ZORG PRESTATIE MODEL GGZ & FZ

Zorgprestatiemodel GGZ & FZ

Rapportage voor besluitvorming

juli 2020 (definitief)

In het programma zorgprestatiemodel werken deze partijen samen:

ZORG PRESTATIE MODEL GGZ & FZ

Inhoud

1 Inleiding 5

2 Vertrekpunt 6

2.1 Opdracht aan en advies van NZa 6

2.2 Reactie VWS en Justitie 7

2.3 Programma zorgprestatiemodel 7

2.4 Inhoud programma 8

2.5 Plan van Aanpak 9

2.6 Ontwerpcriteria 9

3 Zorgprestaties als bekostigingsmodel 11

3.1 Inleiding 11

3.2 Prestaties 11

3.3 Setting 16

3.4 Omvang van de prestatiestructuur 21

3.5 Acute ggz 21

4 Zorgvraagtypering 22

4.1 Doelen en globale planning 22

4.2 Vervolg 23

5 Beroepen in de ggz 24

5.1 Inleiding 24

5.2 Aanpak 25

6 Verantwoording en controle 28

6.1 Uitgangspunten 28

6.2 Veldafspraken verantwoording en controle 28

6.3 Lijst Verantwoording en controle 29

7 Externe toetsing van het model 30

8 Belangrijke thema's 33

8.1 Prikkels 33

8.2 Gepast gebruik 33

8.3 Gevolgen voor patiënten 34

8.4 Zorgtrajectnummer 35

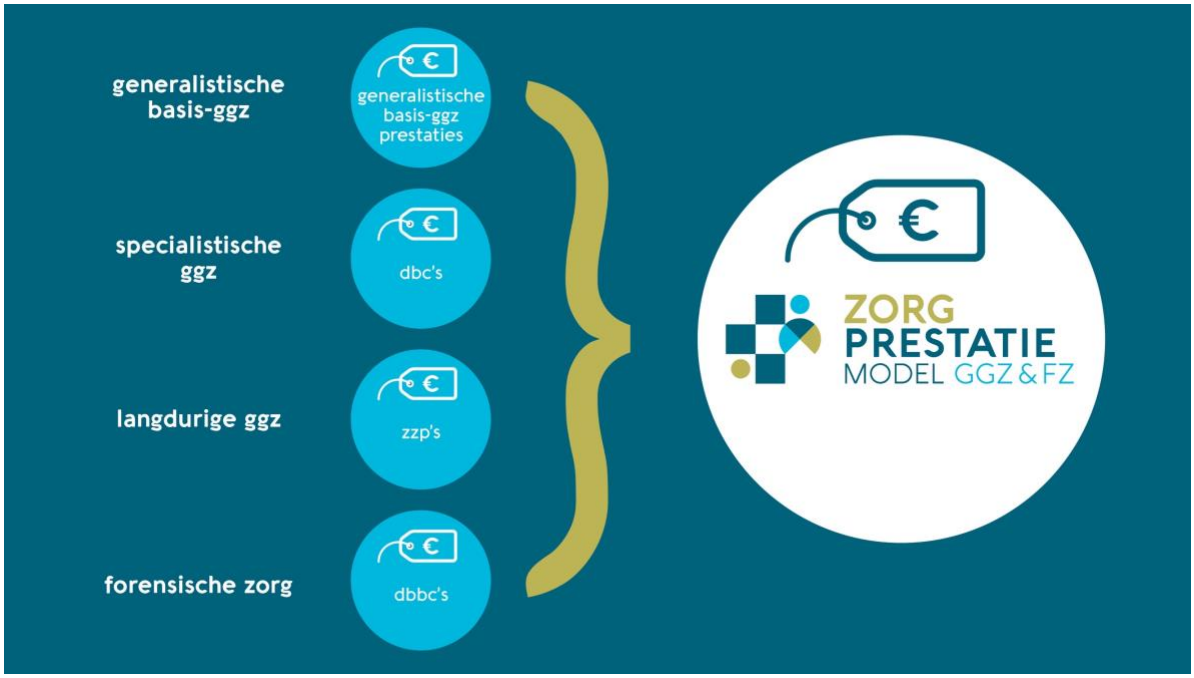
8.5 Risicoverevening 36

8.6 Privacy 37

8.7 Overgangsmodel 37
9 Veldafspraken 39
9.1 Inrichting van de veldafspraken 39
10 Implementatie en ICT 40
10.1 Implementatie 40
10.2 Simulatie 40
10.3 ICT 40
11 Bijlagen 42
11.1 Bijlage: Startnotitie Zorgvraagtypering 43
11.2 Criteria beroepenlijst 51
11.3 NZa rapportage 'Financiële prikkels en de effecten op de publieke belangen' 53
11.4 Concept-tekst veldafspraken verantwoording en controle 59

1 Inleiding

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. Deze nieuwe bekostiging zal gelden voor de generalistische basis ggz (gb-ggz), voor de gespecialiseerde ggz (g-ggz) inclusief jaar 2 en 3 van de langdurige ggz (l-ggz), en voor de forensische zorg (fz). Partijen streven hierbij naar een vermindering van de administratieve lasten, en een versnelling van de declaratiemogelijkheden en van de informatievoorziening over zorgkosten en -gebruik.



De samenwerking heeft vorm gekregen in het programma Zorgprestatiemodel ggz en fz. In dit programma werken overheid, brancheorganisaties en zorgverleners sinds juni 2019 samen aan de invoering van de nieuwe bekostiging, het **zorgprestatiemodel**. De nieuwe bekostiging moet in 2022 worden ingevoerd.

Dit document beschrijft de stand van zaken van het programma **per 26 juni 2020**. De informatie in dit document kan nog wijzigen.

