

Notitie Doelmatigheidsinstrument – Toelichting

Deze notitie geeft een toelichting op eerdere communicatie van het doelmatigheidsinstrument. Zorgaanbieders hebben eind 2020 een addendum ontvangen waarin een toevoeging van de doelmatigheidsinstrumenten aan de Handleiding Bekostiging & Verantwoording is aangegeven.

De werkgroep doelmatigheid, bestaande uit een afvaardiging van zorgaanbieders, de Nederlandse GGZ en ForZo/JJI, heeft geconstateerd dat er nog vragen zijn met betrekking tot het doelmatigheidsinstrument. Deze vragen hebben voornamelijk betrekking tot twee componenten van het instrument:

- Normering van individuele afschaling op bedletters;
- Normering van de behandeling en de dagbesteding.

Normering van individuele afschaling op bedletters

Bij doelmatige zorg hoort afschalen in intensiteit wanneer dit mogelijk is en opschalen wanneer dit nodig is. Er kan op doelmatige zorg effectiever gestuurd worden door op- en afschaling te normeren. Deze normen zijn per bedletter en per kalenderjaar genormeerd.

Wat is een op- of afschaling?

Een opschaling is een opschaalbeweging van een cliënt in de bedletter (bijvoorbeeld van bedletter E naar bedletter F). Een afschaling is een afschaalbeweging van een cliënt in de bedletter (bijvoorbeeld van bedletter E naar bedletter D). Over een kalenderjaar wordt de netto op- of afschaling bepaald. De netto op- of afschaling is het verschil tussen de beginletter en de eindletter. Een cliënt die start op 1 januari op bedletter E en op 31 december op bedletter C staat heeft netto 2 afschaalbewegingen. De netto afschaling is de som van het aantal opschalingen minus het aantal afschalingen gerealiseerd in een kalenderjaar.

Op dit moment is er alleen nog afschaling mogelijk binnen de klinische zorgsetting. Afschaling naar beschermd wonen en ambulante trajecten is nu nog niet mogelijk en worden verder onderzocht door de werkgroep.

Let op, op- en afschaling op het beveiligingsniveau is geen onderdeel van de normering.

Wat is de startletter?

De startletter kan op twee manieren bepaald worden:

1. Indien de cliënt start met een traject (nieuw plaatsingsbesluitnummer) dan wordt de eerst gefactureerde bedletter genomen als de startletter. Dit kan op ieder moment van het kalenderjaar zijn;
2. Indien de cliënt al in een traject zit en een nieuw kalenderjaar start, dan wordt de laatste geldige bedletter bepaald op 1 januari van het nieuwe kalenderjaar.

Bijvoorbeeld:

Cliënt 1 start een traject op 10 juli 2020 en er wordt als eerste bedletter G gefactureerd. Dan is dit de beginletter voor cliënt 1 voor het kalenderjaar 2020.

Let op, indien een cliënt een traject begint op 15 december (late instromers), dan is de periode voor afschaling erg kort. Deze tellen wel mee.

Wat is een 'geldige' bedletter?

Een wijziging in de bedletter wordt meegenomen op het moment dat een cliënt minimaal 30 dagen onafgebroken op een nieuwe bedletter zit. Dit geldt alleen voor een wijziging in de bedletter en niet voor de startletter bij de start van een nieuw traject (nieuw plaatsingsbesluitnummer).

Bijvoorbeeld:

- Cliënt start op 1 juli 2020 een nieuw traject op bedletter F. De startletter voor deze cliënt is F;
- Cliënt gaat op 15 juli 2020 naar bedletter E en zit tot 1 september op deze bedletter; De nieuwe 'geldige' bedletter is E doordat cliënt langer dan 30 dagen onafgebroken op de nieuwe bedletter zit;
- Cliënt gaat op 1 september naar bedletter F en zit daar tot 10 september. De nieuwe 'geldige' bedletter is nog steeds E. Cliënt heeft slechts 10 dagen op de nieuwe bedletter gezeten (in plaats van de vereiste 30 dagen).

