



Nederlandse
Zorgautoriteit

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn
en Sport
T.a.v. mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Uw brief van
16 januari 2015

Uw kenmerk
696421-130365-CZ

Behandeld door
Directie Regulering

Telefoonnummer

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
0220378/0300492

Onderwerp
Tussentijdse rapportage monitoring zeer gespecialiseerde ggz-instellingen

Datum
30 november 2016

Mevrouw de Minister,

In uw brief van 16 januari 2015 (kenmerk 696421-130365-CZ) vraagt u om de overgang naar prestatiebekostiging van de gespecialiseerde gebudgetteerde ggz-instellingen met een bijzonder transitierégime tot de afloop hiervan te monitoren. Daarnaast vraagt u om bij de monitoring ook de bijstelling te betrekken van de beschikbaarheidsbijdrage voor een landelijk behandel- en expertisecentrum voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen.

Op basis van de monitoring concluderen wij dit jaar het volgende:

- In de contractering pakken partijen hun rol op, ze voeren het gesprek. Wel zien we dat zorgverzekeraars hier elk hun eigen aanpak voor hanteren richting de zorgaanbieder. Dit hangt samen met hoe cruciaal de zorgverzekeraar de zorgaanbieder acht voor het kunnen vervullen van de zorgplicht;
- De meeste zorgaanbieders zijn bezig geweest met aanpassingen in de bedrijfsvoering op basis van de overgang op prestatiebekostiging. Ten algemene lijken de (financiële) risico's kleiner in geval van samenwerkingen, fusies en/of overnames door een grotere partij. In dat geval betreft het een gespecialiseerde afdeling binnen een groter geheel. Bij zorgaanbieders die zich volledig specialiseren in de behandeling van een specifieke patiëntgroep doen zich op punten dezelfde vraagstukken voor, maar deze zijn door de specialisatie meer aanwezig. Dit is bijvoorbeeld het geval bij onderlinge dienstverlening;
- De max-max tarieven worden toegepast, dit gebeurt zeer selectief. Het aantal zorgaanbieders waarmee max-max tarieven worden afgesproken is beperkt. Hierbij blijkt een overtuigende onderbouwing vanuit de zorgaanbieder het belangrijkste criterium voor de zorgverzekeraar;
- Prestatiebekostiging in de gespecialiseerde ggz op basis van een generiek dbc-systeem op basis van gemiddelden kan op onderdelen knellend zijn waar het zorg betreft geleverd door instellingen die zich richten op een zeer specifieke doelgroep.

- De NZa heeft daar afgelopen jaar actie op ondernomen door in de bekostiging voor 2017 maatregelen te treffen voor bijzondere patiëntgroepen. Op een aantal punten werken wij dit nog verder uit ten behoeve van de bekostiging in 2018. Het blijft daarbij wel een bedrijfsmatige keuze van de zorgaanbieder of de zorg uitsluitend gespecialiseerd wordt aangeboden of als onderdeel van een breder zorgspectrum;
- De wachttijden in de ggz blijven een aandachtspunt, vooral bij de zorg voor persoonlijkheidsstoornissen en autismespectrumstoornissen. Wij zien de lange wachttijden voor autisme ook terug bij de instellingen uit deze rapportage. Wij doen hier nader onderzoek naar en zullen hier in de komende maanden over rapporteren.

Kenmerk
0220378/0300492

Pagina
2 van 6

Leeswijzer

Als eerste gaan we in op de conclusies die wij vorig jaar getrokken hebben en geven we een korte toelichting op het verlengde transitie­model in de ggz. Vervolgens zullen we toelichten op welke manier we de overgang naar prestatie­bekostiging ook dit jaar weer hebben gemonitord en geven we aan wat onze conclusies zijn en de mogelijke vervol­gmaatregelen die daarmee gepaard gaan.

