

# Handreiking

## Implementatie Zorgprestatiemodel



## ► Samen kom je verder

Minder administratieve lasten voor behandelaren en ondersteunende afdelingen, een begrijpelijke factuur voor de patiënt en reële tarieven voor geleverde zorg. Dit waren enkele van de mooie en belangrijke uitgangspunten die we in 2018 met elkaar hebben opgeschreven om samen tot een nieuw en krachtig bekostigingsmodel te komen. Een nieuwe en transparante vorm van bekostigen is nodig om onze belangrijke maatschappelijke opdracht waar te kunnen maken. Want geestelijke gezondheid is niet altijd en voor iedereen vanzelfsprekend, maar is wel van groot belang voor een gezonde en veilige samenleving. Dit raakt ons allemaal.

Deze zomer hebben we in de bestuurlijke commissie van het zorgprestatie­model geconstateerd dat het zorgprestatie­model een goede invulling geeft aan onze ontwerp­principes. De ministeries van VWS en JenV hebben besloten dat 2022 het jaar gaat worden waarin we afscheid nemen van de db(b)c, basis-ggz producten en zzp's voor de lggz. Er komt dan één manier waarop een groot deel van de sector vallend onder de Zorgverzekeringswet en de forensische zorg, bekostigd wordt. Een mooi resultaat, waar we in het belang van onze maatschappelijke opdracht trots op mogen zijn.

Nu zijn uitvoerende partijen aan zet om te zorgen dat het zorgprestatie­model ook werkelijkheid wordt en dat de uitgangspunten worden waargemaakt. Het implementeren van een nieuw bekostigingsmodel is een uitdagende klus, die veel energie vraagt omdat het nagenoeg alle werkprocessen raakt. Tegelijkertijd kan het ook veel energie geven, als je weet dat je daarmee een grote stap voorwaarts zet. De bestuurlijke commissie van het zorgprestatie­model, het programmateam en alle werkgroepen zullen de implementatie en de overgang naar het nieuwe bekostigingsmodel zoveel als mogelijk faciliteren.

Om dit te realiseren bieden wij u hierbij een handreiking voor implementatie van het zorgprestatie­model aan. Eerder verscheen de checklist die een onderdeel is van deze handreiking. In dit document vindt u handvatten om voor uw eigen organisatie op een rij te zetten wat er gedaan moet worden om per 2022 over te kunnen op de nieuwe bekostigings­systematiek.

Binnen het programma hebben we stevige discussies gevoerd, maar dat was nuttig en noodzakelijk en heeft tot resultaten geleid. De gezamenlijke inzet van iedereen binnen dit programma is uniek. Wij willen jullie aanmoedigen om deze gezamenlijkheid door te trekken naar de lokale overleggen en samenwerkingsverbanden. Alleen gaat het misschien sneller, maar samen kom je verder.

Wij wensen u veel succes met de implementatie van het zorgprestatie­model!

Met vriendelijke groeten,  
Partijen programma Zorgprestatie­model ggz en fz



de  
Nederlandse  
ggz



ZN  
Zorgverzekeraars  
Nederland



LVVP  
LANDELIJKE VERENIGING VAN  
VRIJGEVESTIGDE PSYCHOLOGEN  
& PSYCHOTHERAPEUTEN



NEDERLANDSE  
VERENIGING VOOR  
PSYCHIATRIE



NVZ  
Nederlandse  
Vereniging van  
Ziekenhuizen



NFU  
NEDERLANDSE FEDERATIE VAN  
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



Platform  
MEERGGZ



MI  
ND  
Landelijk Platform  
Psychische Gezondheid



v&vn



Nederlands Instituut van Psychologen  
NIP



Dienst Justitiële Inrichtingen  
Ministerie van Justitie en Veiligheid



vgn  
vereniging  
gehandicaptenzorg  
nederland



Nederlandse  
Zorgautoriteit

# ► Inleiding

## Vanaf 2022 geldt er een nieuwe bekostiging voor ggz en fz

In 2022 krijgen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de forensische zorg (fz) een nieuwe bekostiging: het zorgprestatiemodel. De zorg wordt dan niet meer met de prestaties voor basis-ggz, met dbc's, dbbc's of zzp's afgerekend, maar met consulten en verblijfdagen. Een nieuwe manier van afrekenen betekent een andere manier van werken voor alle zorgaanbieders - van zelfstandige praktijk tot geïntegreerde instelling - en voor zorgverzekeraars. Een andere manier van plannen, van registreren en van declareren. Dat heeft gevolgen voor de bedrijfsprocessen.

## Bereid uzelf of uw organisatie voor

Deze handreiking is gemaakt om zorgaanbieders te ondersteunen bij de voorbereiding op de nieuwe manier van werken. Per bedrijfsproces leest u de belangrijkste kenmerken van het zorgprestatie model op dat bedrijfsproces. De hoofdstukken kunnen los van elkaar worden gelezen; gevolg is wel dat een aantal onderwerpen bij elk bedrijfsproces wordt herhaald. De handreiking start met de kenmerken in het algemeen. Deze worden per bedrijfsproces, indien van toepassing, nader uitgewerkt.

Dit document is bestemd voor **zorgaanbieders**. Daarmee bedoelen we iedereen die verantwoordelijk is voor het leveren, registreren en declareren van zorg in ggz of fz. Zorgaanbieders zijn er in zoveel soorten en maten, dat het niet mogelijk is om voor iedereen een pasklare handreiking te maken. U moet de informatie in dit document daarom naar uw eigen situatie vertalen.

Deze handreiking is opgesteld door een van de werkgroepen van het programma Zorgprestatie model en is gebaseerd op de kennis van nu. Bij het verschijnen van deze handreiking vindt nog nadere uitwerking plaats op een aantal (beleids)punten binnen andere werkgroepen. Hierdoor zijn de bewoordingen in deze handreiking vrij algemeen en worden onderwerpen soms wel benoemd maar mogelijk minder concreet dan verwacht. Nadere uitwerkingen worden meegenomen in volgende versies van de handreiking. Dit kan betekenen dat er aanvullingen komen om rekening mee te houden met de implementatie.

Als de praktische toepassing leidt tot vragen of ideeën, nemen we die mee in een volgende versie. De meeste recente versie vindt u altijd op [zorgprestatie-model.nl](https://www.zorgprestatie-model.nl) onder Aan de slag > Downloads. Daar vindt u ook andere publicaties over het zorgprestatie model.

### Belangrijkste kenmerken zorgprestatie­model

- Het ZPM betekent: één bekostiging (met één set aan regels) voor de generalistische basis-ggz, gespecialiseerde ggz, de langdurige ggz en de forensische zorg (excl. zzp's fz). Het zorgprestatie­model is gebaseerd op prestaties die worden afgeleid van setting, beroep, soort en duur consult.
- Het proces van zorgverlening (aanmelding en triage > intake en diagnostiek > behandeling > evaluatie > ontslag of vervolg) verandert niet.
- In plaats van activiteitscodes worden diagnostiek-, behandel- en groepsconsulten onderscheiden.
- Op consulten zijn toeslagen mogelijk.
- Groepsconsulten betreffen eenheden vanaf 30 minuten per zorgverlener (beroep). Bij groepsconsulten wordt rekening gehouden met de groeps­grootte.
- Naast prestaties op basis van setting, beroep en (duur) consult is er een aantal overige prestaties, o.a. ECT, methadonverstrekking en verblijf zonder overnachting.
- Indirecte tijd wordt verdisconteerd in de tarieven en hoeft voor de bekostiging niet meer geregistreerd te worden. De directe tijd is leidend.
- Geregistreeerde reistijd levert in het zorgprestatie­model een te declareren toeslag op.
- Het beroep van de zorgprofessional is in het zorgprestatie­model meer dan binnen de huidige systematiek bepalend voor de bekostiging. Er komt een beroepenlijst op basis van BIG-beroepen, aangevuld met een categorie 'overige beroepen'. De beroepenlijst is gepubliceerd op [zorgprestatie­model.nl](http://zorgprestatie­model.nl) onder Aan de slag > Downloads.
- Multidisciplinair Overleg (MDO) dat plaatsvindt tussen zorgverleners die vallen onder het Kwaliteitsstatuut sectie III hoeft niet meer te worden vastgelegd voor de declaratie. Het is verdisconteerd in het tarief. Voor zorgaanbieders die onder sectie II van het Kwaliteitsstatuut vallen is het mogelijk om intercollegiaal overleg te registreren en declareren.
- Naast de vastlegging van de primaire diagnose volgens DSM 5 wordt de zorgvraagtypering vastgelegd. Het vastleggen van de primaire diagnose­hoofdgroep voor de factuur komt op termijn mogelijk te vervallen.
- Een setting is een herkenbare combinatie van infrastructuur, disciplines en/of methodieken die worden ingezet voor het leveren van zorg aan een patiënt. In de praktijk zal de setting meestal verband houden met de plaats waar de zorg aan een patiënt geleverd wordt. Vaak zal de indeling in organisatorische eenheden of locaties voldoende houvast kunnen bieden. Zorgaanbieders kunnen meerdere settings hebben.

