

Advies

Invoering prestatiebekostiging curatieve GGZ

Advies op hoofdlijnen

januari 2010

Inhoud

Vooraf	5
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Advies	7
1.3 Opbouw en indeling advies	9
2. Prestatiebekostiging 2011: varianten	11
2.1 Beslispunten	11
2.2 Partiële of integrale prestatiebekostiging	11
2.3 Omvang vangnet	13
2.4 Liberalisering	14
3. Ingroeimodel	15
4. Randvoorwaarden	17
4.1 Inzicht in kwaliteit	17
4.2 Voorkomen ongewenst grote volumestijgingen	18
4.3 Een goede en stabiele productstructuur en juiste DBC-tarieven	19
4.4 Minimalisering ongewenste effecten van de DBC-systematiek	19
4.5 Risicodragendheid van zorgverzekeraars	20
4.6 Eenduidige diagnostiek en indicatiestelling	21
5. Advies en acties	23

Vooraf

Dit advies is tot stand gekomen na overleg met de (representanten van de) betrokken veldpartijen, die tevens zitting hebben in het Bestuurlijk Overleg. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van het advies ligt uiteraard volledig bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Bij dit advies is de adviesaanvraag van de Minister als bijlage toegevoegd.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

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

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: de Minister) heeft de NZa gevraagd nader advies uit te brengen over de wijze waarop invoering van prestatiebekostiging en daar waar mogelijk liberalisering in de curatieve GGZ per 1 januari 2011 op een verantwoorde wijze mogelijk kan worden gemaakt.

Dit advies gaat nader in op het verzoek van de Minister. De NZa heeft zich beperkt tot een advies op hoofdlijnen. In maart licht de NZa een aantal aspecten nader toe. Nadrukkelijk gaat het in dit advies om de wijze waarop prestatiebekostiging kan worden ingevoerd.

Momenteel bestaat prestatiebekostiging al voor de vrijgevestigde GGZ-aanbieders en instellingen die na 1 januari 2008 zijn toegelaten. In termen van omzet betekent dit dat ongeveer 95% van de curatieve GGZ momenteel nog bekostigd wordt door budgetparameters die voortvloeien uit de AWBZ-tijd. Instellingen declareren al wel in DBC's. Het verschil tussen de budgetafspraken op basis van de budgetparameters en de productieafspraken in DBC's is bij de gebudgetteerde instellingen vertaald in een ex ante vastgesteld verrekenpercentage. Dit verrekenpercentage is een individuele procentuele opslag of korting op het DBC-tarief waardoor het budget en DBC-omzet ex ante dezelfde omvang hebben. Eventuele verschillen die lopende het jaar ontstaan worden rechtgetrokken in een achteraf vast te stellen opbrengstverrekening.

Prestatiebekostiging voor GGZ-instellingen betekent volledige bekostiging op basis van DBC's. Er zal dan geen verrekenpercentage meer worden vastgesteld en ook geen opbrengstverrekening meer plaatsvinden.

1.2 Advies

De Minister heeft de NZa verzocht om bij het opstellen van het advies zowel rekening te houden met een aantal al eerder opgestelde randvoorwaarden¹ als met een aantal andere punten en uit te gaan van prestatiebekostiging voor zowel behandeling als verblijf.

De randvoorwaarden zoals de Minister deze heeft geformuleerd luiden als volgt:

Een goede en stabiele productstructuur

Vaststellen en uitvoeren van de ontwikkelagenda van DBC-Onderhoud.

Juiste DBC-tarieven

Zo veel mogelijk voorkomen van het risico op onder- en overfinanciering; Aandacht voor zorgzwaarte en niet-patiëntgebonden zorg.

Minimalisering ongewenste effecten van de DBC-systematiek

Bijvoorbeeld risico van 'upcoding' en beheersing financiële risico's voor aanbieders door liquiditeitstekort en afbouw van vangnetten.

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

Inzicht in kwaliteit

Doorontwikkeling van prestatie-indicatoren onder regie van Zichtbare Zorg.

Risicodragendheid van zorgverzekeraars

In de risicoverevening wordt rekening gehouden met de ontwikkelingen in de financiering en de risicodragendheid van verzekeraars is zo veel mogelijk gekoppeld aan beïnvloedingsmogelijkheden door verzekeraars.

Eenduidige diagnostiek en indicatiestelling

Helderheid over de medische herkenbaarheid van de diagnose en de behandeling.

Voorkomen ongewenst grote volumestijgingen

Het systeem dusdanig inrichten zodat de kans op overschrijding van het financieel kader minimaal is, zodat budgettaire maatregelen voorkomen worden.

Op het Technisch Overleg van 18 november 2009 heeft VWS ten aanzien van deze randvoorwaarden een prioritering aangebracht, waarbij prioriteit 1 als het meest belangrijk wordt beoordeeld:

Prioriteit 1:

- Inzicht in kwaliteit
- Voorkomen van ongewenst grote volumestijgingen

Prioriteit 2:

- Een goede stabiele productstructuur
- Juiste DBC-tarieven

Prioriteit 3:

- Minimalisering ongewenste effecten van de DBC-systematiek
- Risicodragendheid van zorgverzekeraars
- Eenduidige diagnostiek en indicatiestelling

Naast de door de Minister gestelde randvoorwaarden, heeft de Minister de NZa gevraagd in het advies eveneens aandacht te besteden aan een aantal andere punten. Deze punten betreffen achtereenvolgens:

- aangeven van redenen waarom voor verblijf mogelijk moet worden afgezien van invoering van prestatiebekostiging;
- het uitwerken van de gewenste vorm en omvang van een vangnet voor behandeling met of zonder verblijf;
- het in kaart brengen van de mogelijkheden voor segmentering binnen de naar prestatiebekostiging over te hevelen zorg; deze kan leiden tot een verschillende tariefsoort (punt-, maximum-, bandbreedte- of vrij);
- aandragen van een voorstel voor alternatieve bekostiging van niet-patiëntgebonden zorg, passend bij de uitgewerkte scenario's c.q. varianten voor overgang naar prestatiebekostiging.

