

Het verantwoorden van settings

22 maart 2022 (definitief)

Doel van deze notitie

Met de invoering van het zorgprestatie­model is het begrip setting geïntroduceerd. Het in­richten en uit­werken van settings in de praktijk heeft geleid tot vragen, ook over hoe je de keuze van een setting verantwoordt. Er is behoefte aan een uniforme en gemeenschappelijke visie hierop. Verantwoording over settings zal zich gaandeweg moeten ontwikkelen. In deze notitie staat een eerste aanzet hoe settings verantwoord kunnen worden. Het doel is daarbij de administratieve lasten te beperken en onrechtmatigheid te voorkomen. Deze notitie is geschreven voor ieder die zich bezighoudt met verantwoording en controle binnen een zorgaanbieder of zorgverzekeraar.

Hoe zit het ook alweer?

Het zorgprestatie­model kent verschillende settings. De zorg binnen een setting heeft vergelijkbare kenmerken. Afdelingen waar patiënten 's nachts verblijven, vallen bijvoorbeeld onder de klinische setting. Worden patiënten voor hun behandeling doorgaans door één beroep gezien, dan spreken we van monodisciplinaire setting. Je kiest altijd die setting die nodig is om een patiënt effectief te behandelen. Zo sluiten vraag en aanbod op elkaar aan.

Setting volgens de NZa-beleidsregel (BR/REG-22137B, artikel 2.4):

“Onder setting wordt verstaan de levering van zorg in een context die van een andere setting is te onderscheiden door benodigde infrastructuur en inzet van verschillende beroepen. Kenmerken van een setting zijn gebaseerd op de organisatie en uitvoering van de zorg en worden vooraf ingericht. Daarmee bevindt de verantwoording van de setting zich op de keuzes die bij het in­richten worden gemaakt. De patiënt wordt op basis van diens zorgvraag bewust verwezen naar een bepaalde setting. De patiënt kan binnen één zorgaanbieder van setting wisselen als zijn/haar toestand daar aanleiding voor geeft en/of aard van de zorglevering significant verandert. Op- en afschaling van zorg op het niveau van settings is daarmee in­zichtelijk.”

Voor de setting hoogspecialistisch is een [handreiking](#) opgesteld die onderdeel is van de veldafspraken. Hierin zijn specifieke afspraken opgenomen over de toepassing van deze setting.

In bepaalde gevallen volgt de setting uit de feitelijke omstandigheden. In andere gevallen gaat het om een besluit van de behandelaar die een keuze maakt tussen monodisciplinair, multidisciplinair of outreachend. Zie voor meer informatie de [Informatiekaart settings in het zorgprestatie­model](#) van de NZa.

Setting is een belangrijk middel om de juiste vergoeding te bepalen. Het is belangrijk om de komende jaren in onderling vertrouwen verder te werken aan een zuivere toepassing van settings die passende zorg ondersteunt. Daarom willen partijen samen goede methoden van verantwoording over settings ontwikkelen. De uitgangspunten van het zorgprestatie­model, zoals eerlijke vergoedingen, controleerbare zorg, eenvoudige en duidelijke regels en minder administratieve lasten gelden ook hier.

Er is een verschil tussen fouten en voortschrijdend inzicht

Deze notitie gaat niet over evidente fouten. Die moet je (met terugwerkende kracht) corrigeren. Bij voortschrijdend inzicht geldt geen correctie met terugwerkende kracht. Eerder heeft de NZa hier een veelgestelde vraag over beantwoord:

Vraag: Ik heb voor de setting multidisciplinair gekozen, maar later blijkt dit toch monodisciplinair te zijn. Moet ik de voorgaande consulten dan aanpassen?

Antwoord: Het uitgangspunt is dat u op basis van de zorgvraag van de patiënt bepaalt welke setting het beste past. U moet dit altijd kunnen onderbouwen.

Het kan natuurlijk zijn dat u achteraf ontdekt dat u de setting verkeerd had vastgelegd. Bijvoorbeeld door een registratiefout waarbij een multidisciplinaire setting is vastgelegd, terwijl de patiënt niet in deze setting wordt behandeld. Dan moet u de voorgaande consulten met terugwerkende kracht corrigeren. En ook voor de toekomst de juiste setting registreren.

Is het echter zo dat door de behandeling of door verandering van omstandigheden voortaan een lagere setting volstaat? Dan hoeft u niet te corrigeren voor het verleden. De setting was toen nog juist. Het is altijd zo dat een patiënt kan wisselen van setting als zijn/haar toestand daar aanleiding voor geeft en/of de aard van de zorglevering verandert. In zo'n situatie registreert u toekomstige consulten met de nieuwe setting, maar hoeft het verleden niet gecorrigeerd te worden.

Stap 1: Zorg voor een duidelijke inrichting van settings in de organisatie

Afhankelijk van de interne organisatie is de setting gekoppeld aan een operationele eenheid, een team of een bepaald zorgpad (verder: 'eenheden'). Een zorgaanbieder bepaalt per eenheid welke setting deze vertegenwoordigt, op basis van de NZa-informatiekaart en de NZa-beleidsregel. Binnen een team kunnen dus meerdere settings van toepassing zijn, bijvoorbeeld als er verschillende zorgpaden worden aangeboden. Leg deze indeling vast. Zorg ervoor dat aan de voorwaarden voor de betreffende setting in de beleidsregel en informatiekaart wordt voldaan.

