



ZORG PRESTATIE MODEL GGZ & FZ

Plan van aanpak (definitief)

september 2019



Inhoudsopgave

- Inleiding
- Organisatie
- Opdracht
- Planning
- Communicatie
- Bijlage 1 | Advies NZa
- Bijlage 2 | Kabinetsreactie

Aanleiding

Partijen moeten voorbereidingen treffen voor de invoering van het zorgprestatie model, de nieuwe bekostiging in de gespecialiseerde ggz (g-ggz), de forensische zorg (fz) en de generalistische basis ggz (gb-ggz) per 2022. Om een zorgvuldige invoering van het zorgprestatie model mogelijk te maken zal in 2019 en 2020 de bekostiging verder worden uitgewerkt en de implementatie worden voorbereid. Een macro-impactanalyse door de NZa maakt hier onderdeel van uit. In de maanden januari t/m mei 2021 kunnen zorgaanbieders de effecten van het zorgprestatie model voor de eigen praktijk of instelling met eigen data simuleren. Dit stelt hen in staat om nog datzelfde jaar de bedrijfsvoering aan te passen op de nieuwe bekostiging en hierover tijdig afspraken te maken met de zorgverzekeraars.

Per 1 juni 2019 is een programma gestart waarin veldpartijen samenwerken aan de verdere uitwerking en implementatie van het zorgprestatie model én aan de verdere ontwikkeling van de zorgvraagtypering: het programma zorgprestatie model ggz en fz. Herijking van de tarieven is de verantwoordelijkheid van de Nederlandse Zorgautoriteit en valt buiten de scope van het programma.

Doelstelling

Het doel van het programma zorgprestatie model ggz en fz is drieledig:

- Doorontwikkelen van het zorgprestatie model;
- Voorbereiden van de sectorbrede implementatie in de g-ggz, fz en gb-ggz per 2022;
- Inhoudelijk doorontwikkelen van de zorgvraagtypering en het uitwerken van een implementatiepad.

Het advies 'zorgprestatie model ggz en fz' van de NZa ([bijlage 1](#)) en de kabinetsreactie hierop ([bijlage 2](#)) vormen de inhoudelijke basis voor het programma. De tot nu toe gemaakte afspraken en mijlpalen voor de implementatie (hoofdstuk 7 van het advies van de NZa) zijn het vertrekpunt.

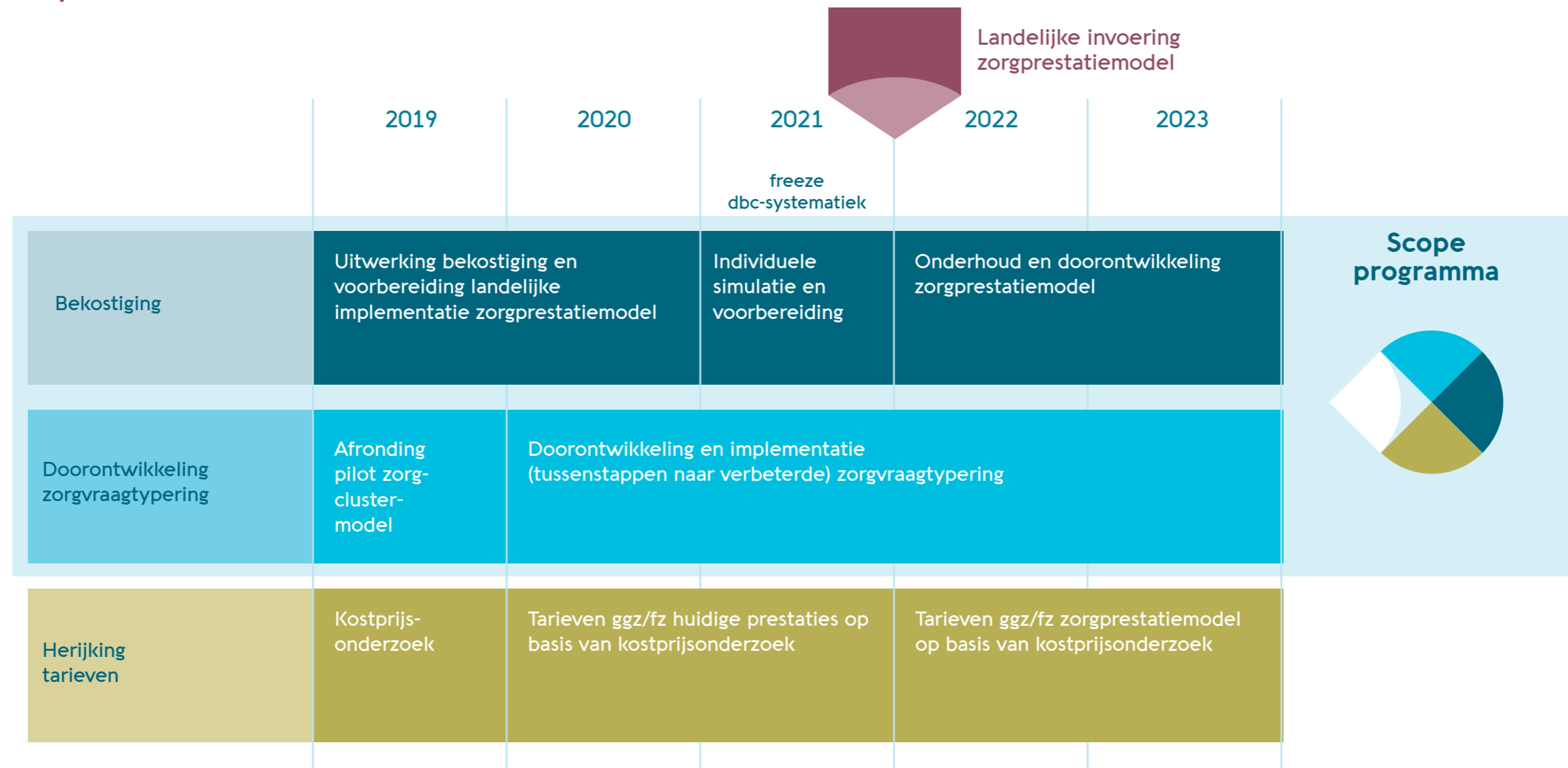
Er is een aanwijzing nodig van de Staatsecretaris om de nieuwe bekostiging in te kunnen voeren.

Leeswijzer

Dit programmaplan wordt [ingeleid](#) door een korte beschrijving van het advies 'zorgprestatie model ggz en fz' van de NZa en de kabinetsreactie. Daarna beschrijven wij de [organisatie](#) van het programma, met daarin opgenomen hoe de verschillende overlegorganen zich tot elkaar verhouden. In het hoofdstuk [Opdracht](#) is de programma-opdracht uitgewerkt. De deelopdrachten van de werkgroepen dragen bij aan het realiseren van deze opdracht. Het hoofdstuk [Planning](#) beschrijft de masterplanning van het programma. Het hoofdstuk [Communicatie](#) beschrijft de interne en externe communicatie van het programma.

Inleiding

Scope



Bron: NZa, advies zorgprestatie model ggz en fz

Advies zorgprestatie model ggz en fz

Met het zorgprestatie model wordt afscheid genomen van de dbc's en zzp's in de g-ggz, de dbbc's in de fz en de prestaties in de gb-ggz.

Dit is beschreven in het advies 'zorgprestatie model ggz en fz' dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in mei 2019 heeft uitgebracht aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en aan het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV).

Dit advies wordt onderschreven door de volgende partijen:

- Dienst Justitiële Inrichtingen
- GGZ Nederland
- Landelijke vereniging van vrijgevestigde psychologen & psychotherapeuten
- Nederlandse Federatie van UMC's
- Nederlands Instituut van Psychologen
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland
- MIND
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- MeerGGZ

In de komende jaren gaan deze partijen en de NZa het zorgprestatie model verder ontwikkelen en implementeren.

Advies zorgprestatie model ggz en fz



Eenvoud en transparantie

Het zorgprestatie model wordt gekenmerkt door eenvoud en transparantie over de geleverde zorg. De zorgprestaties zijn herkenbaar en controleerbaar voor de patiënt en de tarieven van de zorgprestaties sluiten aan bij de behandelinzet van de zorgverlener en bij de behandelsetting. De administratieve lasten gaan structureel omlaag, omdat de minutenregistratie niet meer nodig is. Bij dit eenvoudige model zal ook een eenvoudige en duidelijke set aan declaratieregels worden opgesteld.

Het zorgprestatie model geeft veel sneller inzicht in zorguitgaven, omdat prestaties zijn gekoppeld aan een dag in plaats van aan een zorgtraject van 365 dagen. Dit zorgt er ook voor dat het schadebegrip van zorgverzekeraars en het omzetbegrip van zorgaanbieders veel beter op elkaar aansluiten. Verder komt er met het zorgprestatie model eenheid in de bekostiging van de ggz en fz. Zo vervallen de bekostigingsschotten tussen jaar 1 (dbc's) en jaar 2 en 3 (zpz's) van de g-ggz en de gb-ggz.

Bij het inrichten van het zorgprestatie model zal worden gezocht naar efficiënte administratieve processen en een goede inrichting van systemen. Het zorgprestatie model geeft ook ruimte voor het toevoegen van elementen die de zorgvraag typeren. Naast het vormgeven van de nieuwe bekostiging werken partijen dan ook samen aan een betere zorgvraagtypering.

Ontwerpcriteria zorgprestatie model



Kabinetsreactie op advies zorgprestatie model ggz en fz

De staatssecretaris van VWS heeft, mede namens de minister voor Rechtsbescherming, in de kabinetsreactie aan de Tweede Kamer laten weten dat hij van plan is het advies van de NZa over te nemen onder de voorwaarde dat de uitwerking een aantal aannames zal bevestigen. De uitwerking van zorgprestatie model en zorgvraagtypering moet er wel toe leiden, dat de doelen van het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2019-2022 en van de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018-2021 worden gerealiseerd. Ook moeten eerder afgesproken **criteria** worden betrokken.

De brief vraagt daarom expliciete aandacht voor de 'prikkelwerking' van het zorgprestatie model. Ongewenste financiële gedragsprikkel moeten in het nieuwe model zo veel mogelijk worden voorkomen en doelmatigheid moet worden gestimuleerd. Verder moet het model een passende vergoeding mogelijk maken voor zorg aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening.

Als onderdeel van de ontwerpcriteria 2 en 9 zal daarom worden meegenomen:

- Het zorgprestatie model bevat, in vergelijking met het huidige bekostigingssysteem, betere prikkels voor doelmatige zorg en aantoonbaar minder averechtse financiële gedragsprikkel: meer dan de huidige bekostiging stimuleert het doelmatige zorg en het bevat zo min mogelijk prikkels tot calculerend declareren.
- Het zorgprestatie model faciliteert vergoeding op maat voor behandeling van ernstige psychiatrische aandoeningen.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
1544338-192343-CZ

Bijlage(n)
-

Uw brief

Datum 2 juli 2019
Betreft Reactie op het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit over de bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Geachte voorzitter,

Op 20 mei bood ik u het "Advies Zorgprestatie model ggz en fz" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan, dat gaat over de bekostiging van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) (Kamerstuk 25 424, nr. 460). Ik kondigde daarbij aan u uiterlijk voor de zomer mijn reactie op dat advies te sturen. Hierbij doe ik dat, mede namens de minister voor Rechtsbescherming.

Ik dank de NZa voor het opstellen van dit advies. Ik ben van plan dit advies van de NZa over het Zorgprestatie model over te nemen onder de voorwaarde dat bij de uitwerking van het model een aantal zaken wordt bevestigd die ik verderop in deze brief zal toelichten.

De NZa adviseert per 2022 een nieuwe bekostiging in de ggz en fz in te voeren, het zogenaamde Zorgprestatie model. Daarbij wil de NZa de jaren 2019 en 2020 voorbereidingsjaren laten zijn en 2021 een simulatiejaar, waarin elke zorgaanbieder de mogelijkheid krijgt (op basis van vrijwilligheid) de impact van het Zorgprestatie model voor de eigen praktijk of instelling in kaart te brengen.

De NZa adviseert met het Zorgprestatie model om af te stappen van het minutentijdschrijfsysteem dat kenmerkend is voor de huidige bekostiging. De NZa licht in het advies toe dat met het Zorgprestatie model een vereenvoudiging van het bekostigingssysteem, een vermindering van de administratieve lasten en een aanzienlijke versnelling van de informatievoorziening over zorgkosten en -gebruik kan worden gerealiseerd. Dit zijn doelen die eerder vanuit het kabinet zijn gesteld en in het 'Bestuurlijk Akkoord Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) 2019-2022' (verder in deze brief aangeduid als Hoofdlijnenakkoord GGZ) en de 'Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018-2021' zijn overeengekomen. Een aantal andere effecten van het Zorgprestatie model moet nog in beeld worden gebracht bij de verdere uitwerking. De NZa gaat deze uitwerking de komende maanden samen met partijen ter hand nemen.

Pagina 1 van 7

Algemeen

De formele opdrachtgever van het programma is het Bestuurlijk Overleg hoofdlijnenakkoord (BO HLA). Het BO HLA stelt de benodigde middelen ter beschikking uit de kwaliteitsgelden GGZ. Het BO HLA delegeert het opdrachtgeverschap via een [programma-opdracht](#) aan de Bestuurlijke commissie zorgprestatiemodel. De Bestuurlijke Commissie is de gedelegeerd opdrachtgever van het programma. Eventuele wijzigingen in de programma-opdracht worden besproken in het BO HLA.

Het Programmteam is de spil van dit landelijke traject. Het Programmteam voert de programma-opdracht uit, door:

- Uitvoering te geven aan dit programmaplan;
- Te sturen op basis van de integrale programmaplan;
- Deelopdrachten te formuleren en op elkaar af te stemmen;
- Werkgroepen in te richten en op te heffen;
- Eindvoorstellen te formuleren, mede op basis van de werkgroepresultaten;
- Te monitoren of de beoogde doelen worden behaald en hierover te rapporteren.

Eindvoorstellen van het Programmteam worden besproken in de Bestuurlijke commissie zorgprestatiemodel. De Bestuurlijke commissie formuleert gezamenlijke bestuurlijke eindadviezen en legt die (volgens de indeling in de afbeelding hieronder) voor besluitvorming voor aan:

- Bestuurlijk Overleg hoofdlijnenakkoord, of;
- Bestuur NZa. De NZa besluit na raadpleging van het eigen bestuurlijke overleg (BO NZa).

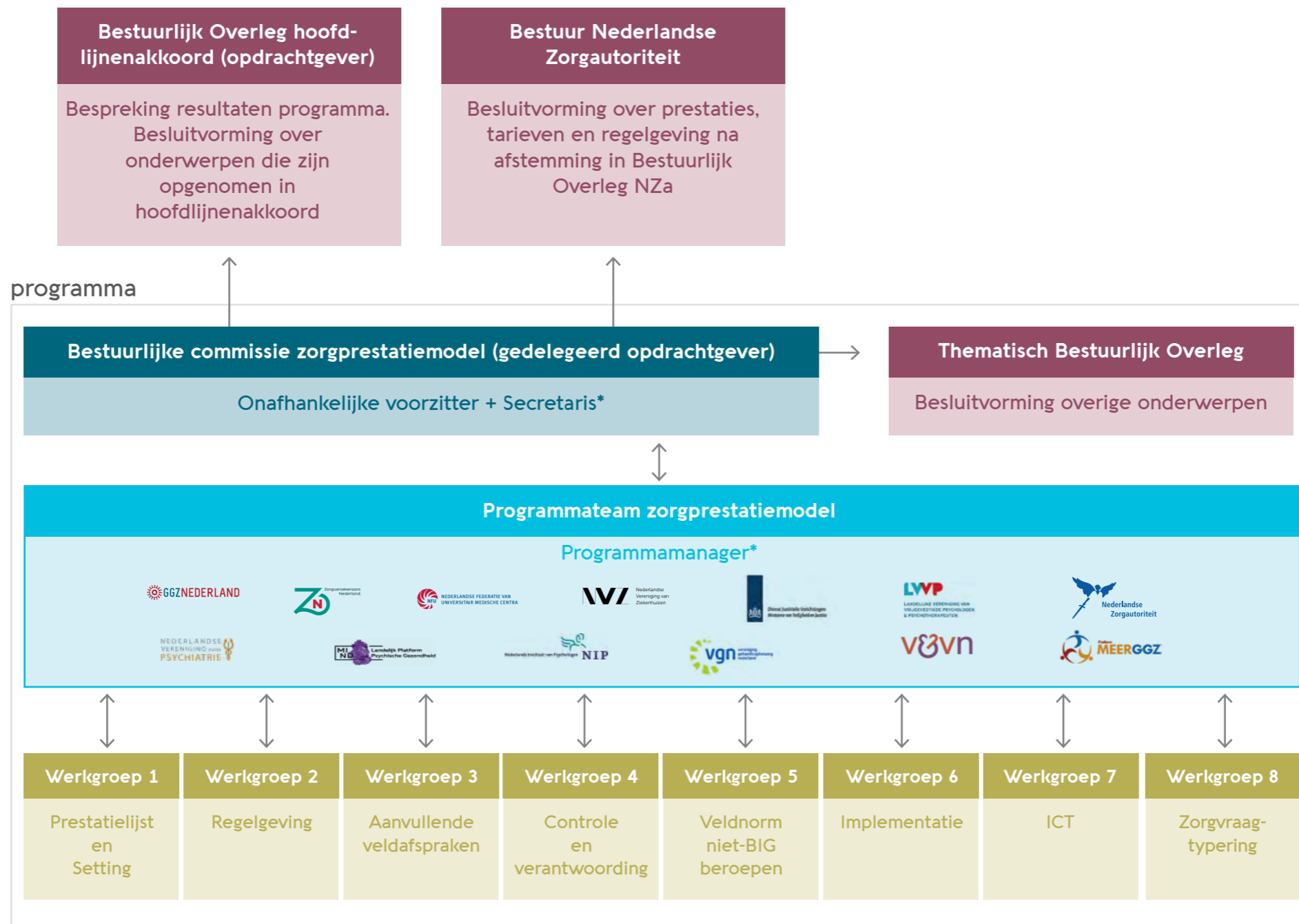
De Bestuurlijke commissie kan ook een Thematisch Bestuurlijk Overleg (T BO) inplannen met de bij het onderwerp betrokken partijen. Het T BO kan besluiten nemen over onderwerpen die niet bij het BO HLA of bij de NZa zijn belegd.

De Bestuurlijke commissie rapporteert elk kwartaal aan het BO HLA over de voortgang en de resultaten van het programma.

BO HLA	Bestuur NZa	T BO
<ul style="list-style-type: none">• Doelen en governance veldnormen• Macro budgettair kader• Regeldruk algemeen• Contractering• Gepast Gebruik• Toegankelijkheid en wachttijden• Arbeidsmarkt• Zorgvraagtypering	<ul style="list-style-type: none">• Prestaties, setting en tarieven• Regelgeving• Prikkel• Regeldruk NZa regelgeving• Toezicht en handhaving• Simulatieformats• Impactanalyse• Overgangsregime• Toets ontwerpcriteria	<ul style="list-style-type: none">• Aanvullende veldafspraken• Inhoud veldnormen*• Implementatie• Controle en verantwoording• EI-standaarden en ICT <p><i>* Waar besluitvorming over inhoud veldnormen plaatsvindt is nog onderwerp van bespreking in het BO HLA</i></p>

Organisatie

Organogram



* Secretaris (in de bestuurlijke commissie) is dezelfde persoon als de programmamanager (in het Programmteam).

Bestuurlijke commissie zorgprestatie model

De bestuurlijke commissie is de gedelegeerd opdrachtgever van het programma. De volgende partijen worden vertegenwoordigd door een bestuurder (uit de achterban) en een directeur/verantwoordelijk manager van het bureau als secondant:

1. Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)
2. GGZ Nederland (GGZN)
3. Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten (LVVP)
4. Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) /Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
5. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
6. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
7. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Eindvoorstellen van het Programmateam worden besproken in de Bestuurlijke commissie zorgprestatie model, die hierover gezamenlijk bestuurlijk eindadviezen formuleert. Deze eindadviezen worden, afhankelijk van het onderwerp (zie figuur op pagina 11), ter besluitvorming elders voorgelegd.

Indien de bestuurlijke commissie een wijziging aanbrengt in de eindresultaten zoals voorgelegd door het Programmateam, zullen deze wijzigingen eerst ter afstemming worden teruggelegd bij het Programmateam voordat de Bestuurlijke commissie een definitief gezamenlijk bestuurlijk eindadvies formuleert.

De partijen die geen onderdeel zijn van de bestuurlijke commissie kunnen waar nodig hun inbreng geven via één van de leden van de bestuurlijke commissie. Ook kan de bestuurlijke commissie een veldpartij uitnodigen voor de bespreking van een specifiek onderwerp.

Leden Bestuurlijke commissie zorgprestatie model

		Secondanten
Hein Abeln (voorzitter)	Programma	-
Jos Brinkmann	GGZN	Marijke Verbeek
Cornelis Jan Diepeveen (secretaris)	Programma	-
Goof van Gemert	DJI	-
Jean Paul van Haarlem	ZN	Wout Adema
Hans Kamsma	LVVP	Judith Veenendaal
Josefien Kursten	NZa	Vincent Pelgröm
Carla Hagestein	NVvP	Noortje Sax
Henk Snapper	NVZ/NFU	Kor Noorlag

Organisatie

Programmamanagement

Het programmamanagement en de programmaondersteuning worden verzorgd door Zorgmarkten. Zorgmarkten is een bureau voor consultancy en interim-management op het gebied van organisatie, regulering en financiering van de zorg.

Het programmamanagement en de programmaondersteuning faciliteren het behalen van de doelen van zowel het programma-team als de werkgroepen. Het programmamanagement coördineert de processen, stuurt op basis van een integrale programmaplaning en bewaakt de gestelde kaders. Het programmamanagement bevordert samenwerking en coördineert de gezamenlijke communicatie. Het programmamanagement zorgt voor structurele informatievoorziening aan het ministerie van VWS.



Cornelis Jan Diepeveen

Programmamanager,
secretaris bestuurlijke commissie



Fred Landwaart

Reguleringsexpert/jurist



Rosalie de Ruiter

Programmaondersteuner



Hein Abeln

Voorzitter bestuurlijke commissie

Programmteam zorgprestatiemodel

Het Programmteam geeft invulling aan het doel van het programma op basis van programma-opdracht.

Deelnemende partijen in het Programmteam:

1. Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)
2. GGZ Nederland (GGZN)
3. Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten (LVVP)
4. MeerGGZ
5. MIND
6. Nederlandse Federatie van UMC's (NFU)
7. Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
8. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
9. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
10. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
11. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
12. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (VenVN)
13. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

De bovengenoemde partijen bepalen wie namens hen deelneemt aan het Programmteam.

Om de besprekingen in het Programmteam zo effectief en constructief mogelijk te laten verlopen, worden door het Programmteam werkgroepen ingericht (en weer opgeheven) die specifieke onderwerpen voorbereiden en gezamenlijke voorstellen inbrengen in het programma.

Het Programmteam definieert de opdracht voor de werkgroepen. Een werkgroep levert haar uitkomsten/voorstellen op aan het Programmteam. Wanneer het Programmteam wijzigingen aanbrengt wordt dit ter afstemming nog teruggelegd bij de betreffende werkgroep. Na de afstemming is het aan het Programmteam de uitkomst/voorstellen van de werkgroep definitief te maken en deze als eindresultaat/eindvoorstel voor te leggen aan de bestuurlijke commissie.