Onze bevindingen zijn gebaseerd op bedrijfs­vertrouwelijke gegevens. Daarnaast is het aantal zorgaanbieders waar de monitoring op ziet beperkt. Om deze reden worden in deze brief alleen algemene bevindingen gerap­porteerd die niet herleidbaar zijn tot de individuele zorgaanbieders of zorg­verzekeraars.

Verlengd transitie­model ggz

Voor het tweede jaar op rij hebben wij de gespecialiseerde instellingen die vallen onder het verlengde transitie­model voor de curatieve geestelijke gezondheids­zorg en de gespecialiseerde instelling die een beschikbaarheids­bijdrage ontvangt voor een landelijk behandel- en expertisecentrum voor gespecialiseerde psychotrauma­zorg aan specifieke doel­groepen gemonitord. Bij één van de vier zorgaanbieders uit het verlengde transitie­model is de afgelopen jaren nog geen sprake geweest van afbouw van het transitie­bedrag omdat de zorg die deze zorgaanbieder levert volledig uitgezonderd is van de afbouw. Voor de overige instellingen uit het verlengde transitie­model geldt dat zij te maken met een verdere afbouw van het transitie­bedrag per 2016.

Met onze brief van 17 augustus 2015 (kenmerk 0140012/0197289) hebben wij u over de resultaten over het eerste jaar van monitoring geïn­formeed. De belangrijkste conclusie was toen dat de NZa op basis van deze eerste resultaten weinig aanleiding zag tot het nemen van aanvullende maatregelen. Uitzondering hierop betrof de bekostiging van de zeer gespecialiseerde ggz voor doven en slechthorenden. Hiertoe is per 2017 een aanpassing gedaan in de dbc-product­structuur. Er is een toeslag voor de inzet van de tolk gebarentaal en de communicatie­deskundige ingevoerd. Daarnaast doen wij momenteel nog onderzoek naar de productiviteit bij de levering van zorg aan deze patiënt­groep. Hierover heb ik u eerder dit jaar geïn­formeed (brief d.d. 12 juli 2016 met kenmerk 0193443/264668). Verder is gedurende dit jaar naar voren gekomen dat de bekostiging van de zzp's knellend was in geval van zorg aan jong­volwassenen.

Hoewel dit geen dbc-bekostiging betreft en strikt genomen daarmee geen directe relatie heeft met de afbouw van het transitieproces, heeft dit wel effect op enkele van de zorgaanbieders waar we hier over rapporteren. Als aanpassing hebben wij voor 2017 een toeslag op de zzp's voor jongvolwassenen ingevoerd. In de volgende tussentijdse rapportage zullen wij deze aanpassingen in de bekostiging per 2017, en de toepassing daarvan door zorgaanbieders en zorgverzekeraars, evalueren.

Kenmerk
0220378/0300492

Pagina
3 van 6

Monitoring

Doel van de monitoring is om net als afgelopen jaar inzicht te verkrijgen in de wijze waarop zorgaanbieders en zorgverzekeraars die zorg bij hen inkopen hun rol oppakken bij de overgang op prestatiebekostiging. Hierbij hebben wij ons gericht op 2016 en de inkoop van de zorg voor 2017 waarover de inkoopgesprekken recent hebben plaatsgevonden.

Ook hebben we inzicht verkregen in de wijze waarop specifieke onderdelen van de bekostigingssystematiek van de ggz in de praktijk uitwerken bij de instellingen waar de monitoring op ziet en of daar ten opzichte van vorig jaar een verandering in heeft plaatsgevonden. Als sluitstuk hebben we gekeken naar de toegankelijkheid van de zorg voor de consument.

Om een compleet beeld te krijgen van de hierboven genoemde onderwerpen hebben we dit jaar weer een gespreksronde gevoerd met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarnaast heeft er ook dit jaar een uitvraag plaatsgevonden van de contracten die zien op dit lopende jaar.