## Inleiding

- Registratie van verblijfsdagen wijzigt niet, de huidige systematiek blijft behouden.
- Dagbesteding en vaktherapie worden geïntegreerd in het verblijfsstarief.
- Het wordt mogelijk een integrale verblijfsdag af te spreken waarbij behandeling onderdeel is van het verblijfsstarief. Hierdoor worden consulten tijdens het verblijf niet apart gedeclareerd. Het gebruik van zo'n integrale verblijfsdag kan alleen als dat contractueel is overeengekomen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
- Crisis-dbc's buiten budget komen te vervallen. In plaats hiervan worden de gewone prestaties (consulten en verblijfsdagen) in het zorgprestatiemodel geregistreerd en gedeclareerd.
- Crisis-dbc's binnen budget worden vervangen door zorgprestaties die herkenbaar worden gemaakt als 'acute ggz binnen budget'.
- Er wordt een zorgtrajectnummer geïntroduceerd dat ervoor zorgt dat het administratieve verband tussen de zorgvraag van de patiënt en de declarabele prestaties duidelijk wordt.
- Facturatie gaat niet meer in db(b)c's, trajecten en zzp's, maar in losse zorgprestaties die bijvoorbeeld per maand gedeclareerd kunnen worden. De doorlooptijd tussen behandeling, registratie en facturatie is daarmee kort.
- Bij de planning van consulten kan voor het principe planning = realisatie worden gekozen. Zorgaanbieders die voldoen aan de spelregels, kunnen het geplande consult aanmerken als realisatie. Het geplande consult hoeft achteraf enkel te worden aangepast als het meer dan 15 minuten afwijkt. De precieze spelregels staan op [zorgprestatie.nl](http://zorgprestatie.nl) onder Aan de slag > Downloads.
- Het kwaliteitsstatuut blijft net als andere veldnormen van kracht.
- De zorgstandaarden blijven leidend bij levering van de zorg.
- Naast regelgeving van de NZa waaraan moet worden voldaan worden veldafspraken gemaakt. In de veldafspraken staan de uitgangspunten en de afspraken die landelijk tussen alle partijen zijn overeengekomen en die voor het hele veld gaan gelden.

### Beleid zorgaanbieder 2022 en verder (algemeen)

- Als wordt gekozen voor het principe 'planning = realisatie' moet er beleid worden gemaakt voor onder meer transparant agendabeheer, realistische agendavoering en het waarborgen van de controlemogelijkheid door patiënt en zorgverzekeraar. De precieze spelregels voor planning = realisatie zijn gepubliceerd op [zorgprestatie.nl](http://zorgprestatie.nl) onder Aan de slag > Downloads.
- Het beroep van de behandelaar is in het zorgprestatie model meer dan in de huidige systematiek bepalend voor de bekostiging. Dit kan vragen om een andere werkverdeling in de organisatie. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met de rol van de regiebehandelaar.
- De aanbieder moet alle zorginhoudelijke teams of organisatorische eenheden eenmalig indelen naar settings, bijvoorbeeld outreachende zorg of ambulante-multidisciplinair. Alwaar de patiënt de zorg krijgt is hierbij bepalend, maar het kan ook betekenen dat een patiënt met setting outreachende zorg op kantoor wordt gezien door bijvoorbeeld een FACT-team. Bij instellingen die vanuit meerdere settings werken, is extra aandacht nodig voor het toepassen van de juiste setting. Bij sommige zorgaanbieders zal de indeling in organisatorische eenheden of locaties voldoende houvast kunnen bieden. Als de organisatie werkt met heterogene eenheden die verschillende settings vertegenwoordigen (bijvoorbeeld gemixte wijkteams dichtbij de cliënt met bijvoorbeeld ambulante multidisciplinaire zorg, outreachende zorg en ambulante forensische zorg) zal de toepasselijke setting met behulp van ICT uit andere kenmerken en variabelen moeten worden bepaald. Voor bijvoorbeeld een team dat zowel multidisciplinaire ambulante zorg als ambulante forensische zorg verleent, kan een lopende strafrechtelijke titel gebruikt worden om de setting als 'ambulant forensisch' af te leiden. Dit vraagt om algoritmes op basis van de specifieke situatie van een organisatie.
- Indirecte tijd hoeft niet meer geregistreerd worden. Er moet dus nieuw beleid worden gemaakt over onderwerpen als agendabeheer, capaciteitsplanning en sturing op productiviteit.

### Betrek alle bedrijfsprocessen

De handreiking is gebaseerd op [het referentiedomeinenmodel GGZ \(RDG\)](#) en gaat in op de volgende bedrijfsprocessen:

- ▶ Planning van zorg en resources
- ▶ Zorgverlening
- ▶ Registreren en declareren
- ▶ Zorginkoop en contractbeheer
- ▶ Financiële administratie
- ▶ Informatievoorziening
- ▶ Communicatie en voorlichting
- ▶ Verantwoording en controle

Per proces is beschreven hoe u zich kunt voorbereiden op het zorgprestatie-model (ZPM). We gaan steeds kort in op hoe de invoering beleid, processen en systemen in de organisatie raakt. Elke paragraaf sluit af met een checklist. De checklists bevatten suggesties voor concrete acties waarmee u zichzelf of uw organisatie voorbereidt op het zorgprestatie-model. Of zo'n actie voor u van toepassing is hangt natuurlijk ook af van hoe u nu werkt, of hoe uw organisatie nu is ingericht. Verder kan het zijn dat specifieke acties wel of niet gelden voor bijvoorbeeld forensische zorg of ongecontracteerde zorg.



## ► Planning van zorg en resources

*Met zorgplanning bedoelen we alles wat te maken heeft met het vastleggen van afspraken en met het plannen van de zorgverlening aan patiënten. Met resourceplanning bedoelen we alles wat te maken heeft met het inzetten van 'resources', zoals het inroosteren en plannen van personeel en het gebruiken van beschikbare locaties.*

### Belangrijkste kenmerken zorgprestatiemodel

- De planning van afspraken met de cliënt blijft gekoppeld aan de verschillende fasen van het proces van zorgverlening: aanmelding en triage > intake en diagnostiek > behandeling > evaluatie > ontslag of vervolg. Het proces van zorgverlening verandert niet.
- De planning op basis van verschillende activiteitcodes komt te vervallen. In plaats van activiteitscodes worden diagnostiek-, behandel- en groepsconsulten onderscheiden.
- Bij de planning van consulten kan voor het principe planning = realisatie worden gekozen. Zorgaanbieders die voldoen aan de spelregels, kunnen het geplande consult aanmerken als realisatie. Het geplande consult hoeft achteraf enkel te worden aangepast als het meer dan 15 minuten afwijkt. De precieze spelregels staan op [zorgprestatie.nl](http://zorgprestatie.nl) onder Aan de slag > Downloads.
- Bij ongeplande zorg moet het consult worden gekozen dat aansluit bij de gerealiseerde tijd.
- Indirecte tijd hoeft voor de bekostiging niet meer te worden geregistreerd. De directe tijd is leidend. Voor de planning zal er wel rekening gehouden moeten worden dat de zorgverlener zijn werkzaamheden die "indirecte tijd" betreffen, kan uitvoeren.
- Geregistreerde reistijd levert in het zorgprestatiemodel een te declareren toeslag op. Er zijn straks 4 prestaties voor reistijd: tot 25 minuten (ggz), vanaf 25 minuten (ggz), tot 45 minuten (fz) en vanaf 45 minuten (fz).
- Bij een consult met twee of meer patiënten is sprake van een groepsconsult. Groepsconsulten betreffen eenheden van "vanaf" 30 minuten per zorgverlener (beroep). Bij groepsconsulten wordt rekening gehouden met de groepsgrootte. Als groepsgrootte is gekozen voor 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 en 10 of meer patiënten. De groepsgrootte wordt bepaald op basis van het ingeplande aantal patiënten voor ieder groepsconsult. Niet-aanwezige patiënten tellen niet mee. Voor de telling tellen patiënten vanuit alle financieringsstromen mee.

## Planning van zorg en resources

- Een evaluatie van een lopende behandeling kan zowel een diagnostiek- als een behandelconsult zijn. De hulpverlener bepaalt dit aan de hand van de inhoud van dit evaluatiecontact. Diagnostiek- en behandelconsulten kunnen dus afwisselend voorkomen.
- De Spelregel Diagnostiek onverzekerde zorg bepaalt de maximale inzet diagnostiek bij onverzekerde zorg. De precieze spelregel staat op [zorgprestatiemodel.nl](https://zorgprestatiemodel.nl) onder Aan de slag > Downloads.
- Multidisciplinair Overleg (MDO) dat plaatsvindt tussen zorgverleners die vallen onder het Kwaliteitsstatuut sectie III hoeft niet meer te worden vastgelegd voor de declaratie. Het is verdisconteerd in het tarief. Voor zorgaanbieders die onder sectie II van het Kwaliteitsstatuut vallen is het mogelijk om intercollegiaal overleg te registreren en declareren.
- Voor de betrokkenheid van de regiebehandelaar blijft het kwaliteitsstatuut leidend, het bekostigingsmodel verandert dit namelijk niet. Wel komt er in plaats van de 'directe tijd regel' een spelregel voor de betrokkenheid van de regiebehandelaar. Volgens deze regel moet bij een nieuwe zorgvraag binnen 6 weken na het uitvoeren van het eerste diagnostiekconsult (doorgaans de intake) minimaal één diagnostiekconsult uitgevoerd worden door de regiebehandelaar. De precieze spelregel staat op [zorgprestatiemodel.nl](https://zorgprestatiemodel.nl) onder Aan de slag > Downloads.

