getroffen om de bestaande OVP's per 1 januari 2011 digitaal declarabel te maken. DBC Onderhoud onderzoekt op welke manier de huidige OVP's opgenomen kunnen worden in DBC's per 1 januari 2013.

### 2.3.1 Elektroconvulsietherapie (ECT)

Op dit moment worden de kosten van ECT vergoed via de eenmalige verrekening (verrekening DBC omzet met budget). Deze wijze van bekostiging vervalt op het moment dat de vereenvoudiging van de bekostiging wordt ingevoerd.

ECT's zijn een onderdeel van de DBC-systematiek en kunnen hierin worden geregistreerd. In de huidige situatie leidt dit echter niet tot een hoger DBC-tarief. Indien wordt overgegaan op de vereenvoudiging van de bekostiging met DBC's verdient het de voorkeur dat GGZ aanbieders de behandeling met ECT via DBC's in rekening kunnen brengen.

Zolang de registratie van een ECT niet leidt tot een hoger DBC-tarief, adviseert de NZa dat een ECT per 1 januari 2012 digitaal kan worden gedeclareerd met een OVP ECT.<sup>14</sup> De NZa zal in dat geval hiervoor een tarief vast stellen.

### 2.3.2 Methadon

De kosten voor de stof methadon, die ambulant door instellingen wordt verstrekt, maken geen onderdeel uit van DBC's. In de regel zijn extramuraal afgeleverde geneesmiddelen nu geen onderdeel van DBC's. De tijd voor behandeling van de patiënt en het verstrekken van de stof methadon kan wel worden geregistreerd voor een DBC. Het is op korte termijn niet te voorzien dat extramuraal geneesmiddelen onderdeel worden van DBC's. DBC Onderhoud onderzoekt op welke manier methadon opgenomen kan worden in DBC's per 1 januari 2013

Indien wordt overgegaan op de vereenvoudiging van de bekostiging vervalt de huidige extramuraal budgetparameter methadonverstrekking. De behandeling en verstrekking worden dan bekostigd vanuit de huidige DBC's. De reguliere bekostiging van geneesmiddelen via de apotheek is in dit geval niet toereikend omdat methadon onder toezicht moet worden toegediend. De NZa adviseert om per 1 januari 2012 het huidige OVP medicijnkosten methadon per maand te continueren, zolang de kosten van de stof methadon die ambulant verstrekt wordt nog geen onderdeel uitmaken van DBC's.<sup>15</sup> De NZa zal in dat geval hiervoor een tarief vast stellen.

<sup>14</sup> Momenteel wordt er reeds actie ondernomen om een ECT per 1 januari 2011 digitaal te kunnen declareren. Dit is ook de deadline in de planning. Vanuit dit advies bezien is het echter pas per 2012 noodzakelijk dat dit mogelijk is.

<sup>15</sup> Momenteel wordt er reeds actie ondernomen om een OVP medicijnkosten methadon per 1 januari 2011 digitaal te kunnen declareren. Dit is ook de deadline in de planning. Vanuit dit advies bezien is het echter pas per 2012 noodzakelijk dat dit mogelijk is.



## 3. Crisiszorg

### 3.1 Inleiding

De NZa verstaat onder crisiszorg de GGZ-zorg die acuut moet worden geleverd. Zodra de noodzaak tot zorg is vastgesteld, moet de zorg geleverd worden. Crisiszorg moet daarom op elk moment van de dag, ook in avonden, nachten en weekenden (ANW), geleverd kunnen worden.

Het bijzondere van crisiszorg is dat deze zorg altijd bereikbaar en beschikbaar moet zijn. De kosten voor de beschikbaarheid zijn voor een belangrijk deel onafhankelijk van de werkelijk geleverde zorg. Zorgverleners die crisiszorg leveren hebben wel dienst in de ANW-uren, maar hoeven niet altijd in actie te komen. In de ANW-uren kunnen ze ook zeer beperkt zorg verlenen aan niet-spoedeisende patiënten. Daarnaast zijn de personeelskosten in de ANW-uren hoger dan tijdens kantooruren. Ook als er veel crisiszorg wordt geleverd en het beschikbare personeel volledig zou worden ingezet, dan zijn opbrengsten van DBC's niet noodzakelijkerwijs voldoende voor de levering van zorg in de ANW-uren.

In dit hoofdstuk worden twee oplossingsrichtingen gepresenteerd om deze beschikbaarheid te vergoeden. Vervolgens wordt in paragraaf 3.5 de keuze voor een vergoeding met OVP's beargumenteerd en wordt er in paragraaf 3.6 ingegaan op de hoogte van deze vergoeding.

### 3.2 Huidige situatie

Er bestaat een landelijke spreiding van aanbieders van crisiszorg in de GGZ. In de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is vastgelegd dat regionale partijen verantwoordelijk zijn voor de spreiding binnen de door de overheid gestelde kaders. In het regionale overleg acute zorgketen zijn ook zorgverzekeraars vertegenwoordigd. Er is in de huidige situatie voldoende beschikbaarheid van crisiszorg.

De beschikbaarheid van crisiszorg wordt nu variabel bekostigd met aparte budgetparameters. Er is sprake van een vergoeding per crisiscontact. Elk crisiscontact leidt tot een extra vergoeding. De hoogte van de vergoeding verschilt tussen crisiscontacten tijdens kantooruren en crisiscontacten in de ANW-uren. De vergoeding voor de ANW-uren is een factor 4 hoger dan de vergoeding tijdens kantooruren.

Uit onderzoek<sup>16</sup> onder een representatieve groep GGZ-crisisdiensten komt naar voren dat 95% van de hulpverleners van crisisdiensten redelijk tot zeer tevreden is met het functioneren van de eigen crisisdienst.

### 3.3 Toekomstige situatie

In een situatie met de vereenvoudiging van de bekostiging worden de kosten die verband houden met de behandeling van de patiënt vergoed via DBC's. Dit geldt in beginsel ook voor DBC's voor crisiszorg. Het uitgangspunt van de NZa is dat DBC-tarieven voldoende zijn ter dekking

---

<sup>16</sup> Juliuscentrum (2009).

van kosten van crisiszorg en de beschikbaarheid daarvan tijdens kantooruren. Deze lijn is eerder aangegeven in de 'Uitwerking inzake Beleidsvoornemens 2010.' De DBC's voorzien echter niet in de extra kosten van de beschikbaarheid in de ANW-uren. Om de beschikbaarheid van crisiszorg in de ANW-uren te waarborgen moet deze op een andere wijze bekostigd worden. De NZa ziet hiervoor twee opties:

- Een variabele vergoeding via een OVP crisiszorg.
- Een vaste beschikbaarheidsvergoeding via een beschikbaarheidsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds.

### 3.3.1 Variabele vergoeding via een OVP

Een variabele vergoeding met OVP's crisiszorg houdt in dat aanbieders van crisiszorg een OVP crisiszorg in rekening kunnen brengen voor elk crisiscontact in de ANW-uren. Deze OVP's worden naast reguliere DBC's in rekening gebracht. De NZa kan voor OVP's landelijk tarieven vaststellen.

Het tarief van de OVP's kan periodiek worden herijkt door de NZa. De OVP's krijgen een maximumtarief. Als ze geen lager tarief hebben gecontracteerd zijn zorgverzekeraars verplicht het maximumtarief te betalen aan aanbieders die door het regionale overleg acute ketenzorg zijn aangewezen voor crisiszorg.<sup>17</sup> Om de administratieve lasten te beperken is het daarnaast van belang dat OVP's digitaal gedeclareerd kunnen worden.

Een noodzakelijke voorwaarde om met een variabele vergoeding een goede spreiding van de crisiszorg te bestendigen, is dat elk van noodzakelijke aanbieders voldoende volume crisiszorg kan leveren. Dit volume is noodzakelijk om voldoende inkomsten te genereren om de kosten voor 7 x 24 uren-beschikbaarheid te compenseren.

De huidige regionale spreiding leidt er enerzijds toe dat de crisiszorg voldoende bereikbaar is voor patiënten met een acute zorgbehoefte. Anderzijds leidt de regionale spreiding er toe dat elke aanbieder van crisiszorg een substantieel aantal acute patiënten helpt. Er zijn geen signalen dat de huidige variabele bekostiging van de beschikbaarheid van crisiszorg tot problemen leidt. Door de huidige regionale spreiding van crisiszorg hebben de bestaande aanbieders van crisiszorg voldoende volume om met een variabele vergoeding uit te komen. Voorwaarde hiervoor is dat de variabele vergoeding vergelijkbaar is met de huidige situatie.

### 3.3.2 Vaste beschikbaarheidsvergoeding

De NZa heeft voor de medisch specialistische zorg een vaste vergoeding voor de beschikbaarheid van acute zorg geadviseerd. Ook enkele veldpartijen in de GGZ hebben een voorkeur voor een vaste vergoeding van de beschikbaarheid van crisiszorg. Een vaste beschikbaarheidsvergoeding wordt via een beschikbaarheidsbijdrage uitgekeerd uit het Zorgverzekeringsfonds. De NZa stelt de hoogte van het bedrag per aanbieder vast. Ook moet bepaald worden welke aanbieders in aanmerking komen voor de vergoeding. Er zijn drie mogelijkheden om de hoogte van de beschikbaarheidsvergoeding vast te stellen:

- Een vast bedrag dat gelijk is aan de kosten van een minimale bezetting. Hierbij kan zowel worden uitgegaan van werkelijke als normatieve kosten.