In dit advies wordt inhoudelijk nader ingegaan op de eerste drie punten. De alternatieve bekostiging van niet-patiëntgebonden zorg komt in het vervolgadvis van maart aan de orde.

1.3 Opbouw en indeling advies

Gelet op de hierboven weergegeven randvoorwaarden en overige punten is gekozen voor een indeling van het advies in vijf hoofdstukken.

Het eerste hoofdstuk is de inleiding.

Hoofdstuk 2 bevat een bespreking van de twee varianten waarlangs prestatiebekostiging per 1 januari 2011 kan worden ingevoerd: integrale en partiële prestatiebekostiging. Integrale prestatiebekostiging betreft in dit verband prestatiebekostiging voor zowel behandeling als verblijf, terwijl partiële prestatiebekostiging uitsluitend gaat om prestatiebekostiging voor behandeling.

Beide varianten worden verder uitgewerkt in een tweetal subvarianten, waarin onderscheid wordt gemaakt in de mate waarin de gevolgen van overgang naar prestatiebekostiging worden geneutraliseerd. Oftewel, de mate waarin voor zorgaanbieders wordt voorzien in een overgangsregime, c.q. een vangnet. Gekozen kan worden voor een breed of een beperkt vangnet, dan wel voor het geheel achterwege laten van een vangnet. Tenslotte wordt bij de uiteindelijk te kiezen variant onderscheid gemaakt in de mate van liberalisering.

Hoofdstuk 3 bevat een toelichting op het vangnet.

Hoofdstuk 4 beschrijft of, en zo ja in welke mate, de door de Minister gestelde randvoorwaarden in de diverse varianten worden geborgd.

Hoofdstuk 5 bevat het advies en acties waarin de variant wordt aanbevolen die het meest geschikt wordt geacht om per 1 januari 2011 over te gaan naar prestatiebekostiging in de curatieve GGZ.

2. Prestatiebekostiging 2011: varianten

2.1 Beslispunten

De keuze voor de manier waarop prestatiebekostiging kan worden ingevoerd verloopt via drie beslispunten. Het eerste punt betreft de keuze tussen twee varianten waarlangs prestatiebekostiging per 1 januari 2011 zou kunnen worden ingevoerd: integrale en partiële prestatiebekostiging.²

Beslispunt 1: Partiële of integrale prestatiebekostiging

Integrale prestatiebekostiging betekent dat zowel behandeling als verblijf in DBC's worden gefinancierd en bekostigd, terwijl partiële prestatiebekostiging uitsluitend gaat over bekostiging en financiering in DBC's voor behandeling. Bij partiële prestatiebekostiging wordt het bestaande systeem van bekostiging voor verblijf op basis van de bestaande budgetparameters gecontinueerd.

In aanvulling op dit beslispunt is de vraag relevant of het representatiemodel per direct in 2011 afgeschaft moet worden of dat een later moment wenselijk en mogelijk zou zijn?

Het tweede beslispunt betreft de vraag of een vangnet gewenst is en zo ja wat de omvang van een vangnet behorend bij de gekozen variant moet zijn.

Beslispunt 2: Een vangnet, en zo ja van welke omvang

Het derde beslispunt gaat over de mate van liberalisering. Het is mogelijk om meer vrijheidsgraden in te voeren in de tarifiering door bijvoorbeeld bandbreedte- of vrije tarieven toe te staan.

Beslispunt 3: De mate van liberalisering

2.2 Partiële of integrale prestatiebekostiging

Bij partiële prestatiebekostiging is er sprake van twee gescheiden bekostigingssystemen. Hierdoor bestaan ook twee separate processen voor de inkoop van zorg door zorgverzekeraars. Iedere zorgverzekeraar maakt individueel afspraken met zorgaanbieders over de tarieven en de hoeveelheid te leveren behandel-DBC's. Voor verblijf maken de representerende zorgverzekeraars de afspraken voor zowel de budgetparameters voor verblijf als de verblijfs-DBC's. De budgetparameters voor verblijf worden verminderd met de opslagen voor behandeling omdat deze zorg wordt bekostigd in behandel-DBC's. Voor verblijf blijft het verrekenpercentage en de opbrengstverrekening bij deze variant dus bestaan.

Bij integrale prestatiebekostiging ontstaat er een situatie waarin slechts één bekostigingssysteem bestaat in plaats van de twee systemen die bij partiële prestatiebekostiging ontstaan. Dit verlaagt de administratieve lastendruk voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars.

² Integraal betekent in dit advies prestatiebekostiging voor de beide productgroepen verblijf en behandeling. De benaming heeft niet betrekking op integrale tarifiering.

Daarnaast leidt het bestaan van twee bekostigingssystemen mogelijk tot perverse prikkels. Het gaat hierbij dan vooral op het onnodig opnemen van patiënten die ambulante hulp zouden kunnen worden omdat de bekostigingssystematiek van het verblijf meer zekerheid biedt.

Naast de twee genoemde voordelen van integrale prestatiebekostiging ten opzicht van partiële prestatiebekostiging, zijn er ook risico's. Eén van deze risico's betreft de huidige beschrijving van de productstructuur van verblijf. Het verblijf in de GGZ kent twee variabelen. De eerste variabele is tijd. Een patiënt wordt opgenomen voor een bepaald aantal dagen.