2 Vertrekpunt

2.1 Opdracht aan en advies van NZa

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in oktober 2018 gevraagd te adviseren over een nieuwe bekostiging voor de ggz en fz per 2020, en daarbij rekening te houden met het al genoemde Bestuurlijk Akkoord, en met de 'Meerjarenovereenkomst forensische zorg 2018-2021'. Mede op basis van dit advies zullen de ministeries van VWS en van Justitie en Veiligheid (JenV) een besluit nemen over de bekostiging de ggz en fz. De NZa heeft dit advies in april 2019 uitgebracht.

De NZa raadt aan om in de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg het zorgprestatiemodel in te voeren. Dit nieuwe model moet de dbc's en zzp's in de g-ggz, de dbbc's in de fz en de prestaties in de gb-ggz vervangen.

Het zorgprestatiemodel dat de NZa beschrijft wordt gekenmerkt door eenvoud en transparantie over de geleverde zorg. De zorgprestaties zijn herkenbaar en controleerbaar voor de patiënt en de tarieven van de zorgprestaties sluiten aan bij de behandelinzet van de zorgverlener en bij de behandelsetting. De administratieve lasten gaan structureel omlaag, omdat minutenregistratie niet meer nodig is.

Het zorgprestatiemodel zal sneller inzicht in zorguitgaven geven, omdat prestaties zijn gekoppeld aan een dag in plaats van aan een zorgtraject van 365 dagen. Dit zorgt er ook voor dat het schadebegrip van zorgverzekeraars en het omzetbegrip van zorgaanbieders beter op elkaar aansluiten. Verder komt er met het zorgprestatiemodel eenheid in de bekostiging van de ggz en fz. Zo vervallen de bekostigingsschotten tussen jaar 1 (dbc's) en jaar 2 en 3 (zzp's) van de g-ggz en de gb-ggz.

Het zorgprestatiemodel geeft ook ruimte voor het toevoegen van elementen die de zorgvraag typeren.

Het advies van de NZa is onderschreven door Dienst Justitiële Inrichtingen, GGZ Nederland (inmiddels: de Nederlandse ggz), de Landelijke vereniging van vrijgevestigde psychologen & psychotherapeuten (LVVP), de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), MIND, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en MeerGGZ.

2.2 Reactie VWS en Justitie

De staatssecretaris van VWS heeft, mede namens de minister voor Rechtsbescherming, in de kabinetsreactie aan de Tweede Kamer laten weten dat hij van plan is om het advies van de NZa over te nemen. Hierbij geldt wel als voorwaarde dat de uitwerking een aantal aannames zal bevestigen. De uitwerking van zorgprestatiemodel en zorgvraagtypering moeten ertoe leiden, dat de doelen van het Bestuurlijk Akkoord en van de Meerjarenovereenkomst worden gerealiseerd. Ook moeten eerder afgesproken criteria worden betrokken.

De staatssecretaris vraagt expliciete aandacht voor de 'prikkelwerking' van het zorgprestatiemodel. Ongewenste financiële gedragsprikkels moeten in het nieuwe model zo veel mogelijk worden voorkomen en doelmatigheid moet worden gestimuleerd. Verder moet het model een passende vergoeding mogelijk maken voor zorg aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening.

2.3 Programma zorgprestatiemodel

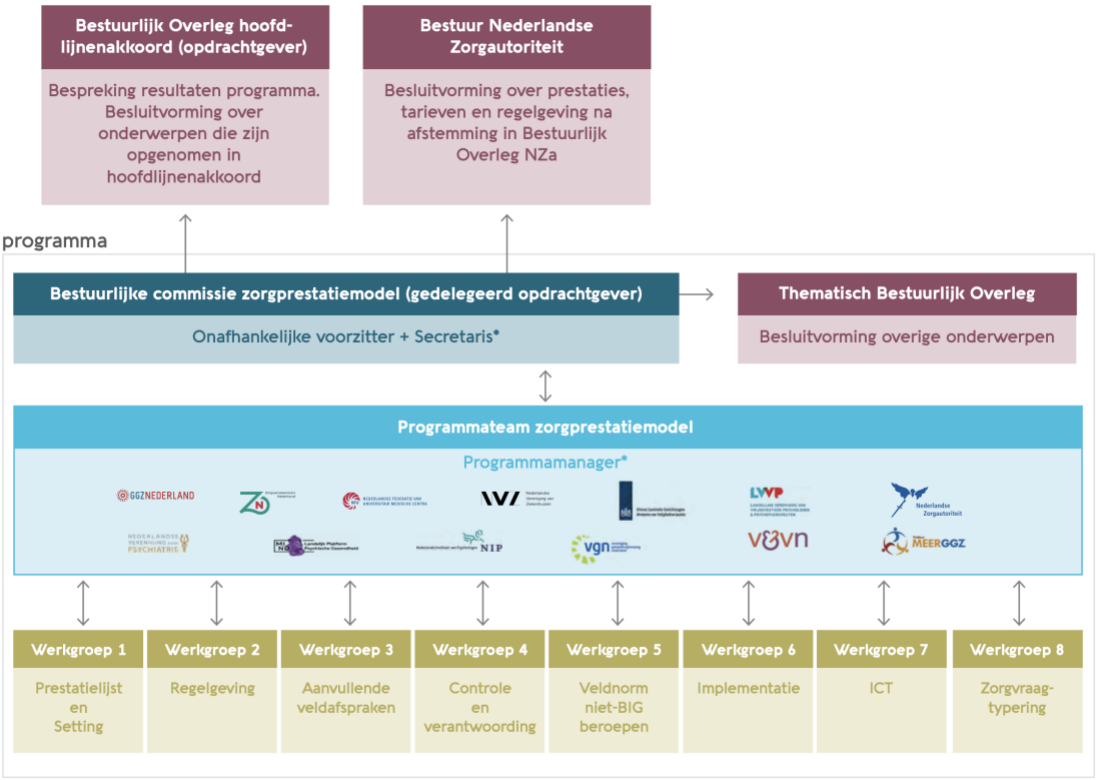
Om het advies van de NZa verder uit te werken, zijn de partijen van het Bestuurlijk Akkoord en de NZa samen het programma Zorgprestatiemodel ggz en fz gestart. Het programma heeft 3 hoofddoelen:

- Doorontwikkelen van het zorgprestatiemodel;
- Voorbereiden van de sectorbrede implementatie per 2022;
- Inhoudelijk doorontwikkelen van de zorgvraagtypering en het uitwerken van een routekaart voor invoering ervan.