## Beleid zorgaanbieder 2022 en verder

Aanvullend op Beleid zorgaanbieder 2022 en verder (algemeen) op pagina 7:

- Het onderscheid tussen diagnostiek en behandeling vraagt om beleid voor uniforme toepassing.
- Beleid is nodig met betrekking tot de betrokkenheid van de regiebehandelaar, de verwijzing, verplichte aanleveringen, hoofd- en onderaannemerschap.

# Checklist

## Planning van zorg en resources



### Planning

Kijk goed naar de huidige zorg- en resourceplanning: waar moet deze worden aangepast op het Zorgprestatie-model? Doe dit vanuit verschillende invalshoeken, bijvoorbeeld die van de behandelaar, van de patiënt, van de controller en van de planner. Zijn er kansen voor bijvoorbeeld vermindering van administratieve lasten?

Bepaal voor elk team en elke patiëntenafdeling binnen de organisatie de bijbehorende setting en zorg dat ICT hierbij aansluit. Bepaal voor diagnostiek-, behandel- en groepsconsulten welke standaard tijdsduur u gebruikt voor de planning.

Loop samen met behandelaren en andere betrokkenen de huidige agendavoering door. Wat zijn de tijdseenheden waarmee wij plannen? Wanneer doe je je 'indirecte taken'? Hoe lang duren groepsconsulten nu en blijft dat zo? Hoe gaan we om met spoedvragen van buitenaf en telefoontjes?

Ga na of het nodig is om 'intern' het soort consult te differentiëren. Denk aan beeldbellen, jeugdzorg, mixgroepen op gebied van financiering en setting. En eventueel ook MDO's, om daarvoor tijd te kunnen reserveren.

Pas de planning groepsconsulten aan op de nieuwe regels voor groepsconsulten. De spelregels voor het registreren van groepsconsulten zijn eind 2020 bekend.

Zorg dat voor elk gepland individueel contact kan worden vastgelegd of het gaat om een diagnostiek- of om een behandelcontact. Zorg dat de registratie van consulten zoveel mogelijk is geautomatiseerd: denk bijvoorbeeld aan het afleiden van het beroep en de setting.

Ga na welke overige verrichtingen en toeslagen van toepassing kunnen zijn. Maak afspraken over wie wanneer vastlegt en houd hiermee rekening in de planning.

### Resources

Ga na of de gemaakte keuzes gevolgen hebben voor de resources (mensen en middelen).

Zorg voor een sluitende registratie van de beroepen van zorgprofessionals, en controleer of bij elke zorgprofessional het juiste beroep geregistreerd staat. Controleer of de BIG-registraties juist zijn vastgelegd en of (waar van toepassing) zorgprofessionals een AGB-code hebben.

Ga na of interne werkwijze voor het plannen van zorg moet worden aangepast. Denk daarbij ook aan het inbouwen van ruimte voor indirecte tijd zoals administratie. Hoe wordt de agenda van behandelaren ingericht? Waarborg dat de regiebehandelaar in de diagnostiekfase op tijd wordt betrokken.

Ga na of afspraken met andere zorgverleners over hoofd- en onderaannemerschap moeten worden herzien.

## ► Zorgverlening

*Met zorgverlening bedoelen we alle domeinen waarbinnen de zorg geleverd wordt: aanmelding, toeleiding, diagnostiek, behandeling, verzorging, medicatie, evaluatie, aanvullend onderzoek, enz.*

### Belangrijkste kenmerken zorgprestatiemodel

- Het zorgverleningsproces verandert niet, de organisatie van de zorg mogelijk wel.
- Het zorgprestatiemodel houdt, in tegenstelling tot de oude systematiek, rekening met de setting waarin de behandeling plaats vindt. Veel zorgaanbieders werken vanuit één setting. Onder setting wordt verstaan: een onderscheidende combinatie van benodigde infrastructuur, disciplines en/of methodieken die worden ingezet voor het leveren van zorg aan een patiënt. In de praktijk zal dit meestal verband houden met de plaats waar de zorg aan een patiënt geleverd wordt.  
Bij zorgaanbieders met meerdere settings kan de indeling in organisatorische eenheden/locatie houvast bieden. De organisatorische eenheid is dan een bepaalde setting. Waar dat niet zo is (bijvoorbeeld omdat de organisatie is ingedeeld in heterogene eenheden) zal de setting met behulp van ICT op basis van andere kenmerken en variabelen moeten worden afgeleid.
- De zorgstandaarden blijven leidend bij levering van de zorg.
- In plaats van activiteitscodes worden diagnostiek-, behandel- en groepsconsulten onderscheiden.  
Het diagnostiekconsult is bedoeld voor activiteiten met het doel (bij te dragen aan) het stellen van een diagnose, uitgevoerd door een zorgverlener die hiervoor bevoegd en bekwaam is.  
De behandelconsulten zijn bedoeld voor activiteiten met als doel stabilisering, begeleiding, herstel of genezing van de klachten van de patiënt zoals vastgesteld in diens behandelplan, uitgevoerd door een zorgverlener die bevoegd en bekwaam is om zelfstandig een (deel van) de behandeling uit te voeren.
- Een evaluatie van een lopende behandeling kan zowel een diagnostiek- als een behandelconsult zijn. De hulpverlener bepaalt dit aan de hand van de inhoud van dit evaluatiecontact. Diagnostiek- en behandelconsulten kunnen (dus) afwisselend voorkomen.
- Voor de betrokkenheid van de regiebehandelaar blijft het kwaliteitsstatuut leidend, het bekostigingsmodel verandert dit namelijk niet. Wel komt er in plaats van de 'directe tijd regel' een spelregel voor de betrokkenheid van de regiebehandelaar. De precieze spelregel staat op [zorgprestatiemodel.nl](http://zorgprestatiemodel.nl) onder Aan de slag > Downloads.

- Naast de vastlegging van de primaire diagnose volgens DSM 5 wordt de zorgvraagtypering vastgelegd. Daarmee blijft de diagnoseclassificatie voorlopig zoals die is. Dat betekent dat nog steeds de diagnosehoofdgroep of de basis-ggz profielen geregistreerd moeten worden voor vermelding op de factuur. Het vastleggen van de primaire diagnosehoofdgroep voor de factuur komt op termijn mogelijk te vervallen.
- Er komt een nieuwe methode voor zorgvraagtypering.
- Het kwaliteitsstatuut blijft net als andere veldnormen van kracht.

### Beleid zorgaanbieder 2022 en verder

Omdat het zorgverleningsproces nauwelijks verandert, zijn hierin geen grote wijzigingen voor het beleid nodig. Voor de zorgverlener moet het zorgprestatie-model leiden tot minder administratieve lasten. Er is een aantal onderwerpen dat aandacht vraagt, zie Beleid zorgaanbieder 2022 en verder (algemeen) op pagina 7.

Aanvullend voor de zorgverlening hierop:

- Zorgaanbieders in de setting 'ambulant sectie II' (vrijgevestigden) krijgen te maken met de prestatie 'intercollegiaal overleg'. Er moet bepaald worden wanneer deze prestatie voor zorginhoudelijk overleg wordt ingezet.



### Zorginhoudelijk beleid

Bepaal wat de gevolgen zijn van het onderscheid tussen een diagnostiek- en behandelconsult. Zorg dat alle zorgprofessionals op de hoogte zijn van dit onderscheid. Biedt het zorgprestatie-model kansen om het intake- en diagnostiekproces te verbeteren?

Analyseer de bestaande zorgpaden en bepaal hoe deze aansluiten bij het zorgprestatie-model. Zorg bijvoorbeeld dat de juiste zorgprofessional bij de patiënt wordt ingezet.

Creëer voldoende begrip en draagvlak bij zorgprofessionals zodat het zorgprestatie-model soepel geïmplementeerd kan worden. Denk bijvoorbeeld aan het opstellen van een invoeringsplan waarbij rekening wordt gehouden met de cultuur in de organisatie.

Ga in gesprek met je zorgprofessionals hoe je met de regels van het zorgprestatie-model de administratieve lasten verder kunt verlichten. Zijn bijvoorbeeld alle interne protocollen en regels nog noodzakelijk?

Breng in kaart welke zorgverlening in hoofd- of onderaannemerschap wordt geleverd en ga na of onderlinge afspraken hierover aangepast moeten worden. Voor vrijgevestigden: denk na over de inrichting het intercollegiaal overleg.

Bepaal het effect van het integreren van de dagbesteding en vaktherapie in het verblijfstarief. Voldoet het huidige instellingsbeleid ook onder het zorgprestatie-model?

Bepaal het effect van de registratie van groepsconsulten. Denk hierbij aan het effect van de groepsgrootte, inzet van aantal zorgprofessionals en de setting.

