



Bestuurlijk akkoord

De Vereniging GGZ Nederland, statutair gevestigd te Amersfoort, te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door mevrouw M.A.M. Barth, voorzitter, verder te noemen GGZ Nederland,

en

Zorgverzekeraars Nederland, statutair gevestigd te Zeist, te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer H. Wiegel, voorzitter, verder te noemen Zorgverzekeraars Nederland,

overwegende,

dat nadere afspraken zijn gemaakt inzake transparantie van de kwaliteit van zorg en het financieren van onder handen werk;

dat de onderhavige afspraken tussen partijen desgewenst openstaan voor alle financiers en aanbieders van geestelijke gezondheidszorg;

komen het volgende overeen:

Artikel 1

Transparantie van kwaliteit

1. Een jaarlijkse groei van aanlevering van ROM uitkomstgegevens ten behoeve van een landelijke benchmark naar een niveau van 50% van de cliënten (begin en eindmeting) in 2014.
2. De transitie van KZN naar een gezamenlijk gedragen TTP in stichtingsvorm.
3. Het uitvoeren van een gezamenlijk programma voor het structureel meten van klantervaringen in de ggz met de CQI.

Financiering onderhanden werk

4. Partijen dragen er zorg voor dat financiering van het onderhanden werk vanaf 1 januari 2011 minimaal zal plaatsvinden op basis van een 90/5-regeling.
5. Waar de uitvoering begrensd wordt door het ontbreken van adequate regelgeving of voldoende financiering zullen partijen gezamenlijk ijveren voor oplossingen.

Artikel 2

De afspraken overeengekomen bij deze overkomst zijn nader uitgewerkt in de bijlage behorende bij deze overeenkomst.

Zeist, 5 juli 2010,

Namens GGZ Nederland

M.A.M. Barth

Namens Zorgverzekeraars Nederland

H. Wiegel

Bijlage bij bestuurlijk akkoord GGZ Nederland – Zorgverzekeraars Nederland d.d. 5 juli 2010

Achtergrond

In dit document zijn de afspraken opgenomen die tezamen het bestuurlijk akkoord tussen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland vormen.

Overwegingen

overwegende op het gebied van de transparantie van geestelijke gezondheidzorg dat

1. Ggz-instellingen en zorgverzekeraars beiden gebaat zijn bij een level-playing field voor informatie ten behoeve van zorginkoop; in het bijzonder uitkomstenmetingen van zorg en klantervaringsmetingen;
2. ggz-instellingen bij het begin, tijdens en aan het einde van de behandeling en begeleiding de uitkomsten van de behandeling en begeleiding gestructureerd willen gaan meten met ROM;
3. uitkomstenmetingen cliënten een goed beeld kan geven van het verloop van de klachten, waardoor zij samen met hun hulpverleners keuzes maken in de behandeling en begeleiding;
4. professionele beroepsbeoefenaren uitkomstenmetingen willen inzetten om waar nodig de behandeling en begeleiding tijdig bij te sturen;
5. de landelijke verzameling van uitkomstenmetingen een belangrijke bijdrage kan gaan leveren aan het leren en onderzoeken door professionals en instellingen;
6. ROM daarmee voor de ggz op meerdere niveaus een belangrijk hulpmiddel gaat worden voor het bevorderen van de kwaliteit van zorg in de ggz;
7. een landelijke verzameling van uitkomstmetingen ggz-instellingen en zorgverzekeraars een goed beeld geeft van de effectiviteit en kwaliteit van de ggz;
8. zorgverzekeraars een belangrijke rol zien weggelegd voor deze centrale verzameling bij de inkoop van zorg in de ggz op basis van kwaliteit;
9. ggz-instellingen en zorgverzekeraars ervan zijn doordrongen dat ROM pas aan het begin van de ontwikkeling staat;
10. vanwege de kwaliteit van de gegevens, de betrouwbaarheid van de uitspraken en het tempo van de verdere ontwikkeling van ROM ggz-instellingen en zorgverzekeraars bij zoveel mogelijk cliënten en aandoeningen deze uitkomsten willen meten;
11. zorgverzekeraars en ggz-instellingen naast uitkomstenmetingen ook cliëntervaringen met behulp van de CQ index willen meten ten behoeve van de zorginkoop;
12. zorgverzekeraars de zorginkoop willen vormgeven op basis van betrouwbare benchmarks;
13. het voor alle betrokken partijen – cliënten, beroepsbeoefenaren, instellingen, zorgverzekeraars – niet wenselijk is om meerdere landelijke registratiesystemen naast elkaar te gebruiken;
14. dat de administratieve lasten van ggz-instellingen en zorgverzekeraars zo beperkt mogelijk moeten blijven;

en daarnaast overwegende dat

15. sprake is van een groot aantal zorgaanbieders dat in liquiditeitsproblemen komt als de financiering van het onder handen werk volledig op de vrije geldmarkt moet worden verworven;
16. verzekeraars niet meer dan de waarde van het OHW als werkkapitaal kunnen verschaffen, omdat zij geen bancaire voorziening zijn;