Leden Programmameteam zorgprestatie-model

Naam	Namens	Organisatie
Marjet van Baggum	VGN	De Borg / Fivoor
Marga Bijma	V&VN	GGz Praktijk
Richard Boxem	NZa	NZa
Carolien van Bracht	GGZN	GGZN
Cornelis Jan Diepeveen	Programma	Programma
Mirjam Galema	DJI	DJI
Patrick Groenenwegen	V&VN	V&VN
Alie Heirman	ZN	Menzis
Han Huizinga	VGN	VGN
Guus Janssen	NFU	UMCG
Lemke Klasing	GGZN	Parnassia
Jitse Kok	ZN	Zilveren Kruis
Jasper van Kuik	ZN	ZN
Fred Landwaart	Programma	Programma
Hanneke Lens	GGZN	Van Mesdag
Robert Nieuwenhuize	DJI	DJI
Dick Nieuwpoort	LVVP	LVVP
Ilse Pastoors	ZN	ONVZ
Vincent Pelgröm	NZa	NZa
Jan Plass	NVZ	NVZ
Jaap van de Rijst	ZN	ZN
Marilon Roelofs	NVvP	NVvP
Rosalie de Ruiter	Programma	Programma
Noortje Sax	NVvP	NVvP
Matt Schillings	NIP	NIP
Hanneke Schoenmakers	ZN	VGZ
Claudio Slippens	DJI	DJI
Bas van de Steeg	MeerGGZ	Silver Psychologie
Menno Tusschenbroek	MIND	MIND
Arjen Vasen	NZa	NZa
Judith Veenendaal	LVVP	LVVP
Elly Witsenboer	NFU	UMCG

Programma-opdracht

Werk het advies 'zorgprestatie model ggz en fz' verder uit tot een bruikbaar bekostigingsmodel voor de ggz en fz, binnen de contouren van de kabinetsreactie op dit advies. Bereid de invoering van het zorgprestatie model per 2022 voor.

Meer specifiek betekent dit:

- Definieer en beschrijf zorgprestaties met een indeling in behandelsettings;
- Beschrijf hoe het zorgprestatie model de betaalbaarheid en toegankelijk van de zorg bevordert;
- Onderbouw dat en hoe ongewenste financiële gedragsprikkelers ten opzichte van de huidige bekostiging (aantoonbaar) afnemen en hoe nieuwe in het zorgprestatie model zo veel mogelijk zijn voorkomen;
- Faciliteer daarbij vergoeding op maat voor zorg aan personen met een ernstige psychiatrische aandoening;
- Stel eenvoudige en duidelijke registratieregels, declaratieregels en informatieverplichtingen op die fraudebestendig zijn en administratieve lasten zoveel mogelijk beperken;
- Definieer waar nodig aanvullende veldafspraken, bijvoorbeeld over hoe de beschikbare zorg het beste kan worden ingezet;
- Ontwikkel een uniform controle- en verantwoordingsarrangement in lijn met het gedachtegoed van Horizontaal Toezicht;
- Bepaal aan de hand van de nog te ontwikkelen veldnorm welke beroepen niet-regiebehandelaar declarabele consulten mogen registreren;
- Begeleid de implementatie van het zorgprestatie model. Stel daarvoor een plan op, laat een impactanalyse uitvoeren en stel tools beschikbaar voor de simulatie;

- Laat functionele specificaties en EI-standaarden ontwikkelen door de daarvoor bestaande structuren;
- Ontwikkel een verbeterde zorgvraagtypering voor de ggz en fz. Interpreteer de uitkomsten van de pilot met het zorgclustermodel; evalueer of het zorgclustermodel bruikbaar is voor de zorgvraagtypering. Bepaal welke stappen wanneer nodig zijn om een zorgvraagtypering in te voeren.

Werkgroepen

Zorgprestatie model

- Werkgroep 1: Prestatielijst en setting
- Werkgroep 2: Regelgeving

Veldafspraken

- Werkgroep 3: Aanvullende veldafspraken
- Werkgroep 4: Controle en verantwoording
- Werkgroep 5: Veldnorm beroepen niet regie-behandelaar

Implementatie

- Werkgroep 6: Implementatie
- Werkgroep 7: ICT

Zorgvraagtypering

- Werkgroep 8: Zorgvraagtypering

Werkgroep 1: Prestatielijst en setting

Inleiding

Het zorgprestatie model is een vorm van prestatiebekostiging op basis van activiteiten en verblijfsdagen. Het model gaat uit van vier typen prestaties: consulten, verblijfsprestaties, toeslagen en overige prestaties. De lijst met prestaties ('zorgprestatielijst') moet nog worden afgerond.

In het advies is ook opgenomen dat in de nieuwe bekostiging een onderscheid gemaakt kan worden naar de 'behandelsetting' waarin zorg wordt geleverd. Die kan immers van grote invloed zijn op het kostenbeslag. Onder behandelsetting verstaan we het onderscheid tussen vormen van zorg op basis van benodigde infrastructuur, inzet van verschillende disciplines of inzet van methodieken. In de praktijk zal dit verband houden met de plaats waar de zorg aan een patiënt geleverd wordt. De indeling naar behandelsettings moet onderbouwd worden met functioneel omschreven criteria geënt op een wezenlijk ander kostenbeslag. Hiervoor is nodig dat er toetsbare functionele omschrijvingen komen van deze verschillende behandelsettings. Er zal naar verwachting ook in het lopende kostprijs-onderzoek een verschil in kostenbeslag zichtbaar worden. De verrijking van de nieuwe bekostiging met een onderscheid naar setting draagt bij aan reëlere beprijzing van zorg en biedt handvatten voor het gesprek over gepast gebruik; tarifiering op zichzelf is dan geen reden meer om af te zien van een contract met de zorgverzekeraar. Het streven is om een beperkt aantal

settings (3 - 5) te definiëren. De vormgeving van de behandelsettings kan nog tot veranderingen leiden in de prestatielijst.

De kabinetsreactie op het advies vraagt uitdrukkelijk aandacht voor de prikkelwerking van het zorgprestatie model: toepassing van het model in de praktijk moet doelmatige zorg bevorderen, en de averechtse gedragsprikkelers zoals die in het huidige systeem moeten worden voorkomen. Dit moet worden meegenomen bij de uitwerking van het model. De staatssecretaris heeft de NZa daarom gevraagd de verbetering van inherente financiële gedragsprikkelers als ontwerpcriterium toe te voegen. Dit sluit aan bij de afspraken van het Hoofdlijnenakkoord. De staatssecretaris benadrukt daarnaast dat het nieuwe bekostigingsmodel een vergoeding op maat voor zorg aan personen met een ernstige psychiatrische aandoening mogelijk moet maken.

Zoals bij iedere stelselwijziging, kan de invoering van het zorgprestatie model gevolgen hebben voor de omzet van de individuele zorgaanbieder. De NZa zal een transitieprestatie vaststellen, zodat die gevolgen waar nodig kunnen worden gecorrigeerd door contractuele afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Werkgroep 1: Prestatielijst en setting

Opdracht

- Definieer een beperkt aantal behandelsettings die met reden een significant hoger kostenbeslag opleveren en stel daarvoor functionele omschrijvingen op;
- Onderbouw deze settings kwantitatief met resultaten van het kostprijsonderzoek en eventuele andere data;
- Onderzoek en beschrijf de financiële gedragsprikkelers die voor zorgaanbieders uitgaan van de zorgprestaties. Beschrijf hoe en in welke mate dit gedrag zich zal kunnen voordoen en wat daarvan de gevolgen zijn voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Vergelijk dit met de huidige bekostiging en ga na of het zorgprestatiemodel op dit punt een aantoonbare verbetering inhoudt;
- Stel mede op basis van de uitkomsten van de drie voorgaande deelopdrachten een definitieve lijst met prestaties op (de zorgprestatielijst), inclusief settings;
- Beschrijf hoe en wanneer een transitieprestatie zou moeten kunnen worden ingezet, en doe een voorstel voor de prestatiebeschrijving.

Planning

1 juni 2019 – 1 november 2019

Kartrekker

NZa

Werkgroep 1: Prestatielijst en setting

Naam	Namens	Organisatie
Ferdi Balk	NVvP	Haaglanden MC
Marga Bijma	V&VN	GGz Praktijk
Richard Boxem	NZa	NZa
Carolien van Bracht	GGZN	GGZN
Freek de Bruijn	GGZN	Arkin
Henk Buitenlaar	GGZN	Van Mesdag
Ilse van Esch	VGN	Ipse de Bruggen
Mirjam Galema	DJI	DJI
Guus Janssen	NFU	UMCG
Peter Kleinherenbrink	NFU	UMCU
Claudia de Koning	NFU	Erasmus
Jasper van Kuik	ZN	ZN
Jan Leijten	NVvP	Vrijgevestigde psychiater
Arianne Middelhoek	VGN	Wier / Fivoor
Carlijn Nieuwenhuis	NZa	NZa
Robert Nieuwenhuize	DJI	DJI
Siem Oostenbrink	GGZN	Altrecht
Vincent Pelgröm (voorzitter)	NZa	NZa
Femke van de Pol	ZN	CZ
Guido Reuvers	ZN	ZN
Michiel Schiffers	LVVP	LVVP
Matt Schillings	NIP	NIP
Erik Schoezetter	GGZN	Dimence
Marion Scholten	NVvP	GGZ NHN
Metten Somers	NVVP	UMC Utrecht
Arjen Zandstra	GGZN	GGZ Centraal

Werkgroep 2: Regelgeving

Inleiding

Bij een eenvoudige en hanteerbare prestatielijst hoort ook een eenvoudige en duidelijke set aan declaratieregels. Ons uitgangspunt bij het vormgeven van de nieuwe bekostiging is om de regelgeving vanaf '0' op te bouwen. De goede elementen uit bestaande regelgeving zullen wel meegenomen worden. De NZa zal alleen die registratie- en declaratieregels opnemen die noodzakelijk zijn voor een goede werking van het bekostigingssysteem. Daarmee borgen we dat het systeem eenvoudig en hanteerbaar blijft met zo laag mogelijke administratieve lasten. Zo vertaalt de eenvoud van de prestatielijst zich ook in eenvoudige en duidelijke regelgeving. Aanvullende wensen die niet in de regelgeving worden opgenomen, worden overgedragen aan de werkgroep 'aanvullende veld-afspraken'.

Regelgeving betreft ook de regels die zien op het toezicht door zorgverzekeraars. Ook deze regelgeving moet mogelijk aangepast worden ten behoeve van het zorgprestatie model. De werkgroep zal een Startdocument opstellen met daarin de uitgangspunten voor het opstellen van nieuwe regelgeving en de op te leveren producten. De producten betreffen in ieder geval:

- Informatiemodel ggz en fz;
- Beleidsregel en nadere regels;
- Tariefbeschikking;
- Beoordeling van de beleidsregel en nadere regel die ziet op het toezicht door zorgverzekeraars wat betreft de ggz.

Er is een wens om ook validatieregels op te stellen. Dit betreft een technische vertaling van de regelgeving t.b.v. de ICT-implementatie. Deze wens zal verder worden onderzocht.

Opdracht

Stel eenvoudige en duidelijke registratieregels, declaratieregels en informatieverplichtingen op die noodzakelijk zijn voor een goede werking van de bekostiging, die fraudebestendig zijn en die administratieve lasten zoveel mogelijk beperken.

Planning

1 juni 2019 - 1 december 2019

Kartrekker

NZa

Werkgroep 2: Regelgeving

Naam	Namens	Organisatie
Peter Beelen	ZN	Zilveren Kruis Willem
Gordeau	DJI	DJI
Michiel Hengeveld	NVvP	Vrijgevestigde psychiater
Job van Huizen	ZN	Zilveren Kruis
Koen Keijzer	GGZN	Arkin
Marcelle van der Kleij	GGZN	GGZ Centraal
Anne Kole	NIP	NIP
Jasper van Kuik	ZN	ZN
Sonja Kusters	GGZN	Parnassia Groep
Joost Lubbers	NIP	NIP
Sandra Morsch	GGZN	GGZ NHN
Vincent Pelgröm (voorzitter)	NZa	NZa
Ronald Raatgever	DJI	DJI
Ayla Stoelinga	NFU	LUMC
Arjen Vasen	NZa	NZa
Judith Veenendaal	LVVP	LVVP
David Veenhof	NZa	NZa
Esther Verver	GGZN	GGZN
Bas Visser	NFU	Amsterdam UMC
Elly Witsenboer	NFU	UMCG

Werkgroep 3: Aanvullende veldafspraken

Inleiding

Naast de regelgeving van de NZa willen veldpartijen mogelijk ook regels vastleggen in bijvoorbeeld een veldnorm of kwaliteitsrichtlijn. Een voorbeeld hiervan is het Kwaliteitsstatuut. De NZa zal immers alleen regels vastleggen die nodig zijn vanuit het perspectief van de bekostiging. Waar nodig kan een koppeling gelegd worden tussen regelgeving van de NZa en veldnormen/kwaliteitsrichtlijnen. Concreet betekent dit dat de NZa in regelgeving opneemt welke elementen zorgaanbieders moeten vastleggen, welke gegevens op de nota komen te staan en welke declaratievoorwaarden gelden.

Veldafspraken kunnen bijvoorbeeld gaan over:

- invulling van het regiebehandelaarschap en toepassing van het Kwaliteitsstatuut in relatie tot bekostiging;
- welke setting voor welke groep patiënten wordt ingezet;
- eenheid van taal in de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

De te ontwikkelen zorgvraagtypering en de te definiëren setting kunnen belangrijke handvatten zijn voor het maken van veldafspraken. De veldafspraken moeten toepasbaar zijn voor zowel inkoop als controle, en betrekking kunnen hebben op zowel instellingen als vrijgevestigden.

Verder kunnen aanpalende veldafspraken worden gemaakt over de toepassing van de transitieprestatie. Daarbij zal ook aandacht zijn voor de positie van de gecontracteerde vrijgevestigden, waarvoor veelal standaardcontracten beschikbaar zijn.

Opdracht

Het ontwikkelen van aanvullende veldafspraken.

Planning

1 november 2019 – 1 maart 2020

Kartrekker

N.t.b.

Werkgroep 3: Aanvullende veldafspraken

Naam	Namens	Organisatie
Marga Bijma	V&VN	GGz Praktijk
Carolien van Bracht	GGZN	GGZN
Jonathan Douma	VGN	Trajectum
Wouter Hoge	GGZN	Vincent van Gogh instituut
Nicole Houdijk	ZN	ZN
Sacha Jacobs	ZN	ZN
Jan Jongmans	ZN	Zilveren Kruis
Anne Kole	NIP	NIP
Anne Marie de Koter	GGZN	Pro Persona
Jasper van Kuik	ZN	ZN
Jan Leijten	NVvP	Vrijgevestigde psychiater
Joost Lubbers	NIP	NIP
Yvonne Moolenaar	GGZN	GGZN
Noortje Sax	NVvP	NVvP
Mirjam Stender	GGZN	Dimence
Arjen Vasen	NZa	NZa
Judith Veenendaal	LVVP	LVVP

Werkgroep 4: Controle en verantwoording

Inleiding

Parallel aan het opstellen van regelgeving en het definiëren van prestaties zal gestart worden met het opstellen van afspraken over controle en verantwoording. Hierbij is het streven om dit zoveel mogelijk aan de voorkant van het proces in te richten. Daarbij willen partijen aansluiten bij bestaande ontwikkelingen, zoals de transitie naar Horizontaal Toezicht en een meer proces- en systeemgerichte verantwoording (als vervanging van de achteraf-controles).

Wanneer rond 1 november prestaties en settings bekend zijn en rond 1 december de regelgeving, kan de vertaalslag naar een uniform controle- en verantwoordingsarrangement definitief worden gemaakt. Regelgeving zal zoveel mogelijk worden vertaald naar adequate beheersmaatregelen die bij voorkeur in de processen en/of systemen worden ingericht. Eventuele onduidelijkheden in de regelgeving worden teruggekoppeld naar de werkgroep Regelgeving. Het controle- en verantwoordingsarrangement omvat in ieder geval de mogelijke wijzen van verantwoording, de procesbeschrijvingen die daarbij horen, en zo mogelijk controleprotocollen.

Ook controleprotocollen en accountantsregels zullen worden aangepast op het zorgprestatiemodel. Over controleprotocollen en accountantsregels moet afstemming plaatsvinden met het Accountantsplatform Zorgverzekeraars (APZ), met de accountants

van zorgaanbieders (Coziek) en met de Auditdienst Rijk (ADR). In overleg met de landelijk partijen zal worden besproken of er aanpassingen nodig zijn in het landelijk raamwerk Horizontaal Toezicht of in de hulpproducten.

Opdracht

- Ontwikkel een uniform controle- en verantwoordingsarrangement bij het zorgprestatiemodel;
- Beschrijf de mogelijke wijzen van verantwoorden, stel procesbeschrijvingen op en zo mogelijk controleprotocollen;
- Sluit daarbij zoveel mogelijk aan op (de transitie naar) Horizontaal Toezicht en op proces- en systeemgerichte verantwoording;
- Zoek hierover afstemming met het APZ, Coziek en de ADR.

Planning

1 september 2019 – 1 maart 2020

Kartrekker

Professional zorgverzekeraar

Werkgroep 4: Controle en verantwoording

Naam	Namens	Organisatie
Rita van der Bend	GGZN	Parnassia Groep
Angela Blanken	GGZN	GGZN
Henk Buitendijk	GGZN	Rivierduinen
Marco van Duursen	NFU	Erasmus
Robin Grommen	ZN	Zilveren Kruis
Jan van der Heide	GGZN	VNN
Eitel Homan	ZN	DSW
Manon Hoogendoorn	VGN	Iperse de Bruggen
Sacha Jacobs	ZN	ZN
Anne Kole	NIP	NIP
Iwan Lo Fo Wong	DJI	DJI
Joost Lubbers	NIP	NIP
Dick Nieuwpoort	LVVP	LVVP
Stéphanie Brouwer - de Reus	ZN	VGZ
Carlijn Ritzen	NZa	NZa
Marilon Roelofs	NVvP	NVvP
Claudio Slippens	DJI	DJI
Esther Verver	GGZN	GGZN
Elly Witsenboer	NFU	UMCG

Werkgroep 5: Veldnorm beroepen niet regie-behandelaar

Inleiding

In de db(b)c-systematiek is er een beroepentabel die de basis vormt voor welke beroepsgroepen minuten mogen registreren. De db(b)c-beroepentabel kent echter veel vrijheidsgraden en doordat de tabel beroepen bevat die geen beschermde titel kennen en waarvoor er ook geen veldnorm bestaat, is dit geen goede basis voor gepast gebruik van zorg. De dbc-beroepentabel zal in de huidige vorm vervallen.

Voor een goed werkend zorgprestatie-model moet duidelijk zijn welke beroepen niet-regiebehandelaar een rol hebben in de zorgprestaties. Eenduidige regels, vergelijkbaar met die van het kwaliteitsstatuut over het regiebehandelaarschap, zijn gewenst. Partijen zijn in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord overeengekomen deze set van beroepen samen in te vullen. Duidelijkheid over welke beroepen niet-regiebehandelaar een erkende rol hebben in de zorgverlening, draagt bij aan het goede gesprek over gepaste en doelmatige zorg. En maakt ook duidelijk voor welke zorg consulten in rekening mogen worden gebracht.

Opdracht

- Beschrijf welke beroepen niet-regiebehandelaar een erkende rol hebben in de zorgverlening in de ggz en fz.
- Sluit waar mogelijk aan op lopende onderzoekstrajecten;
- Stem af met het Zorginstituut, bijvoorbeeld over de deponering van de veldnorm als standaard;
- Doe een voorstel voor welke beroepen niet-regiebehandelaar declarabele consulten mogen registreren.

Planning

Veldnorm beroepen niet regie-behandelaar:

1 juli 2019 – 1 maart 2020

Declarabele consulten registreren:

1 november 2019 – 1 mei 2020

Kartrekker

Inhoudelijk zorgprofessional (n.t.b.)

Werkgroep 5: Veldnorm beroepen niet regie-behandelaar

Naam	Namens	Organisatie
Maureen Biharie	DJI	DJI
Helma Blankman	DJI	DJI
Carolien van Bracht	GGZN	GGZN
Marjolein Hordijk	DJI	DJI
Nicole Houdijk	ZN	ZN
Joost Kamoschinski	NIP	P3NL
Jasper van Kuik	ZN	ZN
Dick Nieuwpoort	LVVP	LVVP
Marnix de Romph	NIP	P3NL
Matt Schillings	NIP	NIP
Leo Sparreboom	GGZN	VNN
Mirjam Stender	GGZN	Dimence
Petra Sterken	VGN	STEVIG / Dichterbij
David Veenhof	NZa	NZa
Peter van Zuidam	ZN	Zilveren Kruis

Werkgroep 6: Implementatie

Inleiding

In het advies worden 2019 en 2020 genoemd als voorbereidingsjaren, en 2021 als simulatiejaar. In de voorbereidingsjaren 2019 en 2020 zullen we de bekostiging verder ontwikkelen en bereiden we de implementatie voor. In januari - mei 2021, de simulatiefase, brengt elke zorgaanbieder de impact van het zorgprestatie model voor de eigen praktijk of instelling in kaart. De simulatieformats maken het mogelijk dit met de eigen productiedata van 2019 te doen.

Ook zal er een implementatieplan voor de invoering van het zorgprestatie model in de sector worden opgesteld. In dit plan zullen ook de onderlinge afhankelijkheden worden benoemd en zullen de kaders die voortkomen uit de verschillende werkgroepen bij elkaar worden gebracht en vertaald naar concrete implementatiestappen.

Een derde partij zal worden gevraagd het zorgprestatie model te toetsen aan de opgestelde ontwerpcriteria. Mochten hier bevindingen uit voort komen die aanpassing van regelgeving nodig maakt, kan dit verwerkt worden in de uitlevering van 1 oktober 2020. De timing van deze toets zal nog worden besproken met VWS.

Voor het simuleren van de financiële effecten van het zorgprestatie model zullen formats ontwikkeld worden. Omdat voor de simulatie de productstructuur 2019 wordt gebruikt, kunnen de formats in de loop van 2020 al worden opgesteld.

Opdracht

- Ontwikkel een implementatieplan voor de landelijke invoering van het zorgprestatie model.
- Formuleer een opdracht voor een derde partij die het zorgprestatie model toetst aan de opgestelde ontwerpcriteria.
- Ontwikkelen formats voor het simuleren op basis van productiedata over 2019.

Planning

- 1 juli 2019 - 1 januari 2020
- 1 januari 2020 - 1 maart 2020
- 1 juli 2020 - 1 januari 2021

Kartrekker

Professional zorginstelling

Werkgroep 6: Implementatie

Naam	Namens	Organisatie
Muriel Jansen	NZa	NZa
Sophie Koek	VGN	Fivoor
Jasper van Kuik	ZN	ZN
Marloes de Lange	NFU	UMCG
Martijn van Marle	ZN	CZ
Odilia Marpaung	DJI	DJI
Reinald van der Meer	GGZN	GGZ NHN
Alex Moleman	GGZN	GGZ Delfland
Jolanda Plessius	GGZN	GGZ Delfland
Jaap van de Rijst	ZN	ZN
Anne Wil Roza	GGZN	GGZN
Michiel Schiffers	LVVP	LVVP
Matt Schillings	NIP	NIP
Erik Schoezetter	GGZN	Dimence
Nihad Stocovic	DJI	DJI
Leanne Visser	NZa	NZa
Jeroen Vos	GGZN	Arq

Werkgroep 7: ICT

Inleiding

Functionele specificaties moeten tijdig bekend zijn, zodat softwareleveranciers (en daarmee zorgaanbieders) tijdig gereed zijn om het Zorgprestatiemodel te implementeren. Voor de declaratiestroom moeten EI-standaarden worden ontwikkeld. Belangrijk is om de ICT-organisaties van begin af aan te betrekken en structureel overleg te voeren met de ECD/EPD-leveranciers, Vecozo en Vektis. Hiervoor zal zoveel als mogelijk gebruik worden gemaakt van bestaande overleg- en ontwikkelstructuren.

Opdracht

Ontwikkel functionele specificaties die door de softwareleveranciers vertaald kunnen worden naar een eigen functioneel ontwerp en kunnen worden ingebouwd in de eigen software. Laat EI-standaarden ontwikkelen via de daarvoor bestaande structuren.

