

Consultatiedocument

Kostprijsberekeningen DBC's

Uitkomsten consultatie en vervolgacties

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	9
2. Reacties op consultatie	11
2.1 Reacties op hoofdlijnen	11
2.2 Uitkomsten specifiek voor Somatiek	11
2.3 Uitkomsten specifiek voor GGZ	12
2.4 Conclusies	14
3. Acties na consultatie	17
3.1 Kostprijsberekeningen Somatiek	17
3.1.1 Actuele ontwikkelingen	17
3.1.2 Hoofdlijnen aanpak 2011	17
3.2 Kostprijsberekeningen GGZ	19
3.2.1 Actuele ontwikkelingen	19
3.2.2 Hoofdlijnen aanpak 2011	19

Vooraf

Stabiele tarieven, die aansluiten bij de kosten van de geleverde zorg zijn een randvoorwaarde voor de invoering van integrale prestatiebekostiging en voor de uitvoering van effectieve (tarief) regulering. De wijze waarop kostprijzen worden verzameld en gecombineerd is daarin een belangrijke factor. In dit perspectief heeft Pricewaterhouse Coopers (PwC) op verzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een rapport 'Onderzoek calculatieprincipes en kostprijsmodel' opgesteld. Dit rapport vormt de basis voor het consultatiedocument 'Kostprijsberekeningen DBC's' dat de NZa eind december heeft gepubliceerd¹. Dit consultatiedocument gaat over zowel de tweedelijns curatieve GGZ (GGZ) als tweedelijns somatische zorg (Somatiek).

Op 20 januari 2011 heeft de NZa een consultatiebijeenkomst gehouden waarin de NZa haar ideeën heeft toegelicht. Daarna zijn van de betrokken brancheorganisaties en DBC-Onderhoud reacties ontvangen op de consultatievragen. Het verslag van de consultatiebijeenkomst en de antwoorden op de consultatievragen worden samen met dit document integraal op de NZa-website gepubliceerd.

In dit document beschrijft de NZa de uitkomsten van de consultatie en welke acties hieruit voort gaan komen.

de Nederlandse Zorgautoriteit,

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

¹ Beide documenten zijn te downloaden op de website van de NZa:
<http://www.nza.nl/publicaties/Consultatiedocumenten/2011/>

Managementsamenvatting

De NZa werkt samen met de sector aan stabiele tarieven voor DBC's die zo goed mogelijk aansluiten bij de kosten van de zorg. In dit document beschrijft de NZa de uitkomsten van de consultatie over kostprijsberekeningen van DBC's en de acties die hieruit voort zullen komen. De consultatie is gestart om de technische knelpunten te bespreken die de oorzaak zijn van tariefschommelingen en hoe die knelpunten opgelost kunnen worden om de betrouwbaarheid van kostprijsberekeningen te vergroten. De in het consultatiedocument beschreven knelpunten worden breed herkend door brancheorganisaties.

De hoofdlijnen van de door de NZa voorgestelde oplossingsrichting zijn:

Hoofdlijnen voorgestelde oplossingsrichting

Nummer	Oplossingsrichting
1	Voor een heldere toerekening van kosten is het nodig om in het kostprijsmodel scherper te bepalen welke kosten worden meegenomen en op welke wijze deze worden toegerekend in het kostprijsmodel.
2	Op onderdelen in de kostprijsmodellen, met name voor de GGZ, zijn nadere keuzes te maken tussen gemiddelde waarden of normering.
3	Kostprijsaanleveringen vinden plaats op basis van een informatieverplichting door de gehele groep of een a-select geselecteerd groep.
4	Kostprijzen op het niveau van de zorgactiviteiten worden gecombineerd met instellingseigen productieprofielen om het effect van registratieverschillen te minimaliseren.
5	Deze kostprijzen op productniveau kunnen voor somatiek door de instelling zelf worden berekend en aangeleverd.
6	Het is wenselijk de kostprijsinformatie te verkrijgen met nadere specificatie naar kostensoorten.

Uit de reacties blijkt geen overeenstemming over deze oplossingsrichting. Partijen wijzen bij de bovenstaande punten op diverse uitvoeringsproblemen, op de administratieve lasten, de controleerbaarheid en de controlekosten die daarmee verbonden zijn.

