

Rapportage tussentijdse evaluatie Zorgprestatiemodel

Toetsing beoogde doelen
a.d.h.v. ontwerpcriteria

5 december 2022

Naomi Swaab

Duco Bannink

Gerrit Hamstra

EQUALIS
strategy & modeling



Inleiding



Opzet van deze rapportage

Deze rapportage bestaat uit twee delen. In het eerste deel staat de samenvatting van de drie panelgesprekken welke tijdens de hei ochtend hebben plaats gevonden. De hei ochtend is gebruikt om een aantal onderwerpen te agenderen en evalueren.

In het tweede deel duiden we op basis van de uitkomsten van de panelgesprekken het functioneren van het Zorgprestatiemodel met de kennis en ervaringen van dit moment. Tot slot doen we in het tweede deel een aantal aanbevelingen voor vervolgstappen die genomen kunnen worden om het functioneren van het Zorgprestatiemodel te versterken.

Inhoudsopgave

Samenvatting panelgesprekken

Duiding & aanbevelingen



Tijdens de hei-ochtend zijn verschillende onderwerpen in 3 panels besproken

Panel 1

- Functioneert het model?
- Beoogde effecten van het model

Panel 2

- Stuert het model op gepaste en doelmatige zorg?
- Zorgvraagtypering

Panel 3

- Stuert het zo dat we de zorg kunnen verbeteren?
- Innovatie

Cyclisch in 3 groepen

Groep 1

Groep 2

Groep 3

Panel 1 (1/3)

Panel 1

- Functioneert het model?
- Beoogde effecten van het model

Inleiding

In panel 1 vond een korte reflectie plaats op het huidig functioneren van het Zorgprestatieproces. Daarnaast is er vooruit gekeken naar wat nu goede vervolgstappen kunnen zijn voor onder andere de doorontwikkeling van het model. Dit alles hebben we besproken op basis van zeven van de tien ontwerpcriteria¹.

Het Zorgprestatieproces is een verbetering van de bekostiging, er is nog doorontwikkeling nodig

Voordelen van het Zorgprestatieproces zijn onder andere de transparante structuur, het niet meer hoeven registreren van indirecte tijd, de gedifferentieerde tarieven voor de verschillende disciplines en settings en de versnelling van de declaraties. Omdat declaraties niet hoeven te wachten op afronding van het zorgtraject, is er minder werkkapitaal nodig voor de zorgaanbieder en is er sneller inzicht in de omzet.

Nadelen zijn dat het registreren van zorgprestaties soms tegenvalt. Bijvoorbeeld de registratie van groepsconsulten die soms als complex wordt ervaren en de extra informatie die bij bepaalde prestaties moet worden vastgelegd. De wet- en regelgeving geeft bewust een bepaalde interpretatieruimte. Dit zorgt er wel voor dat op bepaalde detailregistraties soms eigen invullingen volgen. Er kan hierin verder geüniformeerd worden. Zorgverzekeraars hanteren soms verschillende declaratievereisten. Dit zorgt ervoor dat declaraties met bepaalde informatie bij de ene zorgverzekeraar wel worden geaccepteerd en bij de andere niet. Hier zou ook een verder uniformering kunnen plaatsvinden.

Administratieve lastenverlichting wordt nog onvoldoende ervaren

Eén van de ontwerpcriteria heeft als doel de administratieve lasten te verlichten. Op dit moment wordt dat nog niet gevoeld bij de zorgaanbieders. De verlichting zit in het stoppen van de registratie van indirecte tijd. Echter door onder andere de tijdelijke lastenverzwaring als gevolg van de implementatie van het Zorgprestatieproces, het frequenter registreren van de (korte) contacten, het toevoegen van de zorgvraagtypering vragenlijst als verplichte handeling voor de behandelaar en dat er (nog) geen ruimte is voor optimaliseren van de registratieprocessen, maakt dat er nog onvoldoende administratieve lastenverlichting wordt ervaren.

¹Zie bijlage 1 voor de ontwerpcriteria per panel

Panel 1 (2/3)

Panel 1

- Functioneert het model?
- Beoogde effecten van het model

Het wijzigen van het bekostigingsmodel brengt andere prikkels met zich mee

Het zorgprestatie-model is een model zonder ingebouwde doelmatigheidsprikkels. Het model gaat uit van meer informatie-uitwisseling tussen financier en zorgaanbieder, zodat met deze informatie goede afspraken kunnen worden gemaakt over passende zorg. Er kunnen in dit model productieprikkels ontstaan, zeker als een zorgaanbieder verwacht niet kostendekkend zorg te kunnen leveren. Dit uit zich dan bijvoorbeeld in het sturen op zoveel mogelijk direct patiëntcontact.