Uitkomsten

Wijze waarop zorgaanbieders en zorgverzekeraars hun rol oppakken

Om een beeld te krijgen hoe zorgaanbieders en zorgverzekeraars hun rol oppakken bij de overgang naar prestatiebekostiging hebben we gekeken hoe de contacten tussen beiden partijen verlopen als het gaat om de contractering. Daarnaast is tijdens de gesprekken ook aandacht besteed aan hoe men de eigen verantwoordelijkheid ziet om te borgen dat de juiste zorg geleverd kan blijven worden.

Vaak wordt er door zorgverzekeraars een omzetgrens gehanteerd voor het zorginkoop-gesprek. Op basis hiervan wordt er of digitaal ingekocht, of een gesprek gevoerd. Net als vorig jaar is gebleken dat de meeste van de zorgaanbieders uit deze rapportage op basis van hun beperkte omzet niet direct in aanmerking zouden komen voor een één-op-één gesprek met de zorgverzekeraar. Desondanks heeft het merendeel van de zorgaanbieders de mogelijkheid om met de meeste zorgverzekeraars een één-op-één gesprek aan te gaan. Het algemene beeld dat naar voren is gekomen, is dat de zorgaanbieders afgelopen jaar meer gelegenheid hebben gekregen om bij zorgverzekeraars aan tafel te komen. Zo gaf een zorgaanbieder bijvoorbeeld aan dat zorgverzekeraars tijdens de inkoop meer aandacht besteden aan de specifieke cliëntgroepen, en daarover nu sneller bereid zijn het gesprek aan te gaan. Een aantal zorgverzekeraars gaf ook aan nu meer in gesprek te zijn dan voorgaande jaren en dat zij, nu men meer te weten is gekomen over de specifieke cliëntgroep, meer dezelfde taal spreken als de zorgaanbieder.

Uit de contracten blijkt wel dat ook dit jaar weer over het algemeen de standaard inkoopvoorwaarden worden gehanteerd bij de contractering van de zorgaanbieders waar we hier over rapporteren. In enkele gevallen zien wij echter dit jaar ook in de contracten terug dat er afgeweken wordt van deze standaard inkoopvoorwaarden en dat er daarnaast aanvullende afspraken worden gemaakt. Er wordt rekening gehouden met lokale omstandigheden, maar we zien ook dat hier verschillend mee om wordt gegaan door zorgverzekeraars. In enkele gevallen oordeelt een zorgverzekeraar dat er voldoende alternatief zorgaanbod beschikbaar is, waar de andere zorgverzekeraar van mening is dat alternatieven beperkt zijn. Dit verschil in visie wordt veroorzaakt door het aantal verzekerden van de zorgverzekeraar die bij de aanbieder in behandeling zijn, en het alternatieve aanbod wat door de verzekeraar geboden kan worden. Deze afweging rondom de zorgplicht van de zorgverzekeraar vertaalt zich terug in de hoogte van de tariefafspraken en de wijze waarop omgegaan wordt met algemene inkoopvoorwaarden.

Kenmerk
0220378/0300492
Pagina
4 van 6

Voor wat betreft de financiële positie tonen de zorgaanbieders een redelijk stabiel beeld. Eén van de zorgaanbieders heeft in 2016 te maken gekregen met een verslechterde financiële positie. Vanwege deze verslechtering in de financiële positie van deze zorgaanbieder zijn in het kader van de zorgplicht van zorgverzekeraars met alle betrokken partijen gesprekken gevoerd. De oorzaken waren divers en hielden niet direct verband met de afbouw van het transitieproces. De gesprekken en de acties die ondernomen zijn door de zorgaanbieder en zorgverzekeraars hebben ertoe geleid dat deze zorgaanbieder zich momenteel in een stabiele situatie bevindt. Wij zullen dit blijven monitoren.