Het advies 'zorgprestatiemodel ggz en fz' van de NZa en de kabinetsreactie hierop vormen de inhoudelijke basis voor het programma.

Het Bestuurlijk Overleg hoofdlijnenakkoord (BO HLA) is de formele opdrachtgever van het programma. Dit opdrachtgeverschap is via een programmaopdracht gedelegeerd aan een Bestuurlijke commissie. Een Programmateam is de spil van het programma. Het Programmateam voert de programmaopdracht (uitgewerkt in een plan van aanpak) uit en stuurt op basis van de planning van het programma. Het programmateam stelt werkgroepen in en formuleert op basis van de werkgroepresultaten eindvoorstellen. Die worden besproken in de Bestuurlijke commissie. Deze formuleert gezamenlijke bestuurlijke eindadviezen, en legt die voor besluitvorming voor aan het Bestuurlijk Overleg hoofdlijnenakkoord, of (al naar gelang het onderwerp) aan het bestuur van de NZa. De NZa besluit na raadpleging van het eigen bestuurlijke overleg (BO NZa).

Schematisch weergegeven ziet de inrichting van het programma er als volgt uit.



** Secretaris (in de bestuurlijke commissie) is dezelfde persoon als de programmamanager (in het Programmateam).*

2.4 Inhoud programma

De programmaopdracht van het BO HLA aan de Bestuurlijke commissie luidt als volgt.

"Werk het advies 'zorgprestatiemodel ggz en fz' verder uit tot een bruikbaar bekostigingsmodel voor de ggz en fz, binnen de contouren van de kabinetsreactie op dit advies. Bereid de invoering van het zorgprestatiemodel per 2022 voor.

Meer specifiek betekent dit:

- Definieer en beschrijf zorgprestaties met een indeling in behandelsettingen;
- Beschrijf hoe het zorgprestatiemodel de betaalbaarheid en toegankelijk van de zorg bevordert;
- Onderbouw dat en hoe ongewenste financiële gedragsprikkels ten opzichte van de huidige bekostiging (aantoonbaar) afnemen en hoe nieuwe in het zorgprestatiemodel zo veel mogelijk zijn voorkomen;
- Faciliteer daarbij vergoeding op maat voor zorg aan personen met een ernstige psychiatrische aandoening;
- Stel eenvoudige en duidelijke registratieregels, declaratieregels en informatieverplichtingen op die fraudebestendig zijn en administratieve lasten zoveel mogelijk beperken;
- Definieer waar nodig aanvullende veldafspraken, bijvoorbeeld over hoe de beschikbare zorg het beste kan worden ingezet;

- Ontwikkel een uniform controle- en verantwoordingsarrangement in lijn met het gedachtegoed van Horizontaal Toezicht;
- Bepaal aan de hand van de nog te ontwikkelen veldnorm welke beroepen niet-regiebehandelaar declarabele consulten mogen registreren;
- Begeleid de implementatie van het zorgprestatiemodel. Stel daarvoor een plan op, laat een impactanalyse uitvoeren en stel tools beschikbaar voor de simulatie;
- Laat functionele specificaties en EI-standaarden ontwikkelen door de daarvoor bestaande structuren;
- Ontwikkel een verbeterde zorgvraagtypering voor de ggz en fz. Interpreteer de uitkomsten van de pilot met het zorgclustermodel; evalueer of het zorgclustermodel bruikbaar is voor de zorgvraagtypering. Bepaal welke stappen wanneer nodig zijn om een zorgvraagtypering in te voeren."

