
Productieprotocol

1. ALGEMEEN

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op de organen voor gezondheidszorg als vermeld in artikel 1, onder A, nummers 10, 16a, 16b en 17 van het Besluit werkingssfeer WTG 1992 (1991, Stb.732), dat laatstelijk gewijzigd is bij Besluit van 25 oktober 2002 (Stb. 2002, 527) en bij Besluit van 5 november 2002 (Stb. 2002, 549).
- b. Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2004 en werkt terug tot die datum indien de bekendmaking van de nederlegging van de beleidsregel in de Staatscourant na deze datum plaatsvindt.
- c. De termijn waarvoor deze beleidsregel geldt: tot en met 31 december 2004.
- d. De goedgekeurde beleidsregel II-633 / III-820 met betrekking tot onderstaande onderwerpen en de onder 1.a aangeduide categorieën van organen voor gezondheidszorg komt te vervallen.
- e. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel productieprotocol'.

2. PRODUCTIEPROTOCOL

2.1 Doel

Op basis van de zorgprestaties voor de AWBZ worden productieafspraken gemaakt tussen zorgkantoren en zorgaanbieders. Nu in de gehele AWBZ de mogelijkheid bestaat om alle verzekeringsaanspraken te honoreren komt een grotere verantwoordelijkheid te liggen bij de lokale partijen voor het maken en verantwoorden van de productie(afspraken). Om deze verantwoordelijkheid als zorgkantoor te kunnen waarmaken vindt er naast de huidige algemene economische controle ook een materiële controle plaats door het zorgkantoor. De doelstelling van deze materiële controle is een betrouwbaar beeld te krijgen van de mate waarin de feitelijk geleverde zorg overeenstemt met de geregistreerde zorg mede gelet op relevante bekostigingsparameters bijvoorbeeld zorgzwaarte. Deze activiteit hangt samen met de afspraken die in het WTG-proces plaatsvinden; zij betreffen zowel het proces van de productieafspraken als de nacalculatie daarvan.

2.2 Samenhang tussen algemeen economische controle en materiële controle

De algemeen economische controle richt zich uit oogpunt van continuïteit onder meer op het exploitatieresultaat en de omvang van eventuele reserves. De materiële controle richt zich op de gerealiseerde productie en op de rechtmatigheid van de kosten. De kern van de materiële controle is het monitoren van de geregistreerde productie in vergelijking met de geleverde productie. De algemeen economische controle en de uitkomsten van de steekproef kunnen aanleiding zijn voor het doen van diepgaander materiële controles.

2.3 Aanpak materiële controle

2.3.1 Algemeen

Het productieprotocol geldt voor de gehele AWBZ. De aanpak kan gedifferentieerd zijn. Immers, in de bekostiging van AWBZ-zorg bestaan voor onderscheiden doelgroepen van verzekerden uiteenlopende productieparameters naar aantal, opbouw en inhoud. Soms zijn in de bekostiging zorgzwaarte-elementen opgenomen, hetgeen hogere eisen stelt aan de controle van de productie dan in situaties waar dit niet het geval is. Door deze verschillen in de bekostiging ligt een differentiatie in de aanpak van de materiële controle voor de hand. Zorgkantoren hebben de ruimte om hieraan inhoud te geven.

Het zorgkantoor informeert het CTG over de volgende activiteiten:

1. het controleplan dat het zorgkantoor opstelt (waaronder de risicoanalyse die aan dat plan ten grondslag ligt);
2. de gekozen speerpunten voor controle op de gerealiseerde productie van zorginstellingen, en de daarbij passende vormen van controle;
3. de bevindingen van het zorgkantoor op grond van de uitgevoerde materiële controle en een oordeel over de juistheid van de geregistreerde productie.

De uitkomsten van de controle op de gerealiseerde productie worden verwerkt in het verzoek van de (gewijzigde) productieafspraken respectievelijk de nacalculatie

2.3.2 Aanpak controle

In relatie tot de gekozen speerpunten (controleplan) en het risico op afwijkingen tussen de gemelde en de feitelijke productie voert het zorgkantoor de passende vorm¹ en intensiteit van de materiële controle uit. Voor sectoren, instellingen of typen prestaties waarbij een hoog risico op afwijkingen bestaat, zal het zorgkantoor onderstaande relatief intensieve vorm van materiële controle uitvoeren. Deze vorm van intensieve controle is ieder geval van toepassing op de GGZ.