Ook geven partijen in hun reacties aan dat de kostprijsberekeningen niet los kunnen worden gezien van tariefprincipes. Vraagstukken als innovatie, zorgzwaarte en outliers komen regelmatig in de reacties terug. Hoewel deze onderwerpen vallen buiten de scope van deze consultatie over kostprijsberekeningen, erkent de NZa het belang van deze onderwerpen. Op korte termijn zal de NZa daarom een nieuwe consultatie over tariefprincipes starten met de brancheorganisatie in de tweedelijns curatieve GGZ en somatische zorg. De NZa beoogt de tariefprincipes vast te leggen in beleidsregels.

Voor bovenstaande 6 hoofdpunten kiest de NZa voor de volgende oplossingen:

- Ad1. Dit onderwerp wordt opgepakt in een pilot waarbij samenwerking gezocht wordt met zorgaanbieders, ondersteund door PwC.
- Ad 2. Dit onderwerp wordt meegenomen de nieuwe consultatie over tariefprincipes.
- Ad 3. In beginsel worden voor het onderbouwen van tarieven de kostprijzen verzameld op basis van een verplichting van de NZa opgelegd aan een a-selecte groep zorgaanbieders.
- Ad 4. Dit is een technische bewerking die de stabiliteit verbeterd en die uitgevoerd kan worden wanneer de benodigde informatie daarvoor aanwezig is.

- Ad 5. In de pilot (zie 1) zal worden onderzocht door wie de kostprijzen op productniveau het meest effectief en controleerbaar kunnen worden bepaald.
- Ad 6. In de pilot (zie 1) zal worden uitgewerkt hoe deze specificatie naar kostensoorten vormgegeven kan worden.

De NZa beschrijft in dit document welke activiteiten zij zal ondernemen naar aanleiding van de uitkomsten van de consultatie, mede in het licht van de actuele ontwikkelingen voor zowel de somatiek als de GGZ.

Voor de somatiek is het van belang om na de voorgenomen uitbreiding van het B-segment een goede tariefonderbouwing te hebben voor de resterende prestaties in het A-segment. Dit vraagt herziening van de referentiegroep die kostprijzen aanlevert en het uitwerken van technische vraagstukken die voortkomen uit deze consultatie. De NZa zal hiervoor een pilot starten met zorgaanbieders in het nieuwe A-segment, in samenwerking met DBC-Onderhoud en ondersteund door externe expertise. Dit zal leiden tot tarieven voor de nieuwe A-DBC's die ingaan per januari 2013.

Voor de GGZ concludeert de NZa dat het starten van een nieuw kostprijsonderzoek op dit moment niet nodig is. In plaats daarvan wil de NZa de focus leggen op een nieuwe consultatie van de tariefprincipes, zoals hierboven toegelicht. De resulterende tariefprincipes kunnen aanleiding zijn om andere uitgangspunten en methodes te hanteren in de tariefonderbouwing. Deze uitkomsten zullen vertaald worden in een nieuw kostprijsmodel. Dit kostprijsmodel zal de NZa vaststellen zodat het daarna (2012-2013) kan worden toegepast in onderzoek ter onderbouwing van de GGZ-tarieven 2014.

Deze uitkomsten van de consultatie over kostprijsberekeningen (de aangepaste kostprijsmodellen en de informatieverplichtingen) zullen door de NZa worden vastgelegd in een nadere regeling. Met de combinatie van de eerder genoemde beleidsregel over tariefprincipes en de nadere regeling over kostprijsaanleveringen beoogt de NZa transparantie over de totstandkoming van de DBC tarieven, gericht op een effectieve tariefregulering van de tweedelijns curatieve somatische zorg en de tweedelijns curatieve GGZ.

1. Inleiding

De NZa werkt samen met de sector aan stabiele tarieven voor DBC's die zo goed mogelijk aansluiten bij de kosten van de zorg. In dit document beschrijft de NZa de uitkomsten van de consultatie over kostprijsberekeningen van DBC's en welke acties hieruit voort gaan komen. Het consultatiedocument, het verslag van de consultatiebijeenkomst en de integrale reacties die de NZa heeft ontvangen op de consultatievragen zijn beschikbaar op de website van de NZa.

Consultatie kostprijsberekeningen DBC's

Kostprijsberekeningen zijn een belangrijke input voor de tariefonderbouwing van DBC's en daarmee voor de invoering van prestatiebekostiging met gereguleerde prijzen. De NZa heeft de sector geconsulteerd over kostprijsberekeningen voor DBC's. De focus van de consultatie is hoe kostprijsberekeningen plaatsvinden. Hoe de NZa tot haar tarieven komt viel oorspronkelijk buiten scope van deze consultatie.

