

Het Zorgprestatie­model ggz en fz

EEN EERLIJKE VERGOEDING VOOR GEPASTE ZORG

In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de forensische zorg (fz) werken partijen samen aan een nieuwe bekostiging. Een bekostiging met goede eigenschappen als eenvoudige regels en duidelijke nota's. Met eerlijke vergoedingen voor gepaste zorg. En met niet meer administratie dan nodig is. De wijzigingen zijn zelfs nog fundamente­ler dan dat. Met het Zorgprestatie­model gooien we de bekostiging over een andere boeg. Goede ervaringen uit het dbc-tijdperk nemen we mee. Van doelen die niet gehaald zijn, leren we. En dit heeft gevolgen. Niet in de laatste plaats voor de zorgfinancial. Een nieuwe uitdaging lonkt!

De kracht van de eenvoud

Een bekostigingssysteem moet natuurlijk voldoen aan de wettelijke eisen van bijvoorbeeld de Wet marktordening gezondheidszorg. De dertien partijen¹ die samen het Zorgprestatie­model ontwikkelen, besloten nog verder te gaan, en hebben vooraf tien 'goede eigenschappen' geformuleerd waaraan de nieuwe bekostiging

moet voldoen. Alle ontwikkelingen toetsen wij aan die goede eigenschappen. Schrappen we inderdaad de controles achteraf waar dat kan? Wordt het werkelijk eenvoudiger voor de patiënt?

Op hoofdlijnen bestaat het Zorgprestatie­model uit consulten, verblijfsprestaties en enkele 'overige prestaties'. Indirecte tijd is al verdisconteerd in de consultprestaties en wordt niet meer apart vergoed. Dat verlaagt de administratieve lasten en stimuleert patiëntcontact. In het Zorgprestatie­model zijn digitale consulten ook mogelijk.

Consulten worden in het nieuwe model gedifferentieerd naar de drie elementen die het grootste deel van de kosten bepalen, namelijk:

- het beroep van de uitvoerder (7 beroeps­categorien gebaseerd op de wet BIG en een groep 'overige beroepen')
- de activiteit (diagnostiek of behandeling)
- de duur van het consult (vanaf 5, 15, 30, 45, 60, 75, 90, 120 minuten).

De prestaties weerspiegelen de daadwerkelijk geleverde zorg en bieden een reële vergoeding voor de behandel­inzet. Bovendien maakt de differentiatie de prestatie begrijpelijker voor de patiënt. Die ziet op de rekening bij welke zorgverlener hij is geweest en hoe lang het consult duurde. Dit sluit aan bij de goede eigenschappen.

PERSPECTIEF

In het Bestuurlijk Akkoord Geestelijke Gezondheidszorg 2019-2022 hebben overheid en veldpartijen het perspectief voor de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland geschetst. In het akkoord staan afspraken over de inhoudelijke ontwikkeling van de zorg. Om die te ondersteunen zullen partijen samen ook aan een nieuwe bekostiging werken, die goed en tijdig op- en afschalen van zorg en [toetsing op] gepast gebruik van zorg mogelijk maakt. De NZa raadde in een advies van mei 2019 aan om per 2022 in de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg het Zorgprestatie­model in te voeren. Dit nieuwe model moet de dbc's en zcp's in de g-ggz, de dbbc's in de fz en de prestaties in de gb-ggz vervangen. Een definitief besluit hierover wordt binnen enkele maanden genomen. In dit eerste artikel uit een serie van twee introduceren Cornelis Jan Diepeveen en Fred Landwaart de hoofdlijnen van het Zorgprestatie­model. In het laatste Fizier-nummer van 2020 zullen we verschillende betrokkenen van veldpartijen in een rondetafel­gesprek over de nieuwe bekostiging van de ggz en fz aan het woord laten.

Verblijf in de instelling wordt ook in het nieuwe systeem per dag geregistreerd. Dit werkt in de huidige praktijk al goed en past ook in de structuur van het Zorgprestatie-model. De verblijfsdagen blijven onderverdeeld naar verzorgingsgraad (de gemiddelde VOV-inzet op jaarbasis), in de categorieën A tot en met H. Daarnaast wordt nog steeds rekening gehouden met het beveiligingsniveau. Dat kan variëren van geen beveiliging tot beveiligingsniveau 4.

