



Basisteksten communicatie toolkit

Zorgprestatiemodel GGZ & FZ

Juli 2020

In het programma zorgprestatiemodel werken deze partijen samen:



Inhoud

Inleiding	4
1. Zorgprestatie­model (algemeen)	5
Nieuwe bekostiging	5
Het huidige systeem is niet meer geschikt	5
De goede eigenschappen van het zorgprestatie­model	6
Wat verandert er?	7
Wat verandert er voor wie?	7
2. Zorgvraagtypering	9
Inzicht in zorgvraag	9
Doelen van de zorgvraagtypering	9
De link met het zorgprestatie­model	9
Wat is het?	10
Hoe werkt zorgvraagtypering in de ggz?	10
Hoe werkt zorgvraagtypering in de forensische zorg?	11
Doorontwikkeling	11
3. Zorgprestaties	13
De zorgprestaties	13
1. Consulten	13
2. Verblijfsdagen	14
3. Toeslagen	14
4. Overige prestaties	15

Inleiding

Vanaf 1 januari 2022 is het zorgprestatiemodel de nieuwe bekostiging van de ggz en de forensische zorg. Het informeren van mensen in uw organisatie is een belangrijk onderdeel van de voorbereiding op de invoering van het zorgprestatiemodel. Om organisaties hierin te faciliteren werkt het programma Zorgprestatiemodel een communicatie toolkit. Deze basisteksten zijn onderdeel van de toolkit.

Doel

Het programma Zorgprestatiemodel heeft basisteksten opgesteld met als doel de doelgroepen in grote lijnen te laten begrijpen wat het zorgprestatiemodel en de zorgvraagtypering inhouden. De teksten zijn niet bedoeld om het zorgprestatiemodel in detail uit te leggen of specifieke kennis en/of vaardigheden aan te leren. De teksten zijn ook niet bedoeld als registratie-instructie. De teksten zijn dus met name bedoeld om op hoofdlijnen uitleg te geven over het zorgprestatiemodel en de zorgvraagtypering. Gedetailleerdere informatie komt terug in de e-learning.

Doelgroep

Medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg die op een manier te maken krijgen met het zorgprestatiemodel, zoals zorgprofessionals en ondersteunend personeel.

Disclaimer

Deze teksten bevatten basisinformatie en zijn slechts een korte toelichting op het zorgprestatiemodel en zorgvraagtypering. Meer informatie over het zorgprestatiemodel staat in de regelgeving van de NZa en andere documenten van het programma Zorgprestatiemodel en vindt u via www.zorgprestatiemodel.nl/downloads.

Andere materialen

De basisteksten zijn het eerste onderdeel van de communicatie toolkit van het programma Zorgprestatiemodel. In de aankomende maanden worden er nieuwe teksten toegevoegd aan de toolkit. Daarnaast ontwikkelt het programma nog andere materialen, zoals een animatie en een e-learning over het zorgprestatiemodel. In de communicatiekalender kunt u zien wanneer het programma Zorgprestatiemodel welke materialen naar verwachting beschikbaar stelt.

1. Zorgprestatie model (algemeen)

Nieuwe bekostiging

Het zorgprestatie model is de naam voor de nieuwe bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg en gaat in per 01-01-2022. De bekostiging is de manier waarop wordt bepaald wat een zorgaanbieder voor geleverde zorg in rekening mag brengen.

Het zorgprestatie model is een model voor prestatiebekostiging. De 'prestaties' bepalen welke vergoeding een zorgaanbieder krijgt voor geestelijke gezondheidszorg of forensische zorg. Een prestatie is in het nieuwe model bijvoorbeeld een consult. Of een overnachting in de kliniek.

De nieuwe bekostiging zal gelden voor de generalistische basis ggz (gb-ggz), voor de gespecialiseerde ggz (gggz) inclusief jaar 2 en 3 van de langdurige ggz (l-ggz), en voor de forensische zorg (fz). Het zorgprestatie model gaat niet over de inhoud van de zorgverlening. Wel verandert de manier waarop wordt vastgelegd welke zorg er is verleend en hoe dit in rekening wordt gebracht. Voor de generalistische basis ggz vervallen de prestaties die nu gebruikt worden. Voor de gespecialiseerde ggz vervallen de DBC's. Voor de langdurige ggz vervallen de ZZP's. En voor de forensische zorg vervallen de DBBC's. Ze worden allemaal vervangen voor de prestaties van het zorgprestatie model.