17. de afspraken een kader bieden waarop de financiering van het onderhandenwerk lokaal vorm gegeven kan worden. Het kader past binnen de regelgeving van de NZa, maar geen onderdeel is van de regelgeving van de NZa;
18. voor die gevallen waar een instelling met veel kleine marktaandelen ondanks de 90/5 regeling in de problemen komt, de verzekeraar zich committeert om samen met de zorgaanbieder de problemen te analyseren en tot een oplossing te komen;
19. waar partijen een betere regeling treffen, dat mogelijk blijft. Ook kan al eerder dan 1 januari 2011 deze regeling tussen individuele partijen worden toegepast.

Maken GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland met elkaar samenhangende afspraken.

Algemeen

In relatie tot de kosten die gerelateerd zijn aan deze transparantie-afspraken (klantervaring en uitkomstenmeting) zullen ggz-instellingen samen met de zorgverzekeraars bij de NZa een verzoek indienen om de kosten van kwaliteitsmetingen via zorgtarieven te financieren.

In september 2010 wordt een bestuurlijk overleg georganiseerd waarin wordt bekeken of er voldoende voortgang is bereikt en zo nodig wordt bijgestuurd. Gelet op de ambities streven GGZ Nederland en ZN er naar om op dat moment de TTP te laten starten.

Uitkomstenmetingen

De afspraken inzake uitkomstenmeting zijn als volgt tot stand gekomen:

- GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland hebben op 20 januari 2010 afspraken gemaakt over het gebruik van uitkomstenmetingen ten behoeve van een benchmark op behandelingseffect en respons. Daarbij is afgesproken dat KZN uitgangspunt is voor de benchmark in de ggz, maar dat organisatie(vorm) en businessmodel worden omgebouwd naar een gezamenlijk gedragen Trusted Third Party (TTP).
- Op 5 maart 2010 hebben partijen nadere afspraken gemaakt over de organisatie van de TTP en de betaling van de kosten voor het benchmarken.
- Deze afspraken zijn 22 maart jl. in overleg tussen GGZ Nederland, KZN en Zorgverzekeraars Nederland aan de hand van zeven issues nader uitgewerkt.
- Tot slot hebben op 19 mei jl. partijen de laatste onderdelen van het bestuurlijk akkoord met elkaar besproken en samen vastgesteld.

Aanleiding en doelstelling

Zorgverzekeraars en ggz-instellingen verwachten dat ROM op meerdere niveaus een belangrijk hulpmiddel gaat worden voor het bevorderen van de kwaliteit en de transparantie van geestelijke gezondheidszorg in Nederland.

Ggz-instellingen willen bij het begin, tijdens en aan het einde van de behandeling en begeleiding de uitkomsten van de behandeling en begeleiding gestructureerd gaan meten. Uitkomstenmetingen kunnen cliënten een goed beeld geven van het verloop van de klachten, waardoor zij samen met hun hulpverleners keuzes kunnen maken in de behandeling en begeleiding. Professionele beroepsbeoefenaren gaan uitkomstenmetingen inzetten om waar nodig de behandeling en begeleiding tijdig bij te sturen.

Een landelijke verzameling van uitkomstenmetingen levert een belangrijke bijdrage aan het leren en onderzoeken door professionals en instellingen en ook zo aan de kwaliteit van zorg.

De landelijke verzameling van uitkomstenmetingen geeft ggz-instellingen en zorgverzekeraars daarnaast een goed beeld van de effectiviteit en kwaliteit van de ggz. Zorgverzekeraars zien een belangrijke rol weggelegd voor deze centrale verzameling bij de inkoop van zorg in de ggz op basis van een betrouwbare benchmark op uitkomsten.

Voor alle betrokkenen – cliënten, beroepsbeoefenaren, instellingen, zorgverzekeraars – is het niet wenselijk om meerdere landelijke registratiesystemen naast elkaar te gebruiken. De administratieve lasten van ggz-instellingen en zorgverzekeraars moeten zo beperkt mogelijk blijven.