Er is ook veel te doen om de hoeveelheid indirecte tijd. Zo geven een aantal partijen aan dat deze indirecte tijd te laag is in bepaalde zorgprestaties en niet aansluit bij de werkelijkheid. Ook om deze reden wordt er soms extra gestuurd op een hogere productie (meer directe tijd).

Partijen vinden het sturen op een hogere productie vanwege de bekostiging onwenselijk, aangezien de corrigerende mechanismen in het onderhoud van het bekostigingsmodel en de tarieven dan niet goed tot hun recht komen. Bovendien is het probleem van 'de gemiddelden' veel minder groot dan in de oude bekostiging, omdat het gemiddelde toen op trajectniveau werd bepaald en er niet gedifferentieerd werd voor type zorg, type behandeling en setting.

Tarieven lijken in bepaalde situaties niet kostendekkend, voor conclusies is meer inzicht nodig

De tarieven die momenteel gehanteerd worden lijken voor geïntegreerde instellingen niet kostendekkend, uitgaande van signalen van zorginstellingen. Deze signalen zijn gebaseerd op eigen registraties en impact-analyses. De instellingen hebben zorgen over hun financiële situatie. Financiers hebben nog onvoldoende inzicht om hier iets over te kunnen zeggen. Hetzelfde geldt voor de normen en verhoudingen ten aanzien van directe en indirecte tijd. In 2022 en 2023 kan de transitieprestatie worden ingezet om onbedoelde effecten op te vangen. Aanbieders geven aan dat de doelstelling dat het Zorgprestatie-model betere bekostiging mogelijk zou moeten maken voor behandeling van complexe/EPA patiënten. Dit lijkt volgens hen nog onvoldoende te gaan lukken.

Panel 1 (3/3)

Panel 1

- Functioneert het model?
- Beoogde effecten van het model

De implementatie neemt meer tijd in beslag dan verwacht

De invoering van het Zorgprestatiemodel is een enorme operatie voor de backoffice van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Grote knelpunten worden ervaren bij het gereedmaken van de EPD's. Dit neemt meer tijd in beslag dan verwacht, met name bij de grotere zorgaanbieders. Er wordt een grote afhankelijkheid ervaren van de EPD-leveranciers. Daarnaast zijn veel instellingen nog druk met het inrichten van de benodigde controles, zodat de kwaliteit van declaraties ook kan worden gegarandeerd. Vanaf het eerste kwartaal 2022 wordt er al gedeclareerd door vrijgevestigden, kleine instellingen en enkele grote instellingen. En ook al zijn daar ook de nodige implementaties-issues geweest, worden de grote problemen toch vooral gezien bij de grotere instellingen en was bevoorschotting noodzakelijk. Inmiddels komen bij de meeste van de grote instellingen nu ook de declaraties op gang. Voor het vervolg is het van belang om na te denken over hoe de ICT-partijen betrokken kunnen blijven bij het onderhoud en de doorontwikkeling. Daarnaast moet heel duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor het onderhoud.

Intensivering van samenwerking en het maken van verdere afspraken zijn noodzakelijk

De partijen in het veld hebben de afgelopen jaren zeer intensief samengewerkt aan de ontwikkeling van het model. Het is van belang deze samenwerking te continueren. Juist in deze fase is een intensieve samenwerking nodig om oplossingen te bedenken voor actuele problemen. Denk aan het maken van afspraken over zorgvraagtypering, uniformering van declaratievereisten, het beperken van administratieve lasten en het zoeken naar verdere vereenvoudigingen. De NZa heeft ruimte om binnen de beleidskaders onderlinge veldafspraken te maken voor een goede werking van het model. Ook in het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt het zorgprestatiemodel genoemd als belangrijk instrument om bij te dragen aan bepaalde beleidsdoelen. De partijen moeten elkaar daarom blijven vasthouden in een intensieve en constructieve samenwerking, waarin taken en verantwoordelijkheden duidelijk zijn belegd.

Panel 2 (1/3)

Panel 2

- Stuur het model op gepaste en doelmatige zorg?
- Zorgvraagtypering

Inleiding

In panel 2 stonden de ontwerpcriteria 'basis voor sturen op gepaste en doelmatige zorg' en 'flexibel te combineren met doorontwikkeling zorgvraagtypering' centraal in de discussie. Zowel bij het eerste als tweede criterium speelt zorgvraagtypering een belangrijke rol en veel van de discussies hadden daarom betrekken op zorgvraagtypering.