Planning

1 oktober 2019 - 1 april 2021

Kartrekker

N.t.b.

Werkgroep 7: ICT

Naam	Namens	Organisatie
Marcel Aarsman	DJI	DJI
Peter Beelen	ZN	Zilveren Kruis
Freek de Bruin	DJI	DJI
Muriel Jansen	NZa	NZa
Ronald Raatgever	DJI	DJI
Guido Reuvers	ZN	ZN
Marilon Roelofs	NVvP	NVvP
Anouk Roozen	DJI	DJI
Michiel Schiffers	LVVP	LVVP
Matt Schillings	NIP	NIP
Bert Snippe	ZN	VGZ
Carl de Wert	VGN	Fivoor

Aan deze werkgroep worden nog toegevoegd: vertegenwoordigers van ICT organisaties.

Werkgroep 8: Zorgvraagtypering

Inleiding

Partijen zijn voornemens het nieuwe bekostigingsmodel in de komende jaren te verrijken met elementen die de zorgvraag typeren of patiëntengroepen duiden. Deze verbetering van de zorgvraagtypering van patiënten is nodig om fundamentele stappen te zetten naar een nog betere klinische herkenbaarheid en meer sturing op gepaste en doelmatige zorg. Hierdoor ontstaat ook meer inzicht in de zorgvraagzwaarte van de patiënt en/of de patiëntkenmerken. Om hier dan op te kunnen sturen is de ontwikkeling van zorgstandaarden/kwaliteitsstandaarden, waarin is beschreven welke zorg past bij verschillende patiëntgroepen, essentieel.

Partijen committeren zich aan deze doorontwikkeling en zullen daarbij de input vanuit de pilots van het zorgclustermodel gebruiken. Partijen zien het zorgclustermodel, dat zorgaanbieders in de periode 2018-2019 in een pilot testen, nog altijd als een verder uit te werken richting voor de verbetering van de zorgvraagtypering.

Opdracht

Ontwikkel een verbeterde zorgvraagtypering voor de ggz en fz. Interpreteer de uitkomsten van de pilots en ontwikkel een routekaart met tijdsplan om deze zorgvraagtypering (of als dat nodig is: een alternatief scenario) te ontwikkelen en te implementeren. Laat daarbij zien hoe en wanneer de verbeterde zorgvraagtypering

gebruikt kan worden om de doelen uit het Hoofdlijnenakkoord met betrekking tot de ondersteuning van gepast gebruik te realiseren.

Deelopdrachten voor de eerste periode:

- Ontwikkel een gezamenlijke denkrichting ten aanzien van de manieren waarop een verbeterde zorgvraagtypering gebruikt kan worden om het doel uit het HLA (verbeterde ondersteuning van gepast gebruik) te realiseren.
- Kom met een tussenevaluatie op basis van de pilotdata en ontwikkel een routekaart met concrete vervolgstappen en een tijdsplan om te komen tot een bruikbare typering van de zorgvraag.
- Kom met een eindevaluatie van de pilot over zorgclustermodel en de bruikbaarheid van het model voor de zorgvraagtypering.
- Geef op basis van de eindevaluatie een (bijgestelde) visie op hoe en wanneer een verbeterde zorgvraagtypering gebruikt kan worden om het doel uit het HLA (verbeterde ondersteuning van gepast gebruik) te realiseren en stel daarvoor een implementatieplan met tijdsplan op.

Planning

Vanaf 1 juni 2019

- 1 juni 2019 – 1 september 2019
- 1 september 2019 – 1 november 2020
- 1 november 2019 – 1 april 2020
- 1 april 2020 – 1 juni 2020

Werkgroep 8: Zorgvraagtypering

Naam	Namens	Organisatie
Marga Bijma	V&VN	GGz Praktijk
Marc Blom	GGZN	Parnassia Groep
Guus van Bork	ZN	ZN
Richard Boxem	NZa	NZa
Carolien van Bracht	GGZN	GGZN
Debby Brink	ZN	VGZ
Jack Dekker	NIP	Arkin
Paul Felix	ZN	De Friesland
Mirjam Galema	DJI	DJI
Laurette Goedhard	VGN	Wier / Fivoor
Myriam Hafterkamp	NVvP	UMCG
Nicole Houdijk	ZN	ZN
Evelyn Klein Haneveld	DJI	DJI
Debora Korporaal	MIND	MIND
Hendrik Jan van der Lugt	DJI	DJI
Ronald Mann	NVvP	Vrijgevestigde psychotherapeut
Ria Mous	LVVP	Vrijgevestigde psycholoog
Udo Nabitz	NIP	Arkin
Robert Nieuwenhuize	DJI	DJI
Femke van de Pol	ZN	CZ
Ruud Rutten	GGZN	Tactus
Alexandra Sillen	LVVP	Vrijgevestigde psychotherapeut
Arjan Theil	GGZN	GGZ Centraal
Leanne Visser	NZa	NZa
Dirk Vlietstra	NVVP	Vrijgevestigde psychiater
Jeroen van Waarde	NVVP	Rijnstate
Mirjam Wigboldus	VGN	Trajectum

Samen werken aan samenwerken

Binnen het programma zorgprestatiemodel staat de samenwerking tussen alle betrokken partijen centraal. Werkgroepen gaan met een duidelijke opdracht aan de slag. De inhoud van het vraagstuk staat centraal en de inhoudelijke professional is aan zet. De werkgroepen zijn gehouden aan de opdracht en dienen rekening te houden met de masterplanning, maar hebben daarbinnen de ruimte om zelf te plannen en werkwijzen toe te passen. Waar nodig kunnen de werkgroepen gebruik maken van het programma-management. Ook is de programmaondersteuning beschikbaar voor het maken van verslagen, actielijsten of het organiseren van vergaderingen.

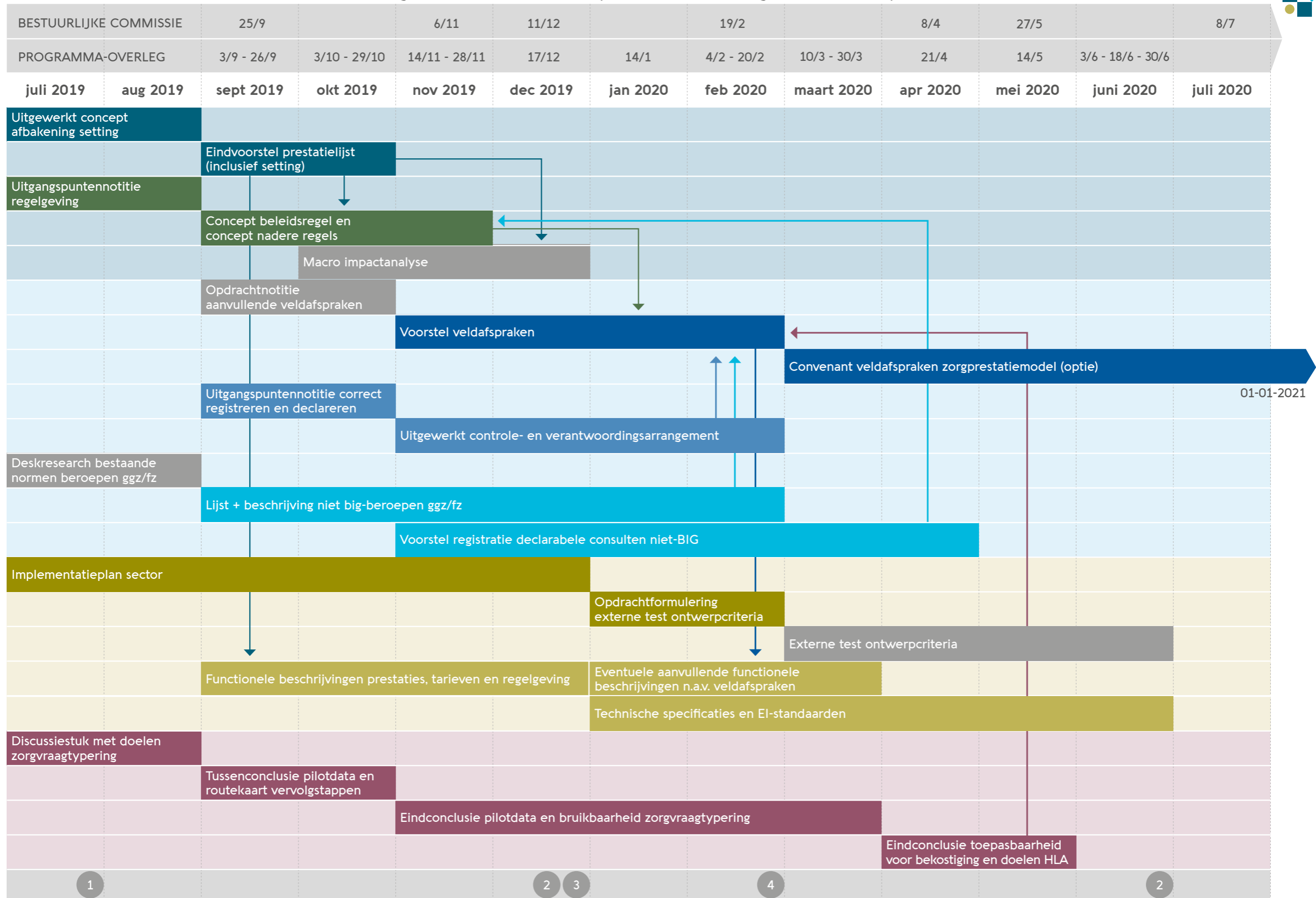
Het Programmateam komt twee keer per maand bijeen tijdens een heidag of in een programma-overleg. De heidagen zijn een belangrijke sleutel in het proces. Tijdens een heidag worden één of meerdere onderwerpen vanuit de werkgroepen geagendeerd. De leden van de werkgroepen waar onderwerpen van geagendeerd staan, zijn ook aanwezig tijdens zo'n heidag, zodat de voorstellen op een goede manier toegelicht kunnen worden. In het programma-overleg staat de algemene voortgang van het programma en de communicatie structureel op de agenda. Ook onderwerpen die meer te maken hebben met de organisatie van het programma of het voorlichten van de achterban worden hier geagendeerd. De bestuurlijke commissie is de gedelegeerd opdrachtgever van het programma en komt ongeveer elke 6 weken bijeen.

Toelichting op masterplanning

Op de volgende pagina is een masterplanning weergegeven. Daarin zijn concrete producten opgenomen die het programma oplevert. Per product geldt dat de einddatum in de masterplanning de uiterste opleverdatum is aan het Programmateam. In de masterplanning zijn ook de data weergegeven waarop het Programmateam bijeen zal komen, zodat duidelijk is in welke vergadering een bepaald eindproduct besproken kan worden. Ditzelfde geldt voor de bestuurlijke commissie. Het programmamanagement stuurt op basis van deze planning. Zo nodig zal gedurende het programma de masterplanning herijkt worden in samenspraak met het programmateam en de bestuurlijke commissie. Om te reflecteren op successen, voortgang, risico's en (gewijzigde) omstandigheden zijn een aantal evaluatiemomenten ingepland.

Masterplanning (1)

● Programmteam
 ● Prestatielijst en setting
 ● Regelgeving
 ● Aanvullende veldafspraken
 ● Controle en verantwoording
 ● Veldnorm niet-BIG beroepen
 ● Implementatie
 ● ICT
 ● Zorgvraagtypering



01-01-2021

1

2

3

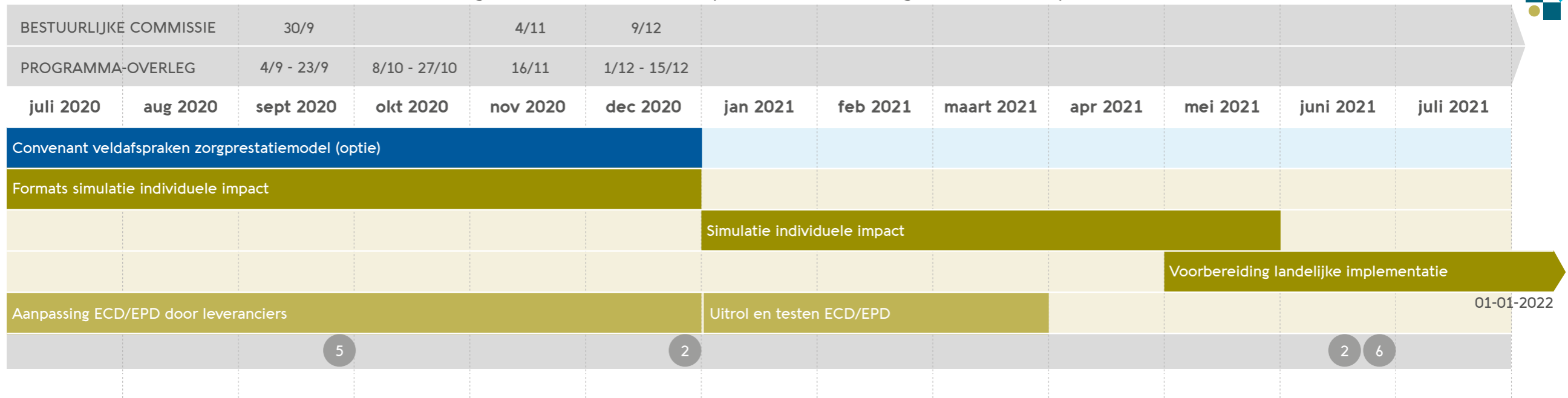
4

2



Masterplanning (2)

● Programme team
 ● Prestatielijst en setting
 ● Regelgeving
 ● Aanvullende veldafspraken
 ● Controle en verantwoording
 ● Veldnorm niet-BIG beroepen
 ● Implementatie
 ● ICT
 ● Zorgvraagtypering



- 1 Kabinetsreactie
- 2 Evaluatie programma
- 3 Antwoord NZa op kabinetsreactie
- 4 Definitief standpunt kabinet
- 5 Uitlevering concept prestaties, tarieven, regels



Communicatie

Interne communicatie

Binnen het programma zorgprestatiemodel staat de samenwerking tussen alle betrokken partijen centraal. Het programmamanagement bevordert samenwerking en coördineert de gezamenlijke communicatie. De communicatie naar alle betrokken partijen binnen het programma wordt verzorgd door het programmamanagement. Er is een speciaal programma e-mailadres: programma@zorgprestatiemodel.nl. Verder wordt op korte termijn een programmapagina op ZN-net geopend, die alleen toegankelijk is voor partijen in het Programmateam en vertegenwoordigers van de betrokken branche-organisaties. De leden kunnen via de programmapagina met elkaar in contact blijven. Verder zal er op de pagina informatie te vinden zijn over onder andere gezamenlijke bijeenkomsten, data van werkgroepbijeenkomsten en belangrijke documenten.

Externe communicatie

Omdat de nieuwe bekostiging in de ggz en fz veel partijen zal raken is heldere en inhoudsvolle externe communicatie van groot belang. In de zomer van 2019 zal de website www.zorgprestatiemodel.nl worden gelanceerd. Op de website zal alle informatie te vinden zijn over het zorgprestatiemodel. Ook is daar informatie te vinden over de betrokken organisaties, het Programmateam, de werkgroepen, mijlpalen en doelstellingen. Verder kan iedereen hier de programmaplaning volgen en is er een vraagbaakfunctie. Veel gestelde vragen zullen gepubliceerd worden. Verder zullen voorlichtingen en evenementen aangekondigd worden. Geïnteresseerden kunnen zich aanmelden voor een speciale nieuwsbrief die elke twee maanden verspreid zal worden.

Bijlagen

Bijlage 1 | Advies NZa
Bijlage 2 | Kabinetsreactie

Bijlage 1 | Advies NZa



Advies zorgprestatie model ggz en fz





Advies zorgprestatie model ggz en fz

Aan:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Ministerie van Justitie en Veiligheid

30 april 2019

Dit advies wordt onderschreven door:



Inhoud

Samenvatting **5**

Aanleiding **9**

1 Wat is ons advies? **12**

2 Waarom dit advies? **17**

3 Welke ontwerpcriteria vormen de basis **24**

4 Wat houdt het zorgprestatie­model in? **31**

5 Wat zijn de randvoorwaarden? **36**

6 Wat zijn de verwachte effecten? **41**

7 Wat gaan we doen? **51**

Bijlage **57**

Samenvatting

Samenvatting

6

De bekostiging is de manier waarop bepaald wordt welk tarief een zorgaanbieder voor geleverde zorg maximaal in rekening mag brengen. Voor de feitelijke betalingen is een declaratiesysteem nodig en over de hoogte van de vergoeding maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars doorgaans afspraken.

In de gespecialiseerde ggz (verder g-ggz) zijn in 2008 de diagnose-behandelcombinaties (verder: dbc's) ingevoerd als declaratie-eenheden. Voor de g-ggz vormen de dbc's vanaf 2013 ook de basis voor de bekostiging. Voor verblijf binnen de g-ggz in het tweede en derde jaar van de behandeling worden zorgzwaartepakketten (zzp's) in rekening gebracht. Vanaf 2014 is de generalistische basis ggz (verder gb-ggz) ingevoerd. De gb-ggz maakt gebruik van zogenoemde patiëntprofielen. Deze patiëntprofielen zijn in te delen in 4 integrale prestaties: basis-ggz middel, kort, intensief en chronisch. In de forensische zorg (fz) zijn per 2011 de diagnose-behandel-beveiligingscombinatie (dbbc's) ingevoerd als declaratie-eenheden. Per 2015 vormen de dbbc's de basis voor de bekostiging van de fz. Deze verschillen in bekostigingsstructuren helpen niet om de zorg op een goede manier over de schotten heen te organiseren. Ook leiden de verschillende bekostigingssystemen binnen de ggz en fz tot hoge administratieve lasten.

Binnen het zorgstelsel kan een bekostiging verregaand van invloed zijn op de werking van het stelsel en het functioneren van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars binnen dat stelsel. De db(b)c-systematiek heeft ertoe geleid dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de ggz en fz en gemeenschappelijk taal hebben om afspraken te maken over de zorg. Wanneer een bekostiging de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg ten goede komt is dat een beoogd effect. Een bekostiging kan ook negatief van invloed zijn op het stelsel.

Wij constateren dat de huidige db(b)c-systematiek binnen de g-ggz en de fz ook ongewenste effecten heeft op de werking van het stelsel. Zo sluiten de db(b)c's onvoldoende aan op de geleverde zorg binnen een gegeven behandelsetting en zijn ze beperkt onderscheidend voor de zorgzwaarte. De zorgvraag van de patiënt is niet zichtbaar. Ook brengt dit bekostigingssysteem hoge administratieve lasten met zich mee, onder andere door de gedetailleerde tijdsregistratie (zowel directe als indirecte tijd). Dit leidt af van waar het om gaat: waardevolle zorg voor de patiënt.

Het huidige db(b)c-systeem bevat verkeerde prikkels voor strategisch declaratiegedrag. De patiënt begrijpt zijn nota niet, laat staan dat er een goede check op plaatsvindt of de zorg feitelijk is geleverd. Het is uitgegroeid tot een complex systeem, met talloze regels en daardoor ook inflexibel en niet robuust om te anticiperen op innovaties. Ook levert het problemen op in de jaarrekeningen van zorgaanbieders en financiële verantwoordingen van zorgverzekeraars. Verder is de lange doorlooptijd van de db(b)c's een groot publiek probleem. Hierdoor is er pas laat inzicht in zorguitgaven. Verder is er een discrepantie tussen de omzet van zorgaanbieders en schade van zorgverzekeraars. Ook voor de gb-ggz geldt dat de huidige prestaties onvoldoende klinisch herkenbaar zijn en de nota voor de patiënt onvoldoende duidelijk is. Verder is ook binnen de gb-ggz sprake van laat inzicht in zorguitgaven.

Wij zijn met veldpartijen tot de conclusie gekomen dat de huidige bekostiging niet langer geschikt is om ggz en de fz op een duurzame manier te bekostigen. Ook geeft de bestaande systematiek onvoldoende ruimte voor een goede inhoudelijke doorontwikkeling naar een bekostiging waarbij de waarde van de zorg voor de patiënt voorop staat.

Dit is de reden dat wij tot een door het veld gedragen advies zijn gekomen voor een nieuwe bekostiging: het zorgprestatiemodel. Dit model lost een groot deel van de bestaande knelpunten op en geeft bovendien de gewenste ruimte om in de komende jaren verrijkt te worden met elementen die de zorgvraag typeren of patiëntengroepen duiden. Parallel aan deze invoering blijven wij daarom gezamenlijk werken aan een verbeterde zorgvraagtypering. Hiervoor gebruiken we de uitkomsten van de pilots over het zorgclustermodel als belangrijke input. Tot het moment dat de verbeterde zorgvraagtypering is gerealiseerd blijft bestaande informatie als de DSM-hoofdgroepdiagnose, de Zorgvraagzwaarte-indicator (ZVZi) en de patiëntprofielen (gb-ggz) behouden.

Het door ons voorgestelde zorgprestatiemodel wordt gekenmerkt door eenvoud: de prestaties zijn herkenbaar, en daarmee controleerbaar, voor de patiënt. Ze weerspiegelen de daadwerkelijk geleverde zorg en de tarieven sluiten aan bij behandelinzet en behandelsetting. Bovendien is er sprake van een fundamentele en structurele verlichting van de administratieve lasten: er is géén minutenregistratie meer nodig van de directe- en indirecte tijd. Er is sprake van een maximale versnelling van het inzicht in zorguitgaven, omdat de feitelijke prestaties zijn gekoppeld aan een dag in plaats van aan een traject van 365 dagen. Het vervallen van trajecten als declarabele eenheden leidt er bovendien toe dat omzet en schade veel beter vergelijkbaar zijn. Ook komt het de eenheid binnen de ggz en fz ten goede. Zo vervallen de bekostigingsschotten tussen jaar 1 en jaar 2 en 3 van de ggz. De nieuwe bekostiging zal ook gaan gelden voor de gb-ggz, op voorwaarde dat de informatie over patiëntprofielen behouden blijft.

Wij adviseren om het zorgprestatie­model per 2022 in te voeren als bekostigings­model voor de ggz en de fz. Wij stellen 2019 en 2020 voor als voorbereidings­jaren en 2021 als simulatie­jaar. In de voorbereidings­jaren ontwikkelen we de bekostiging verder en bereiden we de implementatie voor. Deze jaren zijn nodig om de stap naar een sector­brede invoering per 2022 op zorg­vuldige wijze te kunnen zetten. De invoering kan budget­neutraal plaats­vinden. Wel kan er sprake zijn van (verwachte) herallocatie­effecten bij zorgaanbieders. Voor de overgang naar de nieuwe bekostiging stellen wij een transitie­prestatie beschikbaar in 2022 en 2023 waarmee eventuele ongewenste effecten (zowel positief als negatief) opgevangen kunnen worden door hierover contractuele afspraken te maken.

Om het bovengenoemde mogelijk te maken is tijdige besluit­vorming nodig van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) op basis waarvan de nieuwe bekostiging kan worden doorgevoerd.

Veldpartijen zullen de komende jaren ook samen blijven werken om deze bekostiging te implementeren en door te ontwikkelen. Daar horen ook regels bij, maar ook die willen wij zo eenvoudig mogelijk houden. Er zal in ieder geval sprake zijn van een traject­nummer, zodat bijvoorbeeld zorg­verzekeraars een relatie kunnen leggen tussen de individuele declarabele eenheden. Ook willen we aansluiten bij andere ontwikkelingen, zoals de transitie naar Horizontaal Toezicht en een meer proces- en systeem­gerichte verantwoording (als vervanger van de achteraf­controles). Bovendien is een eenvoudige bekostiging ook flexibel te combi­neren met de doorontwikkeling van de zorg­vraag­typering.