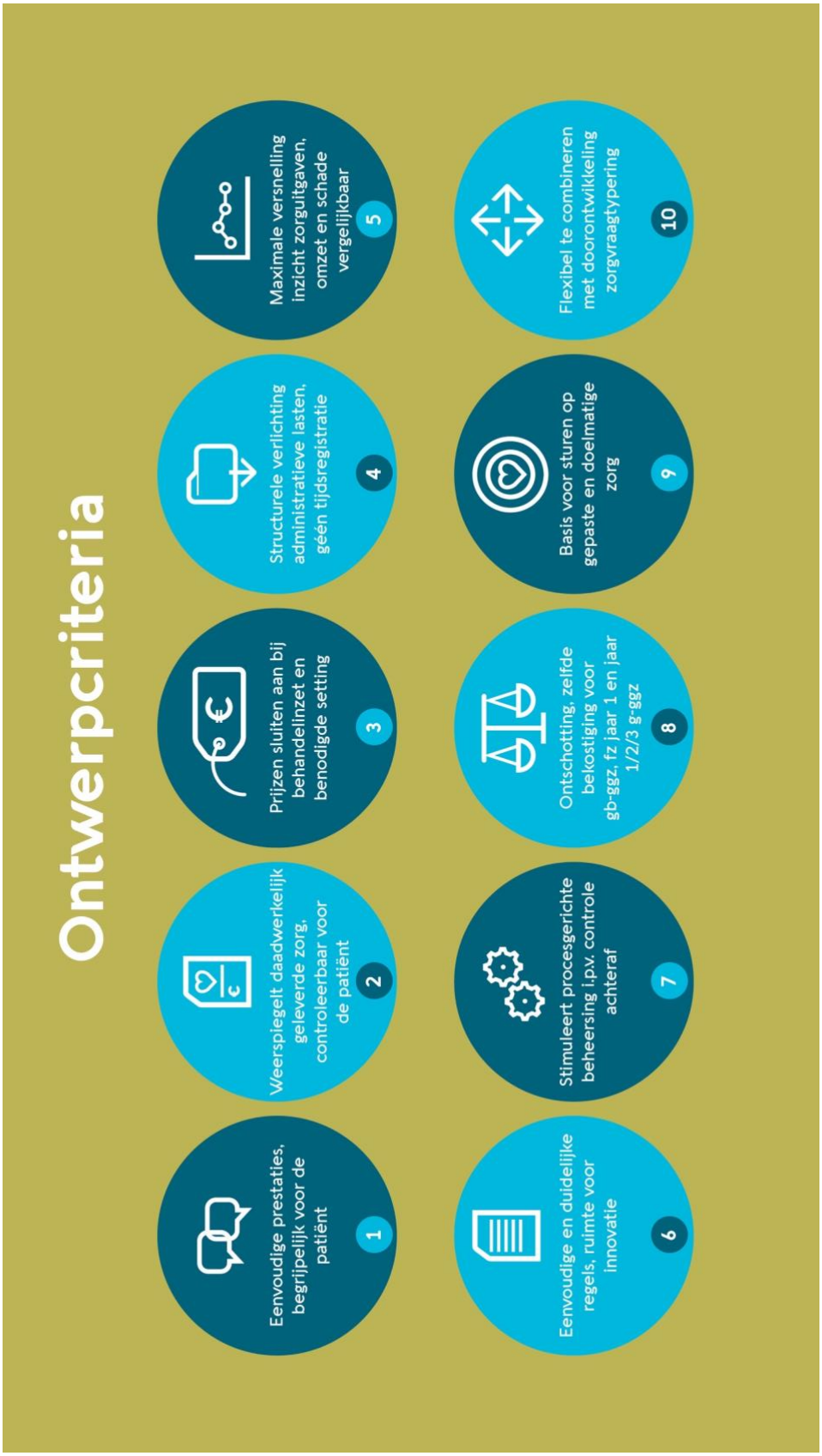
2.5 Plan van Aanpak

De in de vorige paragraaf beschreven opdracht is verder uitgewerkt in een Plan van Aanpak. Dit is in te zien via de website van het programma, zorgprestatiemodel.nl.

In het plan van aanpak staan naast de masterplanning ook de acht werkgroepen beschreven die het programmateam heeft ingesteld. Van sommige werkgroepen heeft het programmateam de opdracht later nog aangescherpt.

2.6 Ontwerpcriteria

De NZa heeft in haar advies tien ontwerpcriteria opgenomen. Dit zijn voorwaarden waaraan de nieuwe bekostiging zal moeten voldoen. Ze zijn gedestilleerd uit eerdere adviezen en onderzoeken. Het moeten 'de goede eigenschappen' van de nieuwe bekostiging worden. Binnen het programma worden voorstellen steeds aan de deze ontwerpcriteria (figuur volgende pagina) getoetst.


Ontwerpcriteria
1 Eenvoudige prestaties, begrijpelijk voor de patiënt
2 Weerspiegelt daadwerkelijk geleverde zorg, controleerbaar voor de patiënt
3 Prijzen sluiten aan bij behandelinzet en benodigde setting
4 Structurele verlichting administratieve lasten, géén tijdsregistratie
5 Maximale versnelling inzicht zorguitgaven, omzet en schade vergelijkbaar
6 Eenvoudige en duidelijke regels, ruimte voor innovatie
7 Stimuleert procesgerichte beheersing i.p.v. controle achteraf
8 Ontschotting, zelfde bekostiging voor gb-ggz, fz jaar 1 en jaar 1/2/3 g-ggz
9 Basis voor sturen op gepaste en doelmatige zorg
10 Flexibel te combineren met doorontwikkeling zorgvraagtypering