Het Zorgprestatie-model is op veel terreinen een verbetering

De tariefdifferentiatie naar professie, het onderscheid tussen diagnostiek en behandeling en de setting maken dat je minder belemmeringen voelt om de juiste zorg in te zetten. Op deze manier moet de bekostiging passende zorg faciliteren. In de dbc-tijd was deze prikkel totaal anders. Elke minuut zorg leverde evenveel op, waardoor er een prikkel was zo goedkoop mogelijke zorg in te zetten.

Daarnaast geven partijen aan dat door het Zorgprestatie-model de factuur beter laat zien welke zorg de patiënt heeft ontvangen. Hoe dit in de praktijk uitpakt kan pas goed beoordeeld worden als de declaratiestroom goed op gang is gekomen. Dan krijgen de patiënten voor hun eigen risico overzicht informatie. Transparantie moet bij patiënten tot meer bewustwording leiden.

De data van Zorgprestatie-model leveren veel bruikbare informatie op

Er wordt binnen het Zorgprestatie-model veel informatie geregistreerd. Dat is een grote winst van het Zorgprestatie-model. Met informatie kun je ook veel beter sturen. Op dit moment is er nog wel een gebrek aan data, omdat de declaraties van de grote instellingen nog op gang moet komen. Het is dus te vroeg om iets te zeggen over de uitwerking op de feitelijk sturing. Om het goede gesprek te voeren tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan het Zorgprestatie-model voorzien in een gemeenschappelijke taal. Daar moet dan wel verdere inhoud aan gegeven worden. En die inhoud ontbreekt op dit moment. Maar met de juiste data en inhoudelijke input geeft het Zorgprestatie-model veel houvast om de dialoog te voeren.

Panel 2 (2/3)

Panel 2

- Stuur het model op gepaste en doelmatige zorg?
- Zorgvraagtypering

Het inzetten van zorgvraagtypering vraagt om doorontwikkeling

Het is onduidelijk hoe zorgvraagtypering wordt ingezet en dat leidt tot onzekerheid bij zorgverleners. Er is weliswaar aangegeven dat zorgvraagtypering ingezet zal worden bij zorginkoop vanaf 2024, maar het is niet duidelijk hoe dat gaat gebeuren. Er moet informatie aangeleverd bij de NZa, maar ook hier is het niet duidelijk wat met deze informatie wordt gedaan. Onduidelijkheid leidt tot onzekerheid, zeker als er in het veld ook twijfels zijn over de privacy van de NZa-aanlevering. Een oplossing hiervoor is het verbeteren van de communicatie over zorgvraagtypering. Inhoud en doel van zorgvraagtypering moet beter worden uitgelegd. Zorgvraagtypering is in de ontwerpfase als een belangrijke sleutel voor toekomstig gebruik aangeduid. Daarom moet voorkomen moet worden dat zorgvraagtypering niet geregistreerd wordt, want dat zou de doorontwikkeling van dit cruciale onderdeel belemmeren.

Er is op dit moment weinig vertrouwen bij een deel van de achterbannen (met name behandelaren en werkgevers). Er is wel aangegeven dat zorgvraagtypering ingezet wordt bij zorginkoop maar het is niet duidelijk hoe dat gaat gebeuren. Dat moet beter uitgelegd worden omdat er nu veel onrust ontstaat. Dat geldt ook voor de regels rondom privacy. Hierover is veel onduidelijk waardoor zorgverleners de zorgvraagtypering niet altijd registreren of niet op de factuur zetten.

Zorgvraagtypering is niet bedoeld om het zorggebruik van individuen te voorspellen (en is daar ook niet geschikt voor), maar het moet wel een beter zicht geven op de zorgbehoefte van groepen patiënten. Hoe zorgvraagtypering op groepsniveau uitpakt is nog niet duidelijk. Ook voor zware cliënten werkt het op dit moment niet goed genoeg. Om een volgende stap te zetten moet je wel eerst weten waar we naartoe willen met z'n allen. Ook zou zorgvraagtypering meer zicht moeten geven op specifieke groepen, zoals EPA. In hoeverre dit gerealiseerd gaat worden kan nu nog niet gezegd worden. Wel is duidelijk dat een doorontwikkeling nodig is om zorgvraagtypering meer herkenbaar en beter toepasbaar te maken. Elementen uit het Integraal Zorgakkoord (IZA)¹ kunnen richting geven aan de doorontwikkeling.