Met deze nieuwe bekostiging zijn we er nog niet. We zien dit als een start­punt. Een verbetering van de zorg­vraag­typering van patiënten is nodig om fundamentele stappen te zetten naar nog betere klinische herkenbaarheid en meer sturing op gepaste en doelmatige zorg. Partijen committeren zich aan deze doorontwikkeling en zullen daarbij de input vanuit de pilots van het zorg­cluster­model gebruiken.

Met de invoering van het zorg­prestatie­model zetten we een eerste belangrijke stap naar een toekomstige bekostiging van waarde­gedreven zorg binnen de ggz en fz. In een gezamenlijk programma met het veld zullen wij de implementatie en doorontwikkeling realiseren.

Aanleiding

Aanleiding

10

Het ministerie van VWS heeft per brief van 5 oktober 2018¹ de NZa verzocht te adviseren over een nieuwe bekostiging voor de ggz en fz per 2020. VWS vraagt ons daarbij of en hoe de afspraken uit het ‘bestuurlijk akkoord ggz 2019-2022’ met betrekking tot de bekostiging op een verantwoorde wijze kunnen worden uitgevoerd. Ook vraagt VWS om te adviseren over een nieuwe bekostiging voor de fz. Wij houden hierbij rekening met de ‘meerjarenovereenkomst forensische zorg 2018-2021’. Mede op basis van dit advies zijn de ministeries van VWS en JenV voornemens een besluit te nemen over de bekostiging de ggz en fz.

In de adviesaanvraag wordt ons verzocht in ieder geval in te gaan op:

- de randvoorwaarden die VWS gesteld heeft²;
- prikkels die doelmatige zorg bevorderen;
- de macro-budgettaire beheersbaarheid;
- het voorkomen van een onnodige trendbreuk in informatie;
- een bijbehorend verantwoordings- en controlearrangement³;
- de evaluatie van de pilot van het zorgclustermodel.

Wij hebben in een brief van 6 december 2018⁴ laten weten dat het advies later opgeleverd zal worden. Deze extra tijd hebben wij gebruikt om tot meer draagvlak te komen in het veld. In deze brief hebben wij verder aangegeven dat een landelijke sectorbrede invoering per 2020 niet haalbaar is.

In onze voortgangsrapportage⁵ berichtten wij eerder te zoeken naar een combinatie van prestaties op het niveau van zorgactiviteiten (o.a. vanwege homogeniteit en herkenbaarheid) met de zorgclusters als inhoudelijk typering van de zorgvraag van de patiënt. Wij hebben dat toen het ‘combinatiemodel’ genoemd.

Wat betreft de pilot van het zorgclustermodel bevinden we ons nog in de verzamel- en analysefase, waardoor op dit moment nog geen conclusies kunnen worden getrokken over de bruikbaarheid van het zorgclustermodel. Wij zien de invoering van de nieuwe bekostiging en de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering als separate trajecten.⁶

In dit advies richten wij ons op de nieuwe bekostiging en de implementatie hiervan. Mede omdat op gebied van de zorgclusters nog onvoldoende conclusies kunnen worden getrokken, maar wijzigingen in de bekostiging niet langer op zich kunnen laten wachten. Deze nieuwe bekostiging noemen wij het **zorgprestatiemodel**.

Verder refereren wij in het advies aan de volgende brieven:

- Reactie van de minister van VWS op de agenda voor gepast gebruik en transparantie.⁷
- Reactie van de minister van VWS op de voortgangsrapportage van de NZa.⁸
- Kabinetsreactie op rapport Commissie Transparantie en Tijdigheid.⁹

Leeswijzer

Ons advies is op hoofdlijnen beschreven in [hoofdstuk 1](#). Een uitwerking van de knelpunten van de huidige bekostiging is opgenomen in [hoofdstuk 2](#). In [hoofdstuk 3](#) beschrijven wij de ontwerpcriteria van het zorgprestatie­model. In [hoofdstuk 4](#) is de opzet van het zorgprestatie­model uitgewerkt. Op hoofdlijnen bestaat het zorgprestatie­model uit consul­ten, verblijfsprestaties, overige prestaties en een aantal toeslagen. Een aantal randvoorwaarden voor de nieuwe bekostiging zijn uitgewerkt in [hoofdstuk 5](#). De effecten van het zorgprestatie­model beschrijven wij in [hoofdstuk 6](#). De partijen die dit advies hebben opgesteld geven in [hoofdstuk 7](#) een doorkijk naar de verdere implementatie en doorontwikkeling van de bekostiging. Daarin is ook de nauwe verbondenheid zichtbaar tussen de bekostiging zelf en de benodigde verbetering van de zorgvraagtypering.

Noten

- 1 Brief VWS aan NZa met kenmerk 1422227-181105-CZ, 5 oktober 2018.
- 2 Standpunt VWS bij NZa-advies doorontwikkeling productstructuur, bij Kamerstuk 25-424 nr. 292, 26 november 2015.
- 3 Brief VWS aan Tweede Kamer met kenmerk 1143250-164705-CZ, 30 juni 2017.
- 4 Brief NZa aan VWS met kenmerk 0314906/0478187, 6 december 2018.
- 5 Brief NZa en VWS met kenmerk 0231547/0322180, 7 februari 2017.
- 6 Brief VWS aan Tweede met kenmerk 1488047-187399-CZ, 19 maart 2019.
- 7 Brief VWS aan Tweede Kamer met kenmerk 1030737-156949-CZ, 28 oktober 2016.
- 8 Brief VWS aan NZa met kenmerk 0200346/0273877, 1 september 2018.
- 9 Brief VWS aan Tweede Kamer met kenmerk 1297136-173448-FEZ, 19 februari 2018.

**1 Wat is
ons advies?**

Wat is ons advies?

13

In de afgelopen jaren zijn wij tot de gezamenlijke conclusie gekomen dat de huidige bekostiging niet langer geschikt is om ggz en fz op een duurzame manier te bekostigen. Ook geeft de huidige bekostiging onvoldoende ruimte voor een goede inhoudelijke doorontwikkeling naar een bekostiging waarbij de waarde van de zorg voor de patiënt voorop staat. In [hoofdstuk 2](#) gaan we hier verder op in.

In dit gezamenlijke advies stellen wij een andere bekostiging voor: het zorgprestatiemodel. Deze bekostiging richt zich op de ggz en fz. Binnen de ggz bestaan nu bekostigingsschotten. Zo zijn er verschillende bekostigingssystemen voor de g-ggz en de gb-ggz. Daarnaast worden jaar 1 en 2/3 van de g-ggz anders bekostigd. Met het voorgestelde zorgprestatiemodel willen we deze bekostigingsschotten opheffen.

Op hoofdlijnen bestaat het zorgprestatiemodel uit consulten, verblijfsprestaties, overige prestaties en een aantal toeslagen. We gaan in dit model uit van een (functioneel omschreven) setting, waarin zorg wordt geleverd. Tijdsregistraties zijn met het zorgprestatiemodel verleden tijd en bronregistraties worden vereenvoudigd, ondersteund door duidelijke regels. De patiënt kan zo beter zijn eigen nota beoordelen. De bekostigingsschotten tussen jaar 1 en jaar 2/3 van de g-ggz worden opgeheven.

Dit beoogde bekostigingsmodel lost veel van de knelpunten uit de huidige bekostiging voor de ggz en fz op. Het geeft bovendien de gewenste ruimte om in de komende jaren verrijkt te worden met zorginhoudelijke elementen en juiste typeringen van patiëntengroepen. De veldpartijen committeren zich aan de inhoudelijke doorontwikkeling van de zorgvraagtypering parallel aan de invoering van het zorgprestatiemodel.

In 2016 is door het kabinet de Commissie Transparantie en Tijdigheid ingesteld. Deze had de opdracht concrete oplossingen aan te dragen om de transparantie en tijdigheid van informatie over de uitgaven voor de curatieve zorg te verbeteren. De commissie stelde in haar rapport van september 2017 voor om declaratiesystemen in deze sectoren eenvoudig te houden en te baseren op prestaties die per dag kunnen worden afgerekend. Dit maakt de financiële afwikkeling volgens de commissie eenvoudiger en begrijpelijk voor de burger. Bovendien ontstaat hiermee veel sneller inzicht in de zorguitgaven.

In de kabinetsreactie op dit advies geven de minister en staatssecretaris aan deze denkrichting te steunen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen door de overheid

voorgeschreven tarieven en declaraties (declaratiesysteem), inkoop/contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over prijs, inhoud en volume van zorg (bekostiging) en de informatievoorziening. Deze benadering biedt volgens het kabinet aanknopingspunten om eenvoudiger tarief- en prestatiesystemen voor de curatieve zorg te ontwikkelen en sneller inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de zorguitgaven. De minister heeft de NZa verzocht de aanbevelingen van de commissie expliciet te (blijven) betrekken bij de verdere (door)ontwikkeling van de tarief- en prestatiesystemen voor de ggz en hier expliciet op in te gaan bij hun advisering over deze systemen. Dit nieuwe bekostigingsmodel is in lijn met het advies van de commissie Transparantie en Tijdigheid.

Wij adviseren om het zorgprestatie­model per 2022 in te voeren als bekostigingsmodel voor de ggz en de fz. Het is niet realistisch om in 2020 nog een tussen­stap te maken in de bekostiging, dat compliceert bovendien een sector­brede invoering. De partijen in het veld hebben aangegeven tijd nodig te hebben voor een zorg­vuldige implementatie. Partijen geven de voorkeur aan een volledige invoering voor de hele sector per 2022. Hiermee houden we de administratieve lasten beperkt doordat er geen twee systemen naast elkaar hoeven te bestaan. Wij onderschrijven dit en pleiten voor die sector­brede invoering per 2022 (met 2021 als simulatie­jaar).

Wij stellen 2019 en 2020 voor als voorbereidings­jaren en 2021 als simulatie­jaar. In de voorbereidings­jaren werken we de bekostiging verder uit en bereiden we de implementatie voor. In het simulatie­jaar kan elke zorgaanbieder de impact van het zorgprestatie­model voor de eigen praktijk of instelling in kaart brengen. Deze jaren zijn nodig om de stap naar een sector­brede invoering per 2022 op zorg­vuldige wijze te kunnen zetten. In [hoofdstuk 7](#) hebben we verder uitgewerkt hoe de implementatie­jaren er op hoofdlijnen uit komen te zien.

In de jaren 2022 en 2023 stelt de NZa een transitie­prestatie vast met een vrij tarief, waarmee zorgverzekeraars en zorgaanbieders in hun contractuele relatie afspraken kunnen maken over verrekening van eventuele financiële effecten. Het inzicht in de financiële impact dat partijen met de simulatie krijgen, help bij het maken van afspraken hierover.

We adviseren om in het zorgprestatie­model de DSM-diagnose­classificatie op hoofdgroep­niveau¹⁰, de Zorgvraag­zwaarte­indicator (Zvzi) en de patiënt­profielen van de gb-ggz in stand te houden, zolang er nog geen verbeterde zorg­vraag­typering is. Op deze manier houden we het onderscheid tussen de gb-ggz en de g-ggz inzichtelijk en ontschotten we in de bekostiging. Parallel aan de invoering van de nieuwe bekostiging werken partijen samen aan een verbeterde zorg­vraag­typering, zodat gepast gebruik nog meer gestimuleerd kan worden en

er waardevolle informatie ontstaat om de bekostiging op toe te passen. We zien het zorg-clustermodel, dat zorgaanbieders in de periode 2018-2019 in een pilot testen, nog altijd als een verder uit te werken richting voor de verbetering van de zorgvraagtypering. Partijen stellen voor deze doorontwikkeling een gezamenlijk plan van aanpak op.

In 2020 en 2021 blijven dus de huidige db(c)c-systematiek, de zzp-systematiek en de prestaties in de gb-ggz in stand. Het onderhoud hieraan beperken we tot een minimum. Wel passen we de tarieven per 2020 aan op basis van het lopende kostprijsonderzoek. Zo kunnen aanbieders en verzekeraars hun aandacht en inspanningen maximaal richten op de implementatie van de nieuwe bekostiging. Alle inspanningen voor de doorontwikkeling zullen zich dan richten op het zorgprestatie-model en verder ontwikkelen van de zorgvraagtypering.

Om het bovengenoemde mogelijk te maken ontvangen wij graag voor 1 juli 2019 een reactie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), mede namens het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) waarin zij de voorziene wijziging in de bekostiging onderschrijven. Dit is nodig in verband met de benodigde implementatietermijnen.

Het nu lopende kostprijsonderzoek voor de tarieven voor de ggz en fz 2020, gebruiken we ook als basis voor het bepalen van de maximumtarieven van de zorgprestaties in het zorgprestatie-model. Zie ook [figuur 1](#).

Vanuit de gezamenlijke partijen richten we op korte termijn een programmastructuur in om de implementatie te begeleiden en enkele specifieke onderwerpen uit te werken voorafgaand aan implementatie. We denken aan:

- Finaliseren prestatielijst
- Inrichten behandelsetting in bekostiging
- Opstellen veldnorm niet BIG-beroepen

Vanuit dit programma zal ook de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering worden opgepakt.

Noten

10 Dit betekent dat per 2022 ook overgegaan wordt op de DSM-V versie (in verband met het verlopen van de licentie DSM-IV).

Figuur 1: Overzicht trajecten

	2019	2020	2021 freeze dbc-systeem	2022	2023
Bekostiging	Vorbereiding implementatie zorgprestatie-model		Simulatie zorgprestatie-model	Onderhoud en doorontwikkeling zorgprestatie-model	
Doorontwikkeling zorgvraagtypering	Afronding pilot zorgcluster-model	Doorontwikkeling en eventuele implementatie verbeterde zorgvraagtypering			
Herijking tarieven	Kostprijs-onderzoek	Tarieven ggz/fz huidige prestaties op basis van kostprijsonderzoek		Tarieven ggz/fz zorgprestatie-model op basis van kostprijsonderzoek	

Landelijke invoering zorgprestatie-model

2 Waarom dit advies?

Waarom dit advies?

18

Door de invoering van db(b)c's als bekostiging in de ggz en fz is er meer inzicht gekomen in de kosten van zorg op patiëntniveau. Tot die tijd waren de budgetparameters leidend voor de bekostiging. Ook hebben de db(b)c's geleid tot een verdere professionalisering van de bedrijfsvoering bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Tegelijk hebben alle betrokken partijen in 2015 geconstateerd dat de huidige db(b)c-systematiek grote tekortkomingen heeft. In dit hoofdstuk zetten wij uiteen welke tekortkomingen dit zijn, zoals weergegeven in figuur 2, waarin deze vooral toegespitst worden op de db(b)c-systematiek. Veel van deze knelpunten gelden ook voor de gb-ggz.

Figuur 2: Samenvatting knelpunten bekostiging ggz/fz



Onvoldoende prikkels sturen waardegedreven zorg

De mogelijkheden om met de db(b)c-systematiek te sturen op waardegedreven zorg zijn beperkt. De oorzaak hiervan is dat de diagnoseclassificatie dominant is en deze weinig zegt over welke behandeling passend en waardevol is. Simpel gezegd: een depressie kan in sommige gevallen in acht gesprekken worden behandeld, maar leidt in andere gevallen tot een klinisch traject van meerdere jaren. In de db(b)c-systematiek bestaat er geringe aandacht voor andere factoren die meer zeggen over de zorgvraagzwaarte en de daarbij passende behandeling. Hierdoor is er ook geen relatie tussen de diagnoseclassificatie en de kosten van een behandeling.

Sluit onvoldoende aan op geleverde zorg

Het db(b)c-systeem gaat uit van gemiddelden, waarbij – via tijdsklassen – een gemiddelde behandelminuut wordt vergoed. Die ‘behandelminuut’ is een gemiddelde van de kosten van alle betrokken behandelaren in de ggz en fz, zoals een maatschappelijk werker, verpleegkundige of psychiater. Dit leidt ertoe dat door elke afwijking van de gemiddelde inzet van zorgprofessionals er per definitie een financiële onder- of overwaardering plaatsvindt. Zo zorgt de db(b)c-systematiek niet voor een goede vergoeding voor (extreme) zorgzwaarte. Ook kan het financieel aantrekkelijk zijn het zorgaanbod vooral te richten op de patiënt met een eenvoudiger zorgvraag. Dit kan een gevaar van patiëntselectie opleveren. We willen de negatieve bijwerkingen van de financiële onder- en overwaardering opheffen. Oorspronkelijk was deze systematiek van gemiddelden bedoeld als prikkel om doelmatig zorg te verlenen, maar in de afgelopen jaren is meer dan duidelijk geworden dat de combinatie van behandelinzet per tijdsklasse en diagnose geen graadmeter is voor doelmatigheid. Dit blijkt onder andere uit declaratiepatronen, waarbij optimale minutengrenzen worden gekozen. De breed gedeelde aanname is dat de zorgvraagtypering en bijbehorende patiëntkenmerken, waar wij met veldpartijen aan werken, hier wel aanknopingspunten voor kunnen geven.

Houdt geen rekening met behandelsetting

De huidige bekostiging maakt onvoldoende onderscheid naar verschillende settings waarbinnen zorg geleverd wordt. Het element ‘verblijf’ voorziet hier al wel deels in, maar specifieke vormen van zorg vragen om specifieke beschikbaarheid van faciliteiten, infrastructuur, methoden of inzet van verschillende disciplines. Hier wordt in de huidige prestatiestructuur niet naar gedifferentieerd, terwijl er wel sprake kan zijn van een wezenlijk ander kostenbeslag. In de huidige bekostiging wordt dit zichtbaar in meer indirecte tijd, maar daarmee is het nog niet verklaarbaar wat maakt dat die zorg vraagt om meer indirecte tijd. In een situatie waarin er geen sprake meer is van tijdschrijven, doet het zichtbaar maken van de behandelsetting niet alleen recht aan de geleverde zorg, maar draagt het ook bij aan de verklaring hiervoor.

Bevat perverse prikkels voor strategisch (declaratie)gedrag

De huidige bekostiging kent perverse prikkels die strategisch gedrag kunnen oproepen. Bijvoorbeeld de prikkel om een db(b)c net na een tijdsgrens te sluiten. Anderzijds bestaat er een prikkel bij grotere tijdsklassen om de behandelinzet van zorgprofessionals te beperken, bijvoorbeeld wanneer verwacht wordt dat de volgende tijdsklasse niet kan worden bereikt. Hierdoor ontstaat een risico op onderbehandeling, omdat de inzet lager is dan het gemiddelde waarop de vergoeding is gebaseerd.

De gemiddelde tarieven in de huidige bekostiging zijn gebaseerd op een gemiddeld behandelprofiel, dat niet altijd recht doet aan de inzet en faciliteiten die nodig zijn bij een zwaardere zorgvraag. Dit kan de 'juiste zorg op de juiste plek' in de weg staan. In de huidige db(b)-systematiek is de indirecte tijd niet genormeerd. Hierdoor is er sprake van veel vrijheidsgraden en is er geen prikkel om een doelmatigere verhouding tussen directe en indirecte tijd te realiseren. De db(b)c-beroepentabel kent ook veel vrijheidsgraden, doordat de tabel beroepen bevat die geen beschermde titel kennen en waarvoor er ook geen veldnorm bestaat. Dit is geen goede basis voor gepast gebruik van zorg. Deze perverse prikkels zorgen er voor dat zorgverzekeraars meer geneigd zijn door controle en verantwoording toezicht te houden op deze declaraties. Dit leidt bij alle partijen tot hoge administratieve lasten.

Houdt bekostigingsschotten in stand

De huidige bekostiging van de g-ggz kent, sinds de invoering van de Wlz, een onderscheid tussen prestaties in het eerste jaar van een klinische opname (dbc's) en die van het tweede en derde jaar (zpz's). Hierdoor bestaan er verschillende prestaties met bijbehorende regelgeving (registratie- en declaratievereisten) voor de laatste dag van het eerste jaar en de eerste dag van het tweede jaar, zonder dat de geleverde zorg verandert. Er is geen zorginhoudelijke reden om onderscheid te maken tussen de bekostiging van het eerste jaar en tweede/derde jaar. Ook de gb-ggz kent een andere bekostigingsstructuur. Meerdere soorten bekostiging komt het maken van passende afspraken over vergoeding van ggz niet ten goede.

Is inflexibel en maakt innovaties onvoldoende mogelijk

De db(b)c-systematiek is inflexibel. Dit wordt grotendeels veroorzaakt door de verbondenheid tussen registratie-elementen en tariefberekeningen. Deze inflexibiliteit zien we bijvoorbeeld bij wijzigingen in de dbc-beroepentabel, waarbij altijd eerst een periode van registratie moet plaatsvinden voordat de bekostiging kan worden aangepast. Deze inflexibiliteit leidt er ook toe dat innovaties in de zorg niet altijd goed in te passen zijn. Daarnaast is het vanwege de lange doorlooptijd en complexiteit van dbc-regelgeving moeilijk om de systematiek aan te passen. Dit kwam duidelijk naar voren bij het traject 'verkorting

doorlooptijd', waarbij we moesten constateren dat verkorting niet mogelijk was binnen de systematiek.¹¹ Het (her)alloceren van kosten in de dbc-systematiek is daarin problematisch gebleken.

Leidt tot hoge administratieve lasten door complexe regels

De complexiteit van de bekostiging en regelgeving resulteert in hoge registratie- en verantwoordingslasten. De minutenregistratie en zorgactiviteitenregistratie zijn administratief belastend. Die willen we in de nieuwe systematiek dan ook loslaten.

Resulteert in onduidelijke zorgnota's voor de patiënt

De zorgnota's in de ggz zijn niet transparant over de feitelijk geleverde zorg en de gemaakte kosten aan de patiënt. Op de nota staat slechts een globale prestatie en/of tijdsklasse vermeld en bij de langdurende behandelingen ook een hoofdgroepdiagnose. De ggz-patiënt heeft zo onvoldoende inzicht of de in rekening gebrachte prestatie overeenkomt met de daadwerkelijk geleverde zorg. Wij vinden het belangrijk dat de nota voor de patiënt begrijpelijk is, zodat hij deze kan controleren. Ook omdat de patiënt een deel van de gemaakte zorgkosten zelf betaalt via het eigen risico. Het verrekenen van het eigen risico is nu weinig transparant. De commissie Transparantie en Tijdigheid constateerde eerder al dat hier aandacht voor moet zijn. De verrekening is namelijk niet direct gekoppeld aan specifieke momenten dat er zorg genoten is, maar aan de startdatum van een dbc. Soms is die startdatum nog te begrijpen (bijvoorbeeld de dag van het eerste consult), maar soms is deze startdatum puur om administratieve redenen bepaald en is er geen directe link met geleverde zorg op dat moment.

Geeft laat inzicht in de zorguitgaven

Een db(b)c kent een maximale doorlooptijd van 365 dagen. Binnen de g-ggz en fz geldt dat veel van deze db(b)c's de maximale doorlooptijd open staan. Voordat een db(b)c wordt gedeclareerd gaat hier doorgaans nog een aantal maanden overheen. Vanwege deze lange doorlooptijden ontstaat er pas laat inzicht in de feitelijke zorguitgaven. Dit maakt het bijvoorbeeld lastiger voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om tijdig met elkaar te schakelen over knelpunten in de contractafspraken, laat staan dat zij hier tijdig op kunnen sturen. Daarmee ontstaat er een grote onzekerheid over een groot deel van de zorguitgaven. Met alle controles die na facturatie nog plaatsvinden (zoals zelfonderzoek, materiële controles zorgverzekeraar, afrekening contractafspraken en accountantscontroles) duurt het zo'n 2,5 jaar na afloop van een kalenderjaar voordat de schade over het betreffende jaar bekend

is. Ook de overheid heeft pas laat inzicht in de definitieve zorguitgaven, waardoor bijsturen op de macro uitgaven pas laat kan. Dit zorgt er voor dat jaren na afloop van een kalenderjaar de inzet van een Macro Beheersingsinstrument (MBI) nog boven de markt kan hangen.