Onderstaand schema laat zien hoe kostprijsberekeningen zich verhouden tot enerzijds de registratieprocessen en verantwoording door de zorgaanbieders en anderzijds de principes die de basis vormen voor de tariefonderbouwing.

Figuur 1. Samenhang kostprijzen en tariefprincipes



Op dit moment bestaan er voor de algemene ziekenhuizen calculatieprincipes die voorschrijven welke hoe kostprijzen moeten worden berekend. In de kostprijsmodellen voor andere sectoren zijn deze principes geïncorporeerd. In de huidige werkwijze worden kostprijzen op basis van vrijwilligheid aangeleverd aan DBC-Onderhoud in door hen ontwikkeld sjabloon. De wijze waarop de NZa de verzamelde gegevens omzet in DBC-tarieven wordt in aangeduid als 'tariefprincipes'.

Beleid en regelgeving NZa

De NZa beoogt met de uitkomsten van deze consultatie een verbeteringsplan te maken voor de kostprijsberekeningen van DBC's. De wijze waarop kostprijsgegevens worden verzameld, door wie, volgens welke calculatieprincipes en volgens welk aanlevermodel zal worden vastgelegd in nadere regels. Daarmee wordt duidelijk op welke wijze de NZa de informatie verzamelt die zij nodig heeft voor het onderbouwen van tarieven.

Separaat aan dit traject wil de NZa op transparante wijze in beleidsregels vastleggen welke tariefprincipes zij hanteert. Om hiertoe te komen is nadere bespreking van de tariefprincipes nodig. Partijen geven in de consultatiereacties aan dat zij de tariefprincipes ook van belang vinden.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 van dit document beschrijft de uitkomsten van de consultatie en de conclusies die de NZa daaruit trekt. Daarbij valt op dat de conclusies voor GGZ afwijken van de conclusies bij somatiek. Dit vloeit voort uit de verschillende eigenschappen van de DBC-systematiek voor GGZ en somatiek.

In hoofdstuk 3 wordt aangegeven welke activiteiten de NZa in 2011 gaat ondernemen om te komen tot betere kostprijzen voor somatiek en GGZ. Dit zijn concrete activiteiten die voortvloeien uit de consultatieuitkomsten.

2. Reacties op consultatie

Dit hoofdstuk beschrijft allereerst de reacties op de consultatievragen voor zover deze overeenkomen voor GGZ en somatiek. Daarna worden specifieke reacties voor GGZ en somatiek beschreven.

De integrale reacties op de consultatievragen van de brancheorganisaties zijn opgenomen in een bijlage bij dit document.

2.1 Reacties op hoofdlijnen

Alle reacties onderschrijven het belang van goede tarieven. Een belangrijke doelstelling daarin is het vaststellen van tarieven die een weerspiegeling zijn van de werkelijk gemaakte kosten.

De knelpunten beschreven in het consultatiedocument worden herkend door veldpartijen. Kern van de knelpunten in de somatiek is de beperkte eenduidigheid in de kostprijsberekening op het niveau van de zorgactiviteiten, waarbij onduidelijk is of dit op te lossen is door verfijning van de kostprijsprincipes. Kern van de knelpunten in de GGZ ligt in een aantal vrijheidsgraden in het model van kostprijsberekeningen, waardoor de kostprijzen mogelijk onvoldoende aansluiten bij de werkelijke kosten. Voor beide sectoren is het van belang dat toegewerkt wordt naar een methodiek waarmee wordt voldaan aan de toetsingskaders die de NZa voor de tariefonderbouwing hanteert. Belangrijke elementen hierin zijn een a-selectie en representatieve gegevensverzameling, waarmee kostprijzen worden berekend die zo actueel mogelijk zijn en voldoende nauwkeurig.

Over de voorgestelde oplossingsrichting is geen overeenstemming. In de reacties wordt gewezen op diverse uitvoeringsproblemen bij de kostprijsaanleveringen, de administratieve lasten en de controleerbaarheid respectievelijk de verwachte controlekosten door een accountant. Opgemerkt wordt ook dat de kostprijsaanlevering voor GGZ meer gedetailleerd is dan voor somatiek. Het zou wenselijk zijn de beide kostprijsmodellen te integreren.

Wat verder duidelijk wordt is dat partijen het kostprijsprobleem niet los kunnen/willen zien van tariefprincipes. Vraagstukken als innovatie, zorgzwaarte, outliers, e.d. komen regelmatig in de reacties terug. Ook wordt in de reacties regelmatig verwezen naar de eigenschappen of beperkingen productstructuur. Voor deze consultatie wordt de bestaande productstructuur steeds als gegeven beschouwd.