ROM staat nog aan het begin van de ontwikkeling. Vanwege de kwaliteit van de gegevens, de betrouwbaarheid van de uitspraken en het tempo van de verdere ontwikkeling van ROM willen ggz-instellingen en zorgverzekeraars bij zoveel mogelijk cliënten en aandoeningen de uitkomstmetingen gaan verzamelen.

Gelet hierop hebben de leden van Zorgverzekeraars Nederland en de lidinstellingen van GGZ Nederland tot doel dat alle lidinstellingen (voorzover relevant) zich in 2010 aansluiten bij de Trusted Third Party en alle beschikbare ROM-metingen aanleveren. In het volgende hoofdstuk wordt het tijdpad verder uitgewerkt.

Tijdpad

Het is de wens van GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland om de uitvraag en aanlevering van ROM-gegevens te maximaliseren vanwege de positieve invloed op het primaire proces en de validiteit van de benchmark. Als ROM-metingen leiden tot betekenisvolle rapportages voor cliënten en hulpverleners in het zorgproces, is een veel hoger percentage begin- en eindmetingen mogelijk dan als ROM alleen wordt gebruikt voor benchmark en/of onderzoek.

Voor de cliënt en de kwaliteit van de behandeling is het breed invoeren van ROM (ook in lichtere vormen) in de dagelijkse praktijk de belangrijkste verbetering. Voor het gebruik van ROM in de zorg hebben de lidinstellingen van GGZ Nederland de ambitie om ROM aan alle cliënten aan te bieden en 80% ingangsmetingen en daarvan 80 % vervolg- c.q. eindmetingen te verkrijgen.

Over de minimale aanlevering van ROM-metingen ten behoeve van de benchmark spreken GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland het volgende af:

1. In 2010 leveren de ggz-instellingen alle reeds beschikbare gegevens aan.
2. In 2011 doen alle instellingen mee aan ROM en leveren zij hun gegevens aan de TTP.
3. Het aantal aan te leveren uitkomstmetingen klimt van 2011 (20% in- en uitgangsmeting) naar 2014 (50% in- en uitgangsmeting) voor alle cliënten en een jaarlijkse groei van 10% in de genoemde periode.

Er wordt in deze afspraken niet gedifferentieerd naar specifieke behandelgroepen.

Voor de kortdurende DBC's (5 tot 8 gesprekken, de DBC's tot 800 minuten) kan een lichtere variant van ROM worden toegepast. De kosten voor de meting zijn anders te hoog in verhouding tot de kosten van de behandeling. Deze lichtere variant moet (wetenschappelijk) gevalideerd zijn om te kunnen worden toegepast in de benchmark.

Opdracht aan ggz-instellingen, zorgverzekeraars en de Trusted Third Party

Om deze gezamenlijke doelstelling te bereiken, dienen alle betrokkenen de komende jaren hun rol te vervullen.

Opdracht aan zorgverzekeraars

- Zorgverzekeraars zullen in al hun contracten de afspraak tot aanlevering van ROM-gegevens aan DNS (dit is de voorlopige werknaam van de nieuwe stichting) opnemen, zowel het minimum volgens het door beide partijen onderschreven tijdpad, als de afspraak om alle beschikbare gegevens aan te leveren.
- Verzekeraars kunnen instellingen belonen, als zij een hoger percentage ROM-metingen aanleveren dan het tijdpad suggereert. Dit is een extra stimulans om zorg te dragen dat de komende jaren meer dan voldoende uitkomstenmetingen wordt aangeleverd voor de benchmark.
- Bij achterblijven zal de zorgverzekeraar in gesprek gaan met de betreffende ggz-instelling. Dit kan gevolgen hebben voor het contract.
- Zorgverzekeraars dragen er zorg voor dat hun zorginkopers in staat zijn de uitkomsten van de benchmark naar waarde te schatten en hierover met zorgaanbieders in gesprek te gaan.

Opdracht aan de ggz-instellingen

- De ggz-instellingen ontwikkelen gezamenlijk zo snel mogelijk het inhoudelijk instrumentarium om te kunnen ROMmen.
- GGZ-instellingen leveren zo snel mogelijk alle beschikbare ROM-metingen aan. GGZ Nederland roept hen hiertoe op.
- Leden van GGZ Nederland die niet aanleveren worden door GGZ Nederland aangesproken op het niet nakomen van de afspraken.