Toepassing van specifieke onderdelen van de bekostigingssystematiek
Wij hebben dit jaar wederom extra aandacht besteed aan een aantal specifieke onderdelen uit het huidige bekostigingssysteem, aangevuld met een onderdeel¹ van het bekostigingssysteem 2017 van de gespecialiseerde ggz:

- Max-max tarieven

Zoals we vorig jaar aangaven hebben we in het kostenonderzoek 2013 geconcludeerd dat er weinig gebruik werd gemaakt van de max-max tarieven. Wanneer er sprake is van zeer specialistische en/of zware vormen van zorg, waarvoor het geldende maximumtarief niet toereikend is, kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar een 'max-max tarief' overeenkomen tot 10% bovenop het gangbare maximumtarief. Op basis van de gevoerde gesprekken en de uitgevraagde contracten kunnen we concluderen dat er ontwikkelingen op dit punt zijn, maar dat deze wel beperkt zijn. Deze ontwikkelingen houden in dat er meer zorgverzekeraars zijn die bij een zorgaanbieder max-max tarieven afspreken. Daarnaast zijn de afgesproken max-max tarieven in 2016 hoger dan in 2015. Toch is het aantal aanbieders binnen deze rapportage waarmee max-max tarieven zijn afgesproken beperkt. Zorgaanbieders geven hierover aan dat zij in de veronderstelling zijn dat zorgverzekeraars geen max-max tarieven willen afspreken omdat zij bang zouden zijn voor precedentwerking.

¹ Het gaat hierbij om de toeslag voor de inzet van de tolk gebarentaal en communicatiedeskundige, welke per 2017 wordt ingevoerd.

Zorgverzekeraars geven echter aan dat zij van mening zijn dat de betreffende zorgaanbieders ofwel onvoldoende hebben kunnen aantonen dat er sprake is van een zwaardere vorm van zorg welke een zwaardere behandelinzet vereist, ofwel dat er veel vergelijkbare zorgaanbieders zijn met een vergelijkbaar zorgaanbod. We zien dan ook dat zorgverzekeraars met andere aanbieders die buiten het verlengde transitie-model vallen wel max-max tarieven afspreken.

Kenmerk
0220378/0300492

Pagina
5 van 6

- Onderlinge dienstverlening

Indien sprake is van onderlinge dienstverlening, brengt de zorgaanbieder die de prestatie levert de kosten in rekening aan de zorgaanbieder die de prestatie bij de uitvoerder heeft aangevraagd. Vorig jaar concludeerden wij dat enkele zorgaanbieders knelpunten ervaarden bij de uitvoering van onderlinge dienstverlening. Dit had er met name mee te maken dat de uitvoering van onderlinge dienstverlening als administratief complex werd ervaren. Om deze reden hebben wij afgelopen jaar dit onderwerp aan de kaak gesteld binnen de reguliere overlegstructuur voor aanpassingen in de bekostiging van de gespecialiseerde ggz in 2017. Hieruit is gebleken dat er een breed gedragen knelpunt bestond rondom de uitvoering van onderlinge dienstverlening ingeval van de toepassing van elektroconvulsietherapie (ECT). Op dit punt is de regelgeving aangescherpt en verduidelijkt. Daarnaast is een aanpassing doorgevoerd zodat beveiligde zorg makkelijker geboden kan worden. Verder bleken er geen breed gedragen knelpunten te bestaan die zouden moeten leiden tot een aanpassing van de regelgeving voor 2017.

Tijdens de gesprekken met de zorgaanbieders in het kader van deze rapportage kwam naar voren dat er nog wel wat problemen ervaren worden bij de praktische uitvoering van onderlinge dienstverlening. Hoewel deze problemen dus niet generiek gedragen worden in de gespecialiseerde ggz, is het voorstelbaar dat bij zeer gespecialiseerde instellingen dit vaker een vraagstuk is. Omdat bij de uitvoering van onderlinge dienstverlening er een derde partij bij betrokken is, leidt dit tot extra administratieve lasten en soms tot knelpunten in de contractafspraken van de verzoekende partij met de zorgverzekeraars. Partijen zijn echter volledig vrij om eigen invulling te geven aan de uitvoering van onderlinge dienstverlening. De gespecialiseerde instellingen kunnen in hun onderhandelingen wellicht meer accent vooraf leggen op passende vergoedingen voor deze dienstverlening.