De tweede variabele voor verblijf is de intensiteit van het verblijf. Er zijn 5 categorieën voor de intensiteit van verblijf. Er is momenteel echter geen landelijke uniformiteit over de intensiteit per categorie. Dit betekent dat vormen van verblijf met sterk uiteenlopende kosten 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 productstructuur voor verblijf op te vangen dient er uniformiteit te komen in de verschillende categorieën. De NZa dringt aan op prioritering op de doorontwikkelagenda van DBC-O ten behoeve van aanpassing uiterlijk 1 januari 2012.

Het geschetste risico kan een reden zijn om per 1 januari 2011 prestatiebekostiging voor behandeling in te voeren en per 1 januari 2012 hieraan prestatiebekostiging voor verblijf toe te voegen. Deze variant kent dezelfde nadelen als partiële prestatiebekostiging. De NZa acht het daarom ook niet wenselijk om noch voor fasering noch voor partiële prestatiebekostiging te kiezen, maar voor integrale prestatiebekostiging.

Het risico van de productstructuur voor verblijf kan binnen integrale prestatiebekostiging opgelost worden met een tijdelijk vangnet. Dit vangnet beperkt het risico van een kostenstijging voor verblijf. In het volgende hoofdstuk zal worden toegelicht hoe dit vangnet er uit kan zien.

Voor de totstandkoming van de huidige budgetafspraken bestaat het representatiemodel. In dit model maakt een tweetal zorgverzekeraars voor de gehele regio productieafspraken namens alle zorgverzekeraars. Bij het invoeren van integrale prestatiebekostiging past een ander, meer gedecentraliseerd systeem van productieafspraken.

Om zorginkopers te stimuleren doelmatige zorg boven minder doelmatige zorg te verkiezen, dienen zorgverzekeraars (deels) risicodragend te zijn. Dit gebeurt als zij zelf met de zorgaanbieder onderhandelen over prijs, hoeveelheid, kwaliteit en leveringsvoorwaarden. Het representatiemodel dient daarom afgeschaft te worden vanaf het moment dat integrale prestatiebekostiging wordt ingevoerd.

De NZa adviseert om per 1 januari 2011 integrale prestatiebekostiging in te voeren. Zij acht een partiële invoering niet wenselijk vanwege de extra administratieve lasten en de mogelijke perverse prikkels. De risico's van de problemen met de productstructuur van verblijf zijn op korte termijn te ondervangen met een vangnet. Per 1 januari 2012 moeten de kosten van verblijf herkenbaar zijn. Tenslotte beveelt de NZa aan om tegelijk met de invoering van prestatiebekostiging het representatiemodel af te schaffen.

2.3 Omvang vangnet

De invoering van prestatiebekostiging heeft gevolgen voor de bedrijfsvoering van de zorginstellingen. In paragraaf 2.2 is toegelicht dat de productstructuur voor verblijf momenteel niet geschikt is voor zorginkoop. Dit risico kan een stijging of daling in de inkomsten van zorgaanbieders en zorgverzekeraars ten aanzien van het verblijf tot gevolg hebben.

Zorgaanbieders met een budget kunnen mogelijk niet alleen voor verblijf maar ook voor behandeling een mutatie in de inkomsten zien. De inkomsten kunnen stijgen indien een zorgaanbieder een relatief groot aantal voor hem lucratieve behandelingen uitvoert. Aan de andere kant kunnen de inkomsten dalen als zorgaanbieders binnen de productstructuur meer kosten dan inkomsten hebben voor een zorgvorm. Als zorgaanbieders op korte termijn niet de mogelijkheid hebben hun kosten te beïnvloeden leidt een verandering in de inkomsten tot een verandering in het resultaat.

De gevolgen van de voorgestelde systeemwijziging zijn dus ingrijpend. Vanuit het oogpunt van zorgvuldigheid en rechtszekerheid vindt de NZa het noodzakelijk om een deugdelijk vangnet te creëren.

De grootste risico's bij integrale prestatiebekostiging liggen bij het verblijfsdeel. Op basis hiervan is een keuze voor een vangnet voor enkel verblijf een mogelijkheid. Dit noemen we een beperkt vangnet. Daarnaast is het mogelijk een breed vangnet, voor zowel verblijf als behandeling, in te voeren.

Een risico van het niet creëren van een beperkt vangnet is dat de verandering in inkomsten niet opgevangen kan worden door beïnvloeding van de kosten voor wat betreft de behandeling. Als de productstructuur niet voldoende dekkend is voor bepaalde specialistische vormen van zorg leidt dit tot een negatief resultaat.

Bij een breed vangnet worden eventuele negatieve (financiële) gevolgen van de overgang naar prestatiebekostiging op een acceptabele wijze geneutraliseerd, zowel voor behandeling als voor verblijf. Op die manier wordt voorzien in een zorgvuldig overgangsregime. De NZa acht een zorgvuldige invoering van groot belang.

Integrale prestatiebekostiging met een breed vangnet voor instellingen leidt tot een situatie waarin voor instellingen wel en voor vrijgevestigden niet een vangnet geldt. Of hierdoor sprake zal zijn van een ongelijk speelveld met nadelige effecten voor de consument is een aandachtspunt in het markttoezicht van de NZa.

De NZa adviseert om per 1 januari over te gaan op integrale prestatiebekostiging met een vangnet voor zowel verblijf als behandeling.

2.4 Liberalisering

Door de invoering van prestatiebekostiging dienen zorgaanbieders hun kosten te dekken via de tarieven. De NZa kan er voor kiezen om zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer vrijheid te geven in de tarieven die zij af willen spreken. Er zijn vier verschillende tariefsoorten te weten een punttarief, maximumtarief, bandbreedtetarief en vrij tarief. Afhankelijk van de gekozen tariefsoort ontstaat er meer vrijheid om via de onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar tot een tarief te komen.