Geeft onzekerheden in jaarrekeningen en verantwoordingen

De afgelopen jaren waren er veel onzekerheden bij het vaststellen van de omzet van zorgaanbieders. De oorzaken hiervan waren onder andere:

- de lange doorlooptijd van de db(b)c's;
- de daarmee samenhangende hoogte van het onderhandenwerk;
- de onzekerheid over nog te volgen controles;
- de complexiteit van de db(b)c-systematiek en regelgeving;

Dit heeft onder andere geleid tot een alert van de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) bij de jaarrekeningen. Door diverse ingrepen, zoals de inrichting van een zelfonderzoek en bijbehorende normenkader, zijn deze onzekerheden gemitigeerd. De oorzaken zijn daarmee nog niet opgelost. De onzekerheden in de jaarrekening zorgen ook voor problemen in de verantwoording van de zorgverzekeraar. Die moet immers voor het ten laste brengen van de vergoede schade voor de risicoverevening verklaren dat de vergoede schade rechtmatig en gepast was.

Maakt omzet van de zorgaanbieders en schade van de zorgverzekeraars moeilijk vergelijkbaar

De vergoeding van geleverde zorg aan een zorgaanbieder door de zorgverzekeraar of patiënt kent twee boekhoudkundige begrippen: omzet (perspectief zorgaanbieder) en schade (perspectief zorgverzekeraar). Zorgaanbieders rekenen omzet toe aan een kalenderjaar (het boekjaar). Dit is logisch, omdat het zorgactiviteiten betreft die een zorgaanbieder in dat boekjaar uitvoert en waarvoor in dat boekjaar kosten worden gemaakt. De hoogte van de omzet bestaat uit declaraties die de zorgaanbieder in een kalenderjaar verstuurt aan de zorgverzekeraar of patiënt voor de geleverde zorg in dat jaar. Dit wordt aangevuld met de waarde van db(b)c's die op 31 december nog open staan (onderhanden werk) en verminderd met het onderhanden werk uit het voorgaande jaar.

Zorgverzekeraars werken met een ander begrip: schade. Daarbij wordt de opening van de dbc gezien als het moment waarop de schade ontstaat. De gehele dbc wordt dan toegerekend aan dat schadejaar. Dit betekent dat dbc's die de jaargrens van een kalenderjaar overschrijden door de zorgverzekeraar volledig worden toegerekend aan het voorliggende kalenderjaar, terwijl de zorgaanbieder alleen de omzet van het onderhandenwerk aan het voorliggende kalenderjaar toerekent.

Deze verschillen bemoeilijken het gesprek tussen aanbieder en zorgverzekeraar over de interpretatie en de uitgaven van zorg. Dit geldt ook voor de gb-ggz.

Zet niet aan tot duurzame (inkoop)relatie tussen aanbieders en zorgverzekeraar.

De db(b)c-systematiek kent geen onderscheid in de opbrengst per minuut voor verschillende behandelactiviteiten of de inzet van verschillende behandelaren. De inzet van elke professional telt even zwaar mee in de declaratie. Een systeem met tijdsgrenzen kan tot overbehandeling of in-efficiency leiden. Anderzijds kan het ook leiden tot onderbehandeling. Als de zorg na een tijdgrens doorgaat kan het voelen alsof de zorg niet meer wordt vergoed. Uiteraard is dit niet het geval, maar het gevaar van sturen op de hoeveelheid minuten met de hoogste opbrengst ligt wel op de loer. Bovendien houdt de huidige bekostiging slechts beperkt rekening met de setting waarin zorg wordt geleverd. Dit kan bij vergoeding van het restitutietarief tot overcompensatie van zorgaanbieders leiden die meeliften op de hoogte van de vergoeding gebaseerd op een gemiddeld zwaardere setting. Het kan daardoor voor aanbieders aantrekkelijk zijn geen contract aan te gaan, omdat er dan geen sprake is van plafonds, lumpsums of andere contractuele afspraken. De huidige bekostiging is daarmee onvoldoende ondersteunend bij het bevorderen van de contracteergraad.

Noten

11 Advies verkorting doorlooptijden ggz/fz, oktober 2015.

3 Welke ontwerpcriteria vormen de basis?

Welke ontwerpcriteria vormen de basis?

25

Bij het ontwikkelen van een nieuwe bekostiging is door alle betrokkenen meegedacht over de ontwerpcriteria en randvoorwaarden. Om te komen tot een eenduidige set hebben wij gebruik gemaakt van vier bronnen:

- Notitie beleid: visie op doorontwikkeling DBC-systematiek ggz (2015). Deze notitie betreft ook de fz. Deze gezamenlijke beleidsnotitie is geschreven door LPGGZ, NIP, NVZ, GGZN, NFU, ZN, NVvP, FMS, LVVP, NZa, DForZo/DJI en VGN.
- Toelichting Standpunt VWS op NZa-advies doorontwikkeling productstructuur (2015). Kamerstuk 25 424 nr. 292.
- Afwegingskader NZa combinatiemodel, vastgesteld door partijen in een bestuurlijk overleg bij de NZa in april 2017.
- Adviesaanvraag oktober 2018 van VWS over de bekostiging van de ggz en fz per 2020 (kenmerk 1422227-181105-CZ).

De elementen uit deze bronnen die in de bekostiging een plek moeten krijgen hebben wij teruggebracht naar tien ontwerpcriteria. Zie [figuur 3](#).

In de [bijlage](#) is een tabel opgenomen hoe deze tien criteria zich verhouden tot de vier genoemde bronnen.

Figuur 3: Ontwerpcriteria zorgprestatie model





Eenvoudige prestaties, begrijpelijk voor de patiënt

De kracht van de nieuwe prestatiestructuur moet liggen in de eenvoud. Een overzichtelijk aantal prestaties moet zorgen voor een hanteerbaar declaratiesysteem. De nieuwe prestaties moeten bovendien begrijpelijk zijn voor de ggz-patiënt. Ook eenvoudige beschrijvingen van de prestaties dragen hieraan bij. De zorg die de patiënt krijgt ‘verdwijnt’ niet meer binnen een tijdsgrens, maar staat als herkenbare prestatie op de nota. Hierdoor kan de patiënt zien wanneer hij bij een behandelaar in behandeling is geweest en door welk type behandelaar er zorg is geleverd.



Weerspiegelt daadwerkelijk geleverde zorg, controleerbaar voor de patiënt

In het db(b)c-systeem wordt een gemiddelde behandelminuut (via tijdsklassen) vergoed. Hierbij is er geen onderscheid gemaakt tussen zorgprofessionals. De opbrengst is hetzelfde, terwijl de achterliggende kosten van zorgprofessionals sterk kunnen verschillen. In het zorgprestatiemodel willen we de aansluiting tussen inzet van zorg en de gemaakte kosten verbeteren, door onderscheid te maken tussen de verschillende beroepen en rekening te houden met de behandelsetting waarin deze zorg wordt geleverd. De nieuwe prestaties moeten een feitelijke weergave zijn van de geleverde zorg. Dit komt de medische herkenbaarheid ten goede. Bovendien zorgt een feitelijke weergave van geleverde zorg, in eenvoudige declaraties verwoord, ervoor dat de patiënt/verzekerde beter in staat is zijn eigen risico overzicht en nota te controleren. Dit is ook in lijn met de ambities van de minister van VWS op het gebied van rechtmatige zorg.¹²



Prijzen die aansluiten bij behadelinzet en behandelsetting

In een trajectbekostiging, zoals de db(b)c's, wordt de prijs bepaald door de gemiddelde samenstelling van minuten (het behandelprofiel) te combineren met gemiddelde kostprijzen. Deze systematiek leidt op individueel niveau tot een vergoeding die doorgaans te hoog of te laag is gegeven de behadelinzet en setting. Dat is inherent aan een systeem van gemiddelden, zij het wel dat impact hiervan groter is bij een trajectbekostiging. De nieuwe bekostiging moet mede om deze reden bestaan uit zorgactiviteiten, gekoppeld aan de gemiddelde duur van de activiteit, waarvan de prijs wordt vastgesteld op basis van de gemiddelde kostprijs van die activiteit in een bepaalde setting. Dit komt de kostenhomogeniteit van de prestaties ten goede en zorgt voor beter passende gemiddelde tarieven.

Het zou goed zijn als in de nieuwe bekostiging een onderscheid gemaakt kan worden naar de ‘setting’ waarin zorg wordt geleverd. Immers, de setting waarin zorg wordt geleverd kan van grote invloed zijn op het kostenbeslag. Onder setting verstaan we de inbedding van vormen

van zorg die van elkaar te onderscheiden zijn door benodigde infrastructuur, inzet van verschillende disciplines of inzet van methodieken. In de praktijk zal dit verband houden met de plaats waar de zorg wordt geleverd. Dit moet onderbouwd worden met functioneel omschreven criteria geënt op een wezenlijk ander kostenbeslag. Hiervoor is nodig dat er functionele omschrijvingen komen van deze verschillende settings. Er zal dan naar verwachting ook in het lopende kostprijsonderzoek een verschil in kostenbeslag zichtbaar worden. De verrijking van de nieuwe bekostiging met een onderscheid naar setting draagt bij aan het reëler beprijzen van zorg. Ook bieden we hiermee handvatten voor het gesprek over gepast gebruik en is de tarifiering op zichzelf geen reden om af te zien van een contract met de zorgverzekeraar. Het streven is om een beperkt aantal settings (3 – 5) te definiëren die voldoende onderbouwd kunnen worden op basis van een afwijkend kostenbeslag.

Hier wordt verder bij opgemerkt dat er een verschil is tussen de bekostiging van zorg en de vergoeding van zorg. De bekostiging is de manier waarop bepaald wordt welk tarief een zorgaanbieder voor geleverde zorg maximaal in rekening mag brengen. Over de hoogte van de vergoeding en de manier waarop dit aan de bekostiging wordt gekoppeld (plafond, lumpsum, populatie, patiëntendoelgroepen, vergoeding per patiënt, etc.) maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling afspraken.



Structurele verlichting administratieve lasten, géén tijdsregistratie

In de nieuwe bekostiging staat niet meer het tijdschrijven centraal, maar enkel het vastleggen van een geleverde zorgprestatie. Het verminderen van de administratieve lasten is een belangrijk punt voor alle betrokken partijen.

Deze administratieve last wordt nu primair ervaren in het vastleggen van directe en indirecte tijd. In een nieuwe bekostiging is dat niet meer aan de orde.



Maximale versnelling inzicht in zorguitgaven, omzetjaar en schade vergelijkbaar

Door prestaties zo vorm te geven dat deze gebaseerd zijn op de duur van een zorgactiviteit of één kalenderdag, realiseren we een maximale versnelling in inzicht in de zorguitgaven. Een bijkomend voordeel is dat hiermee het

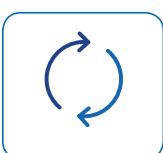
omzetjaar van zorgaanbieders en schadelastjaar van zorgverzekeraars vergelijkbaar is. Dit komt het gesprek over de zorguitgaven op zowel macro-niveau (overheid) en micro-niveau (zorgaanbieder en zorgverzekeraar) ten goede. De informatie is immers sneller voorhanden en de boekhoudkundige definities zijn gelijk.



Eenvoudige en duidelijke regels, ruimte voor innovatie

Bij een eenvoudige en hanteerbare prestatelijst hoort ook een eenvoudige en duidelijke set aan declaratieregels. Ons uitgangspunt bij het vormgeven van de nieuwe bekostiging is om de regelgeving vanaf 'o' op te bouwen¹³.

Daarbij zal de NZa alleen registratie- en declaratieregels opnemen die strikt noodzakelijk zijn voor een goede werking van het bekostigingssysteem. Daarmee borgen we dat het systeem eenvoudig en hanteerbaar blijft met zo laag mogelijke administratieve lasten. Zo vertaalt de eenvoud van de prestatelijst zich ook in eenvoudige en duidelijke regelgeving.



Stimuleert procesgerichte beheersing i.p.v. controle achteraf

Bij het inrichten van de bekostiging moet worden gezocht naar efficiënte administratieve processen en een goede inrichting van systemen die deze bekostiging ondersteunen. Uitgangspunt is dat de rechtmatigheid van de gedeclareerde zorg zoveel mogelijk aan de voorkant in de processen moet

zijn geborgd, zodat controles achteraf worden voorkomen. Dit is ook in lijn met de ontwikkeling naar Horizontaal Toezicht. Het doel van Horizontaal Toezicht is een efficiënter én effectiever toezicht op de rechtmatigheid van de zorguitgaven. In deze vorm van proces- en systeemgericht toezicht wordt een juiste vastlegging aan de bron gestimuleerd. Bij het inrichten van de nieuwe bekostiging kan met deze ontwikkelingen rekening worden gehouden. Zo zou de prestatie vanuit het primaire werkproces (de agenda) van de behandelaar te halen moeten zijn en gebaseerd op het directe contact tussen behandelaar en patiënt. Ook kan rekening worden gehouden met de uitkomsten van de taskforce gepast gebruik.



Zelfde bekostiging voor jaar 1 en jaar 2/3 g-ggz, basis-ggz en fz; ontschotting

Binnen de ggz zijn nu nog diverse bekostigingsschotten. Zo zijn er verschillende bekostigingssystemen voor de gb-ggz en jaar 1 en 2/3 van de g-ggz¹⁴.

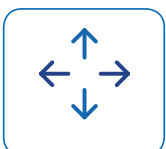
Met de nieuwe bekostiging willen we deze bekostigingsschotten opheffen.

Met het zorgprestatie-model maken we eenzelfde bekostiging voor de ggz en fz.



Basis voor sturen op gepaste en doelmatige zorg

De Raad voor Volksgezondheid en Zorg definieert gepaste zorg als “de combinatie van handelen op basis van evidence based medicine en patient centered medicine. Uiteindelijk betekent dit dat de zorgverlener betere en doelmatiger zorg kan en zal leveren.”¹⁵ Idealiter kent het te ontwerpen bekostigingsmodel een onderverdeling van prestaties naar zorgvraagzwaarte en voorzien richtlijnen in een afbakening van de bijbehorende behandelpakketten. Om dit te kunnen realiseren is een verbeterde zorgvraagtypering nodig. De pilot over het zorgclustermodel, waarvan de verzamelde data nu wordt geanalyseerd, vormt een belangrijk vertrekpunt voor de verdere uitwerking van de verbeterde zorgvraagtypering. Hoewel er op dit moment nog geen verbeterde zorgvraagtypering voorhanden is, draagt het maken van onderscheid naar behandelsetting en het sneller beschikbaar zijn van informatie over zorguitgaven wel bij aan het gesprek over gepaste en doelmatige zorg.



Flexibel te combineren met doorontwikkeling zorgvraagtypering

De bekostiging moet zo zijn vormgegeven dat een verbeterde zorgvraagtypering hier makkelijk aan kan worden toegevoegd. Door de prestaties te baseren op de daadwerkelijk geleverde zorg en te verkorten tot de duur van een zorgactiviteit of één kalenderdag is het model voldoende flexibel om een verbeterde zorgvraagtypering toe te voegen wanneer deze is ontwikkeld.

Noten

- 12 Rechtmatige Zorg, Aanpak van fouten en fraude 2018-2021, december 2018.
- 13 Dit uitgangspunt is opgenomen in het actieplan ‘ontregel de zorg’.
- 14 CPB Discussion Paper ‘Unintended effects of reimbursement schedules in mental health care’, 3 november 2014.
- 15 Advies over gepaste zorg, uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van VWS, 2004.

4 Wat houdt het zorgprestatie model in?

Wat houdt het zorgprestatie­model in?

32

Het zorgprestatie­model is een vorm van prestatie­bekostiging op basis van activiteiten en verblijfs­dagen. In de structuur kennen we vier typen prestaties: consulten, verblijfs­prestaties, toeslagen en overige prestaties. Om dit model en deze structuur uit te werken is een aanwijzing van de minister van VWS nodig. De zorgprestatie­lijst wordt in de komende maanden (binnen de gegeven structuur) gefinaliseerd. Ook de vormgeving van de setting kan nog tot veranderingen leiden in de prestatie­lijst.

In [figuur 4](#) zijn de concept prestaties uit het zorgprestatie­model schematisch weergegeven. In [hoofdstuk 7](#) beschrijven wij dat deze lijst, in combinatie met setting, verder wordt afgerond.

Consulten

Behandeling en geneeskundige begeleiding (hierna ‘behandeling’) zijn ondergebracht in een consulten­structuur. We onderscheiden vijf consulten, waarvan de duur is gebaseerd op tijdseenheden waarvan uit data-analyses blijkt dat ze in de praktijk gangbaar zijn:

- Consult kort (15 minuten)
- Consult middel (30 minuten)
- Consult standaard (45 minuten)
- Consult uitgebreid (60 minuten)
- Consult extra uitgebreid (75 minuten)

De indirecte tijd is voor de consulten (via een opslag in het consulttarief) genormeerd.

Binnen deze consult­structuur maken we een onderscheid naar BIG-beroepen en niet BIG-beroepen. Dit onderscheid hanteren we omdat dit een objectieve indeling van beroepen in de zorg is. Bovendien is dit onderscheid verankerd in wetgeving en daardoor herkenbaar, controleerbaar en handhaafbaar.

Voor elk van de acht BIG-beroepen hebben we vanuit het oogpunt van kosten­homogeniteit bovengenoemde vijf consulten ontwikkeld. Deze consulten krijgen ook aparte tarieven voor elk van de acht BIG-beroepen. De niet-BIG beroepen kennen geen verdere uitsplitsing naar individuele beroepen. De vijf consulten voor de niet BIG-beroepen krijgen daarmee een gemiddeld tarief op basis van de beroepenmix.

Om de herkenbaarheid van de geleverde zorg te bevorderen hebben we aparte consulten ontwikkeld voor diagnostiek en behandeling.

Tenslotte hebben we voor groepsbehandelingen consulten ontwikkeld waarvan het tarief gebaseerd is op het aantal deelnemers. We onderscheiden de volgende groepsgrootten: 2-5 deelnemers, 6-8 deelnemers, 9-12 deelnemers, vanaf 13 personen.

Verblijfsprestaties

Voor de verblijfszorg behouden we de huidige systematiek waarin verblijfsdagen per dag worden geregistreerd. De verblijfsprestaties A t/m H kennen een onderverdeling naar de verzorgingsgraad (gemiddelde VOV-inzet op jaarbasis)¹⁶. Per verblijfsprestatie worden vier (fz) respectievelijk drie (g-ggz) beveiligingsniveaus onderscheiden.

Aanvullend op de verblijfsprestaties A t/m H hebben we de volgende drie verblijfsprestaties ontwikkeld voor de g-ggz:

- Verblijf zonder Overnachting (VZO) bij ECT.
- Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR).
- Verblijf met extreme zorgzwaarte.

Voor uitzonderlijke situaties van extreme zorgzwaarte hebben we de verblijfsprestatie Extreme zorgzwaarte ontwikkeld. Deze prestatie is bedoeld voor uitzonderlijke situaties, waarbij de verblijfszorg dusdanig maatwerk betreft dat dit redelijkerwijs niet inpasbaar is in de reguliere verblijfsprestaties. Doorgaans is de oorzaak dat de VOV-inzet zo afwijkt van de zwaarste verblijfsprestatie (G) dat het leveren van verantwoorde zorg niet voldoende bekostigd kan worden. Gezien het maatwerk karakter van deze prestatie, geldt voor het declareren van deze prestatie een contractvereiste. Tot slot zullen dagbesteding en vaktherapie integraal onderdeel uit gaan maken van de verblijfsprestaties en daarmee niet langer apart declarabel zijn.

Toeslagen en overige prestaties

Een aantal specifieke zorgvormen is beschreven in toeslagen. Deze toeslagen kunnen alleen voorkomen in combinatie met een consult of (specifieke) verblijfsdag. De toeslagen voor de g-ggz en de fz zijn terug te vinden in [figuur 4](#).

Een beperkt aantal minder vaak voorkomende onderdelen van ggz en fz behandelingen zijn gedefinieerd in overige prestaties. Zij verschillen van de toeslagen, omdat ze ook afzonderlijk kunnen worden gedeclareerd. De overige prestaties zijn terug te vinden in [figuur 4](#).

Tenslotte moet zorg die niet tot de verzekerde aanspraken Zvw behoort in rekening gebracht kunnen worden. Hiervoor behouden we de huidige prestaties *Niet basispakketzorg – consult* en *Niet basispakketzorg – verblijf*.

Figuur 4: Concept prestaties uit het zorgprestatiemodel

CONSULT (per zitting)						
<p>Gespecialiseerde ggz en gp-ggz en forensische zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verpleegkundige (art. 3) - Psychologische beroepen psychotherapeut (art. 3) - Psychologische beroepen gz-psycholoog (art. 3) - Medische/somatische beroepen (art. 3) - Verpleegkundig specialist (art. 14) - Psychologische beroepen (art. 14) - Medische/somatische beroepen (art. 14) - Niet BIG-beroepen 	<p>Diagnostiek</p> <p>Kort Middel Standaard Uitgebreid Extra uitgebreid</p>	<p>Individuele behandeling</p> <p>Kort Middel Standaard Uitgebreid Extra uitgebreid</p>	<p>Groeps-behandeling</p> <p>2 tot en met 5 6 tot en met 8 9 tot en met 12 Meer dan 12</p>	<p>Toeslagen Gespecialiseerde ggz</p> <ul style="list-style-type: none"> - RTMS - Doventolk/communicatiedeskundige - Reistijd tot 25 minuten - Reistijd vanaf 25 minuten <p>Forensische zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - RTMS - Doventolk/communicatiedeskundige - Reistijd tot 45 minuten - Reistijd vanaf 45 minuten 		
VERBLIJFSPRESTATIES						
<p>Gespecialiseerde ggz</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verblifsdag A (lichte verzorgingsgraad) - Verblifsdag B (beperkte verzorgingsgraad) - Verblifsdag C (matige verzorgingsgraad) - Verblifsdag D (gemiddelde verzorgingsgraad) - Verblifsdag E (intensieve verzorgingsgraad) - Verblifsdag F (extra intensieve verzorgingsgraad) - Verblifsdag G (zeer intensieve verzorgingsgraad) - Verblifsdag H (hi/c) - Verblifsdag VMR (verblijf met rechtvaardigingsgrond) - Verblif zonder overnachting bij ECT - Verblifsdag extreme zorgzwaarte 	<p>Beveiligings-niveau</p> <p>Geen 2 3</p>	<p>Forensische zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verblifsdag A (lichte verzorgingsgraad) - Verblifsdag B (beperkte verzorgingsgraad) - Verblifsdag C (matige verzorgingsgraad) - Verblifsdag D (gemiddelde verzorgingsgraad) - Verblifsdag E (intensieve verzorgingsgraad) - Verblifsdag F (extra intensieve verzorgingsgraad) - Verblifsdag G (zeer intensieve verzorgingsgraad) - Verblifsdag H (hi/c) - Verblifsdag extreme zorgzwaarte 		<p>Beveiligings-niveau</p> <p>1 2 3 4</p>	<p>Toeslagen Gespecialiseerde ggz</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oorlogsgereleerd psychotrauma (op verblifsdag D) <p>Forensische zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extreem vlucht- en beheersgevaarlijk (EVGB) - Sglvg+ bij beveiligings-niveau 2 	
OVERIGE PRESTATIES						
<p>Gespecialiseerde ggz</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elektroconvulsie therapie (ECT) - Ambulante methadonverstrekking (AMV) - Consultatie bij euthanasieverzoeken - Onderlinge dienstverlening - Activiteiten ihkv juridische procedures (kort, middel, standaard, uitgebreid, extra uitgebreid) - Multidisciplinaire overleg (MDO) (kort, middel, lang) - Niet basispakketzorg consult - Niet basispakketzorg verblijf - Innovatie (incl. e-health) 		<p>Forensische zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elektroconvulsie therapie (ECT) - Ambulante methadonverstrekking (AMV) - Consultatie bij euthanasieverzoeken - Onderlinge dienstverlening - Activiteiten ihkv juridische procedures (kort, middel, standaard, uitgebreid, extra uitgebreid) - Multidisciplinaire overleg (MDO) (kort, middel, lang) - Ambulante dagbesteding forensische zorg - Forensisch psychiatisch toezicht (FPT) 				

Uitgangspunten tarieven

Ook binnen het zorgprestatie­model zal sprake zijn van max-max tarieven. Deze worden gebaseerd op het lopende kostprijsonderzoek voor de herijking van de db(b)c-tarieven 2020. Voor drie specifieke prestaties wordt een vrij tarief voorgesteld:

- Transitieprestatie, beschikbaar in 2022 en 2023
- Innovatieprestatie (incl. e-health)
- Verblijfsdag extreme zorgzwaarte

Voor deze prestaties zijn wel afspraken met zorgverzekeraars nodig, omdat in geval van de transitieprestatie er een verrekening plaatsvindt voor effecten die overall-afspraken over- of onderschrijden. Bij de innovatieprestatie en de verblijfsdag extreme zorgzwaarte moeten verzekeraar en aanbieder gezamenlijk definiëren voor welke zorg die prestatie wordt ingezet.