¹De forensische zorg maakt geen deel uit van IZA

Panel 2 (3/3)

Panel 2

- Stuur het model op gepaste en doelmatige zorg?
- Zorgvraagtypering

Zorgvraagtypering kan het gesprek tussen aanbieder en verzekeraar versterken

De inzichten die op basis van de zorgvraagtypering ontstaan, moeten input zijn voor het gesprek tussen aanbieder en verzekeraar. Ook kan zorgvraagtypering worden ingezet als benchmark. Wanneer je als aanbieder ziet waar je behandeling voor groepen patiënten afwijkt van andere aanbieders, kun je daar het gesprek over voeren. Daarmee wordt het ook een leerinstrument voor professionals. Dat de zeggingskracht voor individuen niet zo hoog is, is voor benchmarking minder een probleem. Het is aanleiding voor het gesprek.

Verschillende standpunten over de vraag of zorgvraagtypering geschikt is om in te zetten voor normering

Het goede gesprek over de zorgvraagtypering kan leiden tot normering voor groepen patiënten en kan bijdragen aan het invulling geven van het begrip passende zorg. Normeren kan bijvoorbeeld door normen te stellen aan het aantal in te zetten consulten of verblijfsdagen bij groepen patiënten. In die beweging is het van belang aan te sluiten bij richtlijnen en de intrinsieke motivatie van de professional om de beste zorg te leveren.

Alle partijen zijn het erover eens dat zorgvraagtypering niet bedoeld is om te normeren op individueel niveau. Sommige partijen hebben wel twijfels bij de haalbaarheid van de inzet van zorgvraagtypering als normeringsinstrument op groepsniveau. Daarvoor is volgens hen wel eerst een verdere doorontwikkeling nodig.

Het is nu nog te vroeg om zorgvraagtypering bij de inkoop in te zetten. De data die vanaf 2022 wordt geregistreerd dient eerst verder onderzocht te worden. Het is de bedoeling om in 2024 de eerste stap te zetten naar het gebruik van zorgvraagtypering in de inkoop. Of dit realistisch is zal de komende tijd duidelijk moeten worden.

Het bestuurlijk draagvlak voor het Zorgprestatie-model, moet in de praktijk beter landen

Over het algemeen is er op bestuurlijke niveau veel overstemming over het Zorgprestatie-model en daaraan gerelateerde onderwerpen. Maar op de werkvloer is het gevoel regelmatig anders. Dit verdient aandacht. Het is belangrijk dat de overeenstemming die tussen bestuurders leeft ook op lagere managementniveaus en aan de onderhandelingstafels gedeeld wordt.

Panel 3 (1/3)

Panel 3

- Stuur het zo dat we de zorg kunnen verbeteren?
- Innovatie

Inleiding

In panel 3 stond het ontwerpcriterium 'ruimte voor innovatie' centraal in de discussie. In de discussie kwam het belang van de omgang met indirecte tijd veel ter sprake, net als de ruimte die de financieringssysteematiek biedt voor innovatie.

Het Zorgprestatie model bevat geen ingebouwde doelmatigheids prikkels

Het Zorgprestatie model is een eenvoudig bekostigingsmodel, dat erop gericht is de feitelijk geleverde zorg op een zo transparant mogelijk manier in rekening te brengen. Het Zorgprestatie model is ontwikkeld als een beleidsneutrale bekostiging, waarvan de transparante informatie en het instrument van zorgvraagtypering de dialoog over passende zorg moet gaan voeden. Er zijn signalen dat sommige aanbieders hun medewerkers stimuleren de hoeveelheid directe tijd te optimaliseren of zelfs te maximaliseren. Het maximaliseren van de directe tijd is onwenselijk. Het gaat erom dat de feitelijk benodigde zorg wordt geleverd en in rekening wordt gebracht. Het is wel de verwachting dat enige sturing op directe tijd zal plaatsvinden, omdat dat bepalend is voor de omzet.

Het Zorgprestatie model is gericht op verbetering van de zorg

De partijen merken op dat er in het Zorgprestatie model meer ruimte bestaat dan voorheen voor de professionele afweging over de juiste inzet van zorg voor diagnostiek en behandeling. Ook is er in het Zorgprestatie model ruimte voor innovatie gericht op het vergroten van de kwaliteit van de behandeling. Daarnaast is echter te verwachten dat sturing op directe tijd zal plaatsvinden, omdat dat bepalend is voor de omzet.