Indien de NZa meer vrijheid wil geven dan kan zij bandbreedte- of vrije tarieven invoeren voor (een deel van) de DBC's.

Door meer vrijheid te geven in de tarifiering ontstaat er voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars ruimte om verbeteringen in de kwaliteit of een meer efficiënte inzet van behandelaren bij een bepaalde diagnose ook in het af te spreken tarief tot uiting te laten komen. Een voorwaarde om deze vrijheid te geven is dat er voldoende inzicht is in de kwaliteit van de zorg die zorgaanbieders leveren. Indien dit inzicht onvoldoende is bestaat er het risico dat de prijzen in de curatieve GGZ gaan stijgen zonder dat hier kwaliteitsverbeteringen tegenover staan.

In hoeverre zorgaanbieders kwaliteitswinst en efficiëntie kunnen omzetten in het tarief is afhankelijk van de onderhandelingspositie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De NZa heeft in haar eerdere besluitvorming geconcludeerd dat zij inkoopmacht van zorgverzekeraars minder bezwaarlijk vindt dan verkoopmacht. Ook stelt de NZa richtsnoeren op voor de onderhandelingen van zorgaanbieders.

De vertegenwoordigers van de vrijgevestigde zorgaanbieders hebben regelmatig aangegeven geen onderhandelingen te kunnen voeren met zorgverzekeraars vanwege de ongelijke relatie. Dit zou kunnen betekenen dat zij met zorgverzekeraars geen overeenstemming kunnen bereiken over hogere prijzen voor zorgvormen waarvoor zij dit nodig achten. De NZa zal onder andere hierop nader ingaan als zij het vervolgdadvies van maart de liberalisering van prijzen plaatst in de context van aanmerkelijke marktmacht in de curatieve GGZ.

De NZa acht het van belang dat kwaliteit, transparantie en zorgzwaarte beloond kunnen worden zodat zorgaanbieders geprikkeld worden om goede zorg te leveren. Een middel om zorgaanbieders hiertoe te prikkelen is om meer vrijheidsgraden in te voeren in de prijszetting dan in de huidige maximumtarieven. De voorwaarde hiervoor is wel dat er voldoende inzicht in de kwaliteit van zorg is. In haar advies in maart zal zij een nadere invulling geven aan de liberalisering.

3. Ingroeimodel

In de uitvoeringstoets 'Van budget naar prestatie'³ over prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg worden drie verschillende overgangsmoedellen besproken, te weten: het transitiebedrag-model, het bandbreedtemodel en het ingroeimodel. De NZa heeft voor wat betreft de medisch specialistische zorg een voorkeur uitgesproken voor toepassing van het ingroeimodel.

De NZa acht het in het kader van de consistentie wenselijk om bij prestatiebekostiging in de GGZ eenzelfde vangnet te hanteren als bij prestatiebekostiging in de somatiek, zijnde het ingroeimodel. De NZa ziet in dit geval geen inhoudelijke redenen om voor de GGZ hiervan af te wijken. In dit hoofdstuk lichten wij het model nader toe.

Het ingroeimodel gaat niet uit van vooraf vastgestelde gegarandeerde bedragen of budgetten, maar van een vooraf vastgestelde rekenregel.

De rekenregel bepaalt de omzet die een zorgaanbieder mag behouden (bij omzetsijging), dan wel tot welk niveau de omzet aangevuld wordt (bij omzetsdaling): een gewogen gemiddelde van de historische inkomsten en de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging. De rekenregel ziet er als volgt uit:

Transitieomzet = z(historische omzet⁴) + (1-z)*(gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging)*

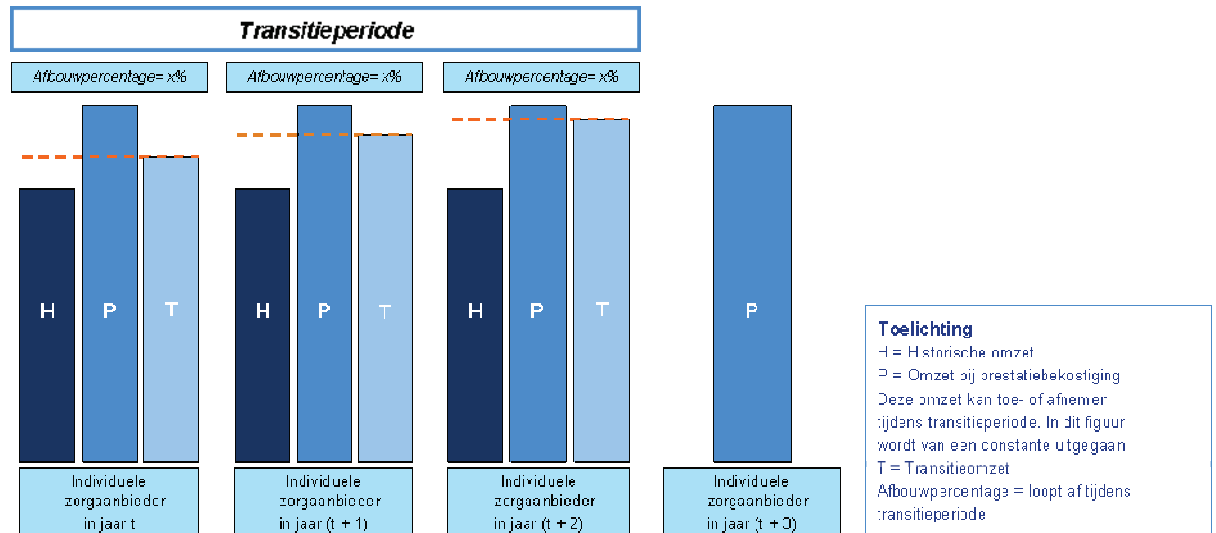
Het garantiepercentage (z-percentage) in de rekenregel bepaalt de mate waarin de historische omzet wordt afgebouwd (of de mate waarin op basis van prestatiebekostiging wordt afgerekend). Immers, wanneer het garantiepercentage 0% is, dan is er feitelijk sprake van volledige prestatiebekostiging. Wanneer het garantiepercentage op 100% wordt vastgesteld krijgen zorgaanbieders niet meer of minder dan hun historische omzet. Het garantiepercentage kan dus gedurende de overgangperiode zodanig worden bijgesteld, dat het eindmodel steeds beter benaderd wordt.