In plaats van een generieke opslag voor kapitaallasten bij behandeling introduceren we per 2020 een nieuwe variant in de vorm van een Normatieve Huisvestingscomponent (NHC). Deze wordt toegepast op alle prestaties waarbij huisvesting een rol speelt. We bouwen deze normatief op en rekenen de kosten uiteindelijk aan minuten van een behandelaar toe.

Acute ggz en Wet verplicht ggz

De acute ggz (eerste 72 uur) gaat, na inschrijving van de generieke module acute psychiatrie, bekostigd worden via een budget. De budgetsystematiek past binnen de nieuwe bekostiging. De budgetparameters worden niet geraakt door de nieuwe bekostiging en blijven ongewijzigd bestaan. Aan de ‘prestatiekant’ van de budgetsystematiek moeten wijzigingen worden doorgevoerd. Er moet zichtbaar zijn of een gedeclareerde prestatie ter dekking komt van het budget. Hiervoor zullen apart gelabelde consulten en verblijfsdagen ontwikkeld worden. Voor de bekostiging van de acute ggz na de eerste 72 uur zien wij geen belemmering om de consulten (en verblijfsdagen) te gebruiken.

Voor zover nu duidelijk is kan het zorgprestatie­model ook worden toegepast op de zorg die valt onder de Wet verplichte ggz. We besteden hier bij de finalisering van de prestatie­lijst aandacht aan.

Noten

- 16 Binnen de gespecialiseerde ggz geldt ook een verblijfsprestatie H (HIC) voor specifieke situaties met een besloten setting. De NZa adviseert om die prestatie ook in de beoogde bekostiging op te nemen. De NZa onderzoekt samen met partijen de noodzaak tot invoering van een soortgelijke prestatie binnen de forensische zorg.

5 Wat zijn de randvoorwaarden?

Wat zijn de randvoorwaarden?

37

Naast de eerdergenoemde ontwerpcriteria zijn er ook een aantal randvoorwaarden waaraan het nieuwe bekostigingsmodel moet voldoen.

Wij gaan in op de volgende onderdelen:

- Macrobudgettaire beheersbaarheid
- Voorkomen trendbreuk informatie
- Toepasbaar in risicovereveningsmodel
- Beschikbaarheid (financiële) stuurinformatie
- Verminderen van perverse prikkels
- Privacy

Macrobudgettaire beheersbaarheid

Het nieuwe bekostigingsmodel mag niet leiden tot een stijging van de zorguitgaven en moet net als de huidige bekostiging, passen binnen het bij invoering geldende budgettair kader zorg. Een financiële impactanalyse geeft ons inzicht in de financiële effecten die zich voordoen bij de overgang naar het nieuwe bekostigingsmodel. Deze analyse kan pas worden uitgevoerd als de herijkte tarieven bekend zijn. In het volgende hoofdstuk wordt wel het effect van de overgang naar het nieuwe model verder uitgewerkt.

Voorkomen trendbreuk informatie

In de huidige bekostiging vormen de behandeltijd en de DSM-diagnoseclassificatie en zorgvraagzwaarte-indicator belangrijke informatie-elementen. In de vormgeving van de nieuwe bekostiging willen we een trendbreuk van informatie zoveel mogelijk voorkomen en blijft deze informatie beschikbaar.

Voor zorgverzekeraars is het nodig dat zij een relatie kunnen leggen tussen de individuele declarabele eenheden en patiëntkenmerken. Hiervoor zal sprake zijn van een trajectnummer op basis waarvan deze koppeling behouden blijft.

Toepasbaar in risicovereveningsmodel

De Zorgverzekeringswet eist van zorgverzekeraars dat zij iedereen accepteren voor de basisverzekering. Daarnaast geldt een verbod op premiedifferentiatie. Dit laatste houdt kort gezegd in dat iedereen die dezelfde polis kiest, dezelfde premie betaalt. Er mag geen verschil worden gemaakt op basis van persoonskenmerken en/of zorggebruik. De enige toegestane kortingen zijn een korting bij een vrijwillig eigen risico en een collectiviteitskorting. Om verzekeraars te compenseren voor verzekerden met een hoge kans op zorgkosten, is het systeem van de risicoverevening ingevoerd. Dit is een model dat op basis van

persoonskenmerken en (historisch) zorggebruik de zorgkosten voor een deel compenseert. Die compensatie wordt zo berekend dat verzekeraars voor verzekerden met een grote kans op zorgkosten een toeslag ontvangen en voor verzekerden met een lage kans op zorgkosten een aftrek. Op die manier worden de risico's verevend tussen de verzekeraars.

Bij de vormgeving van de nieuwe bekostiging brengen we de gevolgen voor de uitvoering van de risicoverevening in kaart. Daar waar aanpassingen nodig blijken zullen wij samen met het Zorginstituut Nederland optrekken. Een verdere uitwerking hiervan is opgenomen in het volgende [hoofdstuk](#).

Beschikbaarheid (financiële) stuurinformatie

Prestaties in de db(b)c-systematiek kennen een doorlooptijd van maximaal één jaar. In het zorgprestatie-model is de doorlooptijd van een prestatie teruggebracht tot maximaal een dag. Doordat de prestaties niet meer pas na maximaal een jaar worden afgeleid tot een declarabel zorgproduct, de db(b)c, is het mogelijk om de geleverde zorg frequenter te declareren. Geleverde prestaties kunnen bijvoorbeeld elke maand gedeclareerd worden. Hierdoor is informatie over de definitieve schadelast sneller beschikbaar. Ook kan met de versnelling van declaraties beter gemonitord worden hoe de financiële contractafspraken tussen de inkoper en de zorgaanbieder verlopen en of er bijgestuurd moet worden. Hoewel de DSM-diagnose strikt genomen in de prestaties geen rol meer vervult, blijft de DSM-diagnose relevant om te bepalen of er sprake is van een verzekerde aanspraak. Zoals eerder beschreven zullen, tot er een verbeterde zorgvraagtypering is, de registratie-eisen (van bijv. DSM-classificatie en Zvzi) niet wijzigen. Met het zorgprestatie-model gaat deze informatie niet verloren

Verminderen van perverse prikkels

In het zorgprestatie-model worden op aantal manieren perverse prikkels verminderd.

- Afschaffen tijdsklassen
- Normeren registratie indirecte tijd
- Toename mogelijkheden om onjuiste registratie te constateren

Afschaffen tijdsklassen

Het bestaan van tijdsklassen kan tot strategisch declaratiegedrag leiden. Bijvoorbeeld een db(b)c sluiten, direct nadat een volgende tijdsklasse is bereikt. De financiële prikkel om gunstig in een volgende tijdsklasse te komen is met de nieuwe bekostiging verdwenen. Ondersteund door het onderzoek van het CPB¹⁷ verwachten wij een positief effect als tijdsklassen van de dbc-systematiek worden vervangen door losse zorgprestaties die

gebaseerd zijn op daadwerkelijk geleverde zorg. De prikkels voor zowel over- als onderbehandeling vanwege de bekostiging worden hiermee gemitigeerd. Hierdoor zal het zogenoemde 'zaagtandpatroon', waarbij relatief veel productie geleverd wordt net boven de ondergrens van een tijdsklasse, niet meer in deze mate aanwezig zijn.

Normeren registratie indirecte tijd

De manier waarop indirecte tijd¹⁸ wordt geschreven in de dbc-systematiek kan tot ongewenst of strategisch gebruik leiden. Indirecte tijd is immers niet genormeerd. De mogelijkheden tot strategisch gebruik willen wij beperken door indirecte tijd te normeren op basis van reële gemiddelden. Voor enkele aanwijsbare afwijkende situaties (zoals juridische procedures en Multidisciplinair overleg wordt overigens nog wel een afzonderlijke prestatie ingevoerd. Op het moment dat er een betere zorgvraagtypering beschikbaar is (of de setting hierin voorziet), kunnen deze zorgactiviteiten verder worden genormeerd.

Toename mogelijkheden om onjuiste registratie te constateren

In het zorgprestatie-model wordt de eis gesteld dat geleverde prestaties herleidbaar zijn vanuit de patiëntplanning. De prestaties zullen samen met de datum waarop de prestatie is geleverd, transparant worden gemaakt op de factuur. In de dbc-systematiek zijn alleen de totalen beschikbaar, waardoor controles veel moeilijker uitgevoerd kunnen worden. Via een tijdsklasse 800-1800 minuten kun je als patiënt of zorgverzekeraar niet zien of een zorgaanbieder standaard 30 minuten extra tijd schrijft bij elk consult of eenmalig 300 minuten indirecte tijd toevoegt.

Privacy

Zo lang er geen verbeterde zorgvraagtypering is, adviseren wij om de DSM-diagnose, de Zvzi en de patiëntprofielen in de gb-ggz te behouden. Verzekeraars geven aan dat inzage in de DSM-diagnose (op hoofdgroepniveau) via de nota nodig blijft om te controleren of een declaratie rechtmatig is. Te denken valt aan de controle of een declaratie binnen de afspraken Zorgverzekeringswet valt en of er sprake is van gepast gebruik.

Om een medisch persoonsgegeven als de DSM-diagnose te mogen verwerken is er een grondslag nodig. Wij verzoeken VWS deze grondslag expliciet te creëren in de Regeling Zorgverzekering (artikel 7.2). Daarmee wordt de diagnose-informatie expliciet toegevoegd als informatie-element waar de zorgverzekeraar over kan beschikken.

De NZa kan op grond van deze toevoeging in de Regeling Zorgverzekering een informatieverplichting voor aanbieders creëren om de diagnose-informatie aan de zorgverzekeraars te blijven leveren. De mogelijkheid voor patiënten om een privacyverklaring in te vullen blijft bestaan. Naar verwachting zal zo'n regeling ook opgesteld moeten worden voor een toekomstige zorgvraagtypering.

Noten

- 17 CPB Discussion Paper 'Unintended effects of reimbursement schedules in mental health care', 3 november 2014.
- 18 Onder indirecte tijd wordt de inspanningen van een behandelaar genoemd in het kader van de patiënt, maar zonder direct contact tussen de patiënt en behandelaar. Denk hierbij aan verslaglegging en patiëntbesprekingen.

6 Wat zijn de verwachte effecten?

Wat zijn de verwachte effecten?

42

In dit hoofdstuk beschrijven wij de effecten van het zorgprestatie­model. Daarin staan wij stil bij de volgende effecten:

- Financiële prikkels
- Sturen op gepaste en doelmatige zorg
- Effect op contractering
- Risicoverevening
- Administratieve lasten
- Te verwachten financiële impact g-ggz

Financiële prikkels

Eén van de belangrijkste wijzigingen in het zorgprestatie­model is het opheffen van lange tijdsranges. Daarmee vervalt een belangrijke prikkel van het sturen op een optimaal aantal minuten ten opzichte van het tarief ('zaagtandpatroon'). In het zorgprestatie­model staan consulten en verblijfsdagen centraal. Daarnaast is de indirecte tijd als vaste opslag verwerkt in de zorgprestaties. Zowel het afschaffen van de tijdsklassen als het normeren van indirecte tijd zijn belangrijk om negatieve prikkels die kunnen leiden tot strategisch declaratiegedrag in te beperken.

Wij zien in het zorgprestatie­model twee soorten risico's voor strategisch gedrag:

- Sturen op tijdsgrenzen
- Opknippen van lange consulten in kortere consulten

Sturen op tijdsgrenzen

Het element 'tijd' zal binnen de ggz en de fz altijd een prominente rol hebben in de tarifiering, omdat de zorgprestatie doorgaans de inzet van de behandelaar weerspiegelt. In het zorgprestatie­model speelt dit met name bij de consulten. In de concept prestatie­lijst kennen we nu het volgende onderscheid:

- Consult kort (15 minuten)
- Consult middel (30 minuten)
- Consult standaard (45 minuten)
- Consult uitgebreid (60 minuten)
- Consult extra uitgebreid (75 minuten)

Door bijvoorbeeld strategisch om te gaan met afrondingsregels zou er een ongewenst effect kunnen optreden.

Ten opzicht van de huidige db(b)c's wordt deze prikkel beperkt doordat:

- De patiënt zijn nota begrijpt en hier zo opheldering kan vragen bij de zorgaanbieder of zorgverzekeraar;
- De verzekeraar en de patiënt eerder inzicht krijgen in geleverde zorg en hier zo nodig op acteren;
- In het zorgprestatieproces het sturen op grenzen alleen via oprekking van direct patiëntencontact mogelijk is;
- In de beheersing van de rechtmatigheid gekeken wordt naar het primaire werkproces (de agenda van de behandelaar).

Opknippen van lange consulten in kortere consulten

In de nieuwe structuur bestaat het risico dat aanbieders voor een consult dat nu 60 minuten duurt, in de toekomst bijvoorbeeld meerdere consulten van kortere duur in rekening brengen (ervan uitgaande dat dit financieel aantrekkelijk is). Daarvoor moet de patiënt dan wel meerdere keren terugkomen/wachten. In de regelgeving zal namelijk worden opgenomen dat een consult bestaat uit een aaneengesloten tijdspanne. Dus voor een uur behandelingsduur, mag niet twee keer 30 minuten in rekening worden gebracht.

Wat betreft het opsplitsen van individuele behandelafspraken is de patiënt een belangrijke factor. De patiënt zal immers niet altijd bereid zijn/de mogelijkheid hebben om meerdere keren terug te komen bij de behandelaar.

Sturen op gepaste en doelmatige zorg

Een aantal belangrijke elementen in de nieuwe bekostiging zorgen ervoor dat er beter gestuurd kan worden op gepaste en doelmatige zorg:

- Het zorgprestatieproces zorgt voor meer klinische herkenbaarheid dan de minuten van de db(b)c's. Klinische herkenbaarheid definiëren wij als de mate waarin zorgproducten vanuit een geneeskundig of beveiligingsperspectief identificeerbaar zijn¹⁹. De prestaties uit het zorgprestatieproces zijn immers gebaseerd op de in de praktijk geleverde zorg. Dat ondersteunt het gesprek tussen verzekeraar en aanbieder over doelmatigheid en gepast gebruik.
- Indirecte tijd is versleuteld in de consulten, waardoor er meer focus ligt op het directe patiëntencontact.
- Het onderscheid naar benodigde setting draagt vooral bij aan het sturen op gepaste en doelmatige zorg omdat hiermee inzicht ontstaat in de zwaarte van de zorg en de daarbij horende behandelinzet en zorguitgaven.
- Het sneller inzicht hebben in de zorguitgaven, doordat de prestaties snel gedeclareerd kunnen worden, maakt dat het gesprek over gepaste en doelmatige zorg sneller gevoerd kan worden en zo nodig tijdig hierop kan worden bijgestuurd. Dit kan bijvoorbeeld door het

sneller inzicht krijgen in afwijkende declaratiepatronen. Zo faciliteert het zorgprestatie-model de zorgverzekeraar om eerder bij te sturen als er sprake is van on gepaste of ondoelmatige zorg.

Maar daarmee zijn we er nog niet. We zien dit als een startpunt. Een verbetering van de zorgvraagtypering van patiënten is nodig om fundamentele stappen te zetten naar nog betere klinische herkenbaarheid en meer sturing op gepaste en doelmatige zorg. Hierdoor ontstaat meer inzicht in de zorgvraagzwaarte van de patiënt en/of de patiëntkenmerken. Om hier dan op te kunnen sturen is de ontwikkeling van zorgstandaarden/kwaliteitsstandaarden, waarin is beschreven welke zorg past bij verschillende patiëntgroepen, essentieel.

De dbc-beroepentabel zal in de huidige vorm vervallen. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord ggz hebben veldpartijen afgesproken samen een veldnorm te ontwikkelen. Hierdoor ontstaat meer duidelijkheid welke niet-BIG beroepen een erkende rol hebben in de zorgverlening in de ggz en fz. Dit draagt bij aan het goede gesprek over gepaste en doelmatige zorg.

Doelmatige zorg zal vooral bevorderd moeten worden via de contractering. Daar maken aanbieder en zorgverzekeraar met elkaar afspraken over doelmatige inzet van gekwalificeerde beroepsbeoefenaars. Een heldere en gedragen veldnorm kan hier een belangrijke bijdrage aan leveren.

Effect op contractering

Het zorgprestatie-model omvat prestaties die gebaseerd zijn op werkelijk geleverde zorg en voorzien van een reëel tarief. Hiermee willen we bereiken dat bekostiging op zichzelf geen reden meer is om af te zien van een contract met de zorgverzekeraar. Door het verminderen van perverse prikkels voor strategisch declaratiegedrag zal het naar verwachting lonender worden om een contract af te sluiten. Wel zal er tijdens de implementatie aandacht moeten zijn voor de implicaties per beroepsgeroep. Mogelijk geeft de nieuwe bekostiging bij de beroepen met een lager kostenbeslag een grotere prikkel tot contactering dan bij beroepen met een hoger kostenbeslag. Het gemiddelde uurtarief in de db(b)c's zal afwijken van de tarieven die straks worden gekoppeld aan de consulten. Afhankelijk van de beroepsgroep kan dit naar boven of naar onder afwijken. De implicatie van deze differentiatie zal pas berekend kunnen worden als de setting is uitgewerkt.

De verrijking van de nieuwe bekostiging met een onderscheid naar behandelsetting draagt ook bij aan het eerlijker beprijzen van zorg. Door in de bekostiging een plek te geven aan de behandelsetting waarin specifieke zorg geleverd wordt ontstaat er meer inzicht in waarom bepaalde zorg goedkoper of juist duurder is. Ook zal een verlaging van de administratieve lasten contractering kunnen stimuleren.

Partijen van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord hebben met elkaar afgesproken te werken aan een hogere contracteergraad omdat “contractering het vehikel is om afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek”.²⁰ Een herkenbare bekostiging die gebaseerd is op de daadwerkelijk geleverde zorg ondersteunt het maken van dergelijke afspraken.

Risicoverevening

Het bestaande model voor risicoverevening bestaat voor de curatieve ggz uit acht parameters. Twee hiervan (*Diagnose Kosten Groepen psychische aandoeningen: DKG's en de GGZ Meerjarige Hoge Kosten: MHK*) worden beïnvloed door de beoogde vervanging van dbc's door het zorgprestatie model. Aangezien er geen informatie verloren gaat (en de bestaande informatie sneller beschikbaar komt) zullen er geen negatieve effecten optreden voor het model voor risicoverevening.

Een herijking van het vereveningsmodel lijkt wel gewenst. De invoering van het zorgprestatie model kan namelijk effect hebben op de kostendrempels en gewichten. Omdat de vereveningsbijdrage voor verzekeraars gebaseerd is op gegevens uit de 3 vorige jaren, ligt een herijking per 2025 (3 jaar na invoering vanaf 2022) voor de hand. Overigens is een methode beschikbaar om – via conversie – de bestaande kostengroepen (DKG's en MHK) ook dan nog te blijven gebruiken.

Het proces om het vereveningsmodel aan te passen werken we de komende periode in overleg met VWS en het Zorginstituut nader uit.

Vermindering administratieve lasten

Uitgangspunt bij de ontwikkeling van de prestaties van het zorgprestatie model is dat ze zoveel mogelijk overeen moeten komen met de inrichting van het primaire zorgproces. Omdat de prestaties overeenkomen met de feitelijk geleverde zorg zijn ze eenvoudig af te leiden uit agenda's van afdelingen en/of behandelaren. Ook de indeling van beroepsgroepen sluit aan op landelijk erkende definities uit de wet BIG.

Met het zorgprestatie model komt de huidige minutenregistratie en onderliggende activiteitenregistratie te vervallen. Ook de regels die bij deze registratie horen vervallen. Daarnaast zullen we de overige registratie- en declaratieregels sterk vereenvoudigen. Onder andere regels rondom het openen, sluiten en valideren van een db(b)c komen te vervallen.

Alleen de regels die nodig zijn voor een goede werking van het bekostigingssysteem worden opgenomen in regelgeving. Het risico op onduidelijkheden en interpretatieverschillen in de regelgeving neemt daarmee af. Dit komt ook processen rondom de controle en verantwoording ten goede.

Tot slot resulteert ook het versnellen van de declaraties tot een vermindering van de administratieve lasten. Vanwege de lange doorlooptijd van de db(b)c's is er per definitie sprake van twee versies van registratie- en declaratieregels. De openingsdatum van de db(b)c is leidend voor welke registratie- en declaratieregels van toepassing zijn.

Te verwachten financiële impact g-ggz

Om de te verwachten financiële impact te berekenen hebben we de opbrengsten van aanbieders binnen de beoogde prestatiestructuur voor de g-ggz gesimuleerd en afgezet tegen de gesimuleerde opbrengsten binnen de huidige bekostiging.²¹ In deze analyses zijn de effecten van de tariefherijking (per 2020), van de gewijzigde verblijfsdefinities en de vormgeving van de behandelsetting niet meegenomen. We willen namelijk de verwachte impact van de wijziging in bekostigingsmodel in kaart brengen. De effecten zoals weergegeven in [tabel 1](#) zijn theoretische effecten. In de praktijk spelen veel andere factoren mee. Voorbeelden hiervan zijn tariefffecten, contractering, registratiegedrag, een veranderende zorgvraag, etc. In een poging het zuivere effect te bepalen van een wijziging in de productstructuur heeft de NZa analyses gedaan waarbij van andere variabelen wordt verondersteld dat ze constant te zijn. Dit stelt ons in staat om alleen in te zoomen op de effecten die ontstaan als gevolg van de wijziging in de bekostiging.

Uitgangspunt in deze analyse zijn de minuten uit de dbc-systematiek (gesloten 2017). Deze minuten zijn vervolgens als input gebruikt voor de analyse naar de financiële impact van het zorgprestatiemodel. In eerste instantie wordt daarvoor een dbc-kostprijs bepaald op basis van herijkte profielen en kostprijzen zoals berekend in 2017. Met deze informatie worden opbrengsten van individuele zorgaanbieders binnen het zorgprestatiemodel gesimuleerd in de aanname dat 100% van het NZa-maximumtarief wordt gedeclareerd. De totale opbrengsten leiden tot het startpunt van de analyse. Vervolgens wordt stapsgewijs de opbrengst aangepast op basis van wijzigingen in de productstructuur. Het verschil in opbrengst is in de tabel weergegeven als percentage en geeft aan wat het effect is op de (maximale) opbrengst per stratum. De totale opbrengsten blijven gelijk, maar er vindt een herverdeling plaats. In de tabel hierboven zien we het effect van de productstructuurwijziging op gesimuleerde opbrengsten per stratum, uitgewerkt in acht opeenvolgende stappen. Hieronder lichten we elk van deze stappen toe. Belangrijk om hierbij op te merken is dat dit een voorlopige analyse is gebaseerd op huidige vormgeving van het zorgprestatiemodel. Dit model moet echter nog verder gefinaliseerd worden. Ook dient de setting nog een plek te krijgen.