Opdracht aan de TTP

- De TTP verwerkt ROM-metingen en stelt valide benchmarks op.
- De TTP ontwikkelt valide benchmark(s) en zet daartoe een ROM ontwikkeldatabase op.
- De TTP stelt voortgangsrapportages op ten behoeve van de gezamenlijke evaluatie.
- De TTP geeft de expertraad opdracht om jaarlijks op basis van de monitoring en evaluatie voorstellen te doen hoe de respons kan worden verbeterd. De basis daarvoor is de planning zoals beschreven in het tijdspad. Bijstelling is mogelijk naar aanleiding van de gezamenlijke evaluatie.
- De activiteiten rond de CQ-I worden zo veel mogelijk opgenomen in de in te richten TTP ten behoeve van ROM.

Opzet, bouw en werking TTP

Samenstelling bestuur stichting

De TTP is een stichting met in het bestuur GGZ Nederland (2 zetels), LP GGZ (1 zetel), ZN (3 zetels) en een vertegenwoordiger van de gebruikersraad (1 zetel) niet zijnde een vertegenwoordiger van de zorgverzekeraars of GGZ Nederland. Het bestuur heeft een onafhankelijk voorzitter. De TTP krijgt een nieuwe naam.

Organisatie TTP

Het bestuur van de stichting benoemt de wetenschappelijke raad. De wetenschappelijke raad (WR) heeft een toetsende functie ten aanzien van de uitgevoerde benchmarks en geeft zwaarwegend advies aan het bestuur. De wetenschappelijke raad houdt een functionele lijn naar de directie.

Vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars vormen een gebruikersraad. Deze adviseert het bestuur over operationele zaken. Als gebruiker wordt gedefinieerd iedereen die een benchmarkrapportage ontvangt.

Tot slot stelt het bestuur een expertraad in, die de brug vormt tussen de TTP en het ROM-project. De expertraad geeft input voor de productontwikkeling louter op het gebied van vergelijkbaarheid en benchmarken. De TTP brengt expertise over benchmarking in naar de expertraad. De expertraad wordt samengesteld uit vertegenwoordigers vanuit de verschillende ROM-initiatieven waarin het gehele ggz veld vertegenwoordigd dient te zijn.

De scheidslijn wordt gevormd door de overgang van research naar development. De ontwikkeling van ROM vindt plaats in het veld. De produktontwikkeling voor de benchmark vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de stichting.

Het bestuur van de TTP stelt een dataprotocol vast. Het eigendom van de gegevens berust bij de zorgaanbieders, niet bij de TTP. Een apart gremium ziet toe op de naleving van het dataprotocol. Het eigendom van de uitkomsten van de verwerking van de data (incl. rapportages) is eigendom van de TTP.

Overgang

Om juridische problemen te voorkomen doordat instellingen tijdens de overgangperiode naar de TTP door KZN worden gecontracteerd met de "oude contracten" kan er gedurende de overgangperiode een transitiecontract worden aangegaan dat aangepast is aan de bovengenoemde afspraken en vooruitloopt op het nieuwe contract van de nieuwe stichting.

Kosten

Zorgverzekeraars dragen de kosten voor de benchmark. Het gaat dan om de kosten voor het ontvangen en bewerken van data en rapporteren van benchmarkgegevens. Zorgaanbieders hoeven dus niet meer te betalen voor aanlevering van gegevens. De TTP onderneemt geen commerciële nevenactiviteiten.

Daarnaast zal de TTP zich ook richten op de ontwikkeling van de benchmark(s). Daartoe zal de TTP naast een database voor benchmarken ook een ontwikkeldatabase opzetten.

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de implementatie van ROM binnen de instelling en de verdere ontwikkeling van ROM. Zij betalen zelf ook de kosten voor het verzendsysteem van de gegevens. Als aanbieders aanvullende rapportages willen hebben, dan betalen zij hiervoor een kostendekkend tarief.

Zorgverzekeraars nemen de kosten van de transitie van KZN naar de TTP voor hun rekening. Het gaat dan een tegemoetkoming aan de huidige aandeelhouders en de kosten voor het overbrengen van activiteiten van de BV naar de Stichting. GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland delen de kosten voor de oprichting van de Stichting.

De ontwikkelingsdatabase voor aanbieders kan door KZN worden geleverd maar is geen onderdeel van de packagedeal.

Bestuurlijke borging

Zorgverzekeraars en ggz-instellingen evalueren jaarlijks of het in 2010 voorgestelde tijdspad nog steeds realistisch lijkt gezien de op dat moment behaalde resultaten.

De resultaten van de voortgangsrapportages worden jaarlijks op brancheniveau besproken om te kijken of de voortgang naar wens is en, zo nee, de oorzaken daarvan en de consequenties te bespreken.