De bekostiging vanuit het Zorgprestatie model stimuleert tot het focussen op directe tijd. De afhandeling van genormeerde indirecte tijd wordt gezien als een vraagstuk dat nadere bestudering behoeft. De inzet van personeel is gevoelig voor de tariefstelling van het Zorgprestatie model. Als de tariefstelling hoger is dan de personeelskosten voor een bepaalde categorie medewerkers, is daar toenemende inzet te verwachten en andersom. De methode van tariefstelling, met een vergoeding voor werkelijke inzet, beperkt de mogelijkheden om marge te scheppen die kan worden aangewend voor innovatie.

- Stuur het zo dat we de zorg kunnen verbeteren?
- Innovatie

Innovatie en het behalen van beleidsdoelen vraagt om een gerichte aanpak

Het inzetten van innovaties die de directe tijd van een behandelaar met de patiënt beperken vragen om extra aandacht. Omdat directe tijd de sleutel is voor consultregistraties zouden dergelijke innovaties ontmoedigd kunnen worden. Er is een mogelijkheid voor deze en andere innovaties facultatieve prestaties in te zetten, maar dan zal daar wel werk van gemaakt moeten worden. Dit neemt niet het onderscheid weg tussen de vergoeding van het innovatieproces zelf (die is geregeld) en de toepassing van de innovatie in de uitvoering (daar ontstaat het probleem van directe tijd).

En hoe gaan andere beleidsdoelen ondersteund worden. Zoals verdere afbouw van klinische zorg, stimuleren van netwerkzorg en verschuivingen naar het sociaal domein. Hoe gaan we de gewenste prioritering van de EPA-doelgroep vormgeven? In het Integraal Zorgakkoord (IZA)¹ staat een ambitieuze richting van innovatie, maar er is nog geen uitgewerkt plan hoe de bekostiging deze koers gaat ondersteunen.

Netwerkzorg zoals bepleit in het IZA is lastig onder te brengen in het Zorgprestatie-model. Daarbij moet worden aangetekend dat domein overstijgende zorg in het algemeen lastig is. Zorgaanbieders zullen meer sturen op eigen directe tijd. Investerings in innovatie op langere termijn zijn eveneens moeilijk. Dit geldt bijvoorbeeld voor het opzetten van zorgnetwerken. Investerings in e-health waar geen direct patiëntcontact in zit zijn lastig omdat het moeilijk is om een kosten-batenanalyse hiervoor te maken en daarnaast kan een innovatie gericht op beperking van directe tijd, of vergroting van indirecte tijd moeilijk terug te verdienen zijn. Daardoor is het moeilijk om een afnemend beslag op arbeid te realiseren.

Wachlijsten korter maken vraagt ook om het inkorten van de behandelduur. Dit wordt niet automatisch gestimuleerd in het Zorgprestatie-model, omdat het model de daadwerkelijk geleverde zorg vergoedt en in die zin niet normeert.

¹De forensische zorg maakt geen deel uit van IZA

Panel 3 (3/3)

Panel 3

- Stuur het zo dat we de zorg kunnen verbeteren?
- Innovatie

Een volgende stap naar het behalen van beleidsdoelen

Partijen zien dat het verdere gesprek over de gewenste beleidsrichting om een nieuwe stap vraagt. De NZa is terughoudend rond de beleidsinhoud. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat er een sturende inhoudelijke visie op de GGZ/FZ nodig is die doorvertaling vindt in het Zorgprestatie¹. Wat is passende zorg voor complexe patiënten? Welke beroepsgroepen zouden we willen inzetten bij welke zorgvraag? Hoe gaan we om met netwerkzorg en e-health?

De invoering van het Zorgprestatie¹model en de bijbehorende financiële risico's staan vooralsnog het gesprek over passende zorg in de weg. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn nog druk de administratie en het declaratieverkeer op orde te krijgen. Dit is weliswaar geen systematisch effect van het Zorgprestatie¹model, maar de administratieve last van de overgang naar het nieuwe systeem wordt breed genoemd als sterk belemmerende factor voor de ontwikkeling van het beleid en het versterken van innovatie in de sector.

Nog beter nadenken over innovatie

Investeringen in automatisering en andere innovaties die directe tijd beperken betalen zich niet terug in de opbrengst. Er is vanwege de financieringssystematiek weinig budgetruimte om te innoveren. Tijdens de transitie is er daarnaast tijdelijk financiële onzekerheid. Dit beperkt de (ervaren) ruimte voor innovatie. Het niet administreren van indirecte tijd maakt die tijd administratief onzichtbaar. Hierdoor wordt sturing daarop en innovatie van zorg gericht op verschuiven van directe en indirecte tijd lastig. Eventuele besparingen die voortkomen uit innovaties gericht op het terugdringen van indirecte tijd zijn daardoor niet te kwantificeren.