- Afwezigheidsdagen in het kader van de behandeling

Vorig jaar gaven wij aan dat een aantal zorgaanbieders een knelpunt ervaarde rondom de afwezigheid van de patiënt in het kader van de behandeling, maar dat wij de verwachting hadden dat de ruimte in het dbc-tarief benut kon worden voor het mogelijk resterende deel van het probleem in de Zorgverzekeringswet (Zvw) na de overheveling van de jeugdzorg naar gemeenten. Wij hebben u halverwege dit jaar in het kader van de afbouw van het verlengde transitie-model geïnformeerd dat hier inderdaad sprake van is (brief d.d. 12 juli 2016 met kenmerk 0193443/264668). Voor wat betreft de aanbieder uit deze rapportage die een beschikbaarheidsbijdrage ontvangt voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen lopen momenteel nog gesprekken over dit vraagstuk.

- Toeslag tolk gebarentaal en communicatiedeskundige

In navolging op de conclusies van vorig jaar hebben wij een toeslag ingevoerd voor de bekostiging van de tolk gebarentaal en de communicatiedeskundige welke ingezet kan worden in geval van ggz voor doven en slechthorenden. Uit de gesprekken met partijen is gebleken dat in de inkoopgesprekken over 2017 deze toeslag aan bod komt, maar dat het nog te vroeg is om conclusies te trekken over de toepassing en de exacte uitwerking hiervan. Wij zullen hier in de volgende rapportage extra aandacht aan besteden.

Kenmerk
0220378/0300492

Pagina
6 van 6

Toegankelijkheid van zorg

We hebben eerder geconcludeerd dat de wachttijden in de gespecialiseerde ggz langer waren dan de Treeknormen. Dit gold ook voor de instellingen uit deze rapportage. De wachttijden bij het overgrote deel van de instellingen wijken niet sterk af van het landelijk gemiddelde. Bij drie van de vijf instellingen uit deze rapportage is er sprake van een overschrijding van de Treeknorm voor de aanmeldwachttijd. Bij één van deze instellingen ligt de wachttijd substantieel hoger dan het landelijk gemiddelde. Voor de behandelwachttijd zien we bij geen van de instellingen wachttijden hoger dan de Treeknorm.

Omdat de cliënt tijdig de zorg moet krijgen die nodig is, hebben wij zorgverzekeraars verzocht te komen met verbeterplannen hoe zij omgaan met de wachttijden in de ggz. We zullen de individuele zorgverzekeraars hierover terugkoppelen en eventueel om aanvullingen vragen. Verder zien we dat de langere wachttijden in de gespecialiseerde ggz vooral bestaan bij de autisme spectrumstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Momenteel voeren wij hier onderzoek naar uit en verwachten u hier in de komende maanden over te rapporteren.

Op dit moment zien wij op basis van de resultaten van de monitoring geen reden voor verdere maatregelen in het kader van het verlengde transitie-model voor de gespecialiseerde ggz of de bijstelling van de beschikbaarheidsbijdrage voor een landelijk behandel- en expertisecentrum voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen. Er is een aantal maatregelen getroffen in het bekostigingssysteem per 2017. Daarnaast loopt er onderzoek naar de kosten die specifiek gepaard gaan met de levering van ggz aan doven en slechthorenden. Ook wordt er vervolgonderzoek uitgevoerd naar de wachttijden voor autismespectrumstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen zoals vermeld in onze brief van 7 maart 2016 (kenmerk: 174768/41004). Wij betrekken hierbij waar mogelijk ook de aanbieders uit deze rapportage.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kalkouw
voorzitter Raad van Bestuur