<sup>17</sup> Bij een restitutiepolis betaalt de patiënt zelf de rekening en komt vervolgens in aanmerking voor vergoeding conform de voorwaarden van de verzekeraar.



- Het vaststellen van de totale kosten en opbrengsten van de crisiszorg. De beschikbaarheidsvergoeding is dan gelijk aan de totale kosten minus de totale opbrengsten van crisiszorg. Hierbij kunnen zowel de werkelijke als de normatieve kosten en opbrengsten als uitgangspunt worden genomen.
- Het vaststellen van een volledig vaste vergoeding voor zowel de behandeling als de beschikbaarheid van crisiszorg. In de consultatie heeft een deel van de partijen een voorkeur uitgesproken voor deze optie.

Indien er wordt gekozen voor een vaste beschikbaarheidsvergoeding dient de Minister van VWS normen te bepalen op grond waarvan aanbieders al dan niet in aanmerking komen voor een vaste beschikbaarheidsvergoeding. De Wmg is geen planningswet en biedt op dit moment geen instrumenten om de kring van zorgaanbieders te beperken. VWS bereidt een wetswijziging voor die het mogelijk maakt dat aanbieders, die een vergoeding via het vaste segment zouden moeten ontvangen, kunnen worden aangewezen.

Indien tot deze optie wordt besloten, dient de NZa onderzoek uit te voeren om de hoogte van de beschikbaarheidsvergoeding te bepalen.

### 3.4 Eerdere adviezen beschikbaarheid

In de uitvoeringstoetsen 'Van budget naar prestatie' heeft de NZa een deels vaste vergoeding voor de beschikbaarheid van medisch specialistische zorg geadviseerd. Een deel van de ziekenhuizen is noodzakelijk om te voldoen aan het uitgangspunt dat zorg op een spoedeisende hulp (SEH-zorg) binnen 45 minuten beschikbaar moet zijn. Een deel van de voor de bereikbaarheid noodzakelijke ziekenhuizen heeft mogelijk onvoldoende inkomsten om de kostendekkend een 7 x 24 uur een SEH aan te bieden. In de uitvoeringstoets is aangegeven dat een aanvullende vaste vergoeding noodzakelijk kan zijn om de continuïteit van spoedeisende zorg te garanderen. Er is nog geen keuze gemaakt voor de uitwerking van de vaste vergoeding.

In de uitvoeringstoets 'Meer ruimte voor samenwerking in de acute zorg' adviseert de NZa over acute generalistische zorg. Het advies heeft betrekking op acute basiszorg (niet-medisch specialistische zorg). In deze uitvoeringstoets adviseert de NZa een deels vaste vergoeding voor de beschikbaarheid van acute generalistische zorg. De overweging hierbij is dat een deels vaste vergoeding (en een relatief lage variabele vergoeding) onnodige overproductie van acute zorg tegen gaat.

In tegenstelling tot de bovengenoemde vormen van zorg is er bij de GGZ reeds sprake van een variabele vergoeding voor de beschikbaarheid van crisiszorg. De beschikbaarheid van crisiszorg in de GGZ wordt vergoed met een variabele budgetparameter. Een variabele bekostiging van de beschikbaarheid van crisiszorg in de GGZ is dus mogelijk. In de volgende paragraaf zal de NZa ingaan op de vraag of een variabele bekostiging van de beschikbaarheid van crisiszorg in de GGZ ook meer wenselijk is dan een vaste vergoeding.

### 3.5 Afweging voor crisiszorg

#### 3.5.1 Regionale afstemming of planning overheid

Individuele verzekeraars hebben geen directe invloed op de sturing van patiënten in het geval van crisiszorg. Dit beperkt de onderhandelings-

macht van verzekeraars bij acute zorg. Het is daarom zeer de vraag of marktwerking bij crisiszorg tot goede resultaten leidt. De NZa ziet twee alternatieven voor marktwerking bij de beschikbaarheid van crisiszorg. Een rol voor de overheid of een rol voor betrokken regionale partijen (binnen de kaders van de overheid).

Het is mogelijk dat de overheid bepaalt welke aanbieders crisiszorg moeten leveren. Verzekeraars hebben in dat geval vrijwel geen enkele invloed op de organisatie van crisiszorg. Ook hebben verzekeraars beperkte onderhandelingsmacht bij crisiszorg. Een vaste beschikbaarheidsvergoeding via een beschikbaarheidsbijdrage uit het zorgverzekeringsfonds past bij deze situatie. Zorgverzekeraars lopen geen risico over een beschikbaarheidsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds.

Het is ook mogelijk om regionale (veld)partijen een rol te geven bij het organiseren van de beschikbaarheid van crisiszorg. In de WTZi is vastgelegd dat regionale partijen verantwoordelijk zijn voor de spreiding binnen de door de overheid gestelde kaders. In het regionale overleg acute zorgketen zijn ook zorgverzekeraars vertegenwoordigd. Gegeven deze rol voor verzekeraars ligt het voor de hand dat verzekeraars ook risico lopen over de financiële consequenties van de keuzes in het ketenoverleg.

Bij een OVP crisiszorg is het mogelijk om verzekeraars risico te laten lopen over de uitgaven aan OVP's crisiszorg. Zorgverzekeraars hebben zo een prikkel om in het regionale overleg acute ketenzorg een optimale schaal van de beschikbaarheid van acute zorg na te streven.

Zorgverzekeraars kunnen wellicht in ruil voor een optimalere schaal van crisiszorg een gunstiger tarief contracteren bij een aanbieder. Hier zou dan sprake zijn van concurrentie om de markt, in plaats van concurrentie op de markt.

Bij een vaste beschikbaarheidsvergoeding uit het Zorgverzekeringsfonds lopen verzekeraars geen risico over de uitgaven aan beschikbaarheid. Dit betekent feitelijk dat in het regionale overleg acute ketenzorg geen enkele partij wordt geconfronteerd met de kosten van de daar genomen beslissingen.

### **3.5.2 Controle op besteding van middelen**

Er is een (beperkt) risico dat een nieuwe aanbieder wel een vaste beschikbaarheidsvergoeding aanvraagt bij de NZa, terwijl het voor de NZa niet zichtbaar is of deze beschikbaarheid ook daadwerkelijk wordt geleverd. Voor verzekeraars is het niet noodzakelijkerwijs zichtbaar dat er vergoeding van de beschikbaarheid plaats vindt uit het zorgverzekeringsfonds. Zorgverzekeraars hebben bovendien geen prikkel om hierop te controleren.

Bij een variabele vergoeding brengen aanbieders crisis OVP's in rekening. Veronderstelling hierbij is dat crisis OVP's alleen in rekening kunnen worden gebracht door aanbieders die zijn aangewezen in het regionale overleg acute zorgketen. Verzekeraars kunnen er op toezien dat ze alleen OVP's crisiszorg betalen van aanbieders die zijn aangewezen in het regionale overleg acute ketenzorg.

Een andere veronderstelling is dat deze OVP's alleen in rekening kunnen worden gebracht door aanbieders die voldoen aan de kwaliteitsnormen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet toe op deze kwaliteitsnormen. Gegeven het voorgaande en de hoge vaste kosten

voor de 7 x 24 uurs-beschikbaarheid mag worden verwacht dat niet alle aanbieders in staat zijn om crisiszorg te declareren. Het risico dat de beschikbaarheidsvergoeding onnodig wordt betaald is dan ook kleiner dan bij een vaste vergoeding.

### 3.5.3 Uitvoeringskosten

Bij een vaste beschikbaarheidsvergoeding zijn er hoge uitvoeringskosten omdat de overheid moet bepalen welke aanbieders in aanmerking moeten komen voor de vaste vergoeding. Ook moet de NZa de hoogte van de beschikbaarheidsvergoeding (per aanbieder) vaststellen. De uitvoeringskosten voor een OVP crisiszorg zijn lager omdat de afwikkeling via reguliere declaraties van aanbieders en verzekeraars loopt.

### 3.5.4 Advies beschikbaarheidsvergoeding

In de huidige situatie wordt de beschikbaarheid van crisiszorg reeds variabel vergoed. Dit leidt nu tot voldoende spreiding van crisiszorg. Ook is 95% van de hulpverleners in crisisdiensten redelijk tot zeer tevreden over de kwaliteit van de eigen crisisdienst en er zijn geen signalen dat de huidige vergoeding voor aanbieders onvoldoende is.

Aanbieders in de GGZ hebben beperkt invloed op het gebruik van crisiszorg. De meeste crisiszorg komt buiten kantooruren tot stand na verwijzing door huisarts of politie. Het risico op aanbodgestuurde vraag is daarom beperkt. Er is vanuit dat oogpunt geen noodzaak tot een vaste vergoeding van de beschikbaarheid van crisiszorg.