Inhoudsopgave



Samenvatting panelgesprekken

Duiding & aanbevelingen

Vergroten transparantie en differentiëren bekostiging worden breed gewaardeerd

Positieve effecten van het model

Het Zorgprestatie­model geniet brede steun van de betrokken partijen. Zoals elk model, heeft ook dit model sterke en zwakke punten.

Sterk aan het Zorgprestatie­model is het vergroten van transparantie, het normeren van de indirecte tijd en het differentiëren naar beroep, type (diagnostiek/behandeling) en setting. Dit haalt de prikkel richting al­sm­aar efficiëntere/goedkopere zorg weg en dat wordt gewaardeerd. Want die prikkel in het oude model maakte het soms moeilijk om zorg van voldoende kwaliteit te leveren.

Er is brede waardering voor de manier waarop de bekostiging van de zorg relatief beleids­neutraal is neergezet. De zorg die noodzakelijk wordt geacht en geleverd door de behandelaar, is de zorg die bekostigd wordt. Daarmee is er in principe ruimte voor innovatie van de zorg en ligt de sleutel daarvoor bij de zorgaanbieder/behandelaar. De zorgverzekeraar kan dit stimuleren door passende contractafspraken te maken.

Breed gewaardeerd wordt ook de toegenomen transparantie. Die heeft positieve consequenties op twee niveaus. Op het niveau van de zorgverlening ondersteunt die het inzicht van de patiënt in de behandeling die heeft plaatsgevonden. Maar daarnaast heeft de toegenomen transparantie ook positieve consequenties op het niveau van de beleidsvorming. Omdat het inzicht in geleverde zorg verbetert, kan het gesprek tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners, financiers en toezicht ook sterker worden. Hier geldt wel dat de administratieve lasten als belangrijke aandachtspunten worden genoemd.

Doorontwikkeling van met name zorgvraagtypering noodzakelijk voor vertrouwen

Toekomstig gebruik van zorgvraagtypering vraagt om doorontwikkeling

Op dit moment is er gebrek aan data en inzichten, waardoor de voordelen van het Zorgprestatiemodel nog onvoldoende meetbaar zijn. Tot nu toe ervaren partijen vooral een administratieve verzwaring, maar die hangt ook deels samen met de implementatie.

Er is onduidelijkheid over het doel en het toekomstig gebruik van de zorgvraagtypering. De communicatie daarover heeft het vertrouwen bij de achterban nog onvoldoende ondersteund. Het is hoe dan ook belangrijk op op dit punt een doorontwikkeling plaatsvindt. Hierbij is het van belang dat we de beweging naar passende zorg maken.

Er bestaan verschillende opvattingen over de rol die de zorgvraagtypering bij de inkoop kan spelen en of die als normeringsinstrument kan worden en zou moeten worden ingezet. De verschillen van opvatting zijn tweeledig. Terwijl er overeenstemming is dat de zorgvraagtypering daar op dit moment nog niet geschikt voor is, is er minder overeenstemming over de vraag of de zorgvraagtypering op termijn zal kunnen bijdragen aan een zinvolle normering van het werk. En terwijl er overeenstemming over is dat de zorgvraagtypering niet op individueel niveau zal kunnen bijdragen aan normering van het werk, bestaat er verschil van inzicht over de mogelijkheid om de zorgvraagtypering op collectief niveau toe te passen voor de normering van het werk. Voor een beweging naar passende zorg lijkt enige vorm van normering nodig.

Voor het ontwikkelpad en de toepassing van de zorgvraagtypering in de mogelijke normering van het werk in de GGZ is het van belang te constateren dat de posities van verschillende partijen op een duidelijke manier verschillen. Het lijkt vooralsnog moeilijk om oog te houden voor elkaars belangen en gezamenlijk tot een uitwerking te komen. Het is verstandig om goede vervolgstappen te zetten naar een succesvolle doorontwikkeling van de zorgvraagtypering.

Gezien het tempo waarmee de data beschikbaar komen is de verwachting dat er in 2024 een start gemaakt kan worden, maar dat het pas in de inkoop 2025 volledig operationeel zal zijn.