Stap 2: Bepaal de juiste setting voor een patiënt

Een patiënt wordt weloverwogen toegewezen aan een bepaalde eenheid met een daarbij horende setting. Deze keuze moet uit het dossier blijken (stap 3). Onder dossier verstaan we alle informatie die wordt vastgelegd in verband met de behandeling, zoals gespreksverslagen, het behandelplan, verloop van de behandeling (decursus), overdrachtformulieren, etc. Bij een zorgvuldige dossiervoering worden besluiten al vastgelegd en leidt het verantwoorden niet tot meer administratieve lasten. Als bijvoorbeeld iemand door het IHT-team wordt gezien - hiervoor wordt de outreachende setting gebruikt - verwachten wij uit de decursus te kunnen volgen waarom de inzet van IHT nodig was. Wanneer er bij een aanbieder maar één setting wordt geleverd (zoals bij een vrijgevestigd zorgaanbieder) is een onderbouwing van de setting in het dossier niet nodig.

Stap 3: Zorg dat het dossier de relevante informatie bevat

Beschrijving van de zorg in het dossier kan de keuze voor een setting onderbouwen en als verantwoording dienen. Bij een multidisciplinaire setting moet bijvoorbeeld duidelijk zijn dat de behandeling door meerdere beroepen wordt geleverd. Soms kan de vermelding van een methodiek in het behandelplan voldoende zijn, zoals bij FACT. En wanneer een patiënt wordt opgenomen, is het niet nodig expliciet te vermelden dat daarmee voor de klinische setting wordt gekozen. Dat volgt al uit de opname zelf. Wel moet dan natuurlijk duidelijk zijn waarom de patiënt wordt opgenomen. Een onderbouwing hoeft niet lang te zijn. Het gaat om de kern.

Stap 4: Ga op logische momenten in het behandelproces na of de setting nog juist is

De setting kan worden aangepast als er besloten wordt tot aanpassing van het zorgaanbod. Hierbij wordt aangesloten op logische evaluatiemomenten in het behandelproces. Die hangen af van het behandelplan en de dynamiek van de zorgvraag. Natuurlijke evaluatiemomenten zijn bijvoorbeeld het MDO en de behandelplanevaluatie. Maar het kan ook een crisissituatie zijn. Op zo'n moment wordt gekeken of de huidige setting nog aansluit op de feitelijke situatie. Als ervoor wordt gekozen de behandeling zodanig op- of af te schalen dat het vervolg in een andere setting valt, zal ook het behandelplan naar verwachting worden aangepast. Het is dan niet noodzakelijk dat in dit plan - dat toch vooral bedoeld is voor de patiënt - expliciet melding wordt gedaan van een andere setting. Wel zal dit impliciet blijken. Bij het afschalen van multi- naar monodisciplinair bijvoorbeeld doordat bepaalde interventies uit het behandelplan worden gehaald. Zo zijn op- en afschalingen wel te volgen in het dossier. De informatiekaart over settings bevestigt dat aanleidingen voor het wijzigen van settings zijn terug te vinden in de rapportage of verslaglegging over de patiënt (decursus, behandelplan of het medisch dossier).

Houd het dossier beknopt, eenvoudig en herkenbaar. Het patiëntendossier moet voor zichzelf spreken. Bij een goede dossievoering is er geen extra administratieve last voor het verantwoorden van settings.

Stap 5: Richt een procesgerichte verantwoording in

De verantwoording van een juiste vastlegging van settings zal doorgaans - gezien het karakter van settings - procesgericht verlopen. Organisaties die gebruik maken van Horizontaal Toezicht (HT) kunnen met representerende zorgverzekeraars samen optrekken in het vormgeven van die procesafspraken. Is verantwoording op basis van HT (nog) niet van toepassing, dan zal de zorgaanbieder het handelen conform de hierboven beschreven stappen moeten kunnen aantonen voor de zorgverzekeraar.

De regeling Zorgverzekering verplicht zorgverzekeraars (artikel 7.4, eerste lid) om materiele controle en fraudeonderzoek te verrichten overeenkomstig de in de regeling gestelde eisen. De regeling verplicht zorgaanbieders (artikel 7.4, tweede en vierde lid) mee te werken aan dat onderzoek. In de [gedragscode](#) Verwerking Persoonsgegevens staan de spelregels voor zo'n materiele controle.

Stap 6: Herijk periodiek de inrichting van settings in de organisatie

Om de juiste toepassing van settings te waarborgen, zal een regelmatige herijking nodig zijn van stap 1. Wanneer bij beoordeling op groepsniveau bijvoorbeeld een substantieel deel van de patiënten van een multidisciplinaire eenheid door een (te) beperkt aantal beroepen wordt gezien, zou opnieuw gekeken moeten worden naar de indeling van de settings bij de zorgaanbieder.

Mogelijk moet er binnen een eenheid een extra differentiatie worden gemaakt, waardoor een deel van de patiënten voortaan naar een monodisciplinaire setting wordt geleid, en een ander deel naar de multidisciplinaire setting. Er is (nog) niet bepaald welke termijnen logisch zijn voor zo'n instellingsbrede herijking.