Een variabele vergoeding van beschikbaarheid van crisiszorg met OVP's heeft voordelen ten opzicht van een vast vergoeding. Verzekeraars hebben met een variabele vergoeding meer prikkels om in het regionale overleg acute ketenzorg een optimale inrichting van crisiszorg na te streven. Zorgverzekeraars hebben tevens betere prikkels om toe te zien op de juiste besteding van de beschikbaarheidsvergoeding.

Een variabele bekostiging met OVP's heeft beperkte uitvoeringslasten, in tegenstelling tot een vaste beschikbaarheidsvergoeding waaraan aanzienlijke uitvoeringsconsequenties kleven. De overheid moet in dit geval bereikbaarheidsnormen en de voorkeursaanbieders voor de crisiszorg GGZ bepalen. De NZa zal in dat geval (wellicht per aanbieder) de omvang van de vaste beschikbaarheidsvergoeding moeten bepalen.

De NZa adviseert een variabele vergoeding, met OVP's crisiszorg, voor de bekostiging van crisiszorg.

## 3.6 De hoogte van de vergoeding

Crisiszorg wordt momenteel vergoed via de parameters crisiscontact. Er zijn geen signalen dat deze vergoeding niet adequaat is. De NZa stelt daarom voor om de OVP crisiszorg aan te laten sluiten bij de huidige vergoedingen van crisiszorg via parameters.

De huidige variabele vergoeding voor crisiszorg bestaat uit twee parameters. Een vergoeding voor crisiscontacten tijdens kantooruren en een vergoeding voor crisiscontacten in de ANW-uren. Het algemene uitgangspunt hierbij is dat alleen crisiscontacten tijdens de ANW-uren tot

extra kosten leiden.<sup>18</sup> Er zijn drie benaderingen om het tarief voor de OVP crisiscontact in de ANW-uren te baseren op de huidige parameters. Het tarief kan gebaseerd worden op:

- benadering a: de huidige parameterwaarde crisiscontact in ANW-uren;
- benadering b: de huidige parameterwaarde crisiscontact in ANW-uren minus de parameterwaarde behandeling/begeleiding;
- benadering c: de huidige parameterwaarde crisiscontact in ANW-uren minus de parameterwaarde tijdens kantooruren.

Bij de overgang naar de vereenvoudiging van de bekostiging op basis van DBC's komen de budgetparameters te vervallen. De DBC-tarieven zijn gebaseerd op de gemiddelde landelijke kosten van aanbieders en komen in beginsel in plaats van alle huidige budgetparameters. Benaderingen b en c zijn mogelijke correcties om dubbele bekostiging te voorkomen. Het doel is namelijk om alleen de extra kosten van beschikbaarheid te vergoeden (en de huidige reguliere vergoeding van behandelingen via parameters niet mee te nemen). Bij optie b worden de extra kosten van beschikbaarheid ten opzichte van de reguliere parameter behandeling/begeleiding vergoed. Bij optie c worden de extra kosten ten opzichte van een crisiscontact tijdens kantooruren vergoed.

Optie a zou leiden tot overbekostiging omdat er naast de OVP ook een DBC voor de behandeling van de crisis in rekening wordt gebracht. De NZa acht optie c de meest geschikte benadering om de beschikbaarheid te vergoeden. Deze OVP kan gedeclareerd worden naast de DBC die kosten voor de behandeling van de crisiszorg zelf dekt.

De NZa adviseert om voor de beschikbaarheid van crisiszorg een variabele vergoeding op basis van OVP's vast te stellen ter hoogte van de huidige parameterwaarde crisiscontact in ANW-uren minus de parameterwaarde tijdens kantooruren.

---

<sup>18</sup> Conform de uitwerking in beleidsvoornemens 2010 ten behoeve van bestuurlijk overleg van 16 juni 2009.

## 4. Het vrijgeven van tarieven

### 4.1 Inleiding

De NZa adviseert om per 2012 voor de gehele curatieve GGZ de bekostiging te vereenvoudigen. In dit hoofdstuk zal de NZa ingaan op de vraag of er per 2012 ook een stap gezet kan worden in het vrijgeven van tarieven van prestaties<sup>19</sup>. Hierbij zal onderscheid worden gemaakt naar de algemene effecten van het vrijgeven van tarieven en er zal worden ingegaan op de verdere advisering rondom het vrijgeven van tarieven.

De NZa zal hierbij niet ingaan op segmentering. Het maken van onderscheid in de prijszetting van verschillende segmenten kan als onwenselijk gevolg een perverse prikkel van afwenteling hebben. De verschillende partijen die betrokken zijn bij de totstandkoming van dit advies hebben dit risico ook benoemd. Afwenteling betekent een groot risico voor de betaalbaarheid van de curatieve GGZ.

De NZa zal dus enkel ingaan op de mate van vrijheid. Het vrijgeven van tarieven betekent vrije tarieven daar waar nu nog maximumtarieven gelden of maximumtarieven of vrije tarieven daar waar nu nog vaste tarieven gelden.<sup>20</sup>

In tegenstelling tot de introductie van het vangnet, heeft het vrijgeven van tarieven niet enkel betrekking op de 'traditionele instellingen', die van oudsher budget gefinancierd zijn. Een eventueel vrijgeven van tarieven heeft ook betrekking op vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten en instellingen die sinds 2008 zijn toegetreden.

### 4.2 Effecten van het vrijgeven van tarieven

Door het vrijgeven van tarieven krijgen zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer ruimte om afspraken te maken. Dit heeft een aantal voordelen. Daarnaast zijn er ook enkele nadelen die zich voor kunnen doen bij het vrijgeven van tarieven.

#### 4.2.1 Voordelen

##### *Evenwichtstarieven*

Op een competitieve markt zullen zorgaanbieders met elkaar concurreren om een contract te kunnen sluiten met een verzekeraar. Een zorgaanbieder wordt hierdoor gestimuleerd om een goede prijs-/kwaliteitsverhouding te bieden. Als hij immers een relatief ongunstig aanbod doet, loopt hij het risico geen contract te krijgen en omzet te verliezen. Zolang deze druk er is zullen er evenwichtstarieven tot stand komen die een goede afspiegeling zijn van de daadwerkelijke kosten die een instelling maakt, gekoppeld aan de geleverde kwaliteit.

<sup>19</sup> De NZa heeft in februari 2009 met de toen ter beschikking staande data en randvoorwaarden geadviseerd over liberalisering van prijzen in de curatieve GGZ. Voortschrijdend inzicht (zie ook de Monitor De curatieve GGZ in 2009), de reactie van de Minister op het advies en vooral ook de randvoorwaarden die de Minister heeft gesteld voor de vereenvoudiging van de bekostiging in de curatieve GGZ nopen de NZa tot een heroverweging.

<sup>20</sup> Een variant op het huidige maximumtarief is het bandbreedtetarief. Daar waar in dit hoofdstuk wordt gesproken over maximumtarieven kan ook worden gekozen voor een bandbreedtetarief.

*Mogelijkheden voor maatwerk*

De kosten per individuele zorgaanbieder verschillen onderling. Een zorgaanbieder kan bijvoorbeeld hogere kosten maken omdat hij een zwaardere patiëntenpopulatie behandelt dan het Nederlands gemiddelde. Bij (deels) vrijgegeven tarieven bestaat er voor zorgaanbieder en zorgverzekeraar de mogelijkheid een hoger tarief af te spreken waardoor de kosten alsnog gedekt worden. Een voorwaarde hiervoor zal wel zijn dat de zorgaanbieder aan kan tonen dat hij daadwerkelijk een zwaardere patiëntenpopulatie behandelt.

*Aanbodsturing*

Een zorgverzekeraar beschikt in het geval van vrije tarieven over een instrument om vraag en aanbod beter in evenwicht te brengen.<sup>21</sup> De verzekeraar kan regionaal een hoger tarief afspreken om het voor aanbieders aantrekkelijk te maken om zich in deze regio te vestigen. Op deze wijze kunnen door het vrijgeven van tarieven eventuele regionale tekorten aan zorgaanbieders opgelost worden.

*Stimuleren van innovatief gedrag*

Innovatief gedrag in de zorg kan versterkt worden langs drie wegen:

- sturingsmogelijkheden van zorggebruikers effectiever inzetten en uitbreiden;
- het bevorderen van transparantie van de kwaliteit van de zorg, waardoor innovaties zichtbaar onderscheiden kunnen worden van niet-geïnnoveerde zorg;
- het bevorderen dat innoveren ook voor de innovator lonend is.

Door vrije tarieven zal er voor meer vormen van innoverende zorg een tarief afgesproken kunnen worden zodanig dat het leveren van innoverende zorg lonend is voor de innovator. Voor de huidige maximumtarieven en vaste tarieven geldt dat innovaties mogelijk niet tot stand komen omdat deze in de prijs niet terug te verdienen zijn, terwijl deze per saldo mogelijk wel tot een daling in de totale zorguitgaven en/of een betere kwaliteit van zorg leiden.