Klantervaringmetingen

Ten aanzien van klantervaringsmetingen (transparantie van zorg) luiden de gemaakte afspraken als volgt.

Vanaf 2011 organiseren GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland ten behoeve van zorgverkoop en -inkoop gezamenlijk een benchmark op basis van de CQ-Index voor ambulante zorg. Stichting Miletus draagt zorg voor de uitvoering van de benchmark in 2011. Zij zal in de uitvoering worden aangestuurd door een stuurgroep waarin naast GGZ N en Zorgverzekeraars Nederland ook het LP GGZ zitting heeft.

Partijen hebben een projectplan opgesteld dat als bijlage 1 is bijgevoegd.

Dit projectplan beschrijft een meerjarenprogramma waarin:

- De evaluatie van de schriftelijke vragenlijst wordt meegenomen, ten einde deze te kunnen inkorten.
- De uitvraag van de CQ-I wordt gekoppeld aan diagnosegroepen, leden van GGZ Nederland met meer dan 300 ambulante patiënten in een bepaalde diagnosegroep doen aan de benchmark mee. Het betreft maximaal drie diagnosegroepen uit de volgende vier: angst, depressie, persoonlijkheidstoornissen en verslaving.
- In 2011 een pilot wordt gehouden voor de koppeling van de CQ-I uitvraag en de ROM-uitvraag. Het perspectief van de CQ-I verschuift van meting achteraf naar continue metingen. Inzet is dit na 2011 zoveel mogelijk gangbare werkwijze te laten zijn.

- De gewijzigde uitvraag van de CQ-I (puntmeting en diagnosegroep) wordt gezamenlijk in de stuurgroep Zichtbare Zorg voorgelegd teneinde de gegenereerde informatie ook te laten dienen als verantwoordingsinformatie.

Kosten

De kosten voor 2010-2011 (€800.000) en 2012 (€550.000) door partijen worden gedeeld op fifty-fifty basis. Het traject in navolgende jaren (2013 – 2014) wordt ook gezamenlijk gedaan. Daartoe wordt in 2012 een begroting opgesteld.

De activiteiten rond de CQ-I worden zo veel mogelijk opgenomen in de in te richten TTP ten behoeve van ROM.

In relatie tot de basisset Prestatie-indicatoren van Zichtbare Zorg zijn partijen overeengekomen dat Zorgverzekeraars Nederland GGZ Nederland onvoorwaardelijk steunt in een voorstel waarin de overeengekomen werkwijze inzake de CQ-Index ook kan dienen voor aanlevering in maatschappelijke verantwoording. Ook ondersteunt Zorgverzekeraars Nederland het streven van GGZ Nederland om andere prestatie-indicatoren dan die belangrijk zijn voor Zorgverzekeraars Nederland en de Inspectie Gezondheidszorg te laten vervallen voor het verslagjaar 2011 en verder.

Onderhanden werk

De afspraak samengevat

Partijen dragen er zorg voor dat het onderhanden werk (OHW) vanaf 1 januari 2011 minimaal zal gebeuren op basis van een 90/5-regeling. Dit houdt in dat: verzekeraars met een aandeel in de Zvw-omzet van een instelling van 5% of meer 90% van de waarde van het OHW uitgevoerd voor de desbetreffende verzekeraar zullen financieren mits de waardebepaling van het OHW op uniforme wijze plaats vindt conform de kaders zoals hieronder weergegeven. Uitgangspunt is dat de waardebepaling van het OHW gerelateerd is aan de de DBC-prestatie zoals deze volgt bij het afsluiten van een zorgtraject. Bij de waardebepaling van het OHW speelt de accountant een controlerende rol. Wanneer besloten wordt niet over te gaan tot een 100% financiering van het OHW maken partijen afspraken voor een aanvullende rentevergoeding. Dit kan zowel een rentenota als een rentevergoeding van de aanbieder aan de verzekeraar zijn. Verzekeraars die geen OHW financieren (verzekeraars met een omzetaandeel kleiner dan 5%) zullen de volledige rentekosten vergoeden. De uitgangspunten zoals deze zijn opgenomen in de beleidsregel rentevergoeding onderhanden werk vormen het kader voor deze rentevergoedingen. Waar de uitvoering begrensd wordt door het ontbreken van adequate regelgeving of voldoende financiering zullen partijen gezamenlijk ijveren voor oplossingen.