Wat is de eindletter?

De eindletter kan op twee manieren bepaald worden:

1. Indien cliënt een traject beëindigd voor 31 december, dan wordt de laatst 'geldige' bedletter bepaald;
2. Indien traject op 31 december nog niet beëindigd is, dan wordt de laatst 'geldige' bedletter op 31 december bepaald.

Wat zijn de normen?

De normen voor kalenderjaar 2020 zijn bepaald voor de bedletters C t/m G. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de Overige Forensische Zorg (OFZ) en de tbs. De normen zijn zodanig bepaald dat 80% van de gerealiseerde plaatsingen hierbinnen valt.

	OFZ -	OFZ -	TBS -	TBS -
Bedletter	Ondergrens	Bovengrens	Ondergrens	Bovengrens
A	-	-	-	-
B	-	-	-	-
C	-0,03	0,1	0,04	0,28
D	0,09	0,12	0,19	0,19
E	-0,16	-0,03	-0,23	-0,01
F	-0,36	-0,25	-0,73	-0,2
G	-0,36	-0,25	-0,73	-0,2

Tabel 1: Normen afschaling 2020

Er zijn geen normen vastgesteld voor de bedletters A en B. Dit komt doordat er niet voldoende data beschikbaar is om een norm vast te stellen.

Een minus teken voor de norm betekent een afschaling. Zonder een minus teken betekent dit een opschaling.

Wat zijn de gevolgen van deze normen?

Voor iedere cliënt die een traject start in 2020 is een norm gesteld voor de afschaling. Stel dat een cliënt start op bedletter E binnen de OFZ, dan is de norm [-0,16 t/m -0,03]. Deze norm houdt in dat bij 100 cliënten op bedletter E er tussen de 16 en 3 cliënten één stapje moeten afschalen. Er geldt een norm per cliënt, maar uiteindelijk wordt er per zorgaanbieder gekeken (onderscheid OFZ/TBS) of er aan de totale norm die geldt met de cliëntenmix voldaan kan worden.

1. Indien de netto afschaling in de bandbreedte ligt, dan gebeurt er verder niks;
2. Indien de netto afschaling boven de bandbreedte ligt (dus meer afgeschaald dan de norm stelt), dan volgt er een bonus voor de zorgaanbieder;
3. Indien de netto afschaling onder de bandbreedte ligt (dus minder afgeschaald dan de norm stelt), dan volgt er een malus voor de zorgaanbieder.

Voorbeeld OFZ:

Client nummer	Startletter	Ondergrens (minimum)	Bovengrens (maximum)	Eindletter	Mutatie
1	G	-0,36	-0,25	E	-2
2	G	-0,36	-0,25	F	-1
3	F	-0,36	-0,25	G	1
4	F	-0,36	-0,25	F	0
5	E	-0,16	-0,03	D	-1
6	E	-0,16	-0,03	C	-2
7	D	0,09	0,12	D	0
8	D	0,09	0,12	C	-1
9	C	-0,03	0,1	E	2
10	C	-0,03	0,1	C	0
Zorgaanbieder norm		-1,64	-0,62	Realisatie	-4

Tabel 2: Voorbeeld realisatie OFZ

In bovenstaand voorbeeld was de norm voor de zorgaanbieder [-1,64 t/m -0,62]. De zorgaanbieder heeft een realisatie van -4. Dit betekent dat de netto afschaling **boven** de bandbreedte ligt (-4 is groter dan -1,64) en krijgt de zorgaanbieder een bonus.

Hoe wordt de bonus/malus bepaald?