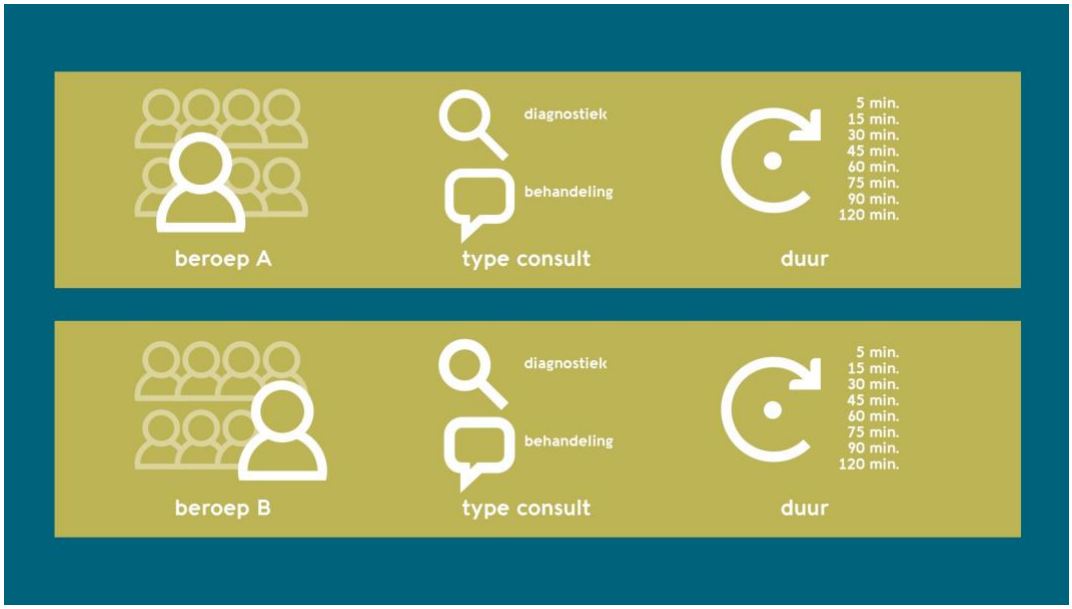
3 Zorgprestaties als bekostigingsmodel

3.1 Inleiding

In het advies van de NZa is beschreven waarom de huidige bekostigingsstructuur, grotendeels gebaseerd op d(b)bc's niet voldoet. Samengevat gaat het erom dat de d(b)bc's verkeerde prikkels geven omdat ze uitgaan van gemiddelden, niet goed aansluiten bij de zorg die werkelijk is geleverd, en geen rekening houden met de setting waarin de zorg wordt geleverd. In het advies is het beoogde alternatief voor de huidige bekostigingsstructuur al grotendeels uitgewerkt. Wij hebben deze uitwerking getoetst, aangescherpt en op onderdelen gewijzigd. De uitkomsten staan in dit hoofdstuk.

3.2 Prestaties

Op hoofdlijnen bestaat het zorgprestatiemodel uit consulten, verblijfsprestaties en enkele overige prestaties. Een consult hebben wij gedefinieerd als een 'direct zorginhoudelijk contact tussen zorgverlener en (forensische) patiënt of het systeem van de patiënt'. Dit contact kan zowel 'face to face' als telefonisch als 'screen to screen' plaatsvinden. In het advies was er al voor gekozen om indirecte tijd niet apart te vergoeden, maar te verdisconteren in de prestaties. Zo worden administratieve lasten voorkomen en wordt het patiëntcontact zoveel mogelijk gestimuleerd. Dit betekent bijvoorbeeld dat Multidisciplinair Overleg (MDO) niet meer hoeft te worden geregistreerd, maar verdisconteerd is in de andere prestaties. Consulten worden in het zorgprestatiemodel gedifferentieerd naar het beroep van de uitvoerder, diagnostiek respectievelijk behandeling[1] en duur van de directe tijd.



[1] De aanspraak op geestelijke gezondheidszorg kan naast behandeling ook geneeskundige begeleiding omvatten. In dit document spreken wij kortweg van behandeling. Daarmee kan dan ook de geneeskundige begeleiding worden bedoeld.

Deze differentie is gekozen omdat zo wordt voldaan aan meerdere ontwerpcriteria. De prestaties moeten de daadwerkelijk geleverde zorg weerspiegelen en een reële vergoeding voor de behandelinzet bieden. De drie genoemde elementen bepalen voor een groot deel de kosten van een consult. Bovendien maakt de differentiatie de prestatie begrijpelijker voor de patiënt. Die ziet terug bij welke zorgverlener hij is geweest en wat de duur van het consult was.

Beroep van de uitvoerder
Het zal duidelijk zijn dat ook het type beroep, een belangrijke determinant is van kosten van een prestatie. Bij de verschillende beroepen horen verschillende salarissen of gebruikelijke inkomens. Daarom maken we voor de consulten onderscheid naar soorten beroepen. Wij doen dat op basis van de verschillende BIG-beroepen. Daarnaast komt er een categorie 'overige beroepen', waaraan een beroepenlijst wordt gekoppeld. Die lichten wij toe in hoofdstuk 5.

Voor de differentiatie naar beroep gebruiken wij de onderstaande categorieën beroepen:

- Arts - specialist (Wet Big artikel 14)
- Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big artikel 14)
- Verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg (Wet Big artikel 14)
- Arts (Wet Big artikel 3)
- Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)
- Psychotherapeut (Wet Big artikel 3)
- Verpleegkundige (Wet Big artikel 3)
- Overige beroepen

Diagnostiek respectievelijk behandeling
Diagnostische consulten en behandelconsulten verschillen significant van elkaar in indirecte tijd per consult. Uit data-analyse blijkt dat een diagnostisch consult gemiddeld 9% meer indirecte patiëntgebonden tijd bevat dan een behandelconsult. Daarom voeren wij voor alle consulten twee varianten in: het diagnostiekconsult en het behandelconsult.

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.

De indirecte tijd per consult verschilt niet alleen per type consult, maar ook per behandelsetting. Hierop komen wij terug in paragraaf 3.3.

Duur van directe tijd
De omschrijving van het gedifferentieerde consult moet zo duidelijk mogelijk aangeven welk consult van toepassing is. Daarom is besloten een 'vanaf' grens aan te brengen. De afbakening van de consulten is gebaseerd op de gemiddelde tijdbesteding in de huidige praktijk. In de nieuwe indeling ligt dat gemiddelde dicht bij de ondergrens van de prestatie. Zo is een 'consult vanaf 30 minuten' gebaseerd op een huidig gemiddelde van 31 minuten en een 'consult vanaf 45 minuten'

op een huidig gemiddelde van 46 minuten. Zo wordt de prikkel om strategisch net over de grens van het naast hogere consult te gaan beperkt.

Gekozen is voor de onderverdeling:

- Consult vanaf 5 minuten
- Consult vanaf 15 minuten
- Consult vanaf 30 minuten
- Consult vanaf 45 minuten
- Consult vanaf 60 minuten
- Consult vanaf 75 minuten
- Consult vanaf 90 minuten
- Consult vanaf 120 minuten

Groepsconsulten

Regelmatig verlenen één of meerdere behandelaren tegelijk zorg aan een groep patiënten. Om te zorgen dat ook dan de prijs de behandelinzet reëel vergoedt, moet een oplossing worden getroffen. Het is niet reëel als elke behandelaar voor elke patiënt een volledig tarief in rekening brengt. De oplossing moet rekening houden het aantal patiënten in de groep, het aantal (en type) behandelaren en de duur van het groepsconsult.