Drie onderwerpen die goed functioneren van Zorgprestatie model in de weg kunnen staan

Aandachtspunten van het model

Zoals gesteld zijn de toegenomen transparantie en de gedifferentieerde bekostiging van directe tijd sterke punten van het Zorgprestatie model. Daar staan drie aandachtspunten tegenover:

1. Verdiscontering indirecte tijd

In de eerste plaats maakt de verdiscontering van indirecte tijd in de directe tijd het lastiger om indirecte zorg te verlenen, althans, de grenzen aan te verlenen indirecte zorg worden voor de zorgverlener bepaald door de verdiscontering ervan in de vergoeding van directe tijd. Voor de zorgfinancier is juist relevant dat de verdiscontering van de indirecte tijd indirecte zorg mogelijk maakt. Hieruit vloeit voort dat investeringen in innovaties gericht op het beperken van directe tijd en/of het vergroten van indirecte tijd (wat zou kunnen gelden voor netwerkzorg) wel op de bedrijfsvoering van de instelling drukken, maar zich later niet uitbetalen in een gunstigere opbrengst. Afstemming met maatschappelijke zorg, zorg gericht op preventie en netwerkzorg voor complexe patiënten zijn lastiger onder te brengen in het Zorgprestatie model. Alhoewel de schatting van indirecte tijd is gebaseerd op de idee dat een hogere inzet van indirecte tijd bij de ene patiënt wordt gecompenseerd door een lagere inzet bij een ander patiënt, blijft staan dat de inzet van directe tijd wel en de inzet van indirecte tijd niet tot een versterking van de bedrijfsvoering leidt.

¹De forensische zorg maakt geen deel uit van IZA

Drie onderwerpen die goed functioneren van Zorgprestatiemodel in de weg kunnen staan

2. Normering van zorg

In de tweede plaats normeert het model niet uit zichzelf, het vergoedt de directe zorg die geboden wordt zonder daar kaders bij te stellen. Dat is prettig omdat het aansluit bij professionele overwegingen. Daar staat tegenover dat het afstemming noodzakelijk maakt over wat passende zorg is bij groepen patiënten. Het debat over de zorgvraagtypering houdt hiermee verband. Omdat dit ook relevant kan zijn voor de inkoop van zorg, lopen hier het inhoudelijke gesprek over de ontwikkeling van de sector en de afweging van belangen door elkaar.

3. Ruimte voor innovatie

In de derde plaats ontstaat er door de vergoedingssystematiek geen surplus, omdat anders dan in het DBC-systeem de vergoeding is gebaseerd op het daadwerkelijk uitgevoerde werk. Innovaties die directe tijd beperken leiden niet automatisch tot een beter resultaat voor instellingen. Daar staat tegenover dat er ruimte voor innovatie wordt geboden via de facultatieve prestatie. Die ondersteunt de investering in innovatie zelf. Dit maakt de investering in innovatie in het Zorgprestatiemodel zichtbaar.

Aanbevelingen (1/2)

Ontwikkel een visie op de zorgvraagtypering die past bij de visie op de zorg in de GGZ/FZ

Onder de huidige condities maken niet alleen de financiële randvoorwaarden, maar ook de personele randvoorwaarden een duidelijker prioritering van zorg noodzakelijk. We denken dat de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering nodig is, maar die vereist een gezamenlijke visie op de inzet van het zorgvraagtyperingsinstrument.

Ook moet er gezamenlijk worden nagedacht over de beleidsdoelen van de GGZ/FZ en op welke manier het Zorgprestatiemodel aan deze beleidsdoelen kan bijdragen. Bij beleidsdoelen kan gedacht worden aan een verder afbouw van klinische zorg en verschuiving naar het sociaal domein. En aan een goede inrichting van de zorg voor complexe patiënten.

Breed genoemd wordt dat het gesprek over de gewenste beleidsrichting in het veld nog moet worden gevoerd. Het IZA kan een belangrijke aanzet voor dit gesprek zijn. Toch lijkt het erop alsof de verschillende partijen op elkaar wachten om het verdere gesprek te voeren. In het IZA¹ zijn doelen genoemd waarnaar de GGZ/FZ toe zou moeten bewegen. Idealiter zou de bekostiging via het Zorgprestatiemodel het behalen van de beleidsdoelen uit het IZA ondersteunen.

Ontwikkel een gezamenlijk kader voor het normeren van zorg

Het vraagstuk van normering is op verschillende manieren te beantwoorden en het is waarschijnlijk dat er hierover verschillende voorkeuren bestaan tussen de partijen. Gezien de onduidelijkheid over de manier waarop zorgvraagtypering gaat worden ingezet, adviseren wij om over het normeren van zorg een gezamenlijk kader te ontwikkelen. Een gezamenlijk kader is niet hetzelfde als gezamenlijk hiervoor een kader ontwikkelen. Een gezamenlijk kader voor de ontwikkeling is een derde laag van “meta-governance”: inkoop op basis van het Zorgprestatiemodel, gefaciliteerd door de zorgvraagtypering en gefaciliteerd door het kader. Een dergelijk kader kan dan opgenomen worden in de zorginkoopafspraken. Belangrijk is in ieder geval dat er een kader komt het vertrouwen van partijen versterkt dat normering bijdraagt aan zinvolle prioritering van de zorg en niet ten koste gaat van de kwaliteit.