De bonus en de malus worden bepaald aan de hand van de volgende formules:¹

$$\text{Bonus} = (\text{Min. norm} - \text{Werkelijke afschaling}) * \text{bonusbedrag} * \text{verblijfsduur} * 50\%$$

$$\text{Malus} = (\text{Max. norm} - \text{Werkelijke afschaling}) * \text{malusbedrag} * \text{verblijfsduur}$$

De bonus gaat uit van shared savings. Het verschil wordt voor 50/50 tussen aanbieder en DJI verdeeld.

¹ De verblijfsduur is t.o.v. het addendum nu variabel gemaakt en is de gemiddelde verblijfsduur van de zorgaanbieder

- Werkelijke afschaling: de netto afschaling van alle cliënten (OFZ/TBS afzonderlijk) totaal. Dit is -4 in het voorbeeld hierboven;
- Bonus/malusbedrag: het bonus en malusbedrag wordt op eenzelfde wijze bepaald. Het bedrag wordt bepaald op basis van de geleverde bedletters, waarbij het bedrag per letter wordt vastgesteld op het verschil van de prijs van de prestatie met de prijs van de eerstvolgende prestatie. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen OFZ (beveiligingsniveau 1, 2 en 3) en tbs (beveiligingsniveau 4). Dus DJI-tarief verblijfsdag G -/- DJI-tarief verblijfsdag F voor normbedrag van bedletter G;

Voor kalenderjaar 2021 geldt dat er zowel contracten van contractjaar 2020 als contractjaar 2021 zijn. De verblijfstarieven worden in de volgende verhouding meegenomen:

- o Tarief OFZ: 30% tarief 2020 en 70% tarief 2021;
- o Tarief TBS: 47% tarief 2020 en 53% tarief 2021.

Voor kalenderjaar 2021 zijn de bedragen als volgt:

Bedletter	OFZ	tbs
A	€ -	€ -
B	€ 51,03	€ 50,72
C	€ 62,37	€ 84,78
D	€ 72,49	€ 52,51
E	€ 69,59	€ 72,21
F	€ 92,57	€ 148,11
G	€ 134,26	€ 170,21

Tabel 3: Bonus- en Malusbedragen²

Voor cliënten die starten op bedletter A is er geen Bonus- en Malusbedrag omdat dit de laagste bedletter is.

- Verblijfsduur: gemiddelde verblijfsduur van de cliënten bij de zorgaanbieder in een kalenderjaar.

Let op, voor 2021 geldt dat de malus maximaal 3% zal bedragen van de DBBC-verblijfsomzet van de aanbieder. Het tbs- en OFZ-contract worden afzonderlijk afgerekend.

² De Bonus- en malusbedragen zijn nu een combinatie van het tarief van 2020 en 2021. In het addendum was alleen sprake van één jaar.

Voorbeeld berekening bonus/malus bedrag:

In onderstaand voorbeeld is een OFZ aanbieder (links) en TBS aanbieder (rechts) genomen met 10 cliënten.

Clientnummer	Bedletter	Bedrag
1	G	€ 134,26
2	G	€ 134,26
3	F	€ 92,57
4	F	€ 92,57
5	E	€ 69,59
6	E	€ 69,59
7	D	€ 72,49
8	D	€ 72,49
9	C	€ 62,37
10	C	€ 62,37
Gewogen gemiddeld		€ 86,26

Clientnummer	Bedletter	Bedrag
1	G	€ 170,21
2	G	€ 170,21
3	F	€ 148,11
4	F	€ 148,11
5	E	€ 72,21
6	E	€ 72,21
7	D	€ 52,51
8	D	€ 52,51
9	C	€ 84,78
10	C	€ 87,78
Gewogen gemiddeld		€ 105,86

Tabel 4: Voorbeeld OFZ (links) en TBS (rechts)

Voorbeeld berekening bonus:

We nemen als uitgangspunt het voorbeeld van Tabel 1 (OFZ aanbieder). Met een gemiddelde verblijfsduur van 130 dagen in dat kalenderjaar. Hieruit volgt een bandbreedte van [-1,64 t/m -0,62]. Wanneer de zorgaanbieder netto **meer** dan 1,64 afschaalt, volgt er een bonus. Indien de zorgaanbieder netto minder dan 0,62 afschaalt, volgt er een malus.