In de nieuwe bekostiging gaan wij de zorg in de ggz en fz van een tarief voorzien dat past bij de manier waarop de zorg wordt geleverd. Dat doen wij door ook nog onderscheid te maken naar ‘setting.’ Dat is in grote lijnen de plaats waar de zorg geleverd wordt en waar een bepaalde combinatie van infrastructuur, disciplines en/of methodieken voorhanden is. Settings zijn bijvoorbeeld *outreaching*, hoog-specialistisch en ‘gewoon’ ambulante. Differentiatie naar setting draagt eraan bij dat iedere zorgaanbieder een reëel tarief kan declareren voor de zorg.

Geen minutenfabriek, maar inspelen op de diversiteit in de sector

Het Zorgprestatie-model is meer dan een nieuwe set aan zorgprestaties. De nieuwe bekostiging gaat uit van een andere filosofie en andere sturingsmechanismen. Bepalend zijn juist de inhoud van zorg en de afspraken die we daarover maken.

De nieuwe bekostiging begint met het erkennen dat de ggz en fz geen minutenfabriek zijn, maar een gedifferentieerd veld met een enorme diversiteit aan zorgvragen. Het Zorgprestatie-model gaat hier recht aan doen.

De gedachte achter de db(b)c-systematiek was dat de bekostiging tot doelmatigheid en efficiency zou leiden. Want: hoe goedkoper je binnen de brede range van diagnose en minuten de zorg kan leveren, hoe hoger het rendement. De praktijk bleek anders, met ‘bijwerkingen’. Vooral behandelen wordt beloond, goede diagnostiek en tussentijdse evaluatie minder. Lager opgeleide zorgprofessionals nemen soms te zware zorg voor hun rekening. Instellingen willen wel beter opgeleid personeel, maar kunnen dit vaak niet betalen of de juiste mensen zijn niet beschikbaar. De zorg aan patiënten met een hoge zorgzwaarte komt ook regelmatig in de verdrukking, omdat deze niet kostendekkend geleverd kan worden. De afkappunten in de db(b)c’s die als stimulators van doelmatigheid waren bedoeld, hebben juist ongewenste prikkels meegebracht. De conclusie is: doelmatigheid dwing je niet enkel af met een bekostiging.

De nieuwe bekostiging heeft een ander uitgangspunt. Geen standaard ingebouwd sturingsmechanisme dat doelmatigheid probeert af te dwingen. Het uitgangs-



punt is dat we door alle betrokkenen te voorzien van informatie over de inhoud van de behandeling, ruimte bieden om vanuit die inhoud passende afspraken te maken. Het huidige systeem scoort slecht als het gaat om informatie-symmetrie. De verzekeraar kan moeilijk beoordelen wat er in de spreekkamer gebeurt. De patiënt ziet vaak geen verband tussen de rekening en de geleverde zorg. En de zorgprofessional heeft geen kader om zijn inspanning uit te drukken.

De professionaliteit van de sector en de informatie die straks beschikbaar komt, vormen samen de bouwstenen voor afspraken over de gepaste inzet van zorg. Het verrijken van de nieuwe bekostiging met een vorm van zorgvraagtypering kan hier nog een extra dimensie aan toevoegen. Al met al: het Zorgprestatie-model is dé kans om de ggz en de fz meer vanuit de inhoud vorm te geven.

Tegelijk met de invoering van het Zorgprestatie-model maken de veldpartijen ook een aantal veldafspraken. Die gaan bijvoorbeeld over verantwoording en controle en over welke beroepen kunnen worden ingezet in de ggz en fz. De afspraken komen in het teken te staan van het verbeteren van zorg en ondersteuning.

Voor de verantwoording volgen wij de lijn waar de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving in het rapport ‘Blijk van vertrouwen’ voor pleit: “het initiatief moet liggen bij zorgverleners die verantwoording afleggen en niet bij de partijen die verantwoording vragen. Alleen zo zal verantwoording bijdragen aan een proces van leren en verbeteren in de zorg.”

Cornelis Jan Diepeveen (programmanager Zorgprestatie-model) & Fred Landwaart (programma-adviseur Zorgprestatie-model)

Dé kans om structurele problemen in de ggz en fz aan te pakken

Dus vrijheid, blijheid binnen het Zorgprestatie-model? Als het gaat om de inhoudelijke professionele afweging over de gepaste inzet van zorg ontstaat de ruimte die nodig is. Maar dat betekent niet dat dit een onbegrensd systeem wordt. Allereerst omdat het systeem zelf normerende elementen in zich heeft. We noemden al dat prestaties en tarieven zo precies mogelijk gaan aansluiten bij wie de zorg levert, het type consult en bij de setting. Er zit geen onnodige 'overhead' in de tarieven. Minstens zo belangrijk is het verdisconteren van indirecte tijd in consulten. Direct patiëntcontact wordt beloond, bovenmatige inzet van indirecte tijd niet. Kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en veldnormen begrenzen vanuit de inhoud. In het Zorgprestatie-model kan die inhoud beter dan nu worden gevolgd.