In figuur 1 wordt het model geïllustreerd in de situatie waarin door een zorgaanbieder méér omzet op basis van prestatiebekostiging wordt gerealiseerd dan op basis van het historisch budget het geval was.

³ NZa, oktober 2009

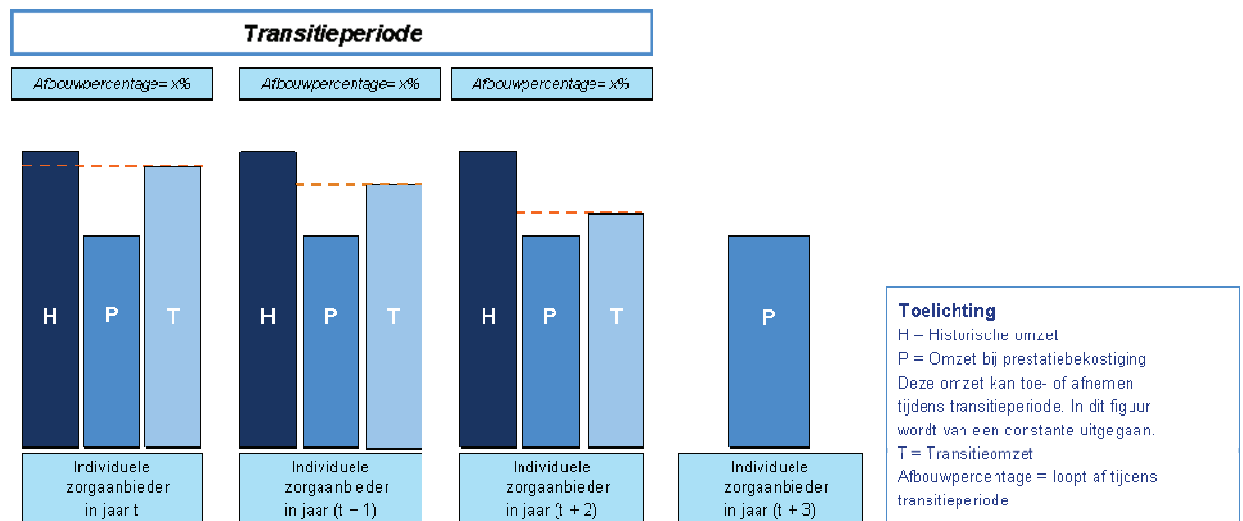
⁴ Met de historische omzet wordt de omzet bedoeld zoals deze tot stand komt op basis van de budgetparameters.

Figuur 1. Voorbeeld 1 Ingroeimodel



Een zorgaanbieder kan echter ook minder omzet behalen op basis van prestatiebekostiging dan op basis van het historisch budget het geval was. Dit voorbeeld wordt geïllustreerd in figuur 2.

Figuur 2. Voorbeeld 2 Ingroeimodel



Het ingroeimodel is een vangnet dat zorgaanbieders met een lage DBC omzet compenseert en zorgaanbieders met een hoge DBC omzet begrensd. Het ingroeimodel is bedoeld om de overgang van de budget-systematiek naar prestatiebekostiging op een verantwoorde manier te laten verlopen. Het is echter ook van belang dat zorgaanbieders zich realiseren dat het vangnet tijdelijk is. De NZa adviseert om het ingroeimodel voor drie jaar te laten bestaan alvorens er over wordt gegaan op volledige prestatiebekostiging.

Daarnaast dient er vooraf duidelijkheid te zijn over het z-percentage in de jaren dat het ingroeimodel geldt. Zorgaanbieders moeten weten waar ze aan toe zijn zodat ze geprikkeld worden om de veranderingen nodig voor prestatiebekostiging tijdig door te voeren. De NZa gaat in het vervolgdadvies van maart nader in op de vaststelling van het z-percentage.

4. Randvoorwaarden

De Minister heeft aan de invoering van prestatiebekostiging randvoorwaarden gekoppeld. In dit hoofdstuk wordt in volgorde van prioritering toegelicht in welke mate aan deze randvoorwaarden wordt voldaan, uitgaande van het advies van de NZa om te kiezen voor integrale prestatiebekostiging met een breed vangnet. Voorts wordt aangegeven welke acties eventueel nog moeten worden ondernomen om voldoende tegemoet te komen aan de diverse randvoorwaarden.

4.1 Inzicht in kwaliteit

De consument heeft recht op kwalitatief goede zorg. De zorgverzekeraar koopt deze zorg in voor haar verzekerden. Om kritisch zorg in te kopen die voldoet aan de door haar verzekerden gewenste kwaliteit moet een zorgverzekeraar weten wat hij koopt.