In het voorbeeld had de zorgaanbieder een netto afschaling van 4. Er is dus meer afgeschaald dan de bandbreedte. Er volgt dus een bonus.

De bonus formule is:

$$\text{Bonus} = (\text{Min. norm} - \text{Werkelijke afschaling}) * \text{bonusbedrag} * \text{verblijfsduur} * 50\%$$

Min.norm = -1.64

Werkelijke afschaling = -4

Bonusbedrag = €86,26 (zie tabel 3 links)

Verblijfsduur = 130 dagen (fictief)

Hieruit volgt: $(-1.64 + 4) * € 86.26 * 130 * 50\% = € 13.232$

Normering op de behandeling en dagbesteding

Voor de behandeling en dagbesteding zijn normen vastgesteld die gebaseerd zijn op de gemiddelde behandelduur per dag. Ook deze normen hebben betrekking op de klinische zorgsetting.

Normering van de behandelgroepen

Voor de klinische setting is er sprake van een drietal dominante stoornissen (geclassificeerd als hoofddiagnose):

- Aan een middel gebonden stoornissen;
- Schizofrenie en andere psychotische stoornissen;
- Persoonlijkeitsstoornissen;
- Overige 7 stoornissen.

De eerste drie dominante stoornissen nemen gemiddeld circa driekwart van de totale populatie voor hun rekening. De overige zeven stoornissen nemen het resterende kwart voor hun rekening.

Wat betreft gemiddelde behandelduur en dagbesteding zijn de stoornissen 'aan een middel gebonden stoornissen' en 'persoonlijkeitsstoornissen' vergelijkbaar. De stoornis 'schizofrenie' wijkt qua behandelduur duidelijk naar beneden af. Op grond van de beperkte spreiding en behandelduur en het relatieve belang van de overige stoornissen in de totale populatie zijn deze samengevoegd tot één groep.

De volgende groepen zijn daarom gedefinieerd voor de normering:

- Aan een middel gebonden stoornis / persoonlijkheidsstoornis;
- Schizofrenie;
- Overige stoornissen.

Voor de drie verschillende groepen stoornissen zijn onderstaande normen vastgesteld voor behandeling en dagbesteding. Voor zowel behandeling als dagbesteding is de bovengrens ten opzichte van het gemiddelde zodanig bepaald dat 80% van de patiënten (op instellingsniveau) binnen deze norm valt.

	maximale behandelduur per dag	gemiddeld tarief behandeling	maximale duur dagbesteding per dag	gemiddeld tarief dagbesteding
Groepen stoornissen - OFZ				
aan een middel / persoonlijkheid'	1,44 €	127,37	1,21 €	30,10
overige stoornissen'	1,31 €	128,18	1,60 €	30,10
schizofrenie'	1,20 €	139,44	1,47 €	30,10
Groepen stoornissen - tbs				
aan een middel / persoonlijkheid'	1,37 €	127,37	1,90 €	30,10
overige stoornissen'	1,24 €	128,18	1,82 €	30,10
schizofrenie'	0,89 €	139,44	1,52 €	30,10

Tabel 5: Behandel- en dagbesteding normen.

Compenseren overschrijding/onderschrijding van normen:

Teneinde de FZ-aanbieders ruimte te geven in hun aanpak te kunnen schuiven tussen behandeling en dagbesteding mag een eventuele overschrijding op behandeling worden gecompenseerd met een eventueel onderschrijding op dagbesteding en omgekeerd. Dit kan op het niveau van de (groep van) stoornissen. Het (resterende) aantal uren behandeling en/of dagbesteding boven de norm moet worden terugbetaald aan DJI.

Hoe wordt de afrekening bepaald?