Status afspraak financiering OHW GGZ

Het document biedt een kader waarop de financiering van het onderhandenwerk lokaal vorm gegeven kan worden. Het kader past binnen de regelgeving van de NZa, maar is geen onderdeel van de regelgeving van de NZa. Er zal dan ook geen toezicht van de NZa zijn op de toepassing van dit document. Verder heeft dit kader geen juridische bindende status.

Wanneer individuele onderhandelingspartners af willen wijken vanwege lokale omstandigheden staat het partijen vrij om deze lokale regeling te verkiezen boven het in dit document beschreven kader.

De afspraken zijn getoetst aan de criteria zoals deze gesteld worden door de Nederlandse Bank (DNB). Uitkomst van deze toetsing is dat de afspraken naar verwachting geen impact zullen hebben op de eisen van DNB aan de verzekeraars. Wanneer mocht blijken dat DNB toch haar eisen aan verzekeraars bijstelt op basis van de gemaakte afspraken zullen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland gezamenlijk werken aan een bijstelling van de voorliggende afspraken.

Verder is de financiering van het OHW gericht op de kosten die gevat zijn in DBC's. Er zijn echter onderdelen die (nog) niet in de DBC systematiek opgenomen zijn. De NZa zal de minister adviseren

over de bekostiging en financiering van deze onderdelen. Vanwege de onzekerheid omtrent deze onderdelen is afgesproken dat deze (nog) geen onderdeel uitmaken van de afspraken rond financiering van het OHW.

Algemeen kader financiering onderhanden werk

Uitgangspunt van het kader is dat op basis van een uniforme waardering van het OHW zoals beschreven in dit document alle zorgverzekeraars over gaan tot het verstrekken van financiële middelen aan zorgaanbieders ter dekking van het OHW. Dit vooruitlopend op de declaratie van DBC's. Verzekeraars met een omzet onder de drempelwaarde, financieren geen OHW, tenzij partijen dat decentraal toch overeenkomen. Zorgaanbieders mogen aan deze verzekeraar(s) een renterekening sturen conform de uitgangspunten zoals deze door de NZa zijn opgenomen in de beleidsregel rentevergoeding onderhanden werk.

Op basis van deze financiering van het OHW zullen aanbieders minder vreemd vermogen aan hoeven trekken voor de financiering van de uitgevoerde zorgactiviteiten. Als gevolg hiervan zullen de rentekosten voor een aanbieder lager zijn dan thans het geval is waardoor er per saldo meer geld besteed kan worden aan de daadwerkelijke levering van zorg.

De financiering van het OHW dient gerelateerd te zijn aan de DBC-prestaties zoals deze volgen bij het afsluiten van een zorgtraject. Dit is van belang voor het debiteurenrisico voor verzekeraars. Voor verzekeraars (en de eisen van DNB) is van belang dat het debiteurenrisico zo laag mogelijk is. Dat wil zeggen dat de financiering van het OHW nooit hoger mag zijn dan de facturatie zoals deze volgt uit de DBC productie. Hiermee wordt als de budgetsystematiek is afgeschaft ook afgestapt van de bepaling van het OHW op basis van een gemiddelde vergoeding voor de uitgevoerde zorgactiviteiten. Wanneer de waardering van het onderhanden werk overeenkomt met het in dit document beschreven kader is debiteurenrisico voor verzekeraars beperkt en kunnen verzekeraars overgaan tot een financiering van de door de aanbieders verlangde 90% van het OHW per verzekeraar.

De verleende financiering van het OHW zal niet worden verrekend met de DBC-financiering vanwege de administratieve lasten. De financiering van het onderhanden werk is een afzonderlijke geldstroom naast de geldstroom die volgt uit de DBC facturatie.

Binnen de regelgeving van de NZa bestaan er verschillende manieren om de zorg voor te financieren zoals het in rekening brengen van een prestatievoorschot, het maken afspraken over bevoorschotting (financiering OHW waarvoor in dit document een kader wordt gegeven) of het achteraf in rekening brengen van een rentevergoeding over het OHW. Om de financiering inzichtelijk te houden en de administratieve lasten te beperken dient er vooraf een duidelijke keuze gemaakt te worden voor één van de systemen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat door zowel Zorgverzekeraars Nederland als GGZ Nederland is aangegeven dat het hanteren van een prestatievoorschot voor de gebudgetteerde instellingen een ongewenst uitgangspunt vormt.