*Toename van transparantie en kwaliteit*

Het vrijgeven van tarieven van prijzen geeft een zorgaanbieder een prikkel om meer inzicht te geven in de kwaliteit van zorg. Een toenemende transparantie van de kwaliteit kan immers leiden tot een hoger tarief. Daarnaast heeft ook de zorgverzekeraar in toenemende mate behoefte aan de transparantie zodat hij zorgaanbieders kan belonen aan de hand van de geleverde prestaties en zijn verzekerden naar de aanbieder met de beste prijs-/kwaliteitsverhouding kan sturen.

**4.2.2 Nadelen***Prijsstijgingen*

Voor een deel van de GGZ markt gelden nu maximumtarieven. De vraag is waarom de markt beter zou gaan functioneren als het maximum losgelaten gaat worden. Bij maximumprijzen zit namelijk ook al een mogelijkheid voor zorgverzekeraars om efficiencywinsten af te dwingen en kwaliteit te stimuleren. Hetgeen dan overblijft bij het loslaten van de prijzen is het ontstaan van hogere prijzen.

Een risico van vrije prijsvorming voor de consument is de kans op prijsstijgingen. Zolang er concurrentie is tussen zorgaanbieders zullen er uiteindelijk evenwichtstarieven komen, maar met name op de korte termijn kunnen de tarieven, al dan niet terecht, stijgen.

<sup>21</sup> De vraag is lastig te beïnvloeden. Prijsmechanisme kan slechts meer aanbod uitlokken om tegemoet te komen aan vraagoverschot.

**Box 1. Het vrijgeven van tarieven in de fysiotherapie**

Een voorbeeld waar het vrijgeven van tarieven tot hogere prijzen heeft geleid is fysiotherapie. De eerste twee jaar zijn de prijzen gestegen, alvorens deze min of meer stabiel zijn geworden. Deze stijging werd door marktpartijen verklaard door het feit dat het tarief in het verleden te laag was en het volgens hen nodig was om dit tarief naar een meer redelijk niveau te verhogen. Na het vrijlaten van de prijzen voor fysiotherapie is er na twee jaar een begin gemaakt met het contracteren van nieuwe producten en zorgprogramma's door verzekeraars. De innovatiemogelijkheden voor fysiotherapeuten zijn hierdoor vergroot. De markt voor fysiotherapie was op dat moment nog niet transparant. Zowel de verleende kwaliteit van zorg als de prijs waren nog niet helder. De introductie van meer marktwerking heeft meer dynamiek op de markt gebracht. Doordat de prijs gekoppeld werd aan eisen op het gebied van doelmatigheid, kwaliteit en transparantie zijn er prikkels voor fysiotherapeuten ontstaan om hierin te investeren.<sup>22</sup>

*Budgetoverschrijding*

Door het loslaten van de budgetbekostiging en het vrijgeven van tarieven kunnen, zowel door volumestijging als door prijsstijging, de totale kosten van de curatieve GGZ uitstijgen boven het macrobudget. Het ontbreken van budgetgrenzen kan leiden tot een toename van de productie door aanbieders vanwege mogelijk financieel gewin (aanbodgestuurde vraag). Het risico dat dit zich voordoet is groter in de curatieve geestelijke gezondheidszorg dan in andere sectoren omdat de GGZ een latente vraag kent. In de periode van het vangnet voor de curatieve GGZ is dit risico in afnemende mate beperkt.

*Kaalslag op kwaliteit*

Daar waar de huidige vaste tarieven zouden worden veranderd in maximum- of vrije tarieven bestaat het risico op een kaalslag op de kwaliteit. Deze kaalslag kan ontstaan als zorgverzekeraars onvoldoende aandacht en waardering hebben voor kwaliteit en alleen inkopen op de prijs. Het vermoeden van GGZ Nederland is dat zorgverzekeraars structureel lagere tarieven gaan bieden die dan met inhoudelijke argumentatie (zorgzwaarte) omhoog onderhandeld kunnen worden.

**4.3 Voorwaarden voor het vrijgeven van tarieven**

De NZa hanteert een toetsingskader, de meetlat, voor het vrijgeven van tarieven.<sup>23</sup> De in paragraaf 4.2.1 genoemde voordelen zijn waarschijnlijker als de markt ook echt klaar is om de tarieven (meer) vrij te laten. Om dit te bepalen is een aantal basisvoorwaarden geformuleerd waaraan een markt moet voldoen om daar effectieve marktwerking mogelijk te laten zijn. De volgende voorwaarden/factoren zijn gegroepeerd:

- transparantie markt;
- markttoegang;
- marktgedrag;
- externe effecten;
- transactie/veranderingskosten.

Overigens is gesteld dat indien de markt of de overheid zelf in grote mate voor de juiste condities kan zorgen, het niet voldoen aan een

<sup>22</sup> Visiedocument: Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg.

<sup>23</sup> Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg – Visiedocument; NZa, februari 2007.

voorwaarde in de beginsituatie van minder belang is dan als dat niet zo is. Bij de weging van de factoren kiest de NZa er daarom voor om een onderscheid te maken tussen harde en zachte criteria. Aan harde criteria zal een groter gewicht worden toegekend dan aan zachte criteria. Deze laatste criteria zullen geen doorslaggevende rol spelen bij de advisering om een markt vrij te geven of niet.

Om te beoordelen of de markt voor curatieve GGZ klaar is om de prijzen vrij te geven, zullen de factoren van de meetlat elk afzonderlijk gescoord en beoordeeld worden.

Daarnaast merkt de NZa op dat het vrijgeven van tarieven niet in gelijke mate bij hoeft te dragen aan een betere behartiging van alle drie de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. De introductie van vrije tarieven hoeft daarom niet op voorhand lagere tarieven tot gevolg te hebben. Gevolg kan ook een gevarieerder aanbod zijn of een grotere toegankelijkheid. Dit kan tegelijk met een stijging van de tarieven. Het doel zou daarom ook moeten zijn om zodanige prikkels te introduceren dat marktpartijen voor de consument tot de beste mix tussen de drie publieke belangen komen.

#### 4.4 Vervolgadvies

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. Een voorwaarde voor het optreden van deze positieve effecten is wel dat marktpartijen goed inzicht moeten hebben in de zorgzwaarte en kwaliteit van zorg zodat zij hiervoor een passend tarief af kunnen spreken.

De belangrijke vraag is echter of de voorwaarden voor het succesvol vrijgeven van tarieven dusdanig zijn ingevuld dat de nadelen van het vrijgeven van tarieven zich in de curatieve GGZ niet of slechts beperkt voor zullen doen. De NZa zal ten aanzien van het vrijgeven van tarieven op een later moment nader adviseren 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.

Daarnaast wil de NZa benadrukken dat er op dit moment reeds initiatieven zijn die er toe moeten leiden dat er aan de voorwaarden wordt voldaan. Eén van de belangrijkste voorwaarden in de beoordeling van de NZa is transparantie. In het bestuurlijk overleg van 26 januari 2010 heeft de Minister de aanwezige veldpartijen verantwoordelijk gesteld voor verbetering van de transparantie. De NZa zal in haar nadere advies beoordelen of veldpartijen hier voldoende actie op hebben ondernomen om per 1 januari 2012 de tarieven vrij te kunnen geven.



## 5. Kapitaallasten

### 5.1 Inleiding

In de huidige situatie vindt de bekostiging van kapitaallasten van GGZ instellingen plaats via het budget. Instellingen worden gefinancierd met een uniforme kapitaallastenopslagen op DBC's. De kapitaallastenopslag op de behandelgroepen bedraagt 7,8% en de opslag voor de verblijfsgroepen is 14,8%.<sup>24</sup>

Bij de vereenvoudiging van de bekostiging vervallen de huidige budgetten en vindt ook de bekostiging plaats met DBC's. Het is dan van belang dat de kapitaallasten op een zorgvuldige wijze in de DBC-tarieven zijn verwerkt. De huidige procentuele opslag voor behandelgroepen voldoet aan deze zorgvuldigheid en komt om deze reden niet verder aan de orde.<sup>25</sup> Bij de huidige opslag voor verblijf is ruimte voor verbetering.

### 5.2 Kapitaallasten vanaf 2012

De NZa onderscheidt twee opties om de kapitaallasten structureel in de DBC-tarieven te verwerken. De kapitaallasten kunnen verwerkt worden door uit te gaan van de huidige gemiddelde kosten van kapitaallasten. De kapitaallasten worden in dat geval via een nadere invulling van het bestaande kostprijsmodel toegerekend aan DBC's. Dit wordt een gemiddelde werkelijke kosten benadering genoemd.

Een andere mogelijkheid is dat de kapitaallasten worden toegerekend op basis van actuele bouwnormen. Deze bouwnormen geven bijvoorbeeld de actuele prijs per vierkante meter aan voor de verschillende functies van een aanbieder. Deze normatieve prijzen kunnen worden toegerekend aan DBC's. Dit wordt de normatieve huisvestingscomponent (NHC) genoemd.