Het huidige systeem is niet meer geschikt

De huidige manier van bekostigen heeft geleid tot een complex systeem met talloze regels. Hierdoor kost het de zorgprofessional veel tijd de zorg te registreren. En vervolgens kost het de organisaties veel tijd om de geleverde zorg te verantwoorden. En omdat er wordt uitgegaan van gemiddelden, wordt niet goed aangesloten bij de zorg die werkelijk is geleverd. Ondertussen is het voor de patiënt heel lastig te begrijpen wat er op zijn rekening staat. Dit zijn de belangrijkste redenen geweest om te starten met het ontwikkelen van een nieuwe manier van bekostigen.

Nadelen van de huidige bekostiging:

Niet transparant

Het is nu voor de patiënt moeilijk te begrijpen wat er op de factuur staat. Want de begrippen die op de factuur staan komen niet overeen met wie hij/zij in de praktijk sprak en hoe lang.

Te complex & te veel administratie

Door de vele regels en bijbehorende controles vergt de huidige bekostiging veel

administratie. De zorgprofessional moet veel vastleggen in zijn agenda. Ook moeten collega's van bijvoorbeeld de zorgadministratie veel werk verrichten om controles te doen en fouten op te lossen.

Lange looptijd

Er is pas laat inzicht in de totale kosten. Dat komt omdat de zorg pas na een lange looptijd (soms langer dan een jaar) in rekening gebracht kan worden. Dat maakt het voor de patiënt onduidelijk, omdat er soms een rekening komt van zorg die alweer een tijd terug is ontvangen. Dit levert ook problemen op in de jaarrekeningen van zorgaanbieders en financiële verantwoordingen van zorgverzekeraars. Ook is het voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars lastig omdat ze pas laat kunnen schakelen met elkaar over bijvoorbeeld contractafspraken. Dit geldt niet voor aanbieders van forensische zorg. Zij maken contractafspraken vooraf in de aanbesteding.

Geen goede match met de geleverde zorg

In de huidige manier van bekostigen is er te weinig samenhang tussen de zorg die geleverd is en de vergoeding die daar tegenover staat. Nu is vaak de diagnose leidend en wordt er uitgegaan van gemiddelden. Dat blijkt niet representatief te zijn.

Schotten

Omdat de generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz, langdurige ggz en de forensische zorg allemaal andere manieren van bekostigen kennen, ontstaan er 'schotten' tussen deze verschillende vormen. Dat maakt dat een overgang van de ene vorm naar de andere, gepaard gaat met hoge administratieve lasten.

De goede eigenschappen van het zorgprestatiemodel

De naam zegt het al: het fundament van het zorgprestatiemodel bestaat uit prestaties. Deze prestaties zijn herkenbaar voor iedereen en ze weerspiegelen de daadwerkelijk geleverde zorg. De tarieven sluiten aan op wie de behandeling uitvoert en de plek waar de behandeling plaatsvindt. Het zorgprestatiemodel kent de volgende goede eigenschappen:

Transparant

De prestaties zijn duidelijk en overzichtelijk. Bovendien zijn ze begrijpelijk voor de patiënt. Omdat ze een feitelijke weergave zijn van de geleverde zorg, zijn ze herkenbaar en controleerbaar voor iedereen.

Prijzen sluiten aan bij de geleverde zorg

Er zijn geen gemiddelde prijzen meer. Factoren zoals het beroep van persoon die de behandeling uitvoert, de duur van elk consult, de plek waar de zorg plaatsvindt, wegen allemaal mee in het bepalen van de prijs voor de geleverde zorg.

Minder administratieve lasten

Er wordt straks betaald op basis van prestaties en niet op basis van minuten. De indirecte tijd (zoals verslaglegging of een multidisciplinair overleg) is meegenomen in de tarieven en hoeft daarom niet meer apart te hoeven vastgelegd. Ook worden de regels en controles eenvoudiger. Controles achteraf worden zo veel mogelijk voorkomen. Omdat de generalistische basis ggz, de gespecialiseerde ggz, de forensische zorg, en de langdurige ggz volgens dezelfde regels gaan registreren en declareren is er veel minder variatie en dit vermindert de administratieve lasten.

Snel inzicht in kosten

Om te weten wat de kosten zijn geweest van de zorg die is geleverd, hoeft niet meer gewacht te worden op het einde van een traject. Want de prestaties zijn niet meer gekoppeld aan een langer lopend traject (zoals een DB(B)C), maar aan een dag. Er kan dus ook veel sneller gedeclareerd worden. Zo is het voor patiënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar snel duidelijk welke kosten er zijn geweest voor een bepaalde periode.

Wat verandert er?