Tabel 1: Te verwachten financiële impact g-ggz

	Vrijgevestigde aanbieder	PUK/PAAZ	Instelling	Macro
1 Van dbc-tijdsclassen naar vergoeding per minuut	-4,8%	-3,1%	+0,6%	0%
2 Van dbc-kostprijs naar consultkostprijs	+7,6%	+4,8%	-1,1%	0%
3 Gemiddelde directe tijd	-0,8%	+1,4%	+0,0%	0%
4 Gemiddelde indirecte tijd	-0,1%	+1,1%	+0,0%	0%
5 Gemiddelde minuten pre-intake	-0,2%	-0,2%	+0,0%	0%
6 Gemiddelde algemene indirecte tijd (niet zijnde juridische procedures, MDO en zorgcoördinatie)	+3,7%	+2,7%	-0,4%	0%
7 Prestatie MDO	-1,1%	+1,4%	+0,1%	0%
8 Prestatie reistijd	-0,0%	-0,0%	+0,0%	0%
Subtotaal	+4,3%	+8,1%	-0,8%	0%
9 Verwijderen opslag specifiek personeel	-6,2%	-6,9%	+1,0%	0%
Totaal	-1,9%	+1,2%	+0,2%	0%

Toelichting tabel 1

1 Van dbc-tijdsklassen naar vergoeding per minuut

De eerste stap in deze impactanalyse is het stoppen met de tijdsbandbreedte. In stap 1 vergoeden we een dbc niet meer op basis van een gemiddelde tijd binnen de dbc-bandbreedte, maar wordt elke minuut vergoed op basis van de gemiddelde kostprijs van de dbc.

Bijvoorbeeld: een aanbieder die binnen de dbc-bandbreedte minder minuten besteedde dan gemiddeld, kreeg voorheen het gemiddelde aantal minuten van de bandbreedte vergoed en krijgt nu dus minder minuten vergoed.

2 Van dbc-kostprijs naar consultkostprijs

In de volgende stap laten we de gemiddelde kostprijs van de dbc los en vergoeden we elke minuut volgens de kostprijs van het zorgprestatie model (consult per beroep).

Bijvoorbeeld: een minuut van de psychiater werd voorheen vergoed volgens de gemiddelde kostprijs van de dbc en wordt nu volgens de gemiddelde kostprijs van het consult van een psychiater vergoed.

3 Gemiddelde directe tijd

In deze stap vergoeden we niet elke minuut besteed aan directe tijd, maar worden deze minuten vergoed volgens een gemiddelde binnen de bandbreedtes van de consulten die ten grondslag liggen aan de bijbehorende tijdseenheden.

Bijvoorbeeld: een consult van 40 minuten directe tijd kreeg na stap 1 40 minuten vergoed, maar krijgt nu het gemiddeld aantal minuten in de bandbreedte 35-50 minuten vergoed (circa 45 minuten).

4 Gemiddelde indirecte tijd

In deze stap wordt de indirecte tijd, behorende bij diagnostiek- of behandelactiviteiten, opgeslagen op de directe tijd. Deze minuten worden dus niet meer elk vergoed, maar de vergoeding is nu een genormeerde opslag op de directe tijd.

Bijvoorbeeld: een consult van 50 minuten directe tijd en 10 minuten indirecte tijd kreeg na stap 1 10 minuten indirecte tijd vergoed, maar krijgt nu een gemiddelde opslag op het gemiddeld aantal directe minuten in de bandbreedte (circa 45 minuten).

5 Gemiddelde minuten pre-intake

In deze stap wordt de indirecte tijd, behorende bij prediagnostiek, opgeslagen op de directe tijd van consulten.

Bijvoorbeeld: een prediagnostische activiteit duurt 30 minuten. Na stap 1 kreeg je elk van deze 30 minuten vergoed, nu krijg je een aantal minuten voor prediagnostiek per consult met directe tijd vergoed. Ook als je geen prediagnostiek uitvoert zit deze opslag in het consult.

6 Gemiddelde algemene indirecte tijd (niet zijnde juridische procedures, MDO en zorgcoördinatie)

In deze stap wordt de indirecte tijd, behorende bij algemene indirecte tijd (niet zijnde juridische procedures, MDO en zorgcoördinatie), opgeslagen op de directe tijd van consulten.

Bijvoorbeeld: een activiteit van algemene verslaglegging duurt 15 minuten. Na stap 1 kreeg je elk van deze 15 minuten vergoed, nu krijg je een aantal minuten voor algemene indirecte tijd per consult met directe tijd vergoed. Ook als je geen algemene indirecte activiteiten uitvoert zit deze opslag in het consult.

7 Prestatie MDO

Na stap 6 is de vergoeding op basis van diagnostiek- en behandelconsulten afgerond, maar zijn nog niet alle minuten uit de dbc-systematiek verwerkt. In stap 7 worden minuten voor algemene indirecte tijd in het kader van juridische procedures, MDO en zorgcoördinatie gemiddeld verdeeld binnen de voorgestelde bandbreedtes van elk van de activiteiten.

Bijvoorbeeld: een activiteit in het kader van zorgcoördinatie duurt 30 minuten. Deze minuten werden na stap 1 allemaal vergoed, maar nu worden ze vergoed volgens een gemiddelde.

8 Prestatie reistijd

In stap 8 worden minuten voor reistijd gemiddeld verdeeld binnen de voorgestelde bandbreedtes van elk van de activiteiten.

Bijvoorbeeld: een reistijdactiviteit duurt 30 minuten. Deze minuten werden na stap 1 allemaal vergoed, maar nu worden ze vergoed volgens een gemiddelde reistijd.

Er wordt in de eerste acht stappen gerekend met een kostprijs voor tijdschrijvende beroepen. Overig zorgpersoneel wordt vergoed door middel van een opslag in de kostprijs, volgens het kostprijsmodel van de NZa. In de consultensystematiek zal echter iedere zorgprofessional zijn eigen zorg kunnen declareren, mits onderdeel van de nog op te stellen veldnorm.

9 Verwijderen opslag specifiek personeel

In stap 9 gaan we ervan uit dat dit personeel evenveel zal worden ingezet. We gaan ervan uit dat dit personeel bij instellingen werkzaam is en niet bij PUK/PAAZ'en en bij vrijgevestigde aanbieders. Voor vrijgevestigde aanbieders en PUK/PAAZ'en berekenen we in deze stap hoeveel omzet geheralloceerd wordt door de kostprijzen zonder opslag voor overig zorgverlenend personeel. Dit bedrag tellen we vervolgens op bij het totaalbedrag voor instellingen op om tot een effect te komen van het declarabel worden van overig zorgverlenend personeel.

Tot slot

In de analyse zoals weergegeven in [tabel 1](#) zijn de herallocatie-effecten tussen categorieën van aanbieders (instellingen, vrijgevestigden, PUC/PAAZ-en) beperkt.

Budgetneutraliteit is in deze impactanalyse geen randvoorwaarde, maar een gevolg van de wijze van analyseren. De data die we voor de analyse zelf gebruiken (opbrengsten 2017) verandert immers niet, de prestaties op basis waarvan zorgaanbieders bekostigd worden wel. Er is daarmee sprake van een andere herallocatie van opbrengsten tussen zorgaanbieders.

Zoals bij elke productstructuurwijziging vinden herallocaties plaats tussen aanbieders. Dit is geen impact die wij via een publieke transitieregeling willen temperen. Hiervoor stellen wij wel een transitieprestatie beschikbaar in 2022 en 2023 waarover partijen afspraken kunnen maken.

Noten

19 Notitie beleid: Visie op doorontwikkeling dbc-systematiek ggz, 2015.

20 Bestuurlijk akkoord ggz 2019-2022.

21 Vooralsnog hebben we de financiële impact alleen in kaart gebracht voor de g-ggz en gebruiken we voor de analyse van de gb-ggz en fz gegevens die we via het lopende kostprijsonderzoek ontvangen.

7 Wat gaan we doen?

Wat gaan we doen?

52

Na oplevering van dit advies starten we samen met veldpartijen een nieuw programma voor de verdere uitwerking en implementatie van het zorgprestatie­model. Ook de doorontwikkeling van de verbeterde zorgvraagtypering krijgt hierin een prominente plek. Voor dit programma wordt een gezamenlijk programmaplan opgesteld (gereed: 1 juli 2019). Daarin worden onderdelen uit dit hoofdstuk verder uitgewerkt met duidelijke mijlpalen, randvoorwaarden en onderlinge afhankelijkheden. Ook een masterplanning is hier onderdeel van. Een communicatieplan is nodig om samen met veldpartijen de hele sector goed in de ontwikkelingen mee te nemen. Dit is dan ook onderdeel van het programmaplan. Het programma richt zich op de jaren 2019 – 2021.

Vorbereidingsjaren 2019 en 2020

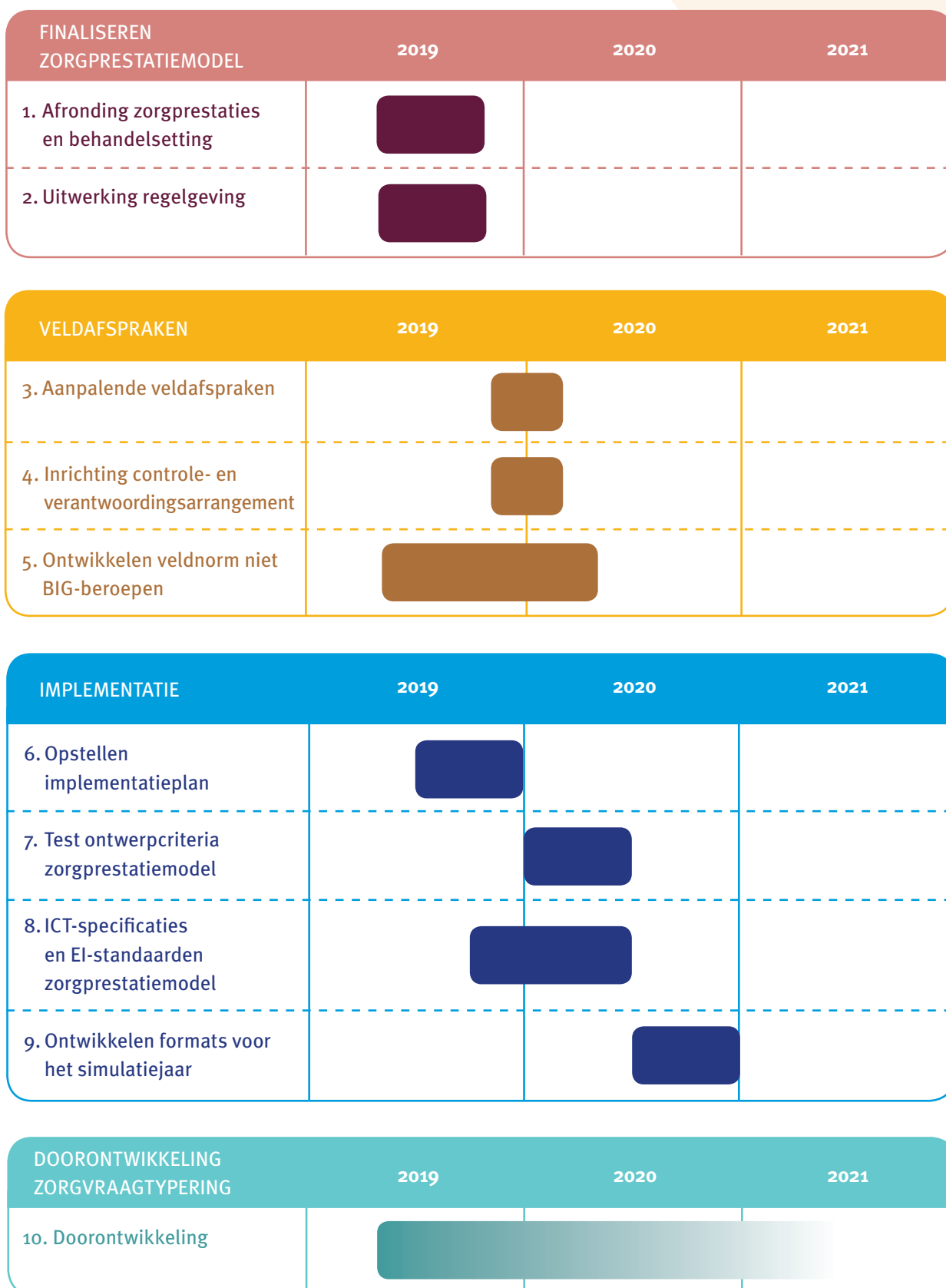
Om invoering van het zorgprestatie­model per 2022 in één keer sectorbreed mogelijk te maken zullen we in 2019 en 2020 het zorgprestatie­model finaliseren en voorbereidingen treffen voor de implementatie. In [figuur 5](#) wordt uitgewerkt wat dit in ieder geval inhoudt. Afronding van de bekostiging en de implementatie zijn uiteraard afhankelijk van elkaar. We werken in dit hoofdstuk uit welke onderdelen wanneer af moeten zijn en welke onderlinge afhankelijkheid ze kennen.

Simulatiejaar 2021

In 2021 kunnen zorgaanbieders de effecten van het zorgprestatie­model voor de eigen praktijk of instelling simuleren. Dit stelt hen in staat om de bedrijfsvoering tijdig aan te passen op de nieuwe bekostiging en indien nodig hierover tijdig afspraken te maken met de zorgverzekeraars.

We zullen deze ontwikkelingen landelijk monitoren. Op 1 oktober 2020 worden prestaties, tarieven en regelgeving in concept uitgeleverd. Op 1 juli 2021 worden de definitieve prestaties, tarieven en regelgeving voor 2022 door de NZa uitgeleverd.

Figuur 5: Vervolgplanning



Finaliseren zorgprestatie­model

Afronding zorgprestaties en behandelsetting (1 juni - 1 november 2019)

Bij de afronding van de prestatie­lijst willen we onder meer nog vaststellen hoe we omgaan met de algemeen indirecte tijd (MDO en zorgcoördinatie) die mogelijk vervat wordt in de behandelsetting. Verder zullen we in ieder geval opnieuw in gesprek gaan over ‘verblijf zonder overnachting (VZO)’, ‘activiteiten in het kader van juridische procedures’, ‘Toeslag Sglvg+’ en ‘vaktherapie’. Ook moet beoordeeld worden in hoeverre de toeslagen en overige prestaties voor de gb-ggz moeten gaan gelden.

Belangrijk is verder dat we functioneel omschreven settingscriteria formuleren. Eerder is benoemd dat we streven naar zo’n 3 – 5 settingsvarianten. Hierbij hebben we ook aandacht voor de rol van de psychotherapeut en klinisch psycholoog als regiebehandelaar in een vrijevestigde setting.

Uitwerking regelgeving (1 juni 2019 - 1 november 2019).

Bij de uitwerking van de regelgeving zijn de eerdergenoemde ontwerpcriteria leidend en zal ook worden onderzocht welke bestaande regels doorvertaald moeten worden in de nieuwe bekostiging. Dit in relatie tot de afgeronde set zorgprestaties en vormgegeven behandel­setting.

Veldafspraken

Aanpalende veldafspraken (1 november 2019 - 1 maart 2020)

Naast de regelgeving van de NZa willen veldpartijen mogelijk ook regels vastleggen in bijvoorbeeld een veldnorm of kwaliteitsrichtlijn. Een voorbeeld hiervan is het Kwaliteitsstatuut. De NZa zal immers alleen regels vastleggen die nodig zijn vanuit het perspectief van de bekostiging. Waar nodig kan een koppeling gelegd worden tussen regelgeving van de NZa en veldnormen/kwaliteitsrichtlijnen. Concreet betekent dit dat de NZa in regelgeving opneemt welke elementen zorgaanbieders moeten vastleggen, welke gegevens op de nota komen te staan en welke declaratievoorwaarden gelden.

Voorbeelden van veldafspraken zijn:

- Eenduidige afspraken over de invulling van het regiebehandelaarschap en toepassing van het Kwaliteitsstatuut in relatie tot bekostiging;
- Eenduidige afspraken over welke setting voor welke groep patiënten wordt ingezet;
- Eenduidige afspraken over vergoedingsstructuren en gewenste eenduidigheid tussen zorgverzekeraars;
- Eenduidige afspraken over controle en verantwoording.

Verder kunnen aanpalende veldafspraken worden gemaakt over de toepassing van de transitieprestatie. Daarbij zal ook aandacht zijn voor de positie van de gecontracteerde vrijevestigden, waarvoor veelal standaardcontracten beschikbaar zijn.

Inrichting controle- en verantwoordingsarrangement (1 november 2019 - 1 maart 2020)

Nadat regelgeving en prestaties bekend zijn kan gestart worden met het opstellen van afspraken over controle en verantwoording. Hierbij is het streven om dit zoveel mogelijk aan de voorkant van het proces in te richten.

Ontwikkelen veldnorm niet BIG-beroepen (1 juni 2019 - 1 mei 2020)

Een noodzakelijke veldafpraak is de veldnorm voor niet BIG-beroepen, in het verlengde van de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord ggz.

Implementatie

Opstellen implementatieplan (1 juli 2019 – 1 januari 2020)

Voor een zorgvuldige implementatie van het zorgprestatieplan zal een implementatieplan worden opgesteld. Onderwerpen die hierin een plek kunnen krijgen:

- Uitwerking van de sectorbrede implementatie per 2022,
- Uitwerking simulatie-aanpak
- Handvatten om lokale afspraken te maken over toepassing transitieprestatie

Test ontwerpcriteria zorgprestatieplan (1 januari 2020 - 1 juli 2020)

Een derde partij zal worden gevraagd het zorgprestatieplan te toetsen aan de opgestelde ontwerpcriteria. Mochten hier bevindingen uit voort komen die aanpassing van regelgeving nodig maakt, kan dit verwerkt worden in de uitlevering van 1 oktober 2020.

ICT-specificaties en EI-standaarden zorgprestatieplan (1 oktober 2019 - 1 juli 2021)

De ontwikkeling van ICT-specificaties en EI-standaarden kan van start gaan vanaf 1 oktober 2019. Dan zijn de prestaties en bijbehorende regels bekend. Gemiddeld is voor een ICT-transitie bij een bekostigingswijziging 15 maanden nodig. In deze planning hebben we een half jaar extra ingelast.

Ontwikkelen formats voor het simulatiejaar (1 juli 2020 - 1 januari 2021)

Voor het simuleren van de financiële effecten van het zorgprestatieplan zullen formats ontwikkeld worden. Omdat voor de simulatie de productstructuur 2019/2020 wordt gebruikt, kunnen de formats in de loop van 2020 al worden opgesteld.






Doorontwikkeling zorgvraagtypering

Vanaf oplevering van het advies starten we met veldpartijen een traject waarin we de zorgvraagtypering verder gaan doorontwikkelen. De uitkomsten van de pilot over het zorgclustermodel vormen hiervoor het vertrekpunt. In april trappen we dit traject af met een bijeenkomst met zorginhoudelijke professionals waarin de eerste analyses van de pilot inhoudelijk geduid zullen worden. Vervolgens zullen we, ook met de veldpartijen, bespreken in hoeverre het zorgclustermodel bruikbaar is voor de verbetering van de zorgvraagtypering en welke vervolgstappen hiervoor nodig zijn.





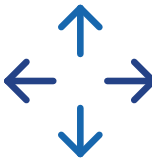
Het traject van de NZa om te komen tot tarieven voor 2020 valt buiten de scope van het programma en is om deze reden hier niet opgenomen.

Bijlage

Bijlage: Ontwerpcriteria zorgprestatie­model

	Beleidsnotitie partijen 2015	Criteria VWS 2015	Afwegingskader NZa 2018	Opdrachtbrief VWS
 <p>Eenvoudige prestaties, begrijpelijk voor de patiënt</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hanteerbaar, aantal zorg­producten is beperkt. - Transparante nota. 	-	<ul style="list-style-type: none"> - Nota herkenbaar, begrijpelijk en acceptabel voor de patiënt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mogelijkheid om specifieke beroepen in de ggz declarabel te maken.
 <p>Weerspiegelt daadwerkelijk geleverde zorg, controleerbaar voor de patiënt</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klinisch herkenbaar, bruikbaar voor onderhandeling en omschrijving als 'leken­declaratie'. - Volledig en onderscheidbaar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medisch herkenbaar. - Omschrijving op de declaratie moet begrijpelijk zijn voor verzekeren. 	-	<ul style="list-style-type: none"> - Prik­kels voor ondoelmatige zorg wegnemen.
 <p>Prijzen die aansluiten bij behandel­inzet en behandel­setting</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kostenhomogeen, acceptabele cv-waarden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestatielijst moet bestaan uit kosten­homogene producten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oplossing voor eigen risico (aansluiten op werkelijk gemaakte kosten voor de patiënt). - Vergoeding sluit aan op de geleverde prestatie. - Prik­kels voor contractering. 	-
 <p>Structurele verlichting administratieve lasten, géén tijdsregistratie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Geen verzwa­ring en bij voorkeur vermindering van administratieve lasten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bijdragen aan een verlaging van de ervaren administratieve lastendruk. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lagere administratieve lasten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verminderen administratieve lasten.
 <p>Maximale versnelling inzicht in zorguit­gaven, omzet­jaar en schade vergelijkbaar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ondersteuning sneller declareren en aansluiten op zorgkosten per jaar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Leiden tot vervroegde declaratiemogelijkheden voor zorgaanbieders en leiden tot het versneld beschikbaar komen van kwalitatief goede, definitieve schadelastinformatie op macroniveau. 	<ul style="list-style-type: none"> - Versnelling van declaratie / verbetering informatie­voorziening. - Betere beheersbaarheid uitgaven macro en micro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Versnelling van declaratiemogelijkheden en informatie­voorziening over zorgkosten en zorggebruik.

Vervolg bijlage: Ontwerpcriteria zorgprestatie­model

		Beleidsnotitie partijen 2015	Criteria VWS 2015	Afwegingskader NZa 2018	Opdrachtbrief VWS
	Eenvoudige prestaties, begrijpelijk voor de patiënt	-	<ul style="list-style-type: none"> - Invoering van de nieuwe productstructuur mag niet leiden tot een grotere fouten- of fraudegevoeligheid van het bekostigings­stelsel. - Invoering van de nieuwe productstructuur moet bijdragen aan het voorkomen van nieuwe jaarrekeningproblematiek, of mag in elk geval niet leiden tot/bijdragen aan nieuwe jaarrekeningproblematiek. 	-	-
	Stimuleert procesgerichte beheersing i.p.v. controle achteraf	-	-	-	- Uitwerking verantwoordings- en controle arrangement.
	Zelfde bekostiging voor jaar 1 en jaar 2/3 g-ggz, ontschotting	-	-	-	- Uitwerken in welke segmenten (gb-ggz, g-ggz, l-ggz, fz) nieuwe bekostiging doorgevoerd kan worden.
	Basis voor sturen op gepaste en doelmatige zorg	- Hulpmiddel voor afspraken / verantwoordens over gepast gebruik.	<ul style="list-style-type: none"> - Geleverde zorg dient zodanig omschreven te zijn dat deze bruikbaar is voor de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. - Nieuwe bekostiging moet leiden tot een verbetering van de sturingsinformatie voor zorgaanbieders en verzekeraars. 	<ul style="list-style-type: none"> - Juiste prikkels voor gepaste zorg. - Juiste prikkels op het gebied van kwaliteit (zoals zorgstandaarden) en innovatie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ondersteunt toetsing op gepast gebruik van zorg. - Bevorderen doelmatige zorg.
	Flexibel te combineren met doorontwikkeling zorgvraag­typering	-	- Nieuwe bekostiging moet bijdragen aan een verbetering van de prikkels voor het leveren van kwalitatief goede (effectieve) en doelmatige zorg.	-	-

Bijlage 2 | Kabinetsreactie

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
1544338-192343-CZ

Bijlage(n)
-

Uw brief

Datum 2 juli 2019
Betreft Reactie op het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit
over de bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg
en de forensische zorg

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte voorzitter,

Op 20 mei bood ik u het "Advies Zorgprestatie model ggz en fz" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan, dat gaat over de bekostiging van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) (Kamerstuk 25 424, nr. 460). Ik kondigde daarbij aan u uiterlijk voor de zomer mijn reactie op dat advies te sturen. Hierbij doe ik dat, mede namens de minister voor Rechtsbescherming.