#### 5.2.1 Verschillen werkelijke kosten benadering en NHC

Zowel de werkelijke kostenbenadering als NHC's maken een zorgvuldige toerekening van kapitaallasten aan DBC's mogelijk en kennen de mogelijkheid om kapitaallasten gedifferentieerd toe te rekenen aan DBC's. Er is echter ook een aantal verschillen tussen beide methodes.

##### 5.2.1.1 Uitgangspunten voor berekening

Het belangrijkste verschil is dat de werkelijke kostenbenadering gebaseerd is op de gemiddelde kosten voor kapitaallasten (historische kosten van nieuwbouw, vervanging en groot onderhoud) binnen het huidige systeem. Binnen het huidige systeem wordt uitgegaan van afschrijvingstermijnen van 50 jaar en er wordt geen rekening gehouden met noodzakelijke financiële reserveringen voor toekomstige vervanging en groot onderhoud.

---

<sup>24</sup> DBC's worden opgebouwd op basis van behandelgroepen en verblijfsgroepen.

Behandelgroepen gelden voor ambulante zorg én voor zorg met verblijf. De verblijfsgroepen gelden alleen voor patiënten die in een instelling verblijven.

<sup>25</sup> Volledigheidshalve wordt nog wel bezien of de generieke opslag bij behandeling ook passend is voor bijzondere doelgroepen.

De NHC is gebaseerd op de actuele bouwnormen. Deze normen zijn in beginsel toereikend om nieuwbouw en renovaties uit te voeren. Alleen aanbieders die op korte termijn voor nieuwbouw of renovatie staan, hebben binnen het NHC-systeem mogelijk nog onvoldoende kunnen reserveren.

#### 5.2.1.2 *Tariefonderhoud*

Het voordeel van de werkelijke kosten benadering is dat de methodiek aan sluit bij de wijze waarop de kostprijzen van de overige kosten worden toegerekend aan DBC's. Alle kosten van de instelling worden via een uniform kostprijsmodel toegerekend aan DBC's. Dit vergt overigens voor de kapitaallasten wel een aanvulling op de werking van het huidige kostprijsmodel. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de diversiteit tussen instellingen voor wat betreft de hoogte van de kapitaallasten en de representativiteit van de referentiegroep zoals deze wordt gebruikt voor het kostprijsmodel. Het onderhoud van de tarieven kan bij toepassing van de werkelijke kostenbenadering op basis van één systematiek plaats vinden.

Bij een NHC worden voor de kapitaallasten uitgegaan van een normatieve vergoeding, terwijl voor de tariefsonderbouwing voor de overige kosten (met name personeel en materieel) wordt uitgegaan van de werkelijke kosten. Dit leidt tot twee verschillende methoden om tarieven te onderhouden. Daarnaast is het nodig voor toekomstig onderhoud van de NHC's de bouwnormen te actualiseren.

#### 5.2.1.3 *Aansluiting bij andere sectoren*

Vrijwel alle instellingen die verblijf aanbieden leveren naast GGZ ZVW ook GGZ AWBZ zorg. In de AWBZ is gekozen om de kapitaallastenopslag via NHC's in de tarieven van de zorgzwaarteproducten (ZZP's) te verwerken. Het heeft voordelen om hier bij aan te sluiten zodat de kapitaallastenvergoeding binnen een GGZ-instelling op één systeem is gebaseerd. Uitvoeringstechnisch is het ook eenvoudiger om de totale kapitaallasten (van zowel AWBZ als Zvw) van een GGZ-instelling via één systeem toe te rekenen aan prestaties. Voor een belangrijk deel kan hiervoor worden aangesloten bij de werkzaamheden vanuit de GGZ AWBZ.

Een (beperkt) nadeel van de NHC's is dat deze systematiek afwijkt van de keuze die is gemaakt voor de ziekenhuizen. Dit geldt in het bijzonder voor psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen en Universitaire Medische Centra (UMC's). Deze psychiatrische afdelingen maken overigens maar een beperkt deel uit van de ziekenhuisomzet.

### 5.2.2 **Afweging werkelijke kosten benadering en NHC**

Voor de ambulante GGZ geldt al jaren een normatieve vergoeding voor huisvesting. NHC's bieden een goede basis voor een integraal tarief die past bij de beoogde verantwoordelijkheid van de aanbieder voor onroerend goed. De NZa vindt het daarnaast van belang dat de vergoeding van kapitaallasten voor aanbieders in de GGZ, die zowel zorg uit AWBZ als Zvw leveren, op dezelfde basis plaats vindt. Bij de AWBZ is gekozen voor de NHC methodiek. Gegeven de keuze van de AWBZ voor NHC's betekent dit dat NHC's eenvoudiger zijn te implementeren omdat op deze wijze kan worden aangesloten bij eerdere berekeningen voor de AWBZ. De NZa adviseert om de kapitaallasten in de curatieve GGZ aan de DBC's toe te rekenen op basis van de NHC.

### 5.2.3 Toerekening per 2012

De toerekening van kapitaallasten aan DBC's met NHC's kan op zijn vroegst worden gerealiseerd per 2012. Dit zou overigens ook voor een werkelijke kosten benadering gelden. Toerekening betekent dat de huidige uniforme opslag van 14,8% voor het onderdeel verblijf van DBC's wordt vervangen door een opslag die berekend is op basis van NHC's. Met NHC's kan een gedifferentieerde toerekening van kapitaallasten plaatsvinden die rekening houdt met de kapitaallastenintensiteit van verblijf gegeven de behandeling.

### 5.2.4 Aandachtspunten toerekening NHC's

In de huidige verblijfsgroepen bepalen instellingen zelf via een kostprijsmodel de gemiddelde kosten van verblijf voor een cliënt. Afhankelijk van de door de instelling zelf berekende gemiddelde kosten valt de patiënt in één van de vijf verblijfsgroepen. Deze situatie heeft de aandacht van de NZa.

#### 5.2.4.1 Verbetering verblijfsgroepen

De NZa heeft eerder aangegeven dat de verblijfsgroepen verbeteringen behoeft voor de vereenvoudiging van de bekostiging. Het is op dit moment nog onvoldoende transparant waarom de ene patiënt in een dure vorm van verblijf valt en een andere patiënt niet. Een instelling kan bijvoorbeeld duur zijn omdat deze aan relatief veel zware patiënten verblijf biedt. Een instelling kan echter ook duur zijn omdat ze onnodige kosten maakt. Verbeteringen van de verblijfsgroepen zijn noodzakelijk om op grond van prestaties te bekostigen of te onderhandelen. De mogelijke risico's van de huidige DBC's met verblijf worden nu nog ondervangen door de budgettering. De eerstkomende jaren van de vereenvoudiging van de bekostiging worden deze risico's nog begrensd door het ingroeimodel.

In een situatie zonder budgettering of bij een ingroeimodel met een laag ingroeipercentage ontstaat er door DBC's met verblijf een ongelijk speelveld. Zonder verbeteringen van de verblijfsgroepen bestaat het risico dat aanbieders van verblijf kosten afwentelen op verblijf. Instellingen die alleen ambulante behandeling bieden hebben deze mogelijkheid niet. Ook uit budgettair oogpunt leiden de huidige verblijfsgroepen tot risico's als er geen begrenzing meer is door budgettering of door het ingroeimodel. Het is daarom van verblijfsgroepen worden gerealiseerd.

#### 5.2.4.2 Verbetering verblijfsgroepen nodig voor toerekening NHC's

De huidige verblijfsgroepen zijn waarschijnlijk onvoldoende transparant om kapitaallasten gedifferentieerd toe te rekenen via NHC's (of via gemiddelde werkelijke kosten). Voor een gedifferentieerde toerekening van kapitaallasten is het noodzakelijk dat uit de verblijfsgroepen blijkt in welke mate van verschillende gebouwdelen gebruik is gemaakt. Bij de huidige verblijfsgroepen is hierop geen zicht. Het is dan de vraag op welke wijze kapitaallasten gedifferentieerd kunnen worden toegerekend aan DBC's. Ook uit het oogpunt van een zorgvuldige toerekening van kapitaallasten is verbetering van de verblijfsgroepen noodzakelijk.

#### 5.2.4.3 Doorontwikkeling verblijfsgroepen

De huidige verblijfsgroepen zijn een aandachtspunt. Vormen van verblijf met sterk uiteenlopende kosten kunnen nu binnen één en dezelfde categorie worden geregistreerd. De prestatie die wordt geleverd binnen

een categorie is daarmee dus niet helder. De productgroep verblijf biedt een zorginkoper daarom weinig houvast. Omdat de prestatie onduidelijk is bestaat er het risico dat instellingen ongeacht hun daadwerkelijke kosten te hoge kosten in rekening kunnen brengen (de inkoper weet immers niet waarvoor hij verblijf inkoopt).

Om de risico's ten aanzien van de verblijfsgroepen op te vangen dient er uniformiteit te komen in de verschillende categorieën. Ook moet verblijf transparant worden om kapitaallasten aan toe te kunnen rekenen. De NZa dringt aan op prioritering op de doorontwikkelagenda van DBC Onderhoud ten behoeve van aanpassing uiterlijk 1 januari 2012.