Met de nieuwe bekostiging krijgt ook de discussie over de productiviteit van medewerkers een andere inhoud. De mogelijkheid om te differentiëren naar inzet en de informatie die in het Zorgprestatie-model beschikbaar komt, gaan helpen bij het inzetten van de juiste zorgprofessional bij de juiste patiënt. Hier verandert een discussie over productiviteit in een goed gesprek over gepaste inzet van zorg.

Het nieuwe model geeft meer ruimte voor goede diagnostiek. Diagnostiek wordt straks ruimer beloond dan behandeling. De differentiatie naar beroepsgroep maakt het bovendien makkelijker het juiste type behandelaar in te zetten voor diagnostiek, met een passende beloning.

Wij denken dat het nieuwe model verder een bijdrage kan leveren aan het beperken van wachtlijsten en zal helpen bij het oplossen van de arbeidsmarktproblematiek. Betere zorg voor de patiënt met minder administratieve rompslomp. Dat is wat alle partijen willen en die kans krijgen we met het Zorgprestatie-model.

Een nieuwe uitdaging voor de zorgfinancial?!

Laat duidelijk zijn; de nieuwe bekostiging voor de ggz en fz heeft een grote impact. En dat zal ook de zorgfinancial merken. Op dit moment brengen wij in kaart op welke processen de nieuwe bekostiging impact heeft. Dat zijn er veel.

De zorg- en resourceplanning zullen anders worden – meer vanuit de inhoud – en moeten gaan aansluiten op de nieuwe zorgprestaties. Registratie- en declaratieprocessen veranderen, ook omdat het Zorgprestatie-model uitgaat uit van proces- en systeemgerichte beheersing. Dat is een goede aanleiding om nu al werk te maken van Horizontaal Toezicht. Daarmee heb je bij de overgang naar het Zorgprestatie-model een voorsprong. Als de basis staat, gaat de inrichting van de verantwoording een stuk sneller.

De financiële administratie en de informatievoorziening zullen ook veranderen. Dit heeft grote impact op de (financiële) bedrijfsvoering. Een belangrijke verantwoordelijkheid voor de zorgfinancial om dit in goede banen te leiden. Ook in de communicatie wordt veel gevraagd. Een patiënt ziet straks op de rekening (of in het eigen risico-overzicht) wanneer en met wie hij een consult heeft gehad, en hoe lang dit consult duurde. Voor vragen daarover moeten zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders klaar zijn.

Als laatste noemen we de zorginkoop die verandert. Hoe, dat ligt óók in de handen van de zorgfinancial. Contracten met beheersafspraken zullen waarschijnlijk niet verdwijnen als het Zorgprestatie-model wordt ingevoerd. Maar de inhoud van de zorg gaat er een veel belangrijker onderdeel van worden. Zorg dat je klaar bent om nog meer dan nu de verbinding te leggen tussen inhoud en financiën.

Zorg dat je klaar bent om het gesprek te faciliteren

Het Zorgprestatie-model en de voorbereiding daarop bieden jou als zorgfinancial in ggz of fz een unieke kans. Of je nu werkt voor een zorgaanbieder of voor een zorgverzekeraar. Wil je die kans nemen? Zorg dan dat je een sleutelrol hebt in het organiseren en faciliteren van het goede gesprek. Zowel binnen de eigen organisatie als met alle betrokken stakeholders. Minder sturing vanuit de bekostiging vraagt om lef om juist over de inhoud van de zorg het gesprek aan te gaan. Dat maakt je rol als zorgfinancial nog mooier en zorginhoudelijker. Laten we in de toekomst minder druk zijn met de bekostiging. En meer met waar die voor bedoeld is: een eerlijke vergoeding voor gepaste zorg. ♦

¹ Dienst Justitiële Inrichtingen, GGZ Nederland, Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten, MeerGGZ, MIND, Nederlandse Federatie van UMC's, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlandse Zorgautoriteit, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

Het Zorgprestatie-model is dé kans om de ggz en de fz meer vanuit de inhoud vorm te geven.