Drempelwaarde waarboven zorgverzekeraars bijdragen aan het financieren van het OHW

Het vaststellen van het OHW en de verrekeningen zullen de nodige inspanningen vergen van zowel aanbieders als verzekeraars. Zoals in het algemene kader is beschreven is daarom afgesproken dat verzekeraars met een omzet onder een vooraf vastgestelde drempelwaarde geen OHW zullen financieren. De kosten van de administratieve lasten voor aanbieders en verzekeraars wegen onder deze drempelwaarde mogelijk niet op tegen de voordelen van de financiering. Deze drempelwaarde is vastgesteld op 5% van het marktaandeel van een verzekeraar bij een aanbieder. Verzekeraars met een omzetaandeel lager dan 5% hoeven niet over gaan tot het financieren van het OHW. Zorgaanbieders mogen aan deze verzekeraar(s) een renterekening sturen conform de uitgangspunten zoals deze door de NZa zijn opgenomen in de beleidsregel rentevergoeding onderhanden werk.

Het marktaandeel van een verzekeraar kan bepaald worden op basis van historische afspraken gecombineerd met de uitkomsten van de afspraken voor het komende jaar. Een aanbieder kan tijdens de inkoopgesprekken op basis van het marktaandeel van een verzekeraar over jaar t-1 en t-2 gecombineerd met de impact van de afspraken over jaar t richting een verzekeraar inzichtelijk maken dat deze zich boven de drempelwaarde bevindt en over moet gaan op bevoorschotting. Het

marktaandeel over de jaren t-1 en t-2 zijn door verzekeraars te verifiëren op basis van de jaarrekening van een aanbieder (totaal omzet aanbieder in verhouding tot omzet verzekeraar uit eigen administratie). Op basis van de realisatie kan vervolgens gekeken worden of de aannames reëel en betrouwbaar waren waarmee een vertrouwensband richting de toekomst opgebouwd kan worden.

Voor een aantal landelijk werkende instellingen (aanbieders die met vrijwel alle verzekeraars werken) kan de 5% norm te hoog zijn en is wellicht een lagere norm noodzakelijk. In afwijking van bovenstaande dient dan een lokale afspraak overeengekomen te worden.

Systematiek voor bepaling OHW

Bij een overstap naar prestatiebekostiging en onderhandelbare tarieven dienen er nadere stappen gezet te worden in de wijze waarop het OHW wordt bepaald. Aangezien de variabiliteit in het systeem tussen aanbieders zal toenemen is het belangrijk dat de bepaling van het OHW hierop aansluit. De bepaling van het OHW dient aan te sluiten op wat in DBC-termen gefactureerd gaat worden. Bij de bepaling van het onderhandenwerk door de individuele aanbieder dient dan ook aangesloten te worden op de tariefsafspraken zoals deze lokaal zijn gemaakt.

Op welke wijze wordt het onderhandenwerk bepaald

a. De meest werkzame optie is dat het te financieren bedrag van het OHW door de zorgaanbieder één maal per jaar per verzekeraar wordt bepaald. Hierbij wordt de waarde van het OHW bepaald op basis van de productgroep zoals deze voor de geleverde productie per patiënt van toepassing is. Zolang er sprake is van budgetsystematiek, wordt de geleverde productie uit die productgroep conform het protocol 'waardering OHW' van de NZa gewaardeerd op basis van de normen zoals deze ook gehanteerd zijn voor de productstructuur DBC's GGZ. Wanneer de tarieven onderhandelbaar worden dient de overstap gemaakt te worden naar een waardering op basis van de het lokaal overeengekomen DBC-tarieven. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de jaarrekening van voorgaande jaren als de productie constant is. De jaarrekening (t-1) is per 1 juni (van jaar t) van alle instellingen gereed en gecontroleerd. Hierdoor hoeven geen extra accountantskosten betaald te worden en geen aparte controleprotocollen te worden opgesteld. De afspraken over de financiering van het OHW kunnen dan met het inkooptraject meelopen.

b. Als er geen sprake is van een redelijk constante productie, dan kan de waarde van het OHW periodiek worden bepaald op basis van uitgevoerde zorgactiviteiten in combinatie met de productgroepwaarde zoals deze lokaal zijn overeengekomen voor jaar t. Er dient dan periodiek een koppeling gelegd te worden tussen de uitgevoerde zorgactiviteiten en de grenzen zoals deze in de productstructuur dbc ggz zijn vastgesteld door de NZa.

Het is op moment van schrijven nog onzeker of in de toekomst nog sprake zal zijn van een verrekenpercentage voor de curatieve GGZ. Mocht de NZa besluiten de afgifte van de verrekenpercentages te continueren dient bij de bepaling van de productgroepwaarde rekening gehouden te worden met het verrekenpercentage zoals deze wordt vastgesteld door de NZa.