Ik dank de NZa voor het opstellen van dit advies. Ik ben van plan dit advies van de NZa over het Zorgprestatie model over te nemen onder de voorwaarde dat bij de uitwerking van het model een aantal zaken wordt bevestigd die ik verderop in deze brief zal toelichten.

De NZa adviseert per 2022 een nieuwe bekostiging in de ggz en fz in te voeren, het zogenaamde Zorgprestatie model. Daarbij wil de NZa de jaren 2019 en 2020 voorbereidingsjaren laten zijn en 2021 een simulatiejaar, waarin elke zorgaanbieder de mogelijkheid krijgt (op basis van vrijwilligheid) de impact van het Zorgprestatie model voor de eigen praktijk of instelling in kaart te brengen.

De NZa adviseert met het Zorgprestatie model om af te stappen van het minutentijdschrijfsysteem dat kenmerkend is voor de huidige bekostiging. De NZa licht in het advies toe dat met het Zorgprestatie model een vereenvoudiging van het bekostigingssysteem, een vermindering van de administratieve lasten en een aanzienlijke versnelling van de informatievoorziening over zorgkosten en -gebruik kan worden gerealiseerd. Dit zijn doelen die eerder vanuit het kabinet zijn gesteld en in het 'Bestuurlijk Akkoord Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) 2019-2022' (verder in deze brief aangeduid als Hoofdpijnenakkoord GGZ) en de 'Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018-2021' zijn overeengekomen. Een aantal andere effecten van het Zorgprestatie model moet nog in beeld worden gebracht bij de verdere uitwerking. De NZa gaat deze uitwerking de komende maanden samen met partijen ter hand nemen.

Pagina 1 van 7

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
1544338-192343-CZ

Bijlage(n)
-

Uw brief

Datum 2 juli 2019
Betreft Reactie op het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit
over de bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg
en de forensische zorg

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte voorzitter,

Op 20 mei bood ik u het "Advies Zorgprestatie­model ggz en fz" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan, dat gaat over de bekostiging van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) (Kamerstuk 25 424, nr. 460). Ik kondigde daarbij aan u uiterlijk voor de zomer mijn reactie op dat advies te sturen. Hierbij doe ik dat, mede namens de minister voor Rechtsbescherming.

Ik dank de NZa voor het opstellen van dit advies. Ik ben van plan dit advies van de NZa over het Zorgprestatie­model over te nemen onder de voorwaarde dat bij de uitwerking van het model een aantal zaken wordt bevestigd die ik verderop in deze brief zal toelichten.

De NZa adviseert per 2022 een nieuwe bekostiging in de ggz en fz in te voeren, het zogenaamde Zorgprestatie­model. Daarbij wil de NZa de jaren 2019 en 2020 voorbereidingsjaren laten zijn en 2021 een simulatiejaar, waarin elke zorgaanbieder de mogelijkheid krijgt (op basis van vrijwilligheid) de impact van het Zorgprestatie­model voor de eigen praktijk of instelling in kaart te brengen.

De NZa adviseert met het Zorgprestatie­model om af te stappen van het minutentijdschrijfsysteem dat kenmerkend is voor de huidige bekostiging. De NZa licht in het advies toe dat met het Zorgprestatie­model een vereenvoudiging van het bekostigingssysteem, een vermindering van de administratieve lasten en een aanzienlijke versnelling van de informatievoorziening over zorgkosten en -gebruik kan worden gerealiseerd. Dit zijn doelen die eerder vanuit het kabinet zijn gesteld en in het 'Bestuurlijk Akkoord Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) 2019-2022' (verder in deze brief aangeduid als Hoofdlijnenakkoord GGZ) en de 'Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018-2021' zijn overeengekomen. Een aantal andere effecten van het Zorgprestatie­model moet nog in beeld worden gebracht bij de verdere uitwerking. De NZa gaat deze uitwerking de komende maanden samen met partijen ter hand nemen.

Naast een verbetering van de bekostiging, adviseert de NZa om parallel, in een apart traject, te blijven werken aan de realisatie van het doel om de zorgvraag die bij ggz-declaraties hoort transparanter te maken. Met betere informatie over de zorgvraag van patiënten kan de zorginkoop en -verkoop en de controle en verantwoording op 'gepast gebruik' van ggz worden ondersteund. Ook dit is een doelstelling uit het Hoofdlijnenakkoord GGZ. De NZa en partijen brengen de komende periode apart in kaart welke vervolgstappen hiervoor nodig zijn en in hoeverre het zogenaamde Zorgclustermodel (dat een model is om de zorgvraag transparanter te maken, zie Kamerstuk 25 424, nr. 431) daarvoor bruikbaar is. De geadviseerde bekostiging op basis van 'zorgprestaties' (conform het Zorgprestatie-model) kan volgens de NZa op deze manier in de komende jaren verrijkt worden met elementen die de zorgvraag beter typeren of patiëntgroepen beter duiden.

Kenmerk
1544338-192343-CZ

Het advies van de NZa wordt onderschreven door de betrokken partijen van het Hoofdlijnenakkoord GGZ, alsmede door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). Bij de uitwerking van de hiervoor genoemde onderwerpen zullen de NZa en deze partijen (blijven) samenwerken in een nieuw programma dat momenteel wordt opgestart.

Voordat ik uitgebreider op het advies zal reageren, zal ik in het vervolg van deze brief eerst nog de aanleiding en achtergrond van het advies schetsen en verder ingaan op de inhoud ervan.

Aanleiding en achtergrond van het advies

Hoewel de directe aanleiding voor het vragen van dit advies (d.d. 5 oktober 2018) aan de NZa is gelegen in het Hoofdlijnenakkoord GGZ en de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg, kent het advies feitelijk een veel langere aanloop.

Eind 2015 pleitten vertegenwoordigers van patiënten en ggz-aanbieders, gesteund door vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, in de zogenaamde 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie' voor een aangepaste bekostiging voor de ggz en fz langs de lijnen van een eerder door de NZa met partijen opgesteld advies (zie Kamerstukken 25 424, nr. 292 en 29 515, nr. 371). De toenmalige minister van VWS heeft partijen vervolgens de ruimte gegeven om zo'n bekostiging te ontwikkelen en de NZa gevraagd dit met partijen ter hand te nemen. Over de voortgang hiervan is de Tweede Kamer door middel van voortgangsrapportages van de NZa geïnformeerd (Kamerstukken 25 424, nrs. 335, 343 en 371).

Bij partijen heeft in dit proces steeds een aantal doelen voor ogen gestaan:

- een eerste doel is dat zij hiermee een aantal knelpunten willen oplossen die worden ervaren in de huidige ggz-bekostiging, die voor een groot deel gebaseerd is op diagnosebehandelingcombinaties, oftewel DBC's. Het gaat dan bijvoorbeeld om knelpunten in de sfeer van administratieve lasten en prikkels tot ondoelmatige zorgverlening of upcoding. Veel genoemd wordt hierbij de prikkel in de huidige bekostiging om strategisch te sturen op de behandelduur van de cliënt: door een cliënt door te behandelen tot net na een volgende DBC-tijdklassegrens kan een hoger DBC-tarief worden gedeclareerd. Maar bij deze knelpunten gaat het ook om het feit dat DBC's pas gedeclareerd kunnen worden als een behandeltraject helemaal is

afgerond, of na maximaal een jaar. Zorgaanbieders krijgen daardoor pas relatief laat de door hen geleverde zorg vergoed. Verzekeraars en overheid krijgen daardoor pas relatief laat zicht op de ontwikkeling van de zorguitgaven.

- een ander doel is om, bij de declaraties van ggz, de (bijbehorende) zorgvraag van de ggz-cliënten transparant te maken en om deze periodiek te evalueren. Dit onder andere om met deze informatie het zorginkoop- en -verkoopproces beter te ondersteunen, evenals de controle en verantwoording op 'gepast gebruik' van ggz en het tijdig op- en afschalen van zorg. In het kader hiervan werken partijen vanaf eind 2015 aan de ontwikkeling van het zogenaamde 'Zorgclustermodel', een uit Engeland afkomstig model dat partijen onder regie van de NZa hebben doorontwikkeld. Het Zorgclustermodel is de afgelopen periode in de praktijk toegepast in een pilot om de kwaliteit en bruikbaarheid ervan te toetsen. Dit hele proces kent een langere doorlooptijd dan aanvankelijk gedacht. Hierover bent u eerder al geïnformeerd (Kamerstuk 24 424, nr. 431). De evaluatie van de pilotgegevens bevindt zich op dit moment in de verzamel- en analysefase, waardoor nu nog geen conclusies kunnen worden getrokken over de kwaliteit en bruikbaarheid van het Zorgclustermodel.

Op 11 juli 2018 heb ik samen met partijen het Hoofdlijnenakkoord GGZ ondertekend (Kamerstuk 25 424, nr. 420). In dit akkoord hebben partijen bevestigd te blijven toewerken naar de hiervoor genoemde doelen en benadrukken zij het belang van een zorgvuldig implementatieproces met een gefaseerd implementatiepad. Door te kiezen voor een gefaseerd implementatiepad hebben partijen de eerdere planning om per 2020 (Kamerstuk 25 424, nr. 343) in één keer alle genoemde doelen voor de ggz-bekostiging te realiseren, in het akkoord losgelaten.

Op 5 oktober 2018 heb ik dan ook aan de NZa gevraagd hoe, ook zolang het Zorgclustermodel niet is ingevoerd, toch al zo snel mogelijk een aantal verbeteringen in de ggz-bekostiging kunnen worden gerealiseerd om de eerder genoemde knelpunten aan te pakken. Dit alles binnen de randvoorwaarden zoals eerder aan de Tweede Kamer gecommuniceerd.¹ Dit advies heeft de NZa nu opgeleverd en heb ik u op 20 mei jl. aangeboden (Kamerstuk 25 424, nr. 460). Zoals door mij gevraagd heeft de NZa in dit advies ook aandacht besteed aan de fz-bekostiging, in lijn met de afspraken in de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018-2021.

De NZa heeft – op verzoek van het kabinet – bij haar advies ook de aanbevelingen van de Commissie Transparantie en Tijdigheid betrokken. In september 2017 publiceerde deze commissie een rapport met aanbevelingen om sneller goede informatie over de zorguitgaven beschikbaar te krijgen (Kamerstukken 33 654, nr. 29). Over de bekostiging (dat wil zeggen: over het door de overheid voorgeschreven systeem van declarabele prestaties en tarieven) adviseerde de commissie om deze eenvoudig te houden en om het mogelijk te maken dat geleverde zorg al *tijdens* de behandeling en per dag gedeclareerd kan worden, in plaats van pas aan het eind van het behandeltraject of na maximaal 365 dagen, zoals nu bij de DBC's het geval is. Ook adviseerde de commissie om naast het

¹ Zie de criteria die genoemd zijn in de bijlage "Toelichting Standpunt op NZa-advies doorontwikkeling productstructuur" bij Kamerstuk 25 424, nr. 292

declaratiesysteem een informatie-uitwisseling mogelijk te maken door middel waarvan zorgaanbieders en -verzekeraars bij hun afspraken over de vergoeding van zorg meer rekening kunnen houden met de zorgvraagzwaarte van cliënten en de kwaliteit en uitkomsten van de zorg. In zijn reactie (februari 2018) ondersteunde het kabinet op hoofdlijnen de denkrichting van dit advies (Kamerstuk 33 654, nr. 31, incl. bijlage).

Kenmerk
1544338-192343-CZ

Inhoud van het advies

Zoals gezegd adviseert de NZa om per 2022 het zogenaamde 'Zorgprestatie-model' in te voeren als bekostigingsmodel voor de ggz en fz. Daarmee adviseert de NZa om af te stappen van het minutentijdschrijfsysteem, dat zo kenmerkend is voor de DBC-bekostiging, en over te stappen naar een bekostiging op basis van consulten, gedifferentieerd naar beroepsgroep, verblijfsdagen, toeslagen en overige declarabele prestaties, waaronder een aparte prestatie voor innovatie, inclusief e-health. Voor uitzonderlijke situaties van extreme zorgzwaarte stelt de NZa voor een 'verblijfsdag extreme zorgzwaarte' in te voeren als declarabele prestatie. Binnen het Zorgprestatie-model kunnen de consulten, verblijfsdagen, toeslagen en andere declarabele prestaties *gedurende* de behandeling worden gedeclareerd en hoeft er dus niet meer met de declaratie te worden gewacht totdat de behandeling is afgelopen. Dat maakt onder andere een aanzienlijke versnelling van de informatievoorziening over zorguitgaven en -gebruik mogelijk. Alle declaraties die bij een bepaalde behandeling horen krijgen wel hetzelfde trajectnummer mee, zodat zowel cliënten, zorgaanbieders als zorgverzekeraars zicht blijven houden op welke declaraties bij elkaar horen.

De NZa licht toe dat het geadviseerde Zorgprestatie-model wordt gekenmerkt door eenvoud: de prestaties die op de ggz-nota komen zijn herkenbaar, en daarmee controleerbaar, voor de patiënt. Ze weerspiegelen de daadwerkelijk geleverde zorg. De tarieven, zo is de bedoeling, sluiten aan bij behandelinzet en behandelsetting. Bovendien is er volgens de NZa sprake van een verlichting van de administratieve lasten, omdat er geen minutenregistratie meer nodig is en de NZa daarnaast verwacht dat met het Zorgprestatie-model de regelgeving rond de bekostiging sterk vereenvoudigd kan worden. De NZa hanteert het uitgangspunt om de regelgeving rond het Zorgprestatie-model vanaf 'nul' op te bouwen, waarbij alleen zaken in regels worden vastgelegd die strikt noodzakelijk zijn voor een goede werking van het bekostigingssysteem.

De NZa adviseert het Zorgprestatie-model ggz-breed en in de fz in te voeren. Op dit moment wordt de gespecialiseerde ggz met DBC's bekostigd, verloopt de bekostiging van het tweede en derde aaneengesloten jaar verblijf met behandeling in een ggz-instelling via zogenaamde zorgzwaartepakketten (zzp's) en kent ook de basis-ggz een eigen bekostiging. De forensische zorg wordt bekostigd met zogenaamde DBBC's: diagnosebehandeling- en -beveiligingscombinaties. Invoering van het Zorgprestatie-model zou betekenen dat deze vier bekostigingssystemen vervangen worden door één bekostigingssysteem. Ook dit is een vereenvoudiging.

De NZa schrijft dat het goed zou zijn als in de nieuwe bekostiging een onderscheid gemaakt kan worden naar de 'setting' waarin zorg wordt geleverd, omdat deze van grote invloed kan zijn op het kostenbeslag van de behandeling. Onder setting verstaat de NZa "de inbedding van vormen van zorg die van elkaar te onderscheiden zijn door benodigde infrastructuur, inzet van verschillende disciplines of inzet van methodieken." De NZa schrijft dat dit in de praktijk

verband zal houden met de plaats waar de zorg wordt geleverd. De concrete uitwerking hiervan wil de NZa in de komende maanden samen met partijen ter hand nemen.

Kenmerk
1544338-192343-CZ

Het NZa-advies bevat ook een planning op hoofdlijnen. In de komende maanden wil de NZa graag met partijen in concept de uitwerking van de voorgestelde bekostiging voltooien, inclusief een concept van de bijbehorende regelgeving. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op tijd beginnen met de inrichting van het bijbehorende controle- en verantwoordingsarrangement. Dit is nodig om problemen met de controles van de jaarrekeningen van ggz-aanbieders (die zich bij eerdere wijzigingen in de bekostiging voordeden) te voorkomen.

De NZa bevestigt de lijn uit het Hoofdlijnenakkoord dat het transparant maken van de zorgvraag (de NZa en partijen noemen dit 'zorgvraagtypering') nodig is om fundamentele stappen te zetten naar meer sturing op gepaste en doelmatige zorg. De NZa adviseert dan ook om hieraan te blijven werken met als vertrekpunt de analyseresultaten uit de eerder in deze brief genoemde pilot Zorgclustermodel. Partijen committeren zich hier opnieuw aan. Met partijen zal worden bekeken welke vervolgstappen nodig zijn om de zorgvraag bij ggz-declaraties beter te typeren en in hoeverre het Zorgclustermodel hiervoor bruikbaar is. De NZa adviseert om, totdat er een verbeterde zorgvraagtypering is, te regelen dat de nu al beschikbare informatie over de zorgvraag² in dezelfde mate als nu voor betrokkenen beschikbaar blijft met oog op de uitvoering van hun wettelijke taken.

Reactie

Ik ben de NZa erkentelijk voor dit advies, dat op breed draagvlak mag rekenen bij partijen in de ggz-sector. Het geadviseerde Zorgprestatie-model geeft diverse aanknopingspunten om een aantal hardnekkige knelpunten in de ggz- en fz-bekostiging te verkleinen of weg te nemen, waarmee een aantal doelen uit het Hoofdlijnenakkoord GGZ en de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg kan worden bereikt.

De kracht van het geadviseerde bekostigingsmodel ligt in de eenvoud en begrijpelijkheid voor de ggz-cliënt en in de enorme versnelling van de informatievoorziening over zorguitgaven en -gebruik die ermee kan worden gerealiseerd. Daarnaast wordt met het model perspectief geboden op een verlaging van de administratieve lasten. Met de keus voor een eenvoudig declaratiesysteem met declareerbare prestaties die snel kunnen worden afgerekend en met het advies om daarnaast te blijven werken aan een verbeterde informatievoorziening over de zorgvraag van ggz-cliënten (voor de ondersteuning van de zorginkoop en -verkoop en de controle en verantwoording over 'gepast gebruik') sluit de NZa ook aan bij de eerder door het kabinet ondersteunde hoofdlijn van het advies van de Commissie Transparantie & Tijdigheid (Kamerstuk 33 654, nr. 31, incl. bijlage).

De NZa adviseert een behoedzaam implementatiescenario. De Algemene Rekenkamer deed al eerder de aanbeveling om voor de realisatie van een nieuwe ggz-bekostiging de tijd te nemen en om daarbij ook tijdig te doordenken hoe het

² Dit betreft informatie over de DSM-diagnosehoofdgroep, over de zogenaamde zorgvraagzwaarte-indicator en de patiëntprofielinformatie die nu een rol speelt bij de declaratie van generalistische basis-ggz.

bijbehorende controle- en verantwoordingsarrangement eruit komt te zien. In het NZa-advies is te zien dat de NZa beide aanbevelingen, die ook ik onderschrijf, ter harte heeft genomen.

Kenmerk
1544338-192343-CZ

De mate waarin, bij uitvoering van het advies, ook echt alle in het Hoofdlijnenakkoord GGZ en de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg gestelde doelen voor de ggz-bekostiging kunnen worden gerealiseerd, is nog wel deels afhankelijk van de verdere uitwerking van het model. Dit geldt ook nog voor de mate waarin het Zorgprestatiemodel voldoet aan een aantal van de andere criteria die eerder aan de NZa zijn meegegeven.³

Ik ben dan ook van plan het advies van de NZa over het Zorgprestatiemodel over te nemen, onder de voorwaarde dat met de uitwerking van het model nog een aantal zaken wordt bevestigd:

- ten eerste moet het model de prikkelwerking van de bekostiging ook echt aantoonbaar en substantieel verbeteren en moet dat uit de uitwerking blijken.

In het Hoofdlijnenakkoord hebben partijen afgesproken dat zij in de ggz-bekostiging de (financiële) prikkels voor het leveren van ondoelmatige zorg willen verminderen en voor het leveren van doelmatige zorg willen bevorderen. De al genoemde prikkel om een cliënt door te behandelen tot net na een volgende DBC-tijdklasse moet verdwijnen en tegelijkertijd moeten andere (eventuele nieuwe) averechtse gedragsprikkelers zo veel mogelijk worden voorkomen. De mate waarin dit lukt, is afhankelijk van de details van de uitwerking. Ik zal de NZa dan ook verzoeken om, bij de uitwerking van het model, het verbeteren van de inherente financiële gedragsprikkelers van de bekostiging (in lijn met het Hoofdlijnenakkoord) als apart punt toe te voegen aan de lijst van ontwerpcriteria.

- ten tweede moet duidelijk zijn dat het voorgestelde bekostigingsmodel ook een vergoeding op maat faciliteert voor de zorg van personen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA).

De Onderzoeksraad voor Veiligheid heeft hier recent aandacht voor gevraagd in zijn rapport 'Zorg voor Veiligheid – Veiligheid van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening en hun omgeving' (Kamerstuk 25 424, nr. 459). Deze constateerde dat de door zorgaanbieder en zorgverzekeraar afgesproken vergoeding voor deze zorg op dit moment vaak ontoereikend is. In mijn reactie op dit rapport heb ik aangegeven dat ik het van belang vind dat een nieuwe ggz-bekostiging faciliteert dat wél een vergoeding op maat wordt geboden voor deze zorg. De mate waarin het Zorgprestatiemodel dit faciliteert is deels nog afhankelijk van de uitwerking van het model. Ik zal de NZa dan ook vragen bij de uitwerking van het model met dit punt expliciet rekening te houden.

- Daarnaast moet het model ook na uitwerking vanzelfsprekend nog steeds positief beoordeeld worden op het punt van de administratieve lasten en moet het uitgewerkte model een kritische beoordeling op fouten- en fraudegevoeligheid, privacyaspecten en macrobudgettaire beheersbaarheid kunnen doorstaan.

³ Zie de criteria die genoemd zijn in de bijlage "Toelichting Standpunt op NZa-advies doorontwikkeling productstructuur" bij Kamerstuk 25 424, nr. 292

De NZa wil de uitwerking van het model de komende maanden met partijen ter hand nemen. Ik zal de NZa vragen mij deze uitwerking (conform de planning in haar advies) uiterlijk begin november te doen toekomen en ik zal de NZa verzoeken daarbij ook een toetsing met onderbouwende analyses op de punten uit bovenstaande opsomming te sturen. Ik zal de Tweede Kamer hierover – en over mijn beleidsreactie daarop – vervolgens voor het einde van het jaar informeren.

Kenmerk
1544338-192343-CZ

Het behalen van de doelen uit het Hoofdlijnenakkoord is ook afhankelijk van de stappen die daadwerkelijk kunnen worden genomen om de zorgvraag van ggz-cliënten transparanter te maken. In het Hoofdlijnenakkoord wordt in relatie tot de bekostiging een perspectief geschetst, waarbij (de toetsing op) gepast gebruik van zorg beter wordt ondersteund en de NZa schrijft dat, om fundamentele stappen in deze richting te zetten, een verbetering van de zorgvraagtypering van cliënten nodig is.

Om mij een oordeel te kunnen vormen over de manier waarop dit laatst genoemde doel uit het Hoofdlijnenakkoord kan worden gerealiseerd en in hoeverre het Zorgclustermodel hiervoor bruikbaar is, zal ik de NZa verzoeken mij zo vroeg mogelijk in het najaar, maar uiterlijk begin november een (tussen)evaluatie van de analyseresultaten uit de pilot Zorgclustermodel te doen toekomen. Ik zal de NZa en partijen vragen daarbij ook een concreet tijdpad te schetsen voor de vervolgstappen die gezet gaan worden om de zorgvraag van ggz-cliënten transparanter te maken en in te gaan op de manier(en) waarop en wanneer een verbeterde zorgvraagtypering op korte tot middellange termijn gebruikt kan worden, naast het door de NZa geadviseerde bekostigingsmodel, om het genoemde perspectief uit het Hoofdlijnenakkoord te realiseren. Ook deze informatie zal ik aankomend najaar met een reactie aan de Tweede Kamer aanbieden.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Paul Blokhuis

programma@zorgprestatie.nl
www.zorgprestatie.nl



ZORG PRESTATIE MODEL GGZ & FZ