### 5.3 Overgangsscenario's kapitaallasten

De huidige budgetten voor kapitaallasten zijn (individueel) per aanbieder vastgesteld op basis van de werkelijke kapitaallasten van een instelling. De huidige kapitaallasten van instellingen kunnen hierdoor aanzienlijk verschillen.

De overgang naar de vereenvoudiging van de bekostiging met landelijke vastgestelde kapitaallasten per DBC kan tot overgangseffecten leiden voor instellingen. Om de effecten van de overgang te mitigeren is een overgangsmodel wenselijk.

Het is mogelijk om een apart overgangsmodel voor de kapitaallasten op te stellen. Ook is het mogelijk om één integraal overgangsmodel te hanteren dat gebaseerd is de totale kosten en opbrengsten van aanbieders. Zoals aangegeven in hoofdstuk 1 wordt voor de GGZ het ingroeimodel geadviseerd. Dit ingroeimodel wordt in drie jaar afgebouwd. Indien het ingroeimodel van drie jaar (en de afbouw daarvan) ook voldoende is voor een geleidelijke overgang voor de kapitaallasten, dan zou dit model kunnen volstaan. Een apart overgangsmodel voor kapitaallasten is noodzakelijk als een langere overgangstermijn voor de kapitaallasten noodzakelijk is dan drie jaar, of als een andere afbouw gewenst is.

Daarnaast moet er mogelijk ook rekening worden gehouden met de boekwaardeproblematiek. Op dit moment wordt in het kader van de kapitaallasten van de AWBZ een overgangsmodel voor kapitaallasten uitgewerkt. Dit overgangsmodel heeft deels betrekking op het AWBZ-deel van instellingen die ook curatieve GGZ uitvoeren. Indien mogelijk ligt het in de rede om voor dezelfde gebouwen ook dezelfde of vergelijkbare overgangsregimes te hanteren voor een transitie naar de vereenvoudiging van de bekostiging. De overgangsproblematiek door de vereenvoudiging van de bekostiging is immers vergelijkbaar. Het overgangsmodel voor de AWBZ zal daarmee medebepalend worden voor de vormgeving van de overgang bij de curatieve GGZ. Op grond hiervan kan ook bepaald worden of een specifiek overgangsmodel voor de kapitaallasten noodzakelijk is, of dat een generiek vangnet van drie jaar volstaat.

Overigens wordt hierbij opgemerkt dat voor de somatische curatieve zorg eveneens een overgangsmodel is uitgewerkt. Volledigheidshalve wordt hierbij vermeld dat ook dat model bij de verdere uitwerking in oenschouw zal worden genomen.

## 5.4 Uitvoering kapitaallasten

Zowel uit het oogpunt van onderhandelingen als uit het oogpunt van een verantwoorde toerekening van kapitaallasten is het van belang dat er uniformiteit komt in de verschillende categorieën van verblijf. De NZa zal DBC Onderhoud verzoeken om in samenwerking met het Ministerie van VWS en de NZa acties te plannen en uit te zetten om de productstructuur voor verblijfsgroepen per 2012 te verbeteren.

De NZa zal in samenwerking met DBC onderhoud voor 2012 de invoering van een kapitaallastenvergoeding op basis van NHC's voorbereiden.



## 6. Macrobeheersing

### 6.1 Inleiding

De Minister heeft de NZa per brief van 23 februari gevraagd in te gaan op de manier waarop in de curatieve geestelijke gezondheidszorg een macrocompensatie-instrument toegepast kan worden. Met dit instrument wordt het mogelijk om overschrijdingen van de zorguitgaven om te slaan over de omzetten van zorgaanbieders.

Dit instrument is aangekondigd en beschreven in de brief Waardering voor Betere Zorg IV. De NZa heeft bij de uitwerking van het macrocompensatie-instrument de inhoud van deze brief gevolgd. Daarnaast is een reeds geplande wijziging in de Wmg nodig om het macrocompensatie-instrument wettelijk mogelijk te maken.

In dit hoofdstuk zal de NZa eerst een technische uitwerking geven van het macrocompensatie-instrument, waarna in paragraaf 6.5 zal worden toegelicht welke effecten het macrocompensatie-instrument kan hebben op het gedrag van zorgaanbieders. In paragraaf 6.6 worden enkel alternatieven toegelicht.

### 6.2 Werkingsfeer

Het macrocompensatie-instrument heeft betrekking op alle aanspraken van de zorgverzekeringswet in zowel de eerste als tweede lijn. Voor de curatieve GGZ strekt het instrument zich uit tot zowel de huidige (gebudgetteerde) instellingen als vrijgevestigde individuele aanbieders. Kostenbeheersing wordt toegepast met het oog op het handhaven van het budgettair kader zorg.

### 6.3 Beoogde werking

Met het macrocompensatie-instrument kan voorafgaand aan jaar  $t$  een grens worden gesteld aan de toegestane omzet van een (deel)sector voor het jaar  $t$ . Indien blijkt dat deze toegestane omzet overschreden wordt door die (deel)sector, dan kan de Minister besluiten een sectorkorting op te leggen. Naar verwachting zal de Minister de NZa een aanwijzing geven om deze sectorkorting te innen. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is dat er duidelijkheid is over de zorgaanbieders en de zorg die onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ) vallen.

De NZa zal de sectorkorting vertalen naar kortingen voor individuele aanbieders. Hierbij nemen we aan dat een overschrijding van de toegestane omzet van een (deel)sector evenredig moet worden teruggehaald bij de zorgaanbieders behorend tot deze (deel)sector. Dit betekent dat elke individuele aanbieder hetzelfde percentage van zijn omzet in het jaar  $t$  terug moet betalen. De NZa heeft geen reden om aan te nemen dat een andere verdeling dan een evenredige verdeling toegepast zou moeten worden.

Onderstaande tabel gaat in op de volgtijdelijkheid van de werking van het macrocompensatie-instrument. De uitwerking gaat er vanuit dat de overschrijding in het jaar  $t+1$  wordt vastgesteld. Er wordt hierbij niet ingegaan op de verschillende stappen in het besluitvormingsproces, zoals de aanwijzingsprocedure.

**Tabel 2. Werking van het macrocompensatie-instrument**

Jaar	Acties
t-1	Vaststelling van de beoogde uitgaven voor de (deel)sector curatieve GGZ in jaar t op basis van vastgestelde begroting VWS
t-1	NZa stelt in een beleidsregel de grens aan omzet (deel)sector curatieve GGZ voor jaar t vast
t+1	Vaststelling overschrijding (deel)sector curatieve GGZ
t+1	VWS bepaalt sectorkorting die wordt opgelegd in t+1
t+1	NZa vertaalt korting t+1 door naar individuele aanbieders
t+2	(Deel)sector ontvangt: sector omzet <sub>(t+2)</sub> – sectorkorting
t+2	Aanbieders ontvangen: individuele omzet <sub>(t+2)</sub> – individuele korting

## 6.4 Elementen macrocompensatie-instrument

Het macrocompensatie-instrument borduurt voort op een aantal elementen van bestaande procedures voor het opleggen van kortingen aan de sector. Dit advies beperkt zich tot enkele (deels) nieuwe elementen van het macrocompensatie-instrument.

### 6.4.1 Vaststellen sectorgrens

Het Ministerie van VWS meldt in t-1 aan de NZa de voor de (deel)sector beschikbare middelen in jaar t op basis van de vastgestelde Rijksbegroting. Op basis hiervan stelt de NZa in een beleidsregel dit bedrag vast als grens aan de omzet voor de sector.

### 6.4.2 Doorvertaling naar individuele aanbieders

Indien een overschrijding van de grens van de sectoromzet plaats vindt én als de Minister het besluit neemt om een korting op te leggen aan de sector, dan geeft de Minister een aanwijzing aan de NZa. In deze aanwijzing staat de omvang van de korting. In de regel zal de korting uitgevoerd kunnen worden in t+2. De NZa wordt geacht deze sectorkorting door te vertalen in een kortingsbedrag per individuele aanbieder waarbij zij rekening houdt met de omzet van een aanbieder. De NZa voorziet hierbij een aantal aandachtspunten.

#### 6.4.2.1 GGZ eerste lijn

De NZa heeft zelf geen informatie over de omzetten van curatieve GGZ in de eerste lijn. De NZa stelt ook geen tarieven vast voor GGZ-prestaties in de eerste lijn. Er is geen informatieverplichting voor aanbieders van eerstelijns curatieve GGZ aan de NZa. Bij deze omzetgegevens is het noodzakelijk onderscheid te maken tussen zorguitgaven verzekerd op grond van Zvw (relevant voor het BKZ) en zorguitgaven die niet zijn verzekerd zijn op grond van de Zvw (niet relevant voor het BKZ).