We nemen afscheid van DBC's, DBBC's, ZZP's voor de langdurige GGZ (niet van toepassing op de langdurige FZ) en de prestaties voor de generalistische basis-ggz. Daarvoor in de plaats komen de prestaties van het zorgprestatiemodel. Er zijn vier soorten prestaties:

1. Consulten (inclusief groepsconsulten)
2. Verblijfsdagen
3. Toeslagen op consulten en verblijfsdagen
4. Overige prestaties

Wat verandert er voor wie?

De patiënt

De patiënt kan op de rekening van de zorgverzekeraar precies zien wanneer en door wie hij behandeld is en voor hoelang. De rekening bevat herkenbare informatie die makkelijk kan worden gecontroleerd. De patiënt krijgt de rekening ook sneller. Zo weet hij eerder welke kosten zijn gemaakt en of hij eigen risico moet betalen.

Patiënten die in de forensische zorg worden behandeld krijgen geen rekening en betalen geen eigen risico.

De zorgprofessional

De manier van registreren en declareren verandert. Om vast te leggen welke zorg er is geleverd, registreert de zorgprofessional prestaties. Daarbij gelden de spelregels van

zorgprestatie model. De regiebehandelaar moet vanaf 1-1-2022 ook de zorgvraagtypering vastleggen.

De zorgaanbieder (organisatie)

Veel administratieve processen moeten worden aangepast op de nieuwe bekostiging. En de inrichting van het elektronisch patiëntendossier wordt aangepast op de zorgprestaties. In de samenwerking met bijvoorbeeld zorgverzekeraars gaat er een andere ‘taal’ gesproken worden. Zo worden de (contract) afspraken met zorgverzekeraars gemaakt op basis van de spelregels en uitgangspunten van het zorgprestatie model. Dat betekent ook een andere manier van rapporteren en verantwoorden en bijvoorbeeld het weergeven van managementinformatie.

De zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar krijgt rekeningen op basis van zorgprestaties en gaat dus zorgprestaties vergoeden. De verzekerde ziet deze zorgprestaties terug in de digitale omgeving van de zorgverzekeraar. Als het eigen risico in rekening moet worden aangesproken, gebeurt dit ook op basis van zorgprestaties. Ook voor de zorgverzekeraar geldt dat er veel administratieve processen veranderen. En op basis van de prestaties en spelregels van het zorgprestatie model worden afspraken gemaakt met de zorgaanbieders.

2. Zorgvraagtypering

Inzicht in zorgvraag

Het doel van zorgvraagtypering is dat er beter voorspeld kan worden welke en hoeveel zorg voor een groep patiënten nodig is. Elke patiënt is uniek, maar verschillende patiënten hebben wel gemeenschappelijke kenmerken. De ervaring met de DB(B)C systematiek leert dat de diagnose weinig zegt over welke zorg er nodig is. Bijvoorbeeld: de diagnose depressie kan bij de ene patiënt leiden tot een behandeling die bestaat uit een beperkt aantal consulten, terwijl de andere behandeling voor depressie bestaat uit een opname in de kliniek en een langlopende behandeling. Het blijkt dat – in plaats van de diagnose - de zorgvraagtypering veel meer zegt over de verwachte inzet van zorg.

Doelen van de zorgvraagtypering

De zorgvraagtypering helpt een verband te leggen tussen zorgvraag en inzet van zorg. Zo kunnen zorgaanbieders intern, maar ook met verzekeraars en het ministerie in gesprek over wat er nodig is om bepaalde type patiënten goed te helpen en dit financieel mogelijk te maken. Om dit gesprek goed te voeren zijn cijfers en onderzoek nodig. Want hoe beter er voor groepen patiënten in beeld is wat de (verwachte)zorgvraag is, hoe beter hierover af te stemmen is. Het doel is dat er op deze manier eerlijke vergoedingen komen voor zorg die zo goed mogelijk aansluit bij de zorgvraag van de patiënt. Het inzicht in de verwachte zorg helpt zorgaanbieders ook om beter vooraf in te schatten welke zorg nodig is en hier bijvoorbeeld in de planning rekening mee te houden. Zorgvraagtypering vergroot ook de klinische herkenbaarheid van de zorg: het creëert een gezamenlijk begrippenkader voor (zorg)professionals dat ook gebruikt kan worden om van elkaar te leren.

De link met het zorgprestatiemodel

Door zorgprestaties vast te leggen met het zorgprestatiemodel, wordt in kaart gebracht hoe veel van welke zorg ingezet is. Er is dan nog geen link met of dit past bij wat de verwachting zou zijn voor een patiënt met een bepaalde zorgvraag. Het zorgvraagtype is de toevoeging van informatie die iets zegt over de zorgvraag van de patiënt. Het zorgvraagtype wordt als informatie-element meegeleverd met de declaraties van het zorgprestatiemodel. Op basis van de combinatie van deze gegevens wordt voor groepen patiënten inzichtelijk welke zorg (op basis van zorgprestaties) voor welke zorgvraag nodig is (op basis van het zorgvraagtype).