Indien er bij integrale prestatiebekostiging onvoldoende inzicht in de kwaliteit van zorg is bestaat er het risico dat zorginkopers uitsluitend op prijs doelmatig proberen in te kopen. Dit komt de kwaliteit van de geleverde zorg niet ten goede. De NZa acht het dan ook noodzakelijk dat het inzicht in kwaliteit bij de invoering van prestatiebekostiging groot genoeg is om kritisch zorg in te kopen op basis van zowel kwaliteit als prijs.

De sector schenkt veel aandacht aan het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg maar dat dit niet zonder problemen verloopt en dat er sprake is van een traag lopend proces. Enkele partijen en trajecten die op dit moment een bijdrage leveren aan het verbeteren van de transparantie en de ontwikkeling van prestatie-indicatoren zijn de Stuurgroep Zichtbare Zorg (ZiZo), Zorgprofielen ontwikkeld door DBC-O in opdracht van het veld, Routine Outcome Monitoring (ROM) en Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN).

De NZa ziet de volgende twee opties voor verbetering van totstandkoming van transparantie met het oog op invoering van prestatiebekostiging per 1 januari 2011:

- Marktpartijen conformeren zich in sterkere mate aan de prestatie-indicatoren die via Zichtbare Zorg worden ontwikkeld. Dat betekent dat vooral een verbetering en versnelling van de aanlevering en gebruik van de indicatoren van de basisset door instellingen op korte termijn tot stand wordt gebracht. Het voorstel hiertoe dient vanuit de Stuurgroep Zichtbare Zorg aan de minister van VWS te worden aangeboden en in samenhang met het advies van de NZa te worden beoordeeld.
- Marktpartijen komen met een alternatief plan waarin zij concrete vooruitgang van de transparantie aantonen. Belangrijke elementen zijn de te hanteren indicatoren, de wijze waarop deze worden uitgevraagd, verzameld en gepubliceerd.

Het uitgangspunt van het transparantiebeleid van de NZa is dat marktpartijen zelf eerst aan zet zijn. Indien marktpartijen zelf onvoldoende informatie aanleveren, zal de NZa de haar te beschikking staande mogelijkheden om meer transparantie af te dwingen gebruiken.

De NZa kan na toetsing aan de informatiebehoefte van de inkomende marktpartijen en aan de publieke belangen ook zelf meer transparantie

geven via de Minimale Dataset (hierna: MDS). De NZa zal dit, indien nodig, toelichten in het vervolgadvis van maart.

De NZa merkt hierbij op dat als zij gebruik moet maken van haar transparantiebevoegdheden in de Wet marktordening gezondheidszorg, omdat marktpartijen onvoldoende bruikbare informatie over de zorg produceren, de geplande invoeringsdatum van 1 januari 2011 voor prestatiebekostiging vanwege de tijd niet gehaald wordt.

4.2 Voorkomen ongewenst grote volumestijgingen

De GGZ kenmerkt zich door een aanzienlijke latente vraag (naar vooral ambulante zorg) omdat mensen in geval van psychische problemen vaak de houding hebben dat zij zelf eerst het probleem moeten oplossen voordat zij een arts bezoeken.⁵ De latente vraag is het grootst bij mensen met lichtere klachten. Onderzoek toont aan dat hoe ernstiger de klachten zijn hoe meer zorg ontvangen wordt.⁶ Hierdoor ligt er een inherente druk op uitbreiding van het volume. Ook worden de afgelopen jaren pas de eerste stappen gezet naar meer inzicht in de effectiviteit van GGZ en de daarbij gewenste omvang en duur van de zorg. Al met al kenmerkt de GGZ zich vooralsnog door een dynamiek die kostenstijgingen bewerkstelligt. Deze kostenstijgingen doen zich voor binnen de huidige systematiek van bekostiging. Daarin is sprake van volumestijging, met als gevolg een stijging van de totale uitgaven binnen de curatieve GGZ, ondanks het bestaande representatiemodel.⁷ Het tot nu toe gehanteerde systeem met een stijgend budgettair plafond legitimeert de jaarlijkse stijging van de uitgaven.

De verwachting van de NZa is dat ook bij prestatiebekostiging een volumestijging plaats zal vinden bij verder ongewijzigd beleid. De invoering van prestatiebekostiging leidt echter tot kwalitatief goede zorg die de kostenstijging moet mitigeren. Ook leidt het tot een betere afstemming tussen vraag naar en aanbod van zorg. Dit biedt mogelijkheden om de latente vraag meer passend te beantwoorden. Vroegtijdige en lichtere vormen van zorg kunnen in dat geval voorkomen dat mensen een beroep moeten doen op de zware en duurdere vormen van zorg.

De Minister heeft aangegeven dat de overgang naar een ander bekostigingssysteem niet mag leiden tot een substantiële uitgavenstijging ten opzichte van de huidige systematiek. De verwachte volumestijging kan op een aantal manieren worden beheerst.

Een belangrijk instrument om volumestijging structureel te beheersen en tevens voorwaarde voor de invoering van prestatiebekostiging is het vergroten van de risicodragendheid van zorgverzekeraars zodat zij hun inkooprol goed oppakken, daarbij geprikkeld door inzicht in de kosten en kwaliteit van de zorg die zij inkopen. De positieve ervaringen met het B-segment in de ziekenhuiszorg zijn wat dit betreft een goed voorbeeld.

Een instrument waarmee volumestijging tijdelijk beperkt kan worden is het vangnet. Binnen het ingroeimodel worden volumestijgingen slechts voor een deel vergoed. Het deel dat wordt vergoed is afhankelijk van het z-percentage in het ingroeimodel. Een relatief hoog z-percentage remt

⁵ Trimbos, Trendrapportage 2009, deel Voorspellers van zorggebruik in de eerstelijns en tweedelijns GGZ, Utrecht 2009

⁶ Trimbos, Trendrapportage 2008, deel I, Utrecht 2008

⁷ Zie de ontwikkeling van het BKZ. In de binnenkort te verschijnen Monitor De GGZ in 2009 gaat de NZa nader in op de ontwikkeling van het volume van de curatieve GGZ.

de volumestijging. Het gevolg hiervan is dat de macro-uitgaven, afhankelijk van de hoogte van het garantiepercentage (z-percentage), meer beheersbaar zijn voor de periode waarvoor het vangnet geldt.