Enkel zorgverzekeraars beschikken over de uitgaven aan eerstelijns GGZ op grond van de zorgverzekeringswet. Vektis verzamelt deze gegevens. Het is op dit moment nog niet duidelijk of Vektis ook omzetgegevens per aanbieder heeft en of de NZa daarover kan beschikken.

#### 6.4.2.2 GGZ tweede lijn

Tweedelijns aanbieders die curatieve GGZ aanbieden zijn verplicht maandelijks gegevens aan te leveren aan het DBC-informatiesysteem



(DIS). Er speelt op dit moment echter nog een aantal problemen rond de DBC-informatie uit het DIS.

Uit analyses blijkt dat de informatie op basis van DBC-declaraties in het DIS onvolledig is ten opzichte van de door gebudgetteerde aanbieders gemelde opbrengstverantwoording. Ten tweede loopt de aanlevering van DBC-informatie van niet gebudgetteerde aanbieders (vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten) en nieuwe instellingen aanzienlijk achter. Ten derde is er zelfs een aantal aanbieders dat momenteel nog geen DBC data levert aan het DIS.

Deze aandachtspunten met betrekking tot DBC-informatie zijn ook genoemd in de NZa monitor 'De curatieve GGZ in 2009'. Zoals daarin is aangegeven is de NZa opsteller van de aanleververplichting van de minimale dataset (MDS). De NZa heeft op 1 januari 2010 deze verplichting herzien zodat deze duidelijker en juridisch beter handhaafbaar wordt. Ook analyseert de NZa de volledigheid van de MDS-gegevens door deze te vergelijken met de DBC-productieafspraken, het jaardocument maatschappelijke verantwoording en de declaratieaantallen van Vektis. De NZa zal observaties die uit deze analyses voortkomen in 2010 aan de individuele zorgaanbieders toesturen om deze zorgaanbieders aan te sporen tot betere MDS-aanlevering. Indien deze acties tot voldoende betrouwbare data leiden, kan de NZa informatie over DBC-declaraties hanteren voor het vaststellen van de korting per aanbieder in de tweede lijn.

#### 6.4.2.3 Uitvoeringslasten

Naar schatting zijn er meer dan 3.100 vrijgevestigde psychologen die eerstelijns curatieve GGZ aanbieden. In de tweede lijn van curatieve GGZ zijn er minimaal 1.300 vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Daarnaast zijn er 179 gebudgetteerde instellingen actief en enkele nieuwe niet-gebudgetteerde instellingen die na 1 januari 2008 zijn toetreden.

De NZa verwacht dat bepaling van een onderbouwd kortingsbedrag per aanbieder zich bij kleine zelfstandige aanbieders niet verhoudt tot de hiervoor te maken kosten. Vrijgevestigde aanbieders maken circa 85 à 90% uit van het aantal aanbieders, terwijl het circa 4% van de landelijke kosten van de tweedelijns curatieve GGZ betreft. Een individuele korting met een vast bedrag naar rato van de omzet per vrijgevestigde aanbieder kost mogelijk meer dan het oplevert en de NZa acht het in dat geval ongewenst om deze kleine zelfstandige aanbieders op deze wijze te korten.

Indien kleine aanbieders structureel gekort moeten worden en de kosten om dit te doen hoger zijn dan de opbrengsten, dan kunnen er als alternatief maximumtarieven worden geïntroduceerd voor zorg die door kleine aanbieders wordt geleverd. Maximumtarieven bieden geen volledige zekerheid wat betreft het beheersen van uitgaven omdat er geen volumebeheersing is. Een mogelijk nadeel van maximumtarieven als beheersingsinstrument is dan ook dat structurele volumeoverschrijdingen leiden tot een alsmear lager maximumtarief.

Daarnaast kan er voor worden gekozen om drempelbedragen in te voeren voor het opleggen van kortingen aan aanbieders. Kortingen worden dan alleen opgelegd als die meer bedragen dan het drempelbedrag per aanbieder.

#### 6.4.2.4 Afdracht korting van individuele aanbieders

Nadat de korting per aanbieder is vastgesteld, moet deze door de aanbieder worden afgedragen. Dit kan door een directe verrekening tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar of met tussenkomst van het Zorgverzekeringsfonds als kassiersfunctie.

Een afdracht van de korting aan individuele verzekeraars betekent dat er een methodiek moet worden ontwikkeld om de korting van een aanbieder te verdelen onder zorgverzekeraars. Een verdeling naar marktaandeel (omzet) per zorgverzekeraar ligt dan in de rede. Verzekeraars hebben een prikkel om hun aandeel in de opgelegde kortingen te innen. Ook hebben verzekeraars al een betalingsrelatie met aanbieders. Ze kunnen de korting eventueel verrekenen met door de verzekeraar te vergoeden rekeningen.

Een afdracht aan het Zorgverzekeringsfonds betekent dat de korting (onverdeeld) kan worden geïnd door het Zorgverzekeringsfonds. Er is geen verdeling naar marktaandelen noodzakelijk. Om deze optie mogelijk te maken is een wijziging van de Wmg noodzakelijk. VWS bereidt momenteel een wijziging van de Wmg voor.

### 6.5 Effecten macrocompensatie-instrument

Naast de technische uitvoeringsconsequenties heeft de beoogde werking van het macrocompensatie-instrument ook een effect op het gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze paragraaf is een eerste verkenning van de effecten van het macrocompensatie-instrument.

In de bekostiging op basis van DBC's is er voor zorgverzekeraars een actieve zorginkooprol weggelegd. Als zij echter de zekerheid krijgen dat zij een teveel aan uitgaven terugkrijgen via een sectorkorting, is de kans klein dat zij zich als kritische zorginkoper op zullen stellen.

Tegelijkertijd staat het macrocompensatie-instrument op gespannen voet met de voordelen van vrije tarieven zoals ruimte voor maatwerk en mogelijkheden tot innovatie. Een zorgaanbieder kan immers niet langer met zekerheid zeggen of maatwerk en/of innovatie lonend zijn omdat hij achteraf geconfronteerd kan worden met een korting.

Het invoeren van een macrocompensatie-instrument staat hiermee op gespannen voet met de beoogde voordelen van de vereenvoudiging van bekostiging en het vrijgeven van tarieven zoals deze eerder in dit advies benoemd zijn.

Om de effecten van het macrocompensatie-instrument op het gedrag van zorgaanbieders verder te verduidelijken lichten we twee mogelijke strategieën van zorgaanbieders toe. Hierbij nemen we aan dat er voor individuele aanbieders geen relatie tussen de eigen productiegroei en een mogelijke landelijke korting is. Daarnaast nemen we aan dat een korting terugbetaald dient te worden aan het Zorgverzekeringsfonds en niet aan individuele verzekeraars. Indien een korting wordt teruggestort aan individuele verzekeraars kunnen er complexe effecten optreden in de wisselwerking tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

#### 6.5.1 Extra zorgproductie

Het risico bestaat dat aanbieders een landelijke overschrijding verwachten en daarom zelf extra zorgproductie gaan leveren om

voldoende financiële ruimte te hebben voor de korting die naar verwachting volgt. Het macrocompensatie-instrument zou dan zelf een overschrijding uitlokken.

De vraag is of deze strategie waarschijnlijk is. Een belangrijk deel van de kosten van behandelingen in de GGZ is arbeidsintensief. Zorgaanbieders zullen waarschijnlijk substantiële marginale kosten hebben om het zorgaanbod uit te breiden. Extra productie gaat dus gepaard met extra kosten.

Zorgverzekeraars zijn ook niet verplicht om aanbieders die meer zorg leveren dan overeengekomen (volledig) te vergoeden. Aan de andere kant is er zoals reeds gezegd geen prikkel voor zorgverzekeraars om de uitgaven te beperken omdat ze hun uitgaven bij een overschrijding weer terug krijgen.

Indien een zorgaanbieder zijn extra zorgaanbod levert tegen relatief lage marginale kosten en dit vergoed krijgt van de zorgverzekeraar kan het dus lonen deze strategie te hanteren.

### **6.5.2 Kostenbesparing**

Een andere strategie is dat aanbieders kosten proberen te besparen om zich voor te bereiden op mogelijke kortingen. Indien je verwacht dat je een niet te beïnvloeden percentage van je omzet terug moet betalen, kan je proberen de onderliggende kosten bij je omzet zo laag mogelijk te houden. Hiermee creëer je meer financiële ruimte om mogelijke kortingen op te kunnen vangen.

Het risico van deze strategie is dat zorgaanbieders zich met name richten op het leveren van zorg daar waar de kosten relatief laag zijn. Hierdoor bestaat de kans dat relatief dure zorg minder aangeboden wordt. Dit kan wachlijsten tot gevolg hebben.

Het invoeren van een macrocompensatie-instrument staat hiermee op gespannen voet met de beoogde voordelen van de vereenvoudiging van bekostiging en het vrijgeven van tarieven zoals deze andere acties te ondernemen waarmee je het inzetten van instrumenten voor macrobeheersing kan voorkomen.