Wij hebben besloten dat er voor elke beroepscategorie een tarief komt dat rekening houdt met de groepsgrootte, voor eenheden van 30 minuten directe tijd. De eenheid moet worden volgemaakt. Een kwartier groepsbehandeling wordt dus niet vergoed; voor 45 minuten groepsbehandeling kan één eenheid in rekening worden gebracht. Als groepsgrootte is gekozen voor 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 en 10 of meer patiënten. Het aantal patiënten dat bij de start van de 30 minuten aanwezig is, is bepalend.

Groeps-consulten	Arts - specialist (Wet Big artikel 14)	Klinisch (neuro) psycholoog (Wet Big artikel 14)	Verpleegkundig specialist ggz (Wet Big artikel 14)	Arts (Wet Big artikel 3)	Gezondheids-zorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	Psychotherapeut (Wet Big artikel 3)	Verpleegkundige (Wet Big artikel 3)	Overige beroepen
Groepsgrootte 2 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 3 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 4 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 5 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 6 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 7 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 8 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 9 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte ≥ 10 personen	30	30	30	30	30	30	30	30

Verblijfsprestaties

Voor de verblijfszorg behouden we de huidige systematiek waarin verblijf in de instelling per dag wordt geregistreerd. Deze indeling voldoet in de praktijk en combineert goed met de structuur van het zorgprestatiemodel. De verblijfsdagen worden net als in de huidige systematiek onderverdeeld naar verzorgingsgraad (de gemiddelde VOV-inzet[2] op jaarbasis), in de categorieën A tot en met H.

De verblijfsprestaties worden daarnaast ingedeeld naar beveiligingsniveau. Dat kan variëren van geen beveiliging (niet van toepassing voor de fz) tot beveiligingsniveau 4 (alleen van toepassing voor de fz). De verblijfsprestaties zijn:

- Verblijfsdag A (lichte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag B (beperkte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag C (matige verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag D (gemiddelde verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag E (intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag F (extra intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag G (zeer intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag H (hic)

Omdat bij verblijf van TBS-patiënten in de (hierna nog te bespreken) klinisch-forensische setting relatief veel indirecte tijd moet worden besteed aan juridische randvoorwaarden zoals rapportage, is een aparte TBS-toeslag voorzien.

Aanvullend op deze verblijfprestaties A t/m H zijn drie nieuwe verblijfsprestaties ontwikkeld voor verblijf in de g-ggz, omdat deze een afwijkend kostenbeslag laten zien. Dit zijn:

- Verblijf zonder Overnachting (VZO) bij ECT.
- Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR).
- Verblijf met extreme zorgzwaarte (met contractvoorwaarde[3]).

Verblijfsprestaties	Beveiligingsniveau geen	Beveiligingsniveau 1	Beveiligingsniveau 2	Beveiligingsniveau 3	Beveiligingsniveau 4
Verblijfsdag A (lichte verzorgingsgraad)	A 0	A 1	A 2	A 3	A 4
Verblijfsdag B (beperkte verzorgingsgraad)	B 0	B 1	B 2	B 3	B 4
Verblijfsdag C (matige verzorgingsgraad)	C 0	C 1	C 2	C 3	C 4
Verblijfsdag D (gemiddelde verzorgingsgraad)	D 0	D 1	D 2	D 3	D 4
Verblijfsdag E (intensieve verzorgingsgraad)	E 0	E 1	E 2	E 3	E 4
Verblijfsdag F (extra intensieve verzorgingsgraad)	F 0	F 1	F 2	F 3	F 4
Verblijfsdag G (zeer intensieve verzorgingsgraad)	G 0	G 1	G 2	G 3	G 4
Verblijfsdag H (hic)	H 0	H 1	H 2	H 3	H 4
Verblijf zonder Overnachting (VZO) bij ECT					
Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR)					
Verblijf met extreme zorgzwaarte (met contractvoorwaarde)					

[2] Verzorgend, opvoedkundig en verplegend personeel.
[3] Dit betekent dat er hierover een schriftelijke afspraak moet zijn tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Dagbesteding en vaktherapie maken onderdeel uit van de verblijfsprestaties en mogen voor klinische patiënten niet apart worden geregistreerd[4]. Naast de verblijfsdag worden alleen consulten voor diagnostiek of behandeling geregistreerd. Er komt een facultatieve prestatie waarmee zorgaanbieders die ook consulten onderdeel willen laten zijn van de verblijfsprestatie, dat kunnen afspreken met de zorgverzekeraars.

Onderlinge dienstverlening in de ggz
In principe declareert elke zorgaanbieder binnen het zorgprestatiemodel zijn eigen zorg, ook als die zorg geleverd wordt aan de patiënt van een andere zorgaanbieder. Als bijvoorbeeld een patiënt van een psychotherapeut naar een psychiater gaat voor een farmaceutisch consult, brengt de psychiater het tarief volgens de prestatiestructuur in rekening bij (de verzekeraar van) de patiënt.

Alleen dat deel van de zorg waarvoor geen zorgprestatie is, kan als onderlinge dienstverlening in rekening worden gebracht aan de aanvragende zorgaanbieder. Over het tarief moeten dan wel vooraf afspraken zijn gemaakt tussen de aanvragende en de uitvoerende zorgverlener.

Intercollegiaal overleg
Vrijgevestigde zorgaanbieders overleggen (net als zorgverleners in instellingen) regelmatig met collega's over de behandeling van een specifieke patiënt. Het kan per patiënt of per zorgaanbieder verschillen hoe vaak dat overleg plaatsvindt. De indirecte tijd is daardoor onvoldoende homogeen om te versleutelen in het consulttarief. Daarom wordt voor de setting 'ambulant kwaliteitsstatuut sectie II', die deze groep van zorgaanbieders afbakent, de prestatie 'intercollegiaal overleg' vastgesteld. 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.