2.2 Uitkomsten specifiek voor Somatiek

In kostprijsberekeningen voor somatiek wordt onderzoek gedaan naar de instellingskosten per zorgactiviteit, exclusief de honorariumcomponent en de kapitaallasten. In het adviesrapport van PwC wordt een aantal voorstellen gedaan om deze kostprijsberekening van DBC's te verbeteren. Drie belangrijke adviezen van PwC zijn:

- Verplichte aanlevering van kostprijzen door alle instellingen, om zo de kostprijzen representatiever te maken voor de sector.
- Berekening en aanlevering van kostprijzen op productniveau en niet op zorgactiviteitsniveau zodat op basis van de werkelijke profielen kostprijzen worden berekend.

- Het loslaten van de verplichting om de zorgactiviteiten als kostendragers te hanteren en meer aansluiting zoeken bij bedrijfsvoering en sturing binnen instellingen.

Deze adviezen zijn vertaald in consultatievragen. Uit de reacties op de consultatievragen komen de hierna volgende standpunten breed gedragen naar voren.

Partijen willen vasthouden aan de zorgactiviteit als kostendrager, onder andere voor het onderhoud van de productstructuur (de zorgactiviteit blijft namelijk de bouwsteen van een DBC), maar ook omdat er dan beter aangesloten kan worden bij de jaarrekening zoals de ziekenhuizen die opstellen. Ook worden argumenten genoemd op het vlak van de controleerbaarheid. Kostprijsgegevens zijn minder goed controleerbaar als je deze op productniveau berekent. Verder zou bij een toerekening op productniveau voor aansluiting met de jaarrekening alle productprijzen aangeleverd moeten worden, ook die van het vrije segment.

Aanlevering door alle instellingen is naar mening van de brancheorganisaties, mede gezien de voorgenomen uitbreiding van het B-segment, niet nodig en niet proportioneel. Wel zou de referentiegroep meer representatief moeten worden en zou deze kunnen worden uitgebreid. Hierbij kan dan ook rekening gehouden worden met het resterende A-segment waarvoor tarieven nog gereguleerd zullen zijn. Indien de ziekenhuizen niet meewerken kan een verplichting alsnog overwogen worden voor die groep. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voelt wel voor een algehele verplichting.

Er zou bij voorkeur meer uitgegaan moeten worden van toekomstige kosten in plaats van verantwoordingskostprijzen. Zolang de NZa vasthoudt aan de verantwoordingskostprijzen zal een toerekening op productniveau geen lastenverlichting betekenen, omdat instellingen zelf zullen uitgaan van toekomstige kosten en dus zullen ze verschillende kostprijstrajecten voor intern gebruik en voor de NZa blijven doorlopen.

Over de indeling van de kostprijzen in kostensoorten zijn de meningen verdeeld. Met twijfelt of de baten wel opwegen tegen de extra administratieve lasten. Ook wordt gesuggereerd dat de inzichten die dit oplevert slechts beperkt zijn omdat er meer factoren zijn die de hoogte van de kostprijs bepalen. Het zorgprofiel zou daar volgens partijen ook inzicht in kunnen geven.

Wat betreft de overige punten:

- Brancheorganisaties zijn positief over het voorstel om nader onderzoek of in de tarifiering rekening gehouden kan worden met vast/variabel.
- Het verplicht stellen van afzonderlijke exploitatierekeningen is volgens partijen niet mogelijk/erg lastig, vooral in de UMC's.
- Voor categorale instellingen zouden zo weinig mogelijk uitzonderingen moeten zijn.

2.3 Uitkomsten specifiek voor GGZ

Kostprijsinformatie op productniveau of huidige kostendragers

PwC adviseert in haar rapport om voor GGZ in tegenstelling tot somatiek de huidige kostendragers te handhaven en te focussen op verbetering van de productstructuur. De huidige productstructuur is niet geschikt als kostendrager omdat deze te grofmazig is. De NZa heeft dit advies in haar consultatie overgenomen.

In de consultatie is naar voren gekomen dat aanbieders net als de NZa voorkeur geven aan verbetering van de productstructuur en in samenhang daarmee het verbeteren van het kostprijsmodel. In de reacties erkennen partijen dat ten aanzien van het idee om de kostprijzen op het DBC-niveau de productstructuur op dit moment niet geschikt is als kostendrager in het kostprijsonderzoek. Partijen wensen in de kostprijsberekeningen vooralsnog zo dicht mogelijk bij de huidige werkwijze te blijven. Ook verzekeraars wijzen er op dat de huidige prestaties te grofmazig zijn. Binnen één prestatie vallen grote verschillen in zorgvraag, zorgzwaarte en bestede tijd. Op dit moment ontbreken doelmatigheidsprykkels.