## **6.6 Voorkomen macrobeheersing**

Het hanteren van een macrocompensatie-instrument kent dus een aantal nadelige effecten. Je kan een aantal acties ondernemen om de totale uitgaven in de curatieve GGZ beter in de hand te houden en daarmee de inzet van een macrocompensatie-instrument voorkomen. De NZa licht een aantal mogelijkheden toe.

### **6.6.1 Tegengaan van upcoding**

DBC Onderhoud heeft naar aanleiding van de uitspraken van de Minister in het Bestuurlijk Overleg op 26 januari jl. onderzocht welke oplossingen voor upcoding op de korte termijn haalbaar zijn. DBC Onderhoud heeft voorgesteld om op korte termijn twee acties te ondernemen die upcoding voorkomen. Ten eerste stelt DBC Onderhoud voor om het verplicht te stellen dat een DBC wordt heropend als een patiënt zich binnen afzienbare tijd opnieuw meldt bij de instelling. Daarnaast stelt DBC Onderhoud voor het mogelijk te maken dat zorgverzekeraars inzicht krijgen in de werkelijk bestede tijd. Beide acties zouden per 1 januari 2011 in kunnen gaan.

Daarnaast bereidt DBC Onderhoud een nota voor met vervolgstappen om upcoding op langere termijn te voorkomen.

### **6.6.2 Onderzoek naar degressieve tarieven**

Naar de mening van de NZa zijn uitgaven aan de zorg beter beheersbaar als bepaalde prikkels in het huidige DBC-systeem van de curatieve GGZ worden beperkt. Een van die prikkels is dat de inkomsten voor de zorgaanbieder hoger worden als men langer zorg verleent. Een mogelijk middel om de volumegroei te beperken zijn degressieve tarieven. Dat wil zeggen dat de marginale opbrengst van de zorg in een hoger tijdsinterval relatief lager is dan de marginale opbrengst in een lager tijdsinterval.

De NZa kan degressieve tarieven hanteren zolang er sprake is van maximumtarieven. Bij vrije tarieven is het enkel mogelijk dat aanbieders en verzekeraars prijzen afspreken met een degressief karakter.

Een voorbeeld van degressieve tarieven is al te vinden in de behandeling van dyslexie. Zorgverzekeraars vergoeden zorgaanbieders een lager percentage van het maximumtarief als zij de hoogste categorie voor diagnosestelling declareren. Toepassing in de dyslexiezorg wordt bevorderd door het bestaan van richtlijnen voor de maximale duur van effectieve zorg. Dat betekent dat toepassing van degressieve tarieven meer voor de hand ligt als inzichtelijk is of langdurige zorg ook daadwerkelijk nodig is. De ontwikkeling van Routine Outcome Measurement (ROM) in de curatieve GGZ is in dit opzicht een belangrijke faciliterende factor.

De NZa realiseert zich dat degressieve tarieven niet mogelijk zijn per 1 januari 2011. Zij neemt zich voor om in 2010 de effecten van degressieve tarieven nader te bestuderen. In geval van het oordeel dat degressieve tarieven kunnen bijdragen aan de beheersing van volumegroei ontwikkelt de NZa een voorstel voor een zo spoedig mogelijke invoering van degressieve tarieven.

## 7. Planning

Uit dit advies zal een aantal activiteiten voortkomen die zullen leiden tot producten. De NZa verwacht van het Ministerie van VWS voor een deel van deze producten geen aanwijzing en voor een deel van deze producten wel. Daar waar geen aanwijzing nodig is zal de NZa reeds starten met de uitvoering om tegemoet te komen aan de voorwaarden die zijn gesteld om per 1 januari 2012 de vereenvoudiging van de bekostiging van de curatieve GGZ in te voeren. Indien er wel een aanwijzing nodig is verdient het de voorkeur dat de NZa deze aanwijzing tijdig ontvangt (naar voorbeeld van de aanwijzing voor prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg van 2010).

Bij de producten kan onderscheid worden gemaakt naar verantwoordelijke partij, hoofdstuk waarop het terugslaat, datum van publicatie, datum van ingang en noodzaak tot aanwijzing. In het volgende overzicht zijn de verschillende producten gesorteerd op datum van publicatie. Dit is de uiterste datum waarop de NZa verwacht dat het product in zijn definitieve vorm bekend gemaakt zal worden.

Met de verantwoordelijke partij wordt bedoeld op de partij die het product uiteindelijk vorm zal geven. Het kan hierbij zo zijn dat de uiteindelijk besluitvorming over of vaststelling van het product door een andere partij wordt gedaan. Daarnaast zullen er bij de meeste producten ook andere partijen buiten de verantwoordelijke om een rol krijgen om input te leveren.

Een deel van de producten slaat niet direct terug op één van de hoofdstukken maar wordt naar aanleiding van het advies op hoofdlijnen wel opgenomen in het overzicht van producten.

**Tabel 3. Overzicht van producten**

Product	Verantwoordelijk	Vermeld in hoofdstuk	Besluit vooraf	Publicatie	Ingang	Aanwijzing
Beperken van de mogelijkheden voor upcoding door verplichte aanlevering daadwerkelijke tijd.	DBC Onderhoud	Macrobeheersing		1-okt-10	1-jan-11	nee
Beperken van de mogelijkheden voor upcoding door het verplichten tot heropening DBC in het geval een patiënt binnen een jaar terugkomt.	DBC Onderhoud	Macrobeheersing		1-okt-10	1-jan-11	nee
Vaststellen van tarieven voor overige producten (o.a. elektronconvulsiotherapie en methadon).	NZa	Specifieke zorgactiviteiten		1-okt-10	1-jan-11	nee
Opstellen van spelregels hoe marktpartijen met elkaar om moeten gaan tijdens de onderhandelingen en benoemen goed contracting practices.	NZa	Het vrijgeven van tarieven		1-okt-10	1-jan-11	nee
Onderzoek naar degressieve tarieven.	NZa	Macrobeheersing		1-okt-10	nntb	nee
Beoordeling van de NZa in hoeverre het vrijgeven van tarieven mogelijk is per 1 januari 2012.	NZa	Het vrijgeven van tarieven		1-mrt-11	1-jan-12	ja
Verantwoordingsdocument ingroeimodel (historische omzet, garantiepercentage, DBC omzet, tariefmaatregel, uitvoering).	NZa	Ingroeimodel		1-mei-11	1-jan-12	ja
Uniformiteit brengen in de verschillende categorieën voor verblijf zodat deze geschikt zijn voor zorginkoop en een gedifferentieerde toerekening van de kapitaallasten.	DBC Onderhoud	Kapitaallasten	1-mrt-11	1-okt-11	1-jan-12	nee
Het aanpassen van de productstructuur voor zorgzwaarte.	DBC Onderhoud	Geen	1-mrt-11	1-okt-11	1-jan-12	nee
Invoeren van opslag NHC op de DBC tarieven.	NZa	Kapitaallasten		1-okt-11	1-jan-12	ja
Vaststellen van een overgangsregime voor de kapitaallasten uitgaande van invoering NHC op de DBC tarieven	NZa	Kapitaallasten		1-okt-11	1-jan-12	ja
Beleidsregels, nadere regels en beschikkingen nav ingroeimodel (historische omzet, garantiepercentage, DBC omzet, tariefmaatregel, uitvoering)	NZa	Ingroeimodel		1-okt-11	1-jan-12	ja
Vaststellen van overig product crisiszorg beschikbaarheid ter hoogte van de huidige parameterwaarde crisiscontact in ANW-uren minus de parameterwaarde tijdens kantooruren.	NZa	Crisiszorg		1-okt-11	1-jan-12	ja
Opstellen beleidsregels, nadere regels en beschikkingen daar waar dit nog niet expliciet is genoemd, maar wel nodig is.	NZa	Geen		1-okt-11	1-jan-12	ja
Faciliteren van een rekenmodel waarmee impactanalyses uitgevoerd kunnen worden door zorgaanbieders zelf.	NZa	Geen		1-okt-11	1-jan-12	nee
Afwikkeling van de budgetbekostiging.	NZa	Geen		1-okt-11	1-jan-12	ja
Geplande wijziging in Wmg doorvoeren om ingroeimodel toe te mogen passen.	VWS	Ingroeimodel		31-dec-11	1-jan-12	nvt
Optioneel: Geplande wijziging in Wmg doorvoeren om verrekening via het zorgverzekeringsfonds mogelijk te maken.	VWS	Ingroeimodel		31-dec-11	1-jan-12	nvt
Geplande wijziging in Wmg doorvoeren om zorgactiviteiten in uitzonderlijke situaties met een beschikbaarheidsbijdrage uit het zorgverzekeringsfonds te kunnen vergoeden.	VWS	Specifieke zorgactiviteiten		31-dec-11	1-jan-12	nvt
Geplande wijziging in Wmg doorvoeren om macrocompensatie-instrument toe te mogen passen.	VWS	Macrobeheersing		31-dec-11	1-jan-12	nvt
Onderzoek naar de mogelijkheden om de huidige overige producten onderdeel te maken van de DBC's.	DBC Onderhoud	Specifieke zorgactiviteiten	1-feb-12	1-okt-12	1-jan-13	nee