Bepaal het effect van de registratie van online en e-health contacten. Is het nodig het beleid ten aanzien van e-health te herzien?

### Werkproces

Zorg dat het juiste beroep (op basis van het diploma), functie en beroepscode (AGB en BIG) van alle zorgprofessionals in het systeem staan zodat het juiste consult kan worden afgeleid.

Maak een werkinstructie voor het registreren van ongeplande zorg.

Ga met individuele zorgprofessionals in gesprek over hoe zij hun agenda willen vormgeven. Bijvoorbeeld: wanneer plan je de voorbereidingstijd en uitwerktijd? Hoe ga je om met spoedtelefoontjes?

## ► Registreren en declareren

*Met registreren en declareren bedoelen we alle items die vastgelegd moeten worden om te kunnen voldoen aan de registratie-, informatie- en declaratieplicht volgens de NZa-regelgeving. Daarnaast moet de zorgaanbieder bepalen welke gegevens vastgelegd moeten worden voor de eigen bedrijfsvoering.*

*De wijze van registreren en declareren in de huidige systematiek van db(b)c's, trajecten en zzp's verandert in het nieuwe ZPM op verschillende gebieden en maakt het simpeler, transparanter en doelmatiger.*

### Belangrijkste kenmerken zorgprestatie-model

- Het ZPM betekent: één bekostiging (met één set aan regels) voor de generalistische basis-ggz, gespecialiseerde ggz, de langdurige ggz en de forensische zorg. Het zorgprestatie-model is gebaseerd op prestaties die worden afgeleid van setting, beroep, soort en duur consult.
- Het proces van zorgverlening (aanmelding en triage > intake en diagnostiek > behandeling > evaluatie > ontslag of vervolg) verandert niet.
- Het onderscheid tussen generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz blijft in het ZPM zichtbaar.
- In plaats van activiteitscodes worden diagnostiek-, behandel- en groepsconsulten onderscheiden. De consulten worden gedifferentieerd naar beroep van de uitvoerder, de setting waarin de behandeling plaatsvindt, naar diagnostiek respectievelijk behandeling en de duur van de directe tijd.
- Een evaluatie van een lopende behandeling kan zowel een diagnostiek- als een behandelconsult zijn. De hulpverlener bepaalt dit aan de hand van de inhoud van dit evaluatiecontact. Diagnostiek- en behandelconsulten kunnen dus afwisselend voorkomen.
- Op consulten zijn toeslagen mogelijk.
- Bij een consult met twee of meer patiënten is sprake van een groepsconsult. De prestatie groepsconsult betreft een eenheid vanaf 30 minuten per zorgverlener (beroep). Als groeps-grootte is gekozen voor 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 en 10 of meer patiënten. De groeps-grootte wordt bepaald op basis van het ingeplande aantal patiënten voor ieder groepsconsult. Niet-aanwezige patiënten tellen niet mee. Indien meerdere behandelaren het groepsconsult leveren kan iedere zorgverlener apart een groepsconsult declareren. Voor de telling tellen patiënten vanuit alle financieringsstromen mee.

## Registreren en declareren

- Naast consulten en verblijfsdagen bestaan in de ggz de volgende prestaties:
  - Elektroconvulsietherapie (ECT) - Niet basispakketzorg consult
  - Ambulante methadonverstrekking (AMV) - Niet basispakketzorg verblijf
  - Consultatie bij euthanasieverzoeken - Verblijf zonder overnachting
  - Onderlinge dienstverleningVoor de prestatie 'Consultatie bij euthanasieverzoeken' geldt een maximum van 12 uur per patiënt.
- Naast consulten en verblijfsdagen bestaan in de fz de volgende prestaties:
  - Elektroconvulsietherapie (ECT) - Forensisch psychiatrisch toezicht (FPT)
  - Ambulante methadonverstrekking (AMV) - Dagbesteding beveiligingsniveau laag
  - Consultatie bij euthanasieverzoeken - Dagbesteding beveiligingsniveau midden, hoog, of zeer hoog.
  - Onderlinge dienstverlening
- Indirecte tijd wordt verdisconteerd in de tarieven en hoeft voor de bekostiging niet meer geregistreerd te worden. De directe tijd is leidend.
- Geregistreerde reistijd levert in het zorgprestatie-model een te declareren toeslag op. Er zijn binnen het zorgprestatie-model 4 prestaties voor reistijd: tot 25 minuten (ggz), vanaf 25 minuten (ggz), tot 45 minuten (fz) en vanaf 45 minuten (fz).
- Het beroep van de zorgprofessional is in het zorgprestatie-model meer dan binnen de huidige systematiek bepalend voor de bekostiging. De behandelaar bepaalt mede het tarief. Het onderscheid naar beroep is gemaakt op basis van de verschillende BIG-beroepen. Daarnaast wordt er een categorie 'overige beroepen' toegevoegd. Dit betreft beroepen die een belangrijke rol spelen in de behandeling van de patiënt binnen de ggz. De beroepenlijst staat op [zorgprestatie-model.nl](http://zorgprestatie-model.nl) onder Aan de slag > Downloads.
- Multidisciplinair Overleg (MDO) dat plaatsvindt tussen zorgverleners die vallen onder het Kwaliteitsstatuut sectie III hoeft niet meer te worden vastgelegd voor de declaratie. Het is verdisconteerd in het tarief. Voor zorgaanbieders die onder sectie II van het Kwaliteitsstatuut vallen is het mogelijk om intercollegiaal overleg te registreren en declareren. Deze prestatie kan worden gebruikt als de behandelaar een andere erkende zorgverlener raadpleegt over (en in het belang van) zijn of haar patiënt. Overleg met de verwijzer of een huisarts en een overleg van minder dan 5 minuten vallen hier niet onder. Er komen hiervoor twee zorgprestaties: vanaf 5 minuten en vanaf 15 minuten. Als voorwaarden gelden dat het overleg wordt vastgelegd in het patiëntendossier, en dat het echt gaat om een zorginhoudelijke bespreking van een individuele patiënt. Deze prestaties kunnen bijvoorbeeld niet worden geregistreerd voor intervisie. Het is van belang dat de behandelaar de patiënt vooraf informeert over de inzet van collegiaal overleg, en daarbij meldt dat deze prestatie in rekening gebracht kan worden.
- Naast de vastlegging van de primaire diagnose volgens DSM 5 wordt de zorgvraagtypering vastgelegd. Het vastleggen van de primaire diagnosehoofdgroep voor de factuur komt op termijn mogelijk te vervallen. De diagnoseclassificatie blijft voorlopig zoals hij is. Dat betekent dat nog steeds de diagnosehoofdgroep of de basis-ggz profielen geregistreerd moeten worden voor vermelding op de factuur.



- Een setting is een herkenbare combinatie van infrastructuur, disciplines en/of methodieken die worden ingezet voor het leveren van zorg aan een patiënt. In de praktijk zal de setting meestal verband houden met de plaats waar de zorg aan een patiënt geleverd wordt. Vaak zal de indeling in organisatorische eenheden of locaties voldoende houvast kunnen bieden.  
Voor de onderverdeling naar settings is een onderscheid gemaakt tussen zorgaanbieders die onder sectie II van het Kwaliteitsstatuut vallen en zorgaanbieders die onder Kwaliteitsstatuut sectie III vallen. Voor de zorgaanbieders die onder sectie III vallen is een verdere onderverdeling gemaakt naar: Ambulant – monodisciplinair; Ambulant – multidisciplinair; Outreachend; Klinisch (exclusief fz); Forensische en beveiligde zorg, niet-klinisch; Forensische en beveiligde zorg, klinisch; Hoog specialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde).
- Voor de betrokkenheid van de regiebehandelaar blijft het kwaliteitsstatuut leidend, het bekostigingsmodel verandert dit namelijk niet. Wel komt er in plaats van de 'directe tijd regel' een spelregel voor de betrokkenheid van de regiebehandelaar. Volgens deze regel moet bij een nieuwe zorgvraag binnen 6 weken na het uitvoeren van het eerste diagnostiekconsult (doorgaans de intake) minimaal één diagnostiekconsult uitgevoerd worden door de regiebehandelaar. De precieze spelregel staat op [zorgprestatie.nl](http://zorgprestatie.nl) onder Aan de slag > Downloads.
- Registratie van verblijfsdagen wijzigt niet, de huidige systematiek blijft behouden.
- Dagbesteding en vaktherapie worden geïntegreerd in het verblijfsstarief.
- Het wordt mogelijk een integrale verblijfsdag af te spreken waarbij behandeling onderdeel is van het verblijfsstarief. Hierdoor worden consulten tijdens het verblijf niet apart gedeclareerd. Het gebruik van zo'n integrale verblijfsdag kan alleen als dat contractueel is overeengekomen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
- Crisis-dbc's buiten budget komen te vervallen. In plaats hiervan worden de gewone prestaties (consulten en verblijfsdagen) in het zorgprestatiemodel geregistreerd en gedeclareerd.
- Crisis-dbc's binnen budget worden vervangen door zorgprestaties die herkenbaar worden gemaakt als 'acute ggz binnen budget'.
- Er wordt een zorgtrajectnummer geïntroduceerd dat ervoor zorgt dat het administratieve verband tussen de zorgvraag van de patiënt en de declarabele prestaties duidelijk wordt.
- Facturatie gaat niet meer in db(b)c's, trajecten en zzp's maar in losse zorgprestaties die per bijvoorbeeld maand gedeclareerd kunnen worden. De doorlooptijd tussen behandeling, registratie en facturatie is daarmee kort.