Verplichte kostprijsaanlevering

In het toetsingskader dat de NZa hanteert voor het beoordelen van de productstructuur GGZ is een drietal thema's genoemd die ook genoemd worden in het consultatiedocument;

- Betrouwbaarheid en nauwkeurigheid; In het lopende kostprijstraject GGZ is door NZa en DBC-Onderhoud ingezet op het verkrijgen van voldoende gegevens van verschillende groepen zorgaanbieders (geïntegreerde instellingen, PUK/PAAZ, psychotherapeuten en psychiaters) opdat van elk van deze groep voldoende betrouwbare kostprijzen berekend kunnen worden. Voor groepen zorgaanbieders waar dit niet lukte op basis van vrijwilligheid heeft de NZa ervoor gekozen een aanleververplichting op te leggen.
- Actualiteit van data; Binnen de huidige werkwijze is het maximaal haalbare dat de tarieven voor 2012 worden onderbouwd met gegevens uit 2009.
- A-selecte dataverzameling; Het selectieve karakter van vrijwillige deelname aan het kostprijsonderzoek kan worden weggenomen door het opleggen van een aanleververplichting op basis van een a-selecte steekproef.

De reacties erkennen bovenstaande punten. Gewezen wordt op de noodzaak van controles en de uitvoeringslasten die deze aanpak met zich meebrengt. Een voorstel is gedaan om cyclisch, dus vooraf gepland, de deelname aan het kostprijstraject te laten plaatsvinden zodat de lasten worden gespreid. Dit voorstel betekent een gelijke verdeling en voorspelbaarheid in administratieve lasten. Het nadeel is dat de deelname aan het onderzoek hiermee niet a-select is. Ook zou dit systeem aanleiding kunnen zijn voor het strategisch plannen van kosten. Deze afweging dient zorgvuldig te worden gemaakt. De systematiek en de frequentie waarop zorgaanbieders worden gevraagd deel te nemen aan onderzoek voor de tariefonderbouwing zal worden besproken in de nieuwe consultatie over tariefprincipes.

Vrijheidsgraden en normering

Over het kostprijsmodel GGZ zegt PwC dat daarin calculatieprincipes zijn toegepast overeenkomstig de calculatieprincipes die zijn opgesteld voor de algemene ziekenhuizen. Ook stelt PwC dat de huidige vrijheidsgraden in het kostprijsmodel nodig zijn voor uitvoerbaarheid van de kostprijsberekeningen door de zorgaanbieders. Om eenduidige, controleerbare en stabiele kostprijsinformatie te verzamelen met het kostprijsmodel wijst PwC specifiek naar complexiteit die ontstaat door de verschillende financieringsstromen die moeilijk te scheiden zijn. Ook wijst PwC op diverse punten waar keuzes te maken zijn tussen normering of de werkelijkheid te volgen in de berekening van kostprijzen.

In het consultatiedocument beschrijft de NZa een aantal aanpassingen in het kostprijsmodel die kunnen bijdragen aan eenduidige en stabiele kostprijzen. Twee voorbeelden zijn:

- Werkelijke productie in plaats van een ramingsmodel; Zorgaanbieders zien de voordelen om in plaats van de genormeerde productiviteit (dmv een genormeerd percentage patiëntgebonden tijd) uit te gaan van geregistreerde uren in DBC's. ZN wijst erop dat hiervoor 100% registratie nodig is, waarbij een audit nodig zal zijn.
- Segmentatie; De interdependentie tussen de verschillende financieringsstromen maakt dat het voor zorgaanbieders vrijwel onmogelijk is om kosten goed te scheiden. Specifiek voor GGZ wordt de dienstverlening genoemd. Het juist toerekenen van kosten aan DBC-productie is een cruciale factor in het berekenen van juiste kostprijzen. GGZ Nederland stelt voor geen segmentatie toe te passen maar kostprijzen te berekenen die voor alle financieringsstromen kunnen gelden. Dit sluit beter aan bij bedrijfsprocessen van zorgaanbieders.

In de het traject dat volgt op deze consultatie zullen deze en andere vraagstukken binnen het kostprijsmodel rond vrijheidsgraden en normering nader worden uitgewerkt.