De formule is als volgt:

$$\text{uurtarief} * (\text{norm uren} - \text{realisatie uren}) = \text{afrekenbedrag}$$

Het uurtarief behandeling is berekend door het tarief van een range te delen door het gemiddelde aantal minuten van de range en deze prijs per minuut te vermenigvuldigen met 60. Deze uurtarieven van alle minutenranges per stoornis worden gemiddeld om te komen tot drie gemiddelde uurtarieven. Deze worden toegepast in de formule voor de afrekening.

Voorbeeld berekening uurtarief:

In onderstaande tabel is als voorbeeld de berekening van het uurtarief behandeling voor schizofrenie uitgewerkt.

Min. Minuut	Max. minuut	Gem. minuut	Tarief	Tarief / minuut	Tarief / uur
250	799	525	€ 1.396,40	€ 2,66	€ 159,59
800	1.799	1.300	€ 3.363,77	€ 2,59	€ 155,25
1.800	2.999	2.400	€ 5.609,79	€ 2,34	€ 140,24
3.000	5.999	4.500	€ 10.060,27	€ 2,24	€ 134,14
6.000	11.999	9.000	€ 19.425,08	€ 2,16	€ 129,50
12.000	17.999	15.000	€ 33.486,88	€ 2,23	€ 133,95
18.000	23.999	21.000	€ 47.548,68	€ 2,26	€ 135,85
24.000	29.999	27.000	€ 61.610,48	€ 2,28	€ 136,91
30.000	59.999	45.000	€ 97.125,42	€ 2,16	€ 129,50
Tarief gemiddeld					€ 139,44

Tabel 6: Voorbeeld uurtarief Schizofrenie

Voorbeeld compensatie:

Stel we hebben een OFZ-aanbieder die de stoornis 'Schizofrenie' behandelt.

Totaal aantal dagen: 1.000

Aantal uren behandeling: 1.150

Norm uren behandeling (per dag): 1,2

Norm uren behandeling (totaal): $1,2 * 1.000 = 1.200$

Uurtarief behandeling: €100 (fictief uurtarief)

Aantal uren dagbesteding: 1.600

Norm uren dagbesteding (per dag): 1,47

Norm uren dagbesteding (totaal): $1,47 * 1000 = 1.470$

Uurtarief dagbesteding: €50,- (fictief uurtarief)

De norm voor dagbesteding is overschreden en voor dagbesteding dient te worden terugbetaald.

$$€50 * (1.470 - 1.600) = -€ 6.500$$

Omdat bij behandeling dezelfde stoornis beneden de norm is gebleven mag gecompenseerd worden:

$$€100 * (1.200 - 1.150) = €5.000$$

De totale afrekening bedraagt: $-€6.500 + €5.000 = -€1.500$

Compenseren tussen (groep van) stoornissen:

Compensatie van bijvoorbeeld een overschrijding van de behandelnorm en een onderschrijding van de dagbesteding norm kan alleen tussen de (groep van) stoornis(sen) gedaan worden. Dus een overschrijding van de behandelgroep 'aan een middel / persoonlijkheid' (OFZ) kan alleen gecompenseerd worden met de onderschrijding op dagbesteding behorende tot de groep 'aan een middel / persoonlijkheid' (OFZ). Hierbij wordt wel onderscheid gemaakt tussen OFZ en tbs.

Is er tijd om deze aanpassingen te verwerken?³

Zorgaanbieders krijgen de mogelijkheid zich aan te passen aan de gewijzigde situatie zonder dat sprake is van een onevenredige financiële impact. Daarom bedraagt in het eerste jaar (2021) van invoering van het doelmatigheidsinstrument voor behandeling en dagbesteding de afrekening 35% (korting 65%) van het bedrag dat op grond van de normering is bepaald. In het tweede jaar (2022) bedraagt dit 70% (korting 30%). Na het tweede jaar vindt afrekening plaats tegen 100%.

³ In relatie met het zorgprestatie-model wordt dit stuk nog herzien.