

# 'EENVOUD IS HET SLEUTELWOORD VOOR HET NIEUWE ZORG-PRESTATIEMODEL GGZ'

Eind 2021 verdwijnt de DBC-systematiek in de ggz. De ontwikkeling van het nieuwe Zorgprestatiemodel is in volle gang. In een digitaal rondetafelgesprek ondervroeg Fizier drie betrokkenen over de noodzaak ervan, de stand van zaken en ieders verwachtingen.

**T**oen dertien partijen medio 2018 hun handtekening zetten onder het Hoofdlijnenakkoord GGZ, namen ze de taak op zich een alternatief te ontwikkelen voor het ontoereikende DBC-model. Het werk delegeerden ze aan een bestuurlijke commissie, waarin vertegenwoordigers van al die partijen zitting hadden. Onder hen Jos Brinkmann, lid van de raad van bestuur van GGZ NHN en Jean-Paul van Haarlem, voorzitter van de raad van bestuur van zorgverzekeraar ONVZ en vice-voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland. Secretaris van die commissie is Cornelis Jan Diepeveen. Hij leidt het programmateam dat verantwoordelijk is voor de ontwikkeling en de invoering van het Zorgprestatiemodel (ZPM) en coördineert de twaalf werkgroepen die zich met diverse facetten ervan bezighouden.

'Er zitten heel wat nadelen aan het huidige systeem met DBC's. Die hebben betrekking op de bekostiging en de inhoudelijke herkenbaarheid', antwoordt Brinkmann op de openingsvraag waarom er eigenlijk behoefte was aan een nieuw systeem. 'Bij DBC's komt de relatie tussen diagnose en behandeling niet altijd goed tot zijn recht. Er is ook geen duidelijke relatie tussen behandelinzet en zorgvraag. Daarnaast sluit de bekostiging niet altijd aan bij de geleverde prestaties. Er wordt gewerkt met eenheidstarieven per diagnosegroep per tijdsrange, zonder enige differentiatie naar bijvoorbeeld beroepsgroepen of de situatie waarin de zorg geleverd wordt. Het ZPM doet dat wel, en speelt daarnaast in op de verschillende settings in de ggz. Vanwege de doorlooptijd van DBC's heb je bij de DBC-systematiek eigenlijk pas na drie jaar financiële zekerheid over een scha-

delastjaar. We zijn er nog niet helemaal, maar die twee elementen, bekostiging en inhoudelijk perspectief, zien we wel in het ZPM terug.'

Van Haarlem onderschrijft de opmerkingen van Brinkmann. 'Samengevat komt het neer op minder administratie, meer transparantie en betere differentiatie. En vergeet de patiëntkant niet. In het DBC-model waren facturen voor patiënten onduidelijk. In het ZPM wordt een duidelijke en nadrukkelijke koppeling gelegd tussen behandelinzet en factuur. Ook belangrijk is dat we straks één systeem hebben voor de hele ggz, inclusief de forensische ggz. Als de schotten tussen basis- en gespecialiseerde ggz verdwijnen, hebben we een systeem dat meebeweegt. En die lange doorlooptijd van DBC's die Jos ook al noemde, levert vanwege de verschillen in financiering tussen instellingen en verzekeraars grote problemen op. In het nieuwe systeem maken we dat allemaal simpeler.'

## Prikkels

'Er wordt wel onderscheid gemaakt naar setting van patiënten met een bepaalde behandelinzet, zoals ambulant vrijgevestigd, ambulante instellingen en outreachend', vervolgt Van Haarlem. 'Zo krijg je een ordening die ook per setting informatie oplevert. Voor instellingen is dat belangrijk voor hun organisatie en de inzet van disciplines.' Het ZPM doet daardoor volgens Van Haarlem meer recht aan de werkelijk geleverde zorg dan het DBC-model. 'Het dringt waarschijnlijk perverse prikkels terug', zegt hij, onder meer doelend op het ongelimiteerd leveren van zorg, eventueel zelfs door minder gekwalificeerde, goedkopere hulpverle-