Overige zorgprestaties
Voor zorg die niet onder consulten en verblijfsprestaties is te vatten, worden nog drie andere soorten zorgprestaties vastgesteld:

- Overige verrichtingen
- Toeslagen consult
- Toeslagen verblijf

[4] Dagbesteding voor ambulante ggz-patiënten valt onder de Wmo. De Zvw geeft wel aanspraak op 'geneeskundige begeleiding'. Dit wordt vastgelegd als consult. Voor de fz geldt de prestatie 'Dagbesteding (per uur, niet-klinisch)'.

Overige zorgprestaties

Overige verrichtingen	Toeslagen consult
• Intercollegiaal overleg vanaf 5 minuten (alleen setting Ambulant – ks II) • Intercollegiaal overleg vanaf 15 minuten (alleen setting Ambulant – ks II) • Onderlinge dienstverlening • Dagbesteding forensische zorg (per uur, niet-klinisch) **Geestelijke gezondheidszorg** • Elektroconvulsietherapie (ECT) • Ambulante methadonverstrekking (AMV) • Consultatie bij euthanasieverzoeken • Niet basispakketzorg consult • Niet basispakketzorg verblijf • Verblijf zonder overnachting **Forensische zorg** • Elektroconvulsietherapie (ECT) • Ambulante methadonverstrekking (AMV) • Consultatie bij euthanasieverzoeken • Ambulante dagbesteding forensische zorg • Forensisch psychiatrisch toezicht (FPT)	**Geestelijke gezondheidszorg** • RTMS • Doventolk/communicatiedeskundige • Reistijd tot 25 minuten • Reistijd vanaf 25 minuten **Forensische zorg** • RTMS • Doventolk/communicatiedeskundige • Reistijd tot 45 minuten • Reistijd vanaf 45 minuten **Toeslagen verblijf** **Geestelijke gezondheidszorg** • Oorlogsgerelateerd psychotrauma (op verblijfsdag D) **Forensische zorg** • Extreem vlucht- en beheersgevaarlijk (EVBG) • Sglvg+ (bij beveiligings-niveau 2) • TBS

3.3 Setting

In de nieuwe bekostiging willen 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 onderscheid te maken naar ‘setting.’

Onder setting verstaan we 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. De behandeling binnen een setting onderscheidt zich van behandeling in andere settings dus door de manier waarop de behandeling wordt gegeven, of door de organisatie van zorg waarbinnen deze behandeling wordt gegeven.

Door in de bekostiging rekening te houden met de setting, kunnen wij corrigeren voor kostenverschillen die samenhangen met de manier waarop de zorg wordt geleverd. Differentiatie naar setting draagt eraan bij dat iedere zorgaanbieder een reëel tarief kan declareren voor de zorg.

Vertrekpunt voor het definiëren van settings zijn kostenverschillen. Deze uiten zich met name in een verschil in de declarabele kosten per uur direct patiëntgebonden zorg. In deze parameter komen meerdere kostenverschillen tot uitdrukking. Denk bijvoorbeeld aan indirecte patiëntgebonden tijd (de belangrijkste verklarende factor voor kostenverschillen tussen settings) en productiviteit. Kostenverschillen die al op een andere manier door het zorgprestatiemodel worden gecorrigeerd (zoals reistijd, of een afwijkende mix van behandeldisciplines hebben wij hierbij buiten beschouwing gelaten.

Wij hebben de kostenverschillen tussen settings onderzocht en gekeken tussen welke settings substantiële kostenverschillen bestaan. Ook gingen wij na of settings functioneel konden worden omschreven, over en weer voldoende konden worden afgebakend, en of het hanteren ervan geen onevenredige administratieve belasting zou meebrengen.

Wij zijn op grond van dit onderzoek tot volgende indeling gekomen.

1. Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie II
   Voor zorg door zorgaanbieders die onder deze sectie van het kwaliteitsstatuut vallen.
2. Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair
   Voor zorg door zorgaanbieders die onder deze sectie van het kwaliteitsstatuut vallen waarbij behandeling voornamelijk door één discipline wordt uitgevoerd.
3. Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair
   Voor multidisciplinaire zorg door zorgaanbieders die onder deze sectie van het kwaliteitsstatuut vallen, uitgevoerd door meerdere disciplines.
4. Outreachend
   Wijkgerichte zorg die wordt geleverd door een multidisciplinair team. Het is flexibel georganiseerd, patiëntvolgend in tijdstippen (zowel tijdens als buiten kantoortijden), locaties (thuis, kantoor, of elders zoals het park) en intensiteit. Het betreft vaak onplanbare zorg. Er is nauwe samenwerking en goede afstemming met de crisisdienst, huisarts, familie of andere naasten, en andere hulpverleners of ketenpartners die van belang zijn voor een individuele patiënt. Indien nodig wordt de zorg op assertieve wijze geleverd als de cliënt (tijdelijk) zorg mijdend is en diens klinische toestand dat rechtvaardigt.
5. Klinisch (exclusief fz)
   Voor zorg tijdens klinische opname (inclusief de dag van ontslag).
6. Forensische en beveiligde zorg, niet-klinisch[5]
   Behandeling, dagbesteding en begeleidingsactiviteiten van patiënten die vanuit de doelstelling van forensische zorg zijn aangewezen op zorg in een forensische setting buiten de beveiligde omgeving van een kliniek. De geleverde zorg voldoet aan de eisen van het kwaliteitsbeleid Forensische Zorg[6].
7. Forensische en beveiligde zorg, klinisch
   Voor klinische behandeling van patiënten die vanuit de doelstelling van forensische zorg zijn aangewezen op zorg in een beveiligde of forensische setting. De zorg wordt geleverd in een gesloten en beveiligde gespecialiseerde voorziening voor geestelijke gezondheidszorg die zorg levert aan het ministerie van Justitie en Veiligheid. Er worden patiënten behandeld met een strafrechtelijke titel en (delict)gevaarlijke patiënten zonder strafrechtelijke titel. De geleverde zorg voldoet aan de eisen van het kwaliteitskader Forensische Zorg.
8. Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)
   Vanwege de zeldzaamheid, ernst en/of complexiteit van de zorgvraag van de patiënt is de setting in zijn geheel ingericht op het kunnen leveren van multidisciplinaire, intensieve zorg, die innovatief en/of experimenteel kan zijn. De geboden zorg vereist een specifieke infrastructuur of (medisch-)specialistische kennis, expertise of