¹De forensische zorg maakt geen deel uit van IZA

Aanbevelingen (2/2)

Verbeter communicatie en opleiding

Wat we mee kunnen nemen voor de verdere ontwikkelingen is dat communicatie belangrijk is en dat die nog beter kan. Er moet duidelijk gecommuniceerd worden op bestuurlijk niveau en er moet daarnaast communicatie beschikbaar komen die gericht is op de zorgprofessionals. Mensen op de werkvloer weten vaak onvoldoende welke afspraken gemaakt zijn en wat de plannen voor de toekomst zijn. Ook moeten mensen worden opgeleid om het model beter te leren kennen en toe te passen. Dit vereist meer aandacht en vraagt om gerichte investeringen.

Focus op zowel korte als lange termijn

Momenteel wordt er nagedacht over de beleidsplannen voor de langere termijn. We moeten niet vergeten dat we ook op korte termijn met (financiële) uitdagingen te maken hebben, daar moet ook aandacht voor zijn en blijven. Daarnaast moet ook voor de korte termijn worden bepaald waar verantwoordelijkheden liggen en wie welke initiatieven moeten nemen. We zien de relatie tussen zorgvraagtypering en normering van zorg als een belangrijk onderwerp voor de langere termijn, er moet worden nagedacht over hoe de besluitvorming daarover zou moeten plaatsvinden. Het functioneren van de administratieve afhandeling zien we als belangrijk onderwerp voor de korte termijn. Daarnaast zou het voor zowel de korte als lange termijn van belang zijn om afspraken te maken over de rol en verantwoordelijkheden ten aanzien van ICT ontwikkelingen.

Onderzoek de dekkendheid van de tarieven

Op dit moment is het nog onvoldoende duidelijk voor alle partijen of de tarieven kostendekkend zijn en of de normering voor indirecte tijd passend is bij de huidige situatie. De huidige normering is gebaseerd op data uit 2017. Veel zorgaanbieders (met name grotere instellingen) wijzen erop dat de tarieven niet dekkend zijn. Het is dus van belang om in de nabije toekomst verder onderzoek te doen naar kostendekkenheid en de passendheid van de tijdsnormen. Daarbij moet er ook aandacht zijn voor de bekostiging en onderbouwing van de tarieven van de complexe/EPA doelgroep en wat er eventueel voor nodig is om dat (sub)doel te bereiken met het Zorgprestatiemodel.

Aanvullende onderwerpen uit de review die niet besproken zijn tijdens de evaluatie

Tijdens de review is een aantal onderwerpen naar voren gekomen die niet in de evaluatie zijn besproken. Wij willen deze onderwerpen ook graag onder de aandacht brengen om wij denken dat ook deze punten nog om opvolging vragen.

Omgaan met knelpunten

Iedere implementatie heeft knelpunten en problemen, dat is bij de invoering van het Zorgprestatie model niet anders. Wat wel als problematisch wordt ervaren is dat deze knelpunten en problemen niet snel en adequaat worden opgelost. Aangegeven wordt dat hier een belangrijke verantwoordelijkheid voor de bestuurlijke commissie ligt. Oplossingen moeten op korte termijn worden gerealiseerd en niet van tafel naar tafel geschoven.

Implementatiekosten

Er wordt aangegeven dat de implementatiekosten inmiddels onevenredig hoog zijn om de invoering van het model voor elkaar te krijgen. Die zitten in toegenomen ICT-kosten, inhuur van tal van projectleiders en vooral in heel veel extra kosten omdat het model nog onvoldoende werkt. Afstemming met verzekeraars, extra analyses enzovoort, is inmiddels dagelijks werk geworden.

Effecten voor de patiënten

De onderwerpen besproken tijdens de evaluatie hebben in een aantal gevallen ook effect op de patiënten, dat verdient meer aandacht in het vervolg. Denk dan bijvoorbeeld aan de begrijpelijkheid van de facturen door het factureren met vertraging, de tekorten in de financiering en daarmee mogelijke impact op kwaliteit van de zorg, en communicatie richting zorgverleners en de doorvertaling daarvan naar de patiënt.



Bijlage

Bijlage 1 – ontwerpcriteria per panel



EQUALIS

strategy & modeling