2.4 Conclusies

Uit de consultatie blijkt dat aanbieders en verzekeraars de wens van de NZa om te komen tot betere kostprijzen en op basis daarvan tot betere tarieven onderschrijven.

Zowel in het consultatiedocument als in de reacties op de consultatievragen valt het verschil tussen GGZ en somatiek op. De wens is uitgesproken om de modellen te integreren, maar zowel de problematiek als de oplossingsrichting voor beide sectoren is anders. Om dit te duiden verwijzen wij naar het PwC rapport waarin een vergelijking wordt gemaakt tussen somatiek en GGZ. Aangegeven wordt dat er, in tegenstelling tot de somatiek, in de GGZ een systeem is van tijdregistratie op basis waarvan achteraf de kosten aan verzekeraar/patiënt in rekening worden gebracht. Deze terechte constatering verklaart het wezenlijke verschil tussen somatiek en GGZ en geeft mede aan waarom er in het verleden maar mogelijk ook voor het vervoltraject voor een verschillende aanpak wordt gekozen. Het verschil zal ook aan de orde komen in de komende discussie over tariefprincipes.

GGZ

Een en ander afwegende concludeert de NZa dat voor de GGZ conform het consultatievoorstel vooralsnog de focus ligt op verbetering van het kostprijsmodel. De verwachting is echter dat dit kan leiden tot verbeteringen maar dat de geschetste problemen niet volledig kunnen worden opgelost. Met name segmentatie en toerekening van kosten zal de praktijk weerbarstig blijken.

Daarbij blijken enkele onderwerpen die voor GGZ zijn aangekaart in deze consultatie eigenlijk tariefprincipes te zijn, bijvoorbeeld de productiviteit die als element in het kostprijsmodel GGZ, Deze vragen nog nadere uitwerking. Wanneer de tariefprincipes nader zijn uitgewerkt kan een verbeterd kostprijsmodel met deze principes worden opgesteld. Deze zal de NZa dan vaststellen en toepassen in toekomstige kostprijsonderzoeken. Bij deze kostprijsonderzoeken kiest de NZa in beginsel voor verplichte aanlevering van gegevens door een a-selecte groep zorgaanbieders.

Somatiek

Alhoewel partijen het niet eens zijn met het voorstel om kostprijsberekeningen op productniveau te laten maken, delen zij wel de wens van de NZa om meer uit te gaan van werkelijke profielen in de kostprijsberekening. Het feit dat men de zorgactiviteit wil vasthouden als kostendrager hoeft dat niet in de weg te staan. Het alternatief wat door partijen aangedragen wordt is om uit te gaan van werkelijke profielen van de instellingen uit de referentiegroep door van die instellingen zowel de kostprijzen van de zorgactiviteiten als de profielen zelf te laten aanleveren. Voordelen hiervan zijn dat de aansluiting tussen de kostprijsinformatie en de jaarrekening behouden blijft, dat de kostprijsinformatie ook voor onderhoud van de productstructuur beschikbaar blijft en bovendien kan door het combineren van kostprijzen en profielen simpel de kostprijs op productniveau gecreëerd worden.

Wat betreft een (algehele) aanleververplichting zullen de ontwikkelingen rondom vrije prijsvorming ook in dit traject goed gevolgd moeten worden. In beginsel kiest de NZa voor verplichte aanlevering van kostprijsgegevens door aan a-selecte groep. Wanneer de groep zorgaanbieders die deze zorg levert klein wordt, betekent mogelijk dat alle zorgaanbieders kostprijsinformatie moeten aanleveren. De keuze die de minister maakt bij de uitbreiding van het B-segment bepaalt daarmee mede hoe een representatieve groep wordt geselecteerd die gegevens aanlevert voor de tariefonderbouwing door de NZa. Dit wordt in hoofdstuk 3 uitgewerkt.

3. Acties na consultatie

3.1 Kostprijsberekeningen somatiek

3.1.1 Actuele ontwikkelingen

In de brief van de minister aan de tweede kamer met de titel 'Zorg die loont' (14 maart 2011) worden de plannen rondom prestatiebekostiging en uitbreiding van het vrije segment bekend gemaakt. Er is per 2012 een uitbreiding van dit vrije segment voorzien naar 70%. De NZa heeft in reactie hierop een voorstel gedaan welke zorg in het toekomstige A- en B-segment kan worden opgenomen. Wet op bijzondere medische verrichtingen zorg (Wbmv) en een aantal onvoldoende uitontwikkelde producten zullen op basis van dit advies in het A-segment blijven. Een besluit hierover van de minister wordt op korte termijn verwacht.