## Registreren en declareren

- Bij de planning van consulten kan voor het principe planning = realisatie worden gekozen. Zorgaanbieders die voldoen aan de spelregels, kunnen het geplande consult aanmerken als realisatie. Het geplande consult hoeft achteraf enkel te worden aangepast als het meer dan 15 minuten afwijkt. De precieze spelregels staan op [zorgprestatie.nl](https://zorgprestatie.nl) onder Aan de slag > Downloads.
- Naast regelgeving van de NZa waaraan moet worden voldaan worden veldafspraken gemaakt. In de veldafspraken staan de uitgangspunten en de afspraken die landelijk tussen alle partijen zijn overeengekomen en die voor het hele veld gaan gelden.
- De Spelregel Diagnostiek onverzekerde zorg bepaalt de maximale inzet diagnostiek bij onverzekerde zorg. De precieze spelregel staat op [zorgprestatie.nl](https://zorgprestatie.nl) onder Aan de slag > Downloads.

## Beleid zorgaanbieder 2022 en verder

De impact voor de eigen organisatie hangt af van de huidige werkwijze. Duidelijk is wel dat die moet worden getoetst aan de nieuwe systematiek van het ZPM en de regelgeving van de NZa. De huidige interne werkwijze zal niet altijd één op één toepasbaar zijn op de nieuwe situatie. Ook zal de informatie-behoefte binnen de organisatie mogelijk veranderen en worden er andere eisen gesteld aan externe verantwoording, wat mogelijk een wijziging in de registratie tot gevolg heeft.

## Inrichting processen en systemen

Om de processen en systemen op de juiste wijze aan te kunnen passen zal er afhankelijk van de complexiteit van de organisatie, planmatig naar de processen en ondersteuningsbehoefte gekeken moeten worden. De bestaande processen moeten geëvalueerd en mogelijk aangepast worden.

Alle inrichtingseisen voor het EPD moeten besproken worden met de softwareleverancier. Het (opnieuw) inrichten van de systemen en processen zal door de organisatie zelf moeten gebeuren. Dit geldt ook voor een eventuele BI-omgeving.

Tenslotte is het opleiden van de medewerkers een belangrijk onderdeel. Een nieuwe werkwijze zal veel aandacht van een ieder vergen.

# Checklist

## Registreren en declareren



### Registratie

Bepaal de impact van het zorgprestatieproces op je registratieproces en herontwerp waar nodig:

- Zorg dat prestaties worden geregistreerd
- Bepaal je agendavoering
- Pas de registratie van groepsconsulten aan
- Bepaal de gevolgen van de nieuwe beroepentabel
- Vertaal organisatie-eenheden naar de indeling in setting
- Zorg dat toeslagen (zoals reistijd) en overige verrichtingen kunnen worden vastgelegd
- Zorg dat crisis-contacten binnen budget het informatielabel acute ggz meekrijgen
- Ga na of in de huidige bekostiging in een klinische setting dagbesteding en/of vaktherapie geregistreerd worden en pas dit zo nodig aan
- Zorg dat het zorgtrajectnummer wordt geregistreerd conform de nieuwe regelgeving

Maak hierbij gebruik van de beleidsregels en landelijke veldafspraken. Doe dit op tijd zodat er een goede simulatie kan plaats vinden.

Bekijk waar je administratieve lasten kunt verminderen door de invoering van het zorgprestatieproces. Denk bijvoorbeeld aan automatisering en de taakverdeling tussen zorgprofessional en zorgondersteuning.

Doorloop het patiëntenproces voor elke financieringsstroom (acute ggz, basis-ggz, gespecialiseerde ggz, langdurige ggz en forensische zorg) zodat je inzichtelijk krijgt of het registratieproces voor elke patiëntengroep juist, volledig en tijdig is. Pas aan waar nodig.

### Declaratie

Zorg dat de organisatie is ingericht op het factureren per maand (of een andere periode). Zorg dat de registratie en administratie tijdig wordt uitgevoerd en gecontroleerd.

Ontwikkel een nieuwe factuur met alle nieuwe informatie elementen die de NZa voorschrijft en zorg dat deze inrichting aansluit op de nieuwe EI-standaard.

Zorg dat het oude declaratiesysteem toegankelijk blijft en maak hierover afspraken met de softwareleverancier. Hoe lang het oude declaratiesysteem toegankelijk moet blijven wordt landelijk bepaald.

### Overig

Evalueer werkprocessen en werkinstructies en pas aan waar nodig. Is er voldoende kennis in huis om dit toe doen?

Bepaal de impact van de afsluiting van de oude bekostiging per 2021. Denk hierbij aan vragen zoals; welke informatie moet worden geconverteerd van de oude naar de nieuwe bekostiging?

Zorg dat je ICT klaar is om de harde stop op 31-12-2021 uit te kunnen voeren.

Bepaal of huidige verplichte externe aanleveringen nog van toepassing zijn. Zorg dat je kan voldoen aan eventueel aangepaste of nieuwe aanleveringen. Dit gaat zowel om publieke aanleveringen die landelijk zijn, als over private afspraken.

## ► Zorginkoop en contractbeheer

*Met zorginkoop bedoelen we het proces van het maken van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, over bijvoorbeeld kwaliteit van zorg, wachttijden en de prijs die in rekening mag worden gebracht. Met contractbeheer bedoelen we alles wat te maken heeft met het nakomen en volgen van die afspraken.*

Afspraken met financiers worden niet meer op basis van de basis-ggz producten, db(b)c's en zzp's gemaakt maar op basis van de nieuwe zorgprestaties (consult, setting, verblijfsdagen en overige prestaties).

Voor de overgang naar het zorgprestatiemodel geldt:

- Vanaf 1 januari 2022 worden de prestaties van het zorgprestatiemodel gedeclareerd. Db(b)c's en basis-ggz producten zullen daarom per eind 2021 hard afgesloten worden. Dit heeft gevolgen voor het budget van 2021. De NZa heeft overgangsregelgeving opgesteld. Deze staat op [zorgprestatiemodel.nl](https://zorgprestatiemodel.nl) onder Aan de slag > Downloads.
- Voor een zorgvuldige overgang in de jaren 2022 en 2023 worden in het programma veldafspraken voorbereid. Die gaan onder meer over de transitieprestatie die financiers en zorgaanbieders kunnen inzetten om onbedoelde effecten op te vangen en bedoelde effecten zacht te laten landen. De veldafspraken worden gepubliceerd op [zorgprestatiemodel.nl](https://zorgprestatiemodel.nl) onder Aan de slag > Downloads.

### Belangrijkste kenmerken zorgprestatiemodel

- Zorgaanbieders kunnen meerdere settings hebben. Daardoor ontstaat mogelijk een differentiatie binnen de afspraken met financiers.
- Door het verdwijnen van de lange doorlooptijden van met name db(b)c's (maximaal 365 dagen) gaan de afspraken over behandelingen in een boekjaar en op basis daarvan zal ook de afrekening plaatsvinden. Hierdoor neemt de urgentie voor het tijdig rond hebben van de afspraken tussen de financiers en aanbieders toe.
- Prognoses worden straks gebaseerd op aantallen zorgprestaties.
- In de nieuwe bekostiging komt meer informatie beschikbaar over wie welke zorg levert. Daardoor kan ook beter het gesprek worden gevoerd over wat in een bepaalde situatie passend en gewenst is. Op niveau van de individuele behandeling, dus tussen patiënt en zorgprofessional, maar ook op geaggregeerd niveau tussen bijvoorbeeld zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

- Het wordt mogelijk een integrale verblijfsdag af te spreken waarbij behandeling onderdeel is van het verblijfsstarief. Hierdoor worden consulten tijdens het verblijf niet apart gedeclareerd. Het gebruik van zo'n integrale verblijfsdag kan alleen als dat contractueel is overeengekomen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

### Beleid zorgaanbieder 2022 en verder

De huidige methodieken en berekeningen die worden gebruikt bij het voorbereiden en maken van afspraken met financiers, zullen vanaf 2022 niet meer voldoen. Het is daarom van belang om tijdig (dat betekent: eind 2020, begin 2021) een vertaalslag te maken naar de nieuwe situatie. Het aantal dbc's en de bijbehorende bedragen moeten omgezet worden naar prestaties. De uitkomsten hiervan kunnen dan meegenomen worden in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Let daarbij ook op de impact van aanpassingen die samenvallen met de invoering van het zorgprestatie-model op de aanwezige zorgprogramma's.