Rol van de accountant

De zorginstelling waardeert het OHW op basis van de DBC-tarieven en niet tegen kostprijs, wat gebruikelijk is in het kader van het voorzichtigheidsprincipe bij een jaarrekening. De accountant zal conform het huidige protocol (jaarrekening) één keer per jaar de OHW mutatie per zorgverzekeraar verifiëren en daarmee de stand ultimo jaar t. Deze verificatie vormt een normaal onderdeel van de verklaring bij de jaarrekening, aangezien het om een balanspost gaat die onderdeel is van de jaarrekening. Deze verklaring brengt geen extra kosten met zich mee voor de aanbieder.

Om deze vaststelling goed te laten verlopen, zal in overleg met NIVRA/coziek een eenduidige definitie vastgesteld worden zodat de vaststelling van het OHW in de jaarrekening op uniforme wijze plaats zal vinden. Bekeken zal moeten worden of het mogelijk is om deze definitie binnen de regulering van de NZa vast te leggen.

Ook in de kaderregeling AO/IC of diens opvolger zal aandacht besteedt worden aan de juistheid van de vaststelling van het OHW. Hierbij zullen aanbieders verklaren dat de vaststelling van het OHW

zorgvuldig is gebeurd en conform de registratie- en declaratieregels van de NZa heeft plaatsgevonden.

Het is aan de individuele onderhandelingspartners om te bepalen of naast dit gebruikelijke controlemoment extra controlemomenten nodig zijn voor het betrouwbaar vaststellen van het OHW.

De wijze waarop het OHW in rekening wordt gebracht

De wijze waarop het OHW in rekening wordt gebracht en de periodiciteit van het in rekening brengen van het OHW dient lokaal overeengekomen worden. Wanneer gekozen wordt voor het vaststellen van het OHW op basis van optie a ligt het voor de hand te kiezen voor een standaard betaling van het OHW conform de termijnafspraken die worden gemaakt tijdens het inkooptraject. Er kan dan afgesproken worden geen papieren nota's te verzenden voor het OHW. Wanneer gekozen wordt voor optie b zou geopteerd kunnen worden voor een periodieke nota met het totaal aan OHW.

Beschrijving wisselwerking financiering OHW met opbrengstverrekening/ budgetvaststelling NZa.

Wanneer er sprake is van budgettering gereguleerd door de NZa zal er sprake zijn van een opbrengstverrekening. Bij de vaststelling van de opbrengstverrekening door de NZa zullen de opbrengsten verkregen uit de financieringstroom voor het OHW en de financieringstroom volgend uit de DBC-facturatie (inclusief verrekenpercentage) opgegeven worden als opbrengsten voor het betreffende jaar. Eventuele verschillen tussen deze opbrengsten en het budget zullen verrekend worden door middel van 'vaste bedragen'. Deze verrekening wordt in de jaarrekening vastgelegd en kan hiermee als basis dienen voor de afspraken voor de financiering van het OHW voor volgende jaren. Op deze wijze kan er een goede relatie gelegd worden tussen de budgettering, de facturatie van DBC's en het financieren van onderhanden werk om zodoende de rentelasten binnen de curatieve GGZ doelmatig te beheren.

Rentevergoeding ongedekt OHW

Als aan het eind van een jaar blijkt dat verzekeraars voor een te laag of te hoog bedrag het OHW hebben gefinancierd, of minder of meer rentekosten voor het onderhanden werk hebben vergoed dan zou mogen worden verwacht op basis van de onderhanden werk positie, dan kan bij de eindafrekening tussen partijen een aanvullende afspraak voor rentevergoeding worden gemaakt. Dit kan zowel een rentenota als een rentevergoeding van de aanbieder aan de verzekeraar zijn. De uitgangspunten zoals deze zijn opgenomen in de beleidsregel rentevergoeding onderhanden werk vormen het kader voor deze afspraken. Om dit proces goed te laten verlopen is het belangrijk dat bij het maken van de afspraken over (de hoogte van) de financiering van het OHW ook afspraken gemaakt worden over het eventueel achteraf in rekening brengen van een rentenota. Wanneer overeengekomen wordt 100% van het OHW te financieren kan door een aanbieder geen aanvullende rentenota verzonden worden. Deze afspraak is van toepassing op de rentelastenlasten of -baten zover die niet betrokken zijn in de budgetvaststelling van de NZa.

Wanneer de overstap gemaakt wordt naar integrale tarieven voor de curatieve GGZ zullen de rentekosten verdisconteerd worden in de tariefafspraken en zal de mogelijkheden om achteraf rentelasten in rekening te brengen komen te vervallen.