Voor het opzetten van een aangepast kostprijsmodel kunnen deze ontwikkelingen niet genegeerd worden. Concreet betekent dit dat het tariefprobleem weliswaar kleiner wordt, maar mogelijk wel lastiger. Het voorstel is een referentiegroep in te richten die zorg levert in het nieuwe tarief-gereguleerde segment. Een aantal technische inhoudelijke vragen in het kostprijsmodel over kostendragerschap, financieringstromen en toerekening zullen voor deze groep zorgaanbieders eenduidig moeten worden beschreven. Wanneer duidelijk is hoe deze groep samengesteld wordt en volgens welk model de kostprijzen moeten worden berekend, zal een nieuw kostprijsmodel worden vastgesteld door de NZa.

3.1.2 Hoofdpijnen aanpak 2011

Voor de Somatiek zal, in acht nemend de huidige ontwikkelingen rondom het gereguleerd segment en op basis van de resultaten uit de consultatie, een nieuwe referentiegroep samengesteld worden die representatief is voor het nog resterende gereguleerde deel (wellicht een grotere rol voor topklinische ziekenhuizen en UMC's). Deze referentiegroep zal dan op termijn zowel de kostprijzen op zorgactiviteitsniveau als de werkelijke profielen gaan aanleveren, zodat de NZa/DBC-O hier productprijzen op basis van werkelijke profielen kunnen samenstellen.

Om dit op te start de NZa een pilot met een aantal ziekenhuizen om de volgende vragen te beantwoorden:

- Wat zijn de relevante kostendragers en in hoeverre zijn de zorgactiviteiten geschikt om als kostendrager te blijven dienen?
- Dient het aantal kostendragers beperkt te worden, of juist te worden uitgebreid?
- Is het nodig om de koppeling los te laten tussen kostprijs voor onderhoud productstructuur en kostprijzen voor tariefbepaling?
- Welke vergoedingenstromen zouden afgesplitst moeten worden in de kostprijsberekening en op welke manier?
- Is het haalbaar een indeling in relevante kostensoorten te maken? Zo ja, in welke?
- Welke kosten kunnen op welke manier toegerekend/teruggerekend worden naar de kostendragers?
- Hoe gaan we werkelijke profielen van instellingen combineren met kostprijzen van de instellingen?
- Wat zijn de effecten op de tarieven als over gegaan wordt op berekening van de kostprijzen op basis van werkelijke profielen?

- Wat zou in de nieuwe situatie een representatieve groep zijn die zou moeten aanleveren?
- Analyses naar de effecten als gevolg van andere wijzen van kostentoe rekening en productprijs berekening?

Voor deze pilot is samenwerking met de instellingen van belang. De pilot zal onder leiding van de NZa door een externe partij vorm gegeven worden in samenwerking met DBC-Onderhoud. Dit kan starten zo gauw duidelijkheid ontstaat over het nieuwe gereguleerde A-segment.

De uitkomsten van deze pilot zullen worden verwerkt in een nieuw kostprijsmodel dat formeel zal worden vastgesteld door de NZa. De NZa zal dit model vervolgens toepassen voor de informatieverzameling gericht op tariefonderbouwing van de DBC's in het A-segment per 2013. Deze aanlevering zal dan niet langer een vrijwillig karakter hebben.

Naast deze inhoudelijke uitwerking van de onderwerpen over het kostprijsmodel, zal de NZa met de brancheorganisaties ook een discussie starten over tariefprincipes. Deze tariefprincipes zullen worden vastgelegd in beleidsregels van de NZa. Waar de uitkomsten van deze discussie raken aan de kostprijsberekeningen, zullen deze verwerkt worden in een nieuw kostprijsmodel voor de somatiek.

3.2 Kostprijsberekeningen GGZ

3.2.1 Actuele ontwikkelingen

– Kostprijsonderzoek

Omdat de voorlopige uitkomsten van het actuele kostprijstraject GGZ voldoende betrouwbare uitkomsten laten zien voor elk van de groepen zorgaanbieders, zal dit jaar geen nieuwe kostprijstraject worden gestart. In plaats daarvan willen de NZa en DBC-Onderhoud investeren in de kwaliteit van het kostprijsmodel.