Wat is het?

Met behulp van de zorgvraagtypering wordt de zorgvraag in beeld gebracht. Het is een model met als beoogd doel om te voorspellen welke en hoeveel zorg voor bepaalde groepen patiënten nodig is. De zorgvraagtypering wordt gedaan door de regiebehandelaar in de diagnosefase. Verandert de zorgvraagtype tijdens de behandeling, dan kan de regiebehandelaar dit aanpassen. Zorgvraagtypering in ggz en forensische zorg verschilt. Er zijn twee typen.

Wat is het **wel**:

- Een momentopname van de zorgvraag van patiënt.
- Een manier om de benodigde zorg inzichtelijk te maken voor groepen patiënten
- Een hulpmiddel bij keuzes over de inzet van zorg bij groepen patiënten

Wat is het **niet**:

- Geen manier om zorg af te rekenen. Het is een informatie-element dat op de factuur vermeld wordt.
- Geen zorgstandaard of kwaliteitsrichtlijn.
- Vervangt niet diagnostiek.
- Geen norm voor inhoud of omvang van zorg voor een individuele patiënt
- Zegt niets over of iets verzekerde zorg of onverzekerde zorg is

Hoe werkt zorgvraagtypering in de ggz?

HoNOS+ vragenlijst

De zorgvraagtypering wordt door de regiebehandelaar gedaan. De basis voor zorgvraagtypering is de HoNOS+ vragenlijst. Daarbij kan gekozen worden voor de volledige route (19 vragen) of de dynamische route (het aantal vragen varieert).

Volledige route

Bij de volledige route worden altijd alle HoNOS+ vragen beantwoord. De (regie)behandelaar gebruikt een kleurenschema om de antwoorden met een zorgvraagtype te matchen. Hij kan dat ook door het algoritme laten doen.

Dynamische route

Bij de dynamische route leidt een slim algoritme via de kortst mogelijke weg de (regie)behandelaar langs de relevante HoNOS+ vragen. Het algoritme stelt een zorgvraagtype voor. De regiebehandelaar beoordeelt of dit past bij de patiënt. Op basis van de overige informatie uit de diagnosefase kan hij ook een ander zorgvraagtype vastleggen.

Evaluatiemomenten

Tijdens de behandeling kan blijken dat de zorgvraag niet meer actueel is. Daarom kan de typering steeds worden aangepast.

Hoe werkt zorgvraagtypering in de forensische zorg?

Een patiënt wordt niet op eigen initiatief behandeld in de forensische zorg. Het primaire doel van forensische zorg is het verlagen van recidiverisico. Daarom is er voor de forensische zorg een andere vorm van zorgvraagtypering ontwikkeld. Drie elementen bepalen voor de forensische zorg het zorgvraagtype:

1. Recidiverisico

Uit onderzoek blijkt: hoe hoger het risico wordt ingeschat, hoe intensiever de behandeling. Het belangrijkste instrument om het recidiverisico in kaart te brengen is de risicotaxatie. Daar zijn veel instrumenten voor ontwikkeld, bijvoorbeeld specifiek gericht op een delict type of op een bepaalde situatie. Die blijven bestaan. Om ervoor te zorgen dat de huidig gebruikte instrumenten kunnen worden toegepast voor zorgvraagtypering wordt het 5-level-risk model geïntroduceerd. Dit model biedt een werkwijze om verschillende instrumenten te kalibreren zodat de uitkomsten worden uitgedrukt in dezelfde vijf categorieën. Als meerdere instrumenten op deze manier worden gekalibreerd, worden hun uitkomsten onderling vergelijkbaar.

2. Ernst van het delict(gedrag)

De ernst van een delict kan variëren van zeer ernstig tot licht (zoals winkeldiefstal). Daarom wordt de ernst van het delict(gedrag) meegenomen in de typering. Het is een verzwarende of verlichtende factor.

3. Exceptionele responsiviteit

Het derde element gaat over hoe behandelbaar een patiënt is: de responsiviteit. Bij een behandeling die heel moeizaam verloopt, moet zwaardere zorg worden ingezet om te zorgen dat die patiënt toch werkt aan het verlagen van het recidiverisico.