[5] DJI heeft drie tekstuele aanpassingen voorgesteld in de omschrijving van de settingen. Setting 6: kwaliteitsbeleid → kwaliteitskader. Setting 7: gesloten → besloten. Setting 8: intensieve zorg → intensieve (beveiligde en forensische) zorg. Deze worden nog in de betreffende werkgroep besproken.
[6] https://www.forensischezorg.nl/files/kwaliteitskader_forensische_zorg_versie_24012020.pdf

vaardigheden. Door dit vereiste is er een sterke vertegenwoordiging van specialistische professionals in het behandelteam dat binnen de setting werkt. Vanwege (het opbouwen van) de benodigde kennis en infrastructuur is concentratie van deze zorg nodig. Binnen deze setting wordt ook een second opinion en consultatiefunctie vervuld voor andere aanbieders in de ggz en fz. Daarnaast wordt vanuit de hoogspecialistische setting kennis verspreid naar de specialistische setting.

De settings 2 tot en met 8 zijn alleen beschikbaar voor zorgaanbieders die onder sectie III van het kwaliteitsstatuut vallen.

De hiervoor beschreven indeling van zorgprestaties is grafisch weergegeven op de volgende twee pagina's.

INDELING ZORGPRESTATIES GGZ & FZ (concept juli 2020)

Consulten		Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie II	Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III monodisciplinair	Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III multidisciplinair	Outreachend	Klinisch (exclusief fz)	Forensische en beveiligde zorg, niet-klinisch	Forensische en beveiligde zorg, klinisch	Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)
Arts - specialist (Wet Big artikel 14)	Diagnostiek	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandeling	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Klinisch (neuro) psycholoog (Wet Big artikel 14)	Diagnostiek	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandeling	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Verpleegkundig specialist ggz (Wet Big artikel 14)	Diagnostiek	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandeling	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Arts (Wet Big artikel 3)	Diagnostiek	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandeling	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Gezondheids-zorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	Diagnostiek	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandeling	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Psychotherapeut (Wet Big artikel 3)	Diagnostiek	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandeling	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Verpleegkundige (Wet Big artikel 3)	Diagnostiek	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandeling	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Overige beroepen	Diagnostiek	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandeling	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120

Groeps-consulten	Arts - specialist (Wet Big artikel 14)	Klinisch (neuro) psycholoog (Wet Big artikel 14)	Verpleegkundig specialist ggz (Wet Big artikel 14)	Arts (Wet Big artikel 3)	Gezondheids-zorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	Psychotherapeut (Wet Big artikel 3)	Verpleegkundige (Wet Big artikel 3)	Overige beroepen
Groepsgrootte 2 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 3 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 4 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 5 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 6 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 7 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 8 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte 9 personen	30	30	30	30	30	30	30	30
Groepsgrootte ≥ 10 personen	30	30	30	30	30	30	30	30

Verblijfsprestaties	Beveiligingsniveau geen	Beveiligingsniveau 1	Beveiligingsniveau 2	Beveiligingsniveau 3	Beveiligingsniveau 4
Verblijfsdag A (lichte verzorgingsgraad)	A 0	A 1	A 2	A 3	A 4
Verblijfsdag B (beperkte verzorgingsgraad)	B 0	B 1	B 2	B 3	B 4
Verblijfsdag C (matige verzorgingsgraad)	C 0	C 1	C 2	C 3	C 4
Verblijfsdag D (gemiddelde verzorgingsgraad)	D 0	D 1	D 2	D 3	D 4
Verblijfsdag E (intensieve verzorgingsgraad)	E 0	E 1	E 2	E 3	E 4
Verblijfsdag F (extra intensieve verzorgingsgraad)	F 0	F 1	F 2	F 3	F 4
Verblijfsdag G (zeer intensieve verzorgingsgraad)	G 0	G 1	G 2	G 3	G 4
Verblijfsdag H (hic)	H 0	H 1	H 2	H 3	H 4
Verblijf zonder Overnachting (VZO) bij ECT					
Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR)					
Verblijf met extreme zorgzwaarte (met contractvoorwaarde)					

Overige zorgprestaties

Overige verrichtingen

- Intercollegiaal overleg vanaf 5 minuten (alleen setting Ambulant – ks II)
- Intercollegiaal overleg vanaf 15 minuten (alleen setting Ambulant – ks II)
- Onderlinge dienstverlening
- Dagbesteding forensische zorg (per uur, niet-klinisch)

Geestelijke gezondheidszorg
- Elektroconvulsietherapie (ECT)
- Ambulante methadonverstrekking (AMV)
- Consultatie bij euthanasieverzoeken
- Niet basispakketzorg consult
- Niet basispakketzorg verblijf
- Verblijf zonder overnachting

Forensische zorg
- Elektroconvulsietherapie (ECT)
- Ambulante methadonverstrekking (AMV)
- Consultatie bij euthanasieverzoeken
- Ambulante dagbesteding forensische zorg
- Forensisch psychiatrisch toezicht (FPT)

Toeslagen consult

Geestelijke gezondheidszorg
- RTMS
- Doventolk/communicatiedeskundige
- Reistijd tot 25 minuten
- Reistijd vanaf 