– Productstructuur

Conform consultatiedocument ligt focus voor GGZ op verbetering van de productstructuur. In de afgelopen maanden zijn daar twee ontwikkelingen te melden in relatie tot de kostprijsberekeningen voor DBC's

DBC-Onderhoud ziet geen mogelijkheden om de zorgzwaarte in de productstructuur voor behandeling te verwerken. Uit de inventarisatie blijkt dat er herkenbare redenen zijn waarom individuele zorgaanbieders niet uitkomen met de tarieven behorend bij de productstructuur GGZ. Deze lokale, individuele problematiek kan volgens DBC-Onderhoud niet in een systeem van gemiddelden worden opgelost. DBC-Onderhoud adviseert te onderzoeken welke mogelijkheden gecreëerd kunnen worden om lokale, gedifferentieerde prijsafspraken te maken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar waardoor via een prijsafpraak voor de zorgzwaarte wordt gecorrigeerd. De consequentie hiervan voor de tariefonderbouwing van DBC's is tweeledig:

- De productstructuur voor behandeling is daarmee onverminderd niet geschikt om te functioneren als kostendrager vanwege onder andere de gebrekkige vertaling van de zorgzwaarte en de onvoorspelbaarheid van de kosten. De productstructuur is daarvoor te grofmazig.
- Wanneer de productstructuur onvoldoende differentiatie in tarieven mogelijk maakt, zal op het niveau van de NZa dit onderwerp met het veld verder bespreken in het kader van de tariefprincipes.

Door DBC-Onderhoud wordt sinds eind vorig jaar gewerkt aan de verbetering van de productstructuur voor verblijf. Met behulp van een extra gegevensvraag voor verblijf worden de geauditeerde kostprijzen van het lopende kostprijstraject omgezet naar kostprijzen voor de nieuwe systematiek. Beoogd is dat de aangepaste productstructuur voor verblijf per 1 januari 2012 kan worden ingevoerd. De door DBC-Onderhoud ontwikkelde methodiek voor het bepalen van kostprijzen in de nieuwe systematiek voor verblijf kan geïntegreerd worden in het bestaande kostprijsmodel.

3.2.2 Hoofdlijnen aanpak 2011

Zoals hierboven is toegelicht zal in 2011 geen nieuwe kostprijstraject GGZ starten. De uitkomsten van het huidige kostprijstraject over boekjaar 2009 lijken te voldoen aan de toetsingskaders van de NZa. Ook zijn in de jaren 2010 en 2011 geen grote wijzigingen in de productstructuur of in externe omstandigheden geweest die een nieuw kostprijsonderzoek rechtvaardigen.

In plaats daarvan willen de NZa en DBC-Onderhoud investeren in de nieuw te starten discussie over tariefprincipes. De uitkomsten van deze discussie zullen vervolgens vertaald worden in een nieuwe versie van het kostprijsmodel. Vraagstukken als de normering van productiviteit op opleidingskosten die nu onderdeel is van het kostprijsmodel zal de NZa agenderen als tariefprincipes. Ook andere onderwerpen die nu onderdeel

zijn van het kostprijsmodel zullen in het kader van de tariefprincipes worden besproken. Voorbeelden die specifiek actueel zijn voor de GGZ:

- mogelijkheden om grote schommelingen per kostendrager te voorkomen door beperken van de vrijheidsgraden in model waarbij afweging dient te worden gemaakt op aspecten als uitvoerbaarheid, eenduidigheid en controleerbaarheid;
- interdependentie financieringsstromen, waarbij specifiek gekeken wordt naar raakvlakken en aansluiting met de systematiek van tariefonderbouwing van ZZP's in de AWBZ;
- alternatieven voor het systeem van maximumtarieven om verdere differentiatie in tariefstelling mogelijk te maken;
- kapitaallastenvergoeding en ondernemersrisico als onderdeel van integrale DBC-tarieven.

De NZa zal betrokken partijen separaat informeren over de te starten discussie over tariefprincipes.

Omdat de discussie over tariefprincipes aanleiding kan zijn om het kostprijsmodel voor de GGZ te herzien, zal de NZa met de uitkomsten van de discussie over tariefprincipes een nieuw kostprijsmodel opstellen (v14). De NZa is voornemens deze en eventuele volgende versies van het kostprijsmodel formeel vast te stellen in de vorm van een nadere regel voor kostprijsaanleveringen. Daarmee neemt de NZa inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de keuzes in het kostprijsmodel en in het aanleverproces van de kostprijsdata. In combinatie met de uitkomsten van een traject over tariefprincipes die geformaliseerd worden in beleidsregels van de NZa, geeft de NZa invulling aan haar taak om op transparante wijze tarieven te onderbouwen.