Doorontwikkeling

Het model van de zorgvraagtypering is een lerend model. Het moet in feite gekalibreerd worden. Dit is om meer uniform een uitkomst te hebben vanwege de vele type instrumenten risicotaxatie. Naarmate er meer data beschikbaar zijn, zijn betere voorspellingen mogelijk en kan het model verder worden verfijnd. De jaren 2022 tot 2024 staan in het teken van ervaring opdoen met het model. Dan wordt geëvalueerd of het model voldoende is ontwikkeld om te ondersteunen bij het maken van afspraken tussen

zorgverzekeraars en zorgaanbieders over wat voor patiëntengroepen een reële vergoeding is, gegeven de voor die groep gepaste zorg.

3. Zorgprestaties

De zorgprestaties

Het zorgprestatie model bestaat uit 4 soorten zorgprestaties:

1. Consulten (inclusief groepsconsulten)
2. Verblijfsdagen
3. Toeslagen op consulten en verblijfsdagen
4. Overige prestaties

De geleverde zorg wordt door middel van deze prestaties geregistreerd in het EPD. Deze prestaties zijn vervolgens de basis voor het opstellen van de factuur.

1. Consulten

Vier bepalende factoren

Het eerste type prestatie dat geregistreerd kan worden is het consult. Er zijn verschillende prestaties gedefinieerd. Bij iedere prestatie hoort een eigen tarief. Op basis van vier factoren wordt bepaald welke prestatie geregistreerd moet worden.

- 1) Het beroep van de zorgprofessional die het consult uitvoert
Er is een lijst opgesteld van beroepen die consulten registreren. Dit zijn 7 categorieën van 'BIG-beroepen'. Daar is een achtste categorie aan toegevoegd: 'overige beroepen'. Staat het beroep van een zorgprofessional niet op één van de 7 Big-beroepen of op de lijst overige beroepen, dan hoeven zij geen consulten te registreren. Dit betekent niet dat die inzet niet wordt vergoed. Deze inzet is dan vergoed via de consultprestaties van de andere beroepen of via de verblijfsprestaties.
- 2) Het soort consult: vindt het consult plaats in het kader van diagnostiek of in het kader van behandeling?
- 3) De duur van het consult: hoe veel tijd is besteed aan het consult?
Bij het bepalen van de consultduur wordt alléén uitgegaan van de directe tijd. Dat is de duur van het contact met de patiënt (face to face of bijvoorbeeld screen to screen). Bij het bepalen van de tarieven is wel rekening gehouden met indirecte tijd, zoals verslaglegging of multidisciplinair overleg. Het hoeft niet meer apart geregistreerd te worden.

4) Setting: vanuit welke setting is het consult geleverd?

Er zijn grote verschillen in de omgeving van waaruit die behandeling plaatsvindt. Daar wordt in het zorgprestatiemodel rekening mee gehouden door verschillende 'settings' te onderscheiden. De (acht) settings zijn gebaseerd op kenmerken van de organisatie en uitvoering van zorg. Want die kunnen sterk verschillen. Bijvoorbeeld of de zorg mono- of multidisciplinair wordt uitgevoerd. Of gedaan wordt vanuit een kliniek of een wijkteam.

Groepsconsulten

Ook voor groepsconsulten zijn verschillende prestaties (met een bijbehorend tarief) gedefinieerd. Net zoals bij de consulten zijn er bij de groepsconsulten een aantal bepalende factoren op basis waarvan de juiste prestatie wordt gekozen:

- 1) Het beroep van de zorgprofessional die het consult uitvoert
Hier gelden dezelfde acht categorieën als bij de consulten
- 2) De groepsgrootte
Bij bijvoorbeeld een groepsgrootte van 2 personen hoort een andere prestatie dan bij een groepsgrootte van 8 personen.
- 3) De duur van het consult
Dit gaat in blokken van 30 minuten. Ook hier gaat het weer alleen om de directe tijd.

Let op: geen setting!

2. Verblijfsdagen

Voor verblijf in de kliniek verandert er niet zo veel. Dat wordt ook bij het zorgprestatiemodel per dag geregistreerd. Dit werkt in de huidige praktijk al goed, en past ook in de structuur van het zorgprestatiemodel. De verblijfsdagen blijven onderverdeeld naar verzorgingsgraad en beveiligingsniveau.

3. Toeslagen

Bij consulten en verblijfsdagen zijn een aantal toeslagen toe te voegen. Deze toeslagen zijn dus gekoppeld aan een consult of een verblijfsdag. Denk onder andere aan de inzet van een tolk. Ook wordt de reistijd naar een patiënt toe (buiten een locatie van de zorgaanbieder dus) op deze manier verrekend.

4. Overige prestaties

Er zijn tot slot 20 overig prestaties. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een rijbewijskeuring of electroconvulsietherapie.