### Inrichting processen en systemen

Het verkoopproces zal in beginsel volgens dezelfde cyclus verlopen als de afgelopen jaren. Bestaande methodieken zullen als gezegd niet of minder bruikbaar zijn. De prognoses zullen wijzigen van db(b)c's naar het aantal prestaties. Naast het prognosemodel zal ook de methodiek voor het volgen van de realisatie aangepast moeten worden. Eventueel afgesproken inkoopvariabelen moeten worden ingericht in het proces en de systemen.

Vanaf de eerste dag in 2022 kan er gefactureerd worden voor behandelingen die in dat jaar zijn verricht. Hierdoor neemt de urgentie voor het tijdig rond hebben van afspraken tussen aanbieders en zorgverzekeraars toe. Er zou een liquiditeitsprobleem kunnen ontstaan wanneer deze afspraken niet tijdig gemaakt worden.



Bepaal de impact van de afsluiting van de bestaande bekostiging op je declaraties en contracten voor 2021. Denk hierbij aan de schadelast die door de harde afsluiting op 31-12-2021 niet ten bate van 2021 komt, impact op onderhanden werk en kosten per unieke patiënt.

Oriënteer je op het inkoopbeleid met zorgverzekeraars en/of DJI. Ga daarover waar nodig en mogelijk het gesprek met elkaar aan om tot een goed resultaat te komen. Denk hierbij aan inkoopvariabelen, overgangseisen en mitigerende maatregelen.

Ga na hoe de parameters in je eigen organisatie zich verhouden tot die waar het zorgprestatie-model vanuit gaat. Denk bijvoorbeeld aan de verhouding tussen directe en indirecte tijd. Ga na wat je hiervan wilt meenemen in het gesprek met zorgverzekeraars en/of DJI.

Vertaal, door middel van simulatie, de huidige declaraties naar de prestaties in het zorgprestatie-model zodat er een goede basis ontstaat om afspraken met de zorgverzekeraars en/of DJI te maken. Hier wordt eind 2020 een handreiking voor opgeleverd.

Bepaal de impact op je verkoopproces. Zowel het tijdpad als de offertesystematiek moeten worden aangepast. De tarieven moeten eerder bekend zijn dan in de huidige bekostiging want in januari 2022 kan er gefactureerd en gedeclareerd worden op basis van zorgprestaties.

Pas je managementinformatie aan zodat je de prognose en realisatie kunt blijven volgen.

Breng in kaart waarover je met zorgverzekeraars en/of DJI, naast alles wat al in beleidsregels en aanvullende veldafspraken is vastgelegd, contractafspraken wilt maken.

Ga na of de volgende prestaties van toepassing zullen zijn:

- Integrale verblijfsdag
- Setting hoogspecialistisch
- Facultatieve prestatie voor innovatieve zorg

Maak hierover waar nodig contractafspraken met de zorgverzekeraars en/of DJI.

Maak afspraken om de overgang naar de nieuwe bekostiging zo goed mogelijk te laten verlopen. Maak daarbij gebruik van de transitieprestatie of eventueel andere mitigerende maatregelen om ongewenste effecten van de overgang op te vangen.

# ► Financiële administratie

*Met financiële administratie doelen we op het facturatie/declaratieproces.*

## Belangrijkste kenmerken zorgprestatiemodel

- Facturatie gaat niet meer in db(b)c's, trajecten en zzp's, maar in losse zorgprestaties die bijvoorbeeld per maand gedeclareerd kunnen worden.
- Korte doorlooptijd tussen behandeling, registratie en facturatie.
- De koppeling tussen behandeling en facturatie wordt transparanter en beter te controleren, zowel voor de financier als de patiënt.
- Het beroep van de zorgprofessional, het diagnostiek- respectievelijk behandelconsult en de setting worden bepalend voor de prestatie die in rekening wordt gebracht. De nota wordt hierdoor transparanter voor de patiënt.
- De facturatie vindt plaats op basis van losse zorgprestaties. Dit kunnen bijvoorbeeld ook digitale contacten zijn. Een losse prestatie is een diagnostiek-, behandel- of groepsconsult.
- De onderhanden werk-positie komt te vervallen en ook de noodzaak voor bevoorschotting verdwijnt.
- Schadelastjaren (bij de financier) en boekjaren (van de zorgaanbieder) gaan parallel lopen.
- Op de factuur komt te staan wie (beroep, AGB-code en naam) onder verantwoordelijkheid van wie (regiebehandelaar), een diagnostiek-, behandel- of groepsconsult hebben geleverd binnen welke setting en hoe lang.
- Toename aantal factuurregels per patiënt. Het facturatieproces wordt sneller en transparanter.

## Inrichting processen en systemen

Alle cliëntgebonden processen en systemen moeten gecontroleerd en aangepast worden op het zorgprestatiemodel. Daarbij zal het facturatieproces (inclusief het volume van de declaratiebestanden) veranderen. De facturatie moet aansluiten op de nieuwe standaarden voor berichtenuitwisseling (EI-standaarden). De EI-standaard van Vektis wordt in het eerste kwartaal van 2021 verwacht. Indien er gebruik wordt gemaakt van facturen aan patiënten dan zullen deze aangepast moeten worden aan de nieuwe methodiek.



Bereken de financiële gevolgen van de 'harde afsluiting' van db(b)c's en basis-ggz producten per 31-12-2021. Houd hier rekening mee in de begroting van 2021 en 2022.

Het onderhanden werk vervalt. Daarmee vervalt ook de bevoorschotting door zorgverzekeraars. Maak hier zo nodig afspraken over. Bereken het effect op de liquiditeitspositie.

Bepaal (in overleg met zorgverkoop) welke afspraken gemaakt moeten worden rondom de transitieprestatie.

Organiseer dat met financiers afspraken worden gemaakt over de manier, het moment en de frequentie van factureren.

Richt de financiële administratie, het boekhoudsysteem en het proces van factureren in op basis van de nieuwe afspraken.

Pas de financiële rapportages en de verslaglegging (zowel intern als extern) aan aan het zorgprestatie model.

Reken eventuele meerjarenafspraken met zorgverzekeraars door. Ga na of deze moeten worden herzien.

Het aantal factuurregels neemt toe. Dat kan betekenen dat er ook meer retourregels komen. Zorg voor voldoende capaciteit om administratie en facturering zo snel mogelijk in 2022 op orde te hebben en te houden. Zorg voor een goede interne afstemming.



## ► Informatievoorziening

*Onder informatievoorziening verstaan we het geheel van geautomatiseerde en niet-geautomatiseerde hulpmiddelen waarmee bedrijfsinformatie wordt opgeslagen, verwerkt en beschikbaar gesteld ten behoeve van de ondersteuning van de (primaire) bedrijfsprocessen bij een zorgaanbieder. Alle aanbieders van ggz en fz hebben de informatievoorziening nu ingericht op basis van de huidige bekostiging.*

Bij het aanpassen (herinrichten) van de informatievoorziening kan het Referentiedomeinenmodel GGZ (RDG) gebruikt worden. Het RDG onderscheidt vijf hoofddomeinen die vanuit de informatievoorziening worden bediend. Dit zijn Sturing en verantwoording, Samenwerking, Zorgverlening, Zorgprocesondersteuning en Bedrijfsondersteuning. De gevolgen van de invoering van het zorgprestatieproces verschillen per zorgaanbieder en per domein. Het RDG biedt een handvat om na te gaan voor welke domeinen aanpassingen gewenst zijn. Wij noemen hierna een aantal domeinen die waarschijnlijk bij elke zorgaanbieder moeten worden beoordeeld en noemen per domein een of meer voorbeelden.

Voor de oplettende lezer: deze handreiking is ook gebaseerd op het RDG en beschrijft (bedrijfs)processen uit het RDG waar het zorgprestatieproces invloed op heeft. Alle beschreven bedrijfsprocessen zijn onderdeel van één van de vijf hoofddomeinen die in dit hoofdstuk informatievoorziening worden genoemd.

### Beleid, Inrichting van processen en systemen

#### Domein Sturing en Verantwoording

- Het zorgprestatieproces verlaat het tijdschrijven grotendeels. Zorgaanbieders zullen moeten beoordelen wat voor invloed dit heeft op de sturing op productiviteit.
- Het zorgprestatieproces zal op verschillende onderdelen vragen om een herziening van de key performance indicators (KPI's). De herziening moet worden doorvertaald naar de rapportage, bijvoorbeeld: omdat indirecte tijd niet meer hoeft te worden geregistreerd, zullen voor interne sturing nieuwe variabelen gezocht moeten worden, bijvoorbeeld het aantal consulten en de duur ervan.
- De verantwoording naar financier, accountant en overheid zal veranderen. Zie hierover ook het onderdeel Verantwoording en controle.

#### Domein Samenwerking

- Bij het zorgprestatieproces krijgt een patiënt eerder inzage in de kosten van de behandeling en het eigen risico.

- Op langere termijn is denkbaar dat met de patiënt een ander soort relatie ontstaat als zorgvraagtypering leidt tot (meer) gesprekken over de inhoud van het zorgtraject.

### Domein Zorgverlening

- Het vaste afsluitmoment van de db(b)c's komt te vervallen. Dat kan gevolgen hebben voor de afsluiting van de behandeling en/of doorverwijzing.
- De behandelaar hoeft voor het ZPM geen indirecte tijd meer te registreren, maar goede agendaplanning zal noodzakelijk blijven.
- Het zorgprestatieproces kan gevolgen hebben voor afspraken rond onderlinge dienstverlening en intercollegiaal overleg.