1. Het zorgkantoor bepaalt de tijdspanne waarover de controle op geleverde productie plaats zal vinden.
2. Het zorgkantoor bepaalt op grond van de gemaakte productieafspraken volume en aard van de productie in voornoemde tijdspanne.
3. Volume en aard van de zorg, indien van toepassing inclusief zorgzwaarte, vormen zonodig onderwerp van gesprek met de desbetreffende aanbieder.
4. Daarna bepaalt het zorgkantoor de omvang van de verantwoorde steekproef. Aangezien het een materiële controle betreft, vindt controle dwars door de instelling plaats zo veel als mogelijk op het niveau van de individuele cliënt. De instelling dient aan het zorgkantoor aan te geven hoe tot een aannemelijke vertaling van individueel geleverde zorg naar afgesproken productie plaatsvindt. Individuele controle sluit niet uit dat bij homogene cliëntpopulaties de steekproef deels over een afgezonderd deel (bijv. afdeling) van de instelling wordt gehouden. Als zorgzwaarte geen enkele rol speelt in de geregistreerde zorg kan de inhoud van de steekproef beperkt blijven tot controle op de feitelijke aanwezigheid van de cliënt/patiënt.
5. Voor deze steekproef draait het zorgkantoor een lijst uit van namen van verzekerden die betrokken wordt bij de steekproef en voor wie in de genoemde periode een verwijzing en indicatie is verstrekt en stelt deze aan de aanbieder ter beschikking. In elk geval wordt in het geval van verruimde productieafspraken expliciet aandacht besteed aan de door de aanbieder gemaakte meerkosten. Wachtlijstgegevens (inclusief moment start zorg) worden op individueel niveau rechtstreeks aangeleverd door de instelling aan het regionale zorgkantoor conform landelijke afspraken hierover. Indien deze wachtlijstgegevens betrekking hebben op de steekproef, worden deze betrokken in het onderzoek.
6. De aanbieder verzamelt de bijbehorende patiëntendossiers en stelt onder de geldende condities deze ter inzage aan de medisch adviseur van het zorgkantoor.
7. Deze adviseur bepaalt vooraf zijn werkwijze: papieren controle, werkbezoek, gesprekken met verzekerden en zorgmanagement en/of een combinatie en laat dit vooraf aan de aanbieder weten. Hierbij wordt duidelijk aangegeven op welke aspecten (volume, zorgzwaarte) in het bijzonder alsmede op welke wijze wordt gecontroleerd. Naast de medisch-inhoudelijke controle op patiënteniveau vindt er algemeen economische controle plaats in dialoog tussen het zorgkantoor en degenen die namens de aanbieders belast zijn met de economisch-administratieve verslaglegging. Indien het gaat om discussies rondom zorgzwaarte zijn beide aspecten van onderzoek onmisbaar omdat zorg hier gerelateerd is aan de bijbehorende kosten.
8. Mede op basis van de uitkomsten kan tijdens het kalenderjaar gekomen worden tot gewijzigde productieafspraken, zowel positief als negatief. Positieve productieafspraken worden alleen door het CTG gehonoreerd indien het zorgkantoor daarvoor gelijktijdige compensatie vindt in een neerwaartse bijstelling van met andere instellingen gemaakte afspraken. Indien dit niet het geval is, zal het verzoek worden afgewezen. Uitzondering hierop vormen productieafspraken die behoren bij ingebruikname van goedgekeurde nieuwbouw of bij nieuwe toelatingen.

Op basis van deze gewijzigde productieafspraken kan de bevoorschotting worden aangepast. Regel is dat productie welke niet kan worden verantwoord niet door de AWBZ wordt vergoed.

1) Mogelijke instrumenten zijn: steekproefcontrole bij cliënten, inzien van administratieve organisatie van zorginstellingen, vergelijken van kostenopgaven van zorginstellingen, AZR, inventariseren van klachten, inzien van patiëntendossiers, vergelijking met landelijke productiekenngetallen enzovoort.