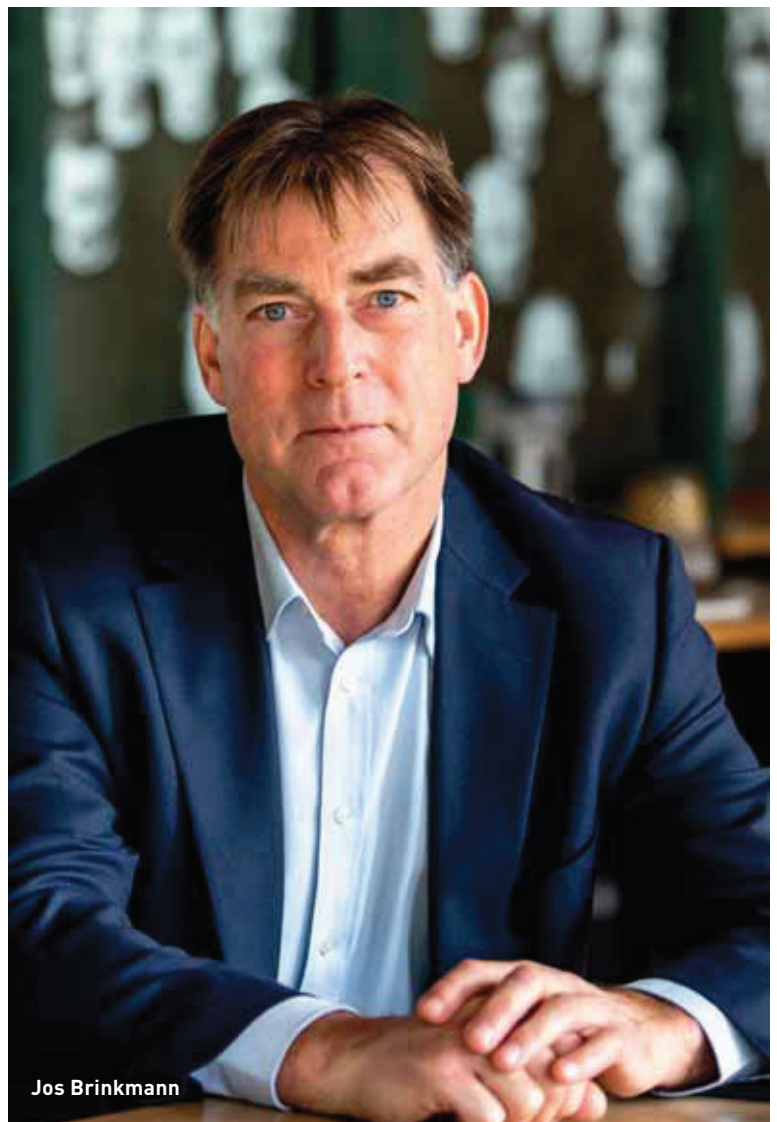
ners. ‘En het zorgt misschien tot minder perverse prikkels op de arbeidsmarkt. Het huidige systeem prikkelt om niet bij instellingen te gaan werken, maar zelfstandig. Dat kan een oprechte keuze zijn, maar die moet dan uit overtuiging gekozen worden en niet vanwege het financieringssysteem. In het ZPM-systeem wordt bij de financiering meer gekeken naar feitelijke behandelingen en kwalificaties van zorgverleners dan in het huidige systeem.’

Gevraagd naar een toelichting op die administratieve vereenvoudiging, zegt Van Haarlem dat de basisregistratie, ‘vastleggen wat je doet en de inhoud van je werk’, natuurlijk gewoon blijft bestaan. ‘Maar de stap van wat je vastlegt naar de factuur, is in de nieuwe systematiek veel simpeler. Die koppeling wordt één op één. Daardoor wordt ook het overzicht eenvoudiger, en daarmee ook de relatie en de discussie tussen behandelaar en verzekeraar.’

Brinkmann vult aan dat de indirecte tijd die zorgverleners kwijt zijn, in het ZPM als opslag op de geleverde prestaties wordt verwerkt. ‘Dat hoeft niet meer apart geregistreerd te worden. Bij GGZ NHN werken we daar al een tijdje mee. Behandelaars vinden dat prettig. Met een directe koppeling tussen consult, groepscontact en declaratie kost het afhandelen van facturen veel minder tijd, omdat het eigenlijk alleen aan tijd en beroep gebonden is. Als we de administratieve lasten bij zorgverleners en verzekeraars verlagen, hebben we een belangrijke stap gezet.’

### Monitoren

In de DBC-structuur zijn de kosten vooraf genormeerd. Is het ZPM, waar zorgverleners zelfstandig over de behandeling besluiten, een opheffing? Brinkmann onderkent het gevaar van onbeheersbare kosten en wijst erop dat zorgverleners ook graag de vinger aan de pols houden. ‘Als bestuurder van een zorginstelling wil ik ook weten wat er speelt. We hebben wel iets nodig om inzet en trajecten te monitoren’, zegt hij. ‘Het is nog te vroeg om te zeggen hoe dat gaat uitpakken. Over een à twee jaar hebben we voldoende data om daar uitspraken over te doen.’



Jos Brinkmann

‘De DSM-classificatie, de *diagnostic and statistic manual of mental disorders*, blijft wel onderdeel uitmaken van het ZPM, en daarmee de koppeling met de behandeling’, verzekert Van Haarlem. ‘We kijken naar de film, niet alleen naar momentopnamen. Dat moet ook, want “gepast gebruik” is onderdeel van ons wettelijk toetsingskader. We moeten kunnen vergelijken.’

Reinald van der Meer, Bernard de Vries Robles, in samenwerking met René Bogaarts, Bogaarts communicatie

Van Haarlem pleit voor uniformering van declaraties en de controle daarop. 'Dat zou veel vereenvoudigen, omdat verzekeraars dat dan niet meer naar eigen inzicht hoeven aan te pakken. We moeten een beoordelingskader hebben dat breed wordt ondersteund en door alle verzekeraars wordt gebruikt. Daarmee zou de variatie tussen verzekeraars bij de controle grotendeels kunnen verdwijnen. Er ligt nog wel een grote ontwikkelingsvraag, maar wellicht kunnen we het op termijn opschalen naar een integraal model waarin zorgaanbieders aangeven wat ze doen, wat wij dan weer als toetsingskader voor gepast gebruik kunnen hanteren.'

### Eenvoud

Als Diepeveen wordt gevraagd of de NZa dit ook allemaal toejuicht, beklemtoont deze dat hij geen woordvoerder van de toezichthouder is, maar sluit hij zich aan bij de anderen. 'Eenvoud is het sleutelwoord. Hoe eenvoudiger, hoe beter. Dat zit onder meer in ontschotting

van de bekostiging voor de diverse deelsectoren en opheffen van het verschil tussen boekjaar en schadejaar.'

'Ik wil er graag aan toevoegen', vervolgt hij, 'dat dit model uitgaat van een andere filosofie. Waar bij DBC's sprake is van een verondersteld ingebouwd sturingsmechanisme op doelmatigheid, een drukmiddel om goedkoper zorg te leveren, wil het ZPM de informatie-asymmetrie tussen zorgaanbieders en verzekeraars oplossen door meer informatie ter beschikking te stellen. Op grond daarvan kunnen partijen afspraken maken over gepast gebruik. We hebben in het verleden teveel functies gehangen aan bekostiging.'

Volgens Diepeveen is de regelgeving in het ZPM eenvoudiger dan in het DBC-systeem. 'Er zullen wel regels zijn, want daar heeft iedereen behoefte aan, maar het mooie is dat we nu ook nadenken over de vraag hoe het allemaal praktisch zou moeten werken. Omdat we straks niet weer een minutenregistratie willen, kijken we nu al hoe we vanuit agendabeheer de consultregistratie kunnen voeren.'

### Deadline

De implementatie van het ZPM, met eind 2021 een harde afsluiting van de DBC-systematiek, vormt nog een hele uitdaging. Hoe kijken de deelnemers daar tegen aan? Van Haarlem: 'Ook de invoering zelf is onderdeel van het programma geweest. We moeten dit jaar klaar zijn, zodat we heel 2021 hebben om ons voor te bereiden. We hebben er allemaal belang bij dat het systeem stabiel is – niet alleen technisch – en dat we declaraties en registraties kunnen uitwisselen als dat nodig is, ook wat betreft praktijk- en bedrijfsvoering. We hadden heel lang over de inhoud kunnen blijven praten, maar wilden ook een deadline hebben om die implementatie soepel te laten verlopen.'

De recente goedkeuring van het ZPM door het kabinet vormde volgens Diepeveen een kantelpunt. 'Waar we deze zomer nog druk waren met ontwikkelen, is de focus nu komen te liggen op de invoering. We praten overigens al een jaar met EPD-leveranciers over de ICT-structuur en technische specificaties. De EPD's moeten komende zomer gereed zijn. Ik ben tevreden over hoe het nu gaat. Binnenkort beginnen we met een grote communicatiecampagne over de implementatie van het model. We werken nu hard aan een simulatiemodel waarmee instellingen en vrijgevestigde zorgverleners de eerste maanden van 2021 – als de NZa de conceptarieven bekend heeft gemaakt – aan de hand van hun eigen productiecijfers de impact van het ZPM nauwkeurig kunnen berekenen.'

### 'Zorgvraagtyperingen'

Als gevraagd wordt naar de relatie tussen het ZPM en



Cornelis Jan Diepeveen



het zogeheten Zorgclustermodel, zegt Diepeveen dat straks niet meer over zorgclusters wordt gesproken, maar over 'zorgvraagtyperingen'. 'Het zorgclustermodel heeft nu nog een bekostigingsassociatie, maar het ZPM wordt het nieuwe bekostigingssysteem, dát zijn de afrekenenheden. Belangrijk is wel dat daar informatie over zorgvraagtyperingen bij wordt geleverd, want dat zegt ook iets over de zorgvraag en de zorgzwaarte. Als we die in 2022 en 2023 registreren, kunnen we zien hoe we die inzetten in relatie tot de bekostiging. Het zorgclustersysteem vormt de basis voor die zorgvraagtypering, maar we onderzoeken hoe we die beter kunnen laten aansluiten bij de patiëntenpopulatie. De DSM-classificatie blijft voorlopig in stand, maar we weten dat dat geen goede kostenvoorspeller is. We zoeken betere kostenvoorspellers.'

Wat betekent de harde afsluiting van het DBC-systeem eind 2021 voor zorginstellingen en verzekeraars? Van Haarlem: 'We zullen de uitgangspunten voor zorginkoop van tevoren goed moeten vaststellen. Misschien zijn er overgangsmaatregelen nodig voor een zachte landing. Want het is niet de bedoeling dat het nieuwe model meteen substantiële financiële effecten zal hebben.' Brinkmann: 'Iedereen vraagt zich af hoe het financieel zal uitpakken. Maar het gaat natuurlijk ook om continuïteit van zorg. Die mag niet afhankelijk zijn van de overgang naar een ander bekostigingsmodel. We kijken nu hoe we dat moeten aanpakken.'

### Innovatie

Biedt het ZPM ook ruimte voor innovatie? 'Innovatie is geen aparte parameter in het model', trapt Brinkmann af. 'Voor mij zit innovatie meer in de afspraken die je maakt met je verzekeraars. Dat doen wij nu ook al.' Van Haarlem valt hem bij. 'We gaan te vaak uit van behandeling, terwijl diagnose ook een eindpunt kan zijn, diagnose hoeft niet altijd tot behandeling te leiden. Het nieuwe model biedt meer ruimte om diagnose als aparte prestatie gefinancierd te krijgen. In het oude model was dat moeizaam, wat een prikkel was om te behandelen.'

'In het oude model was behandelen de enige optie. Ook hier geldt differentiatie', zegt Van Haarlem. 'In de DBC-systematiek levert elke ggz-minuut evenveel geld op, of dat nou directe of indirecte tijd is. Straks wordt gekeken of het om diagnostiek of behandeling gaat, of een licht of zwaar opgeleid iemand de zorg verleent, en wordt gekeken naar setting. Daardoor worden de vergoedingen eerlijker. We gaan er wel van uit dat we samen nadenken over de vraag wat gepaste inzet is op welk moment. Nu worden zware professionals pas later in het traject ingezet, terwijl het soms beter is om een psychiater eerder naar een patiënt te laten kijken. Die afweging wordt straks niet



Jean-Paul van Haarlem

meer belemmerd door het idee om het maar zo goedkoop mogelijk te doen omdat het toch evenveel oplevert.'

Dat het afrekenen in het nieuwe model makkelijker wordt, neemt niet weg dat elders in het zorgtraject meer dingen moeten worden vastgelegd. Van Haarlem vindt dat geen probleem. 'Op basis van allerlei bronnen kun je relevante informatie in de zorgvraagtypering vastleggen. Neem bijvoorbeeld of iemand vrijwillig of gedwongen wordt opgenomen. Dat heeft een belangrijke voorspellende waarde voor de kosten van behandeling. Als je dat weet, kun je op inhoudelijke gronden keuzes maken. Dan heb je de professionals mee.' Diepeveen voegt eraan toe dat de administratieve kosten kunnen dalen als partijen afspraken maken over verantwoording en controle. 'Dan is het wel belangrijk dat de basisregistratie op orde is.' 