### Domein Zorgprocesondersteuning

- Het aantal activiteitcodes gaat omlaag, de keuze is straks vooral tussen diagnostiek of behandeling.
- Het beroep van de behandelaar wordt meer bepalend. Zie hiervoor Zorg- en resourceplanning.
- Het onderhoud van de relatie met patiënten, verwijzers en financiers vraagt bij de implementatie van het zorgprestatieproces extra aandacht: er moet worden afgestemd wat er in de onderlinge relatie verandert.
- De relatie tussen geleverde zorg en facturatie moet in de opstartfase extra gemonitord worden. Ook is te verwachten dat patiënten meer vragen stellen over facturen. Medewerkers die deze vragen moeten beantwoorden moeten de benodigde informatie in voldoende mate ter beschikking hebben. Zie hierover ook Financiële administratie en Communicatie en voorlichting.

### Domein Bedrijfsondersteuning

- Mogelijk wijzigen zorgprogramma's, of heeft de invoering van settings invloed. Daardoor kan de functiemix wijzigen. Dit moeten worden doorvertaald naar de personeelsplanning.
- Registratie, afleiding, facturering en grootboekhouding krijgen een kortere cyclus. De doorlooptijd om 'alles op orde te hebben' is korter dan bij de dbc's. De interne (controle) processen moeten hierop zijn afgestemd. Zie hiervoor ook Financiële administratie.
- Communicatie naar alle stakeholders vraagt bij invoering van zorgprestatieproces veel aandacht. Zie daarover Communicatie en voorlichting.
- Voor verantwoording en controle zal de nadruk liggen op proces- en systeemgerichte verantwoording, waarbij bijvoorbeeld transparantie agendavoering belangrijk wordt. Zie hierover Verantwoording en controle.

# Checklist

## Informatievoorziening



### Intern

Zorg dat de data op orde is om er begin 2021 mee te kunnen simuleren.

Zorg dat ook na 2022 nog gemuteerd kan worden in 'oude systemen' en dat het daaraan gekoppelde berichtenverkeer in stand kan blijven. Dit is nodig in verband met bijvoorbeeld correcties op declaraties.

Zorg dat data uit de oude systemen conform de wettelijke bewaartermijn toegankelijk blijven.

Bepaal op welke KPI's je voor de bedrijfsvoering wil gaan sturen. Wil je bijvoorbeeld nog gaan sturen op de productiviteit 'in minuten'? Of ga je op andere KPI's sturen nu de indirecte tijd niet meer geregistreerd wordt?

Breng alle data-elementen die nu gebruikt worden voor interne informatie in kaart en bepaal of deze nog noodzakelijk zijn. Kan de invoering van het zorgprestatie-model worden gebruikt om administratieve lasten te verlichten?

Bepaal daarnaast of deze informatie überhaupt nog toegankelijk is met de komst van het zorgprestatie-model. Zo is er in de nieuwe bekostiging anders dan bij de dbc's geen afsluitreden bekend.

Declaraties zullen vaker en frequenter plaats vinden. Pas hierop de informatievoorziening aan. Zorg voor een korte feedbackloop zodat fouten in de registratie zo snel mogelijk kunnen worden opgelost. Bepaal de wijzigingen voor je datawarehouse en BI rapportages. Richt zo nodig opnieuw in.

Verzorg tijdig een trainingen over de nieuwe inrichting van de informatievoorziening en hoe de informatie uit het zorgprestatie-model gebruikt kan worden.

### Extern

Breng in kaart welke externe data-aanleveringen, die niet al standaard in de ICT worden opgeleverd, veranderen met de komst van het zorgprestatie-model. Zorg dat deze tijdig worden aangepast. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de wachttijden. Ga in gesprek met de softwareleverancier om afspraken te maken over welke informatie elementen (naast de elementen die al standaard beschikbaar worden gesteld) er nog in het EPD ingeregeld moeten worden.

Zorg ervoor dat nieuwe EI-standaarden en de ontschotting tussen de financieringsvormen worden verwerkt in de informatiesystemen (bijvoorbeeld het BI systeem).

Ga na of alle informatie voor het plannen en berekenen van productie (direct en indirect) straks beschikbaar is.

Er is straks geen registratie van indirecte tijd meer nodig. Bedenk wat dit betekent voor het sturingsproces. Bepaal nieuwe KPI's die sturing op productiviteit en bezettingsgraad mogelijk maken en monitoring van contractafspraken en van realisatie ondersteunen.

## ► Communicatie en voorlichting

*Met communicatie en voorlichting bedoelen we alle partijen die geïnformeerd moeten worden over de veranderingen die ontstaan door de invoering van het zorgprestatieproces. Behandelaren moeten worden geïnstrueerd, maar ook patiënten die te maken krijgen met andere facturen. Een goede voorlichting leidt tot een betere invoering. De communicatie is deels tijdelijk (communicatie rond de implementatie) en deels structureel (de communicatie rond bekostiging).*

### Belangrijkste kenmerken zorgprestatieproces

- Op de factuur komt te staan wie (beroep, AGB-code en naam) onder verantwoordelijkheid van wie (regiebehandelaar), een diagnostiek-, behandel- of groepsconsult hebben geleverd binnen welke setting en hoe lang.
- De factuur wordt transparanter over welke zorg is geleverd en wat het tarief is. Hierdoor wordt de nota voor de patiënt begrijpelijker en beter inzichtelijk. Dit vraagt om een andere communicatie met de patiënt.
- De patiënt wordt geconfronteerd met het jaarlijks eigen risico. Bij de dbc's werd het eigen risico gelinkt aan de startdatum van het dbc-traject (op basis van schadelastjaar). In het ZPM telt vanaf 2022 de behandeling in de ggz elk kalenderjaar opnieuw mee voor het eigen risico.

### Instellingsbeleid 2022 en verder

Goede communicatie en voorlichting komen de implementatie van het zorgprestatieproces ten goede.

We adviseren zorgaanbieders om zoveel mogelijk aan te sluiten bij (of gebruik te maken van) het door het programma te ontwikkelen communicatieplan, de landelijk informatie/voorlichtingsdocumentatie en de landelijk te ontwikkelen hulpmiddelen. Dit om inhoud en timing op elkaar af te stemmen en om dubbel werk en fragmentatie van informatie te voorkomen. Uit het communicatieplan blijkt wat je wanneer aan wie communiceert om patiënten en personeel tijdig voor te bereiden op en mee te nemen in het nieuwe zorgprestatieproces. Afhankelijk van de specifieke situatie kan de zorgaanbieder dit plan naar eigen inzicht aanpassen en uitvoeren. Daarbij kan voor het 'wat' (de inhoud) de landelijk ontwikkelde informatie/voorlichtingsdocumentatie als input worden gebruikt.

### Inrichting processen en systemen

Zorgaanbieders zullen in kaart moeten brengen hoe zij de permanente voorlichting over de huidige bekostiging hebben ingericht en hoe deze op het nieuwe zorgprestatie­model moet worden aangepast. Dit gaat niet alleen over informatie voor patiënten in folders en op websites, maar bijvoorbeeld ook over uitleg over de bekostiging voor medewerkers. Daarbij kan de landelijk te ontwikkelen informatie- en voorlichtingsdocumentatie als input worden gebruikt en worden aangepast aan de eigen situatie. Zie [zorgprestatie­model.nl](http://zorgprestatie­model.nl). Het is van belang dat alle informatie eenduidig is en dat de informatie goed toegankelijk wordt gemaakt.

Ook is het goed om het communicatieproces te herzien. Er kan nagedacht worden over het aanwijzen van medewerkers als aanspreekpunt bij wie collega's en patiënten met hun vragen terecht kunnen. Deze medewerker kan de vragen direct beantwoorden of weet waar hij/zij het antwoord kan vinden of weet aan wie hij/zij de vraag kan doorspelen. Daarbij is het van belang dat de benodigde informatie eenduidig en goed toegankelijk is.

# Checklist

## Communicatie en voorlichting



### Algemeen

Maak een communicatieplan om zowel patiënten als personeel voor te bereiden op de invoering van het zorgprestatie­model. Sluit zoveel mogelijk aan bij de landelijke communicatie. Bepaal in het communicatieplan wat je wanneer aan wie communiceert.

Bedenk of en zo ja hoe je de interne communicatieprocessen gaat herinrichten.

Wijs eventueel een coördinator/aanspreekpunt aan voor de beantwoording van vragen van personeel en patiënten.

Houd eventueel een FAQ bij of zorg dat je kunt verwijzen naar de landelijke FAQ wanneer die beschikbaar is.

### Personeel

Zorg dat de zorgprofessionals goed op de hoogte zijn van het nieuwe bekostigingssysteem.

Zorg dat zorgprofessionals goed op de hoogte zijn van de nieuwe vorm van declareren en dat zij weten wat er op de nota voor de patiënt zichtbaar zal zijn. Het is belangrijk dat zorgprofessionals de patiënten op de juiste manier kunnen informeren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan intercollegiale consulten bij de vrijgevestigde aanbieder: de patiënt moet weten dat hij deze op de nota kan verwachten.