Overigens heeft de Minister de bevoegdheid om pakketmaatregelen te nemen of eigen betalingen in te voeren teneinde de zorguitgaven te beheersen.

4.3 Een goede en stabiele productstructuur en juiste DBC-tarieven

Voor behandeling is er over het algemeen sprake van een stabiele productstructuur die voor zorginkopers voldoende informatie biedt over de in te kopen prestatie. De productstructuur van verblijf biedt echter nog te weinig houvast voor een goede zorginkoop door zorgverzekeraars.

Daarnaast hebben marktpartijen aangegeven dat bepaalde vormen van gespecialiseerde zorg momenteel niet goed zijn verankerd in de productstructuur. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan zorgaanbieders die landelijk voor een bepaald specialisme expertise hebben. Ook de verschillen in zorgzwaarte komen nog onvoldoende tot uitdrukking in de prijzen. De verbetering van de productstructuur staat op de ontwikkelagenda van DBC-O.

Niet alle vormen van zorg zullen in de productstructuur kunnen worden opgenomen. Zorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld zorg van een hogere kwaliteit bieden met bijbehorend hogere kosten. Om zorgaanbieders en verzekeraars de mogelijkheid te geven hogere tarieven af te spreken voor deze zorg kan de NZa adviseren om meer vrijheidsgraden op te nemen in de tarifiering dan de huidige maximumtarieven. De NZa gaat hier in haar vervolgadvisie in maart verder op in.

Indien een individuele zorgaanbieder binnen de productstructuur zijn daadwerkelijke kosten niet kan dekken via de bij de zorgverzekeraar in rekening te brengen tarieven en het NZa-beleid op dit punt aantoonbaar tot een situatie leidt waarin sprake is van onevenredig nadeel bij die zorgaanbieder ten opzichte van de overige zorgaanbieders, kan de NZa – op verzoek van de zorgaanbieder die het aangaat – afwijken van haar bestaande beleid. Artikel 4:84 van de Algemene Wet Bestuursrecht (inherent afwijkingsbevoegdheid) biedt de NZa die mogelijkheid.

De keuze voor integrale prestatiebekostiging betekent enerzijds dat DBC-O een maximale inspanning dient te leveren om verbeteringen in de productstructuur tijdig door te voeren. Anderzijds is de voortgang in de verbeteringen van de productstructuur bepalend voor de hoogte van het z-percentage in het ingroeimodel.

4.4 Minimalisering ongewenste effecten van de DBC-systematiek

Omdat DBC's in de GGZ voornamelijk uit de component tijd bestaan, zal er voor zorgaanbieders een prikkel zijn om een DBC af te sluiten als er een volgende tijdsperiode is bereikt. Deze systeemimperfectie in de productstructuur van de GGZ wordt ook wel aangeduid als 'upcoding'.

De NZa ziet het voorkomen van 'upcoding' niet als een obstakel voor de invoering van prestatiebekostiging. Zij acht 'upcoding' wel een

onwenselijk effect van de bestaande productstructuur. De NZa zal met DBC-O bezien in hoeverre 'upcoding' door een systeemwijziging kan worden voorkomen.

'Upcoding' wordt beperkt door het naleven van richtlijnen (bijvoorbeeld in de vorm van protocollering met een maximalisatie van het aantal behandelingen dat uit oogpunt van effectiviteit noodzakelijk moet worden geacht) door zorgaanbieders en door het controleren van zorgaanbieders door zorgverzekeraars. Op basis van de ervaring uit voorgaande jaren heeft een zorgverzekeraar een goede indicatie van deze te leveren zorg en indien uit materiële controles blijkt dat hiervan wordt afgeweken door de zorgaanbieder kan een zorgverzekeraar de zorgaanbieder hierop aanspreken.

In dit verband is het essentieel dat de basisregistratie door aanbieders verbetert. In de monitor De GGZ in 2009 somt de NZa een aantal acties op die tot verbeteringen van de basisregistratie moet leiden. Daaronder vallen ook de handhavingactiviteiten van de NZa zelf.

4.5 Risicodragendheid van zorgverzekeraars

Prestatiebekostiging is een middel om te komen tot kwalitatief goede en betaalbare zorg. Om hiertoe te komen is het van essentieel belang dat zorgverzekeraars hun inkooprol vervullen. Een belangrijke prikkel voor zorgverzekeraars bij deze invulling is de mate waarin zij financiële effecten ondervinden van een doelmatige zorginkoop. Nadelige financiële effecten zullen worden afgewenteld op de verzekerde wat voor de zorgverzekeraar schadelijk is op een competitieve zorgverzekeringsmarkt.

De curatieve GGZ is met zo'n 3 miljard euro een belangrijke kostenpost voor verzekeraars. Bovendien kent de curatieve GGZ enkele erkende 'groeimarkten' zoals de kinder- en jeugdpsychiatrie. Zorgverzekeraars hebben dus ten eerste vanuit de omvang van de kosten van curatieve GGZ belang bij een doelmatige zorginkoop die wellicht toe te snijden is op enkele deelmarkten (of zorgcircuits). Dit effect valt echter in belangrijke mate weg als zorgverzekeraars geen financiële risicodragendheid kennen.

Tot nu toe liepen zorgverzekeraars geen risico op hun uitgaven voor curatieve GGZ. Toch is de afgelopen tijd gebleken dat zorgverzekeraars kritisch zorg inkochten. Zo stond de contracteringsronde voor 2009 in het teken van verlaging van de zogenoemde garantiebudgetten die de zorgverzekeraars besloten te hanteren. Ook is gebleken dat budgetoverschrijdingen van zorginstellingen maar in geringe mate worden betaald (zie voor verdere analyse de binnenkort te verschijnen NZa-monitor De GGZ in 2009). Belangrijke factoren hierbij zijn ten eerste dat zorgverzekeraars in het bestaande systeem in hun budgetonderhandelingen met instellingen uitgaan van een regionaal budget waarvan de mutatie wordt afgeleid van het BKZ. Ten tweede zinspelen zorgverzekeraars op het gaan lopen van financieel risico in de komende jaren ('wat er nu wordt weggegeven kun je later niet meer terughalen').

Gezien bovenstaande acht de NZa het van groot belang dat zorgverzekeraars na het wegvallen van het bestaande budgetsysteem financiële prikkels blijven voelen om hun zorginkoop te optimaliseren. Dit kan door toenemende risicodragendheid.

In 2010 zijn zorgverzekeraars in geringe mate risicodragend, waarbij de risico's zich vooral voordoen bij de ambulante zorg.

Dit is in de ogen van de NZa slechts een eerste stap. Het is van belang dat zorgverzekeraars in toenemende mate risicodragend worden. Het is de bevoegdheid van de Minister om de risicodragendheid van zorgverzekeraars aan te passen.

4.6 Eenduidige diagnostiek en indicatiestelling

Binnen de GGZ is het mogelijk dat een diagnosestelling bij eenzelfde patiënt door twee verschillende instellingen leidt tot twee verschillende DBC's. Hierdoor is er een prikkel om de DBC die het meest oplevert in rekening te brengen in plaats van de DBC die het beste aansluit bij de behoeften van de patiënt.

Het beperken hiervan kan door het naleven van de richtlijnen door zorgaanbieders en door het controleren van zorgaanbieders door zorgverzekeraars. Op basis van de ervaring uit voorgaande jaren heeft een zorgverzekeraar een goede indicatie van deze te leveren zorg en indien uit materiële controles blijkt dat hiervan wordt afgeweken door de zorgaanbieder kan een zorgverzekeraar de zorgaanbieder hierop aanspreken.

5. Advies en acties

De Minister van VWS heeft de NZa gevraagd nader advies uit te brengen over de wijze waarop invoering van prestatiebekostiging en gedeeltelijke liberalisering in de curatieve GGZ per 1 januari 2011 op een verantwoorde wijze mogelijk kan worden gemaakt. De NZa heeft daarop in dit advies drie beslispunten geformuleerd.

De NZa adviseert prestatiebekostiging voor zowel verblijf als behandeling. Zij acht een partiële invoering niet wenselijk vanwege de extra administratieve lasten en de mogelijke perverse prikkels. De NZa ziet risico's bij de productstructuur van verblijf omdat het de inkoopende zorgverzekeraars aan inzicht ontbreekt om verblijf goed in te kunnen kopen. Op korte termijn is dit risico te ondervangen met een vangnet. Per 1 januari 2012 moet de herkenbaarheid van kosten van verblijf zijn toegenomen. Tenslotte beveelt de NZa aan om tegelijk met de invoering van prestatiebekostiging het representatiemodel af te schaffen.

De NZa adviseert ten aanzien van het vangnet een breed vangnet. Bij een breed vangnet zijn de juridische risico's het best geborgd, aangezien voor beide onderdelen, dus zowel voor behandeling als voor verblijf, eventuele negatieve (financiële) gevolgen van de overgang naar prestatiebekostiging op een acceptabele wijze worden geneutraliseerd.

De NZa adviseert als vangnet het zogeheten ingroeimodel dat zij ook hanteert voor de prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg. Zij adviseert een looptijd van drie jaar. Het verloop van de hoogte van het z-percentage (het percentage dat de historische omzet corrigeert) komt in het vervolgadvisie aan de orde.

De NZa gaat in haar advies van maart nader in op de mogelijke stappen in de liberalisering.

De NZa is ook ingegaan op de invulling van de randvoorwaarden voor de invoering van prestatiebekostiging. Hieruit volgen de volgende actiepunten waaraan voldaan moet worden om per 1 januari 2011 over te gaan naar integrale prestatiebekostiging:

- Marktpartijen leveren informatie ter bevordering van de het inzicht in de kwaliteit tijdig aan zodat het inzicht in kwaliteit bij de invoering van prestatiebekostiging groot genoeg is om kritisch zorg in te kopen op basis van zowel kwaliteit als prijs. Deze informatie dient beschikbaar te zijn bij het begin van de contracteerronde voor 2011.
- DBC Onderhoud verbetert de productstructuur voor verblijf, en dan vooral uniformiteit in de verschillende categorieën, per 1 januari 2012.
- De Minister van VWS vergroot de risicodragendheid van zorgverzekeraars teneinde zorgverzekeraars aan te zetten tot doelmatige zorginkoop.
- De ongewenste effecten van de huidige systematiek in de vorm van 'upcoding' en het ontbreken van eenduidigheid moeten enerzijds beperkt worden door het volgen van de richtlijnen door zorgaanbieders en anderzijds door (materiële) controles van zorgverzekeraars.

De NZa stelt in maart een vervolgadvisie op waarin zij in ieder geval ingaat op keuzes bij de verdere vormgeving van het vangnet, de wenselijkheid van liberalisering van de prijsvorming en de bekostiging van niet-patiëntgebonden kosten.