Benoem in de communicatie de voordelen en verbeteringen ten opzichte van de huidige systematiek. Benoem ook de eventuele uitdagingen en onzekerheden binnen de eigen organisatie (bijvoorbeeld: hoe zorgen we ervoor dat we op tijd klaar zijn).

Maak instructies en verzorg trainingen voor zorgprofessionals en ondersteuners.

Maak hierbij gebruik van de landelijk ontwikkelde hulpmiddelen.

### Patiënt

Ga na welke bestaande voorlichtingsdocumentatie over de bekostiging je moet aanpassen op het zorgprestatie­model. Denk daarbij aan de informatie in folders, websites en overige documentatie.

Bepaal of je naast het aanpassen van de bestaande voorlichtingsdocumentatie, nog nieuwe voorlichting wil ontwikkelen in het kader van het zorgprestatie­model.

Zorg ervoor dat uniforme patiënteninformatie over de zorgnota en het eigen risico beschikbaar is voor zowel verzekerden als onverzekerden. Neem daarbij de [transparantieregeling](#) van de NZa in acht.

Zorg dat de informatie eenduidig en goed toegankelijk is. Herhaling zorgt ervoor dat informatie beter blijft hangen.

Zorg dat de informatie voor patiënten in meerdere talen beschikbaar is.

## ► Verantwoording en controle

*Met verantwoording en controle bedoelen we de verantwoording aan de financier en de mogelijkheid voor de financier om te beoordelen of de zorg rechtmatig en doelmatig is geleverd.*

Het zorgprestatie­model stimuleert zorgaanbieders om de bedrijfsvoering op orde te brengen en registraties 'first-time-right' te laten plaatsvinden. Goede beheersing aan de voorkant voorkomt correcties achteraf en geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars/DJI zo snel mogelijk inzicht, duidelijkheid en zekerheid over kosten en schade.

### Belangrijkste kenmerken zorgprestatie­model

- Het initiatief voor verantwoording ligt bij de zorgaanbieder die verantwoording aflegt en niet bij degene die verantwoording vraagt. Uitgangspunt is dat verantwoording de voorkeur heeft boven controle. Dit geldt ook als het gaat om gepast gebruik.
- Verantwoording naar verzekeraars over basis-ggz, gespecialiseerde en langdurige ggz gaat grotendeels op dezelfde manier. Ook de verantwoording van forensische zorg aan DJI zal hier zoveel mogelijk aansluiten.
- Er is duidelijker onderscheid gemaakt tussen verantwoording van correcte registratie en verantwoording van gepast gebruik. Bij het eerste ligt de nadruk op het (geautomatiseerd) voorkomen van fouten en het zorgen dat een factuur eigenlijk nooit met een fout de deur uit kan. Bij verantwoording van gepast gebruik ligt de nadruk op het hierover samen afspraken maken voor de toekomst.
- De NZa zal minder regels vastleggen. Voor 'verantwoording en controle' komt er een veldafpraak met spelregels voor specifieke onderwerpen. Er zijn spelregels voor o.a.: Planning is Realisatie; Betrokkenheid regiebehandelaar in de diagnostie­fase; Diagnostiek consulten onverzekerde zorg. De precieze spelregels staan op [zorgprestatie­model.nl](http://zorgprestatie­model.nl) onder Aan de slag > Downloads. De veldafspraken worden daar ook gepubliceerd.
- De factuur is begrijpelijk en wordt eerder gezien door de patiënt.
- Er is geen onderscheid meer tussen schadelastjaren en boekjaren. Er is dus zekerheid over de gehele omzet bij het opstellen van de jaarrekening.

### Instellingsbeleid 2022 en verder

De basis voor je beleid is het verantwoordingsarrangement. Zie voor de uitgangspunten de besluitvormingsrapportage van juli 2020 en het nog te publiceren verantwoordingsarrangement op: [zorgprestatie.nl](https://zorgprestatie.nl) > Aan de slag > Downloads. Hierin staan de uitgangspunten en de afspraken die landelijk tussen alle partijen zijn overeengekomen en die voor het hele veld gaan gelden. Het zal per branche en per organisatie verschillen welke impact de veranderingen hebben op het beleid. Daarom benoemen we een aantal punten waar zorgaanbieders naar kunnen kijken:

- Hoe richt je het principe planning = realisatie in in het proces van de agendavoering? Hoe zorg je dat je aan de randvoorwaarden voldoet?
- Gepast gebruik: ga (bij voorkeur in afstemming met je stakeholders zoals verzekeraars) aan de slag met gepast gebruik: hoe zorg je ervoor dat de zorg die je levert gepast is en hoe wil je dat laten zien? De zorgvraagzwaarte typering zal in deze gesprekken ook meegenomen worden.
- Voor instellingen die over zijn of willen gaan op horizontaal toezicht: hoe kun je de implementatie van horizontaal toezicht en de invoering van het zorgprestatie model goed op elkaar laten aansluiten?
- Trajectnummer: sluit het organisatiebeleid over zorgtrajecten/zorgvraag/zorgpaden aan op de systematiek van de zorgvraagtypering en het zorgtrajectnummer.
- Indeling in settings: hoe ga je dat doen en hoe leg je dat vast?
- Wil je patiënten actief betrekken in je controleproces? Zij zullen facturen veel eerder zien dan nu. Ook is de factuur beter te begrijpen. Dit geeft aanknopingspunten voor de controle.



### Inrichting processen en systemen

Een grote verbetering binnen het zorgprestatie­model zijn de nieuwe mogelijkheden voor verantwoording en controle. Het zorgprestatie­model is gebaseerd op ontwerp­criteria zoals administratieve lasten beperken en samenwerken in de keten, met het perspectief van patiënt en behandelaar als uitgangspunt. Deze criteria werken door in de keuzes in processen en voor systemen bij aanbieders. We noemen een aantal elementen die daaraan raken:

- Hoe gaat het EPD de inrichting van het verantwoordings­arrangement ondersteunen? Hoe ondersteunt het EPD bij het automatiseren van controles? Kan je via het EPD invoer­controles of snelle signaleringen inbouwen?
- Het zorgprestatie­model vraagt ook om aanpassingen binnen horizontaal toezicht. Zorgaanbieders die over zijn op horizontaal toezicht zullen het control framework moeten aanpassen op de nieuwe bekostiging en de risico's die daarbinnen voorkomen. Voordeel voor deze instellingen is dat het interne toezicht organisatorisch al 'staat'. Zorgaanbieders die op horizontaal toezicht over gaan, kunnen het verantwoordings­arrangement benutten.
- Interne beheersing ('huis op orde') is de belangrijkste pijler onder je verantwoording. Ga dus aan de slag hiermee en richt waar nodig benchmarks en signaleringen in. Maak vooraf ook bijvoorbeeld prognoses op aantallen en type consulten in bepaalde settings, zodat je opvallende verschuivingen tijdig in beeld krijgt.

# Checklist

## Verantwoording en controle



Hoe past het huidige AO/IC-plan bij het nieuwe bekostigingsmodel? Bekijk welke huidige controles kunnen vervallen, aangepast moeten worden en wat er in de plaats komt. Pas de werkinstructie hierop aan.

Ga na of de risico's zoals genoemd in de risicolijst voldoende zijn afgedicht in het nieuwe AO/IC-plan.

Voor zorgaanbieders die over zijn op horizontaal toezicht: zorg dat je het control framework op tijd aanpast aan het zorgprestatie-model. En voor zorgaanbieders die over (willen) gaan: zorg dat je het verantwoordingsarrangement van het zorgprestatie-model integreert in het control framework.

Besteed specifiek aandacht aan de verantwoording van de (eind 2020 op te leveren) spelregels:

- betrokkenheid van de regiebehandelaar
- zorg bij onverzekerde diagnoses
- onderscheid tussen geplande en ongeplande zorg.

Kijk welke registraties en controles kunnen komen te vervallen. Belangrijk criterium bij de ontwikkeling van het zorgprestatie-model is het verlagen van de administratieve lasten. Kijk bijvoorbeeld naar:

- registratie van indirecte tijd
- achteraf agenda's vullen bij ongeplande contacten
- controles rond het openen en sluiten van zorgtrajecten.

Ga in gesprek met de softwareleverancier – eventueel via de gebruikersvereniging - hoe het verantwoordingsarrangement en de lijst verantwoording en controle gefaciliteerd worden in het EPD.

Neem verantwoording en controle mee in de werkinstructies.

Stel nieuwe KPI's op. Maak hierbij gebruik van de uitkomsten van je simulaties. Pas je managementinformatie en stuurinformatie hierop aan.

Denk na over de informatievoorziening naar patiënten zodat zij de factuur beter kunnen begrijpen.

Betrek je accountant. Bij experimenten: bespreek met de NZa hoe je in 2022 omgaat met je lopende experiment(en).

Zorg dat de verantwoording over de 'harde afsluiting' en over de overgangsafspraken in orde is.



# Meer weten?

[www.zorgprestatie.nl](http://www.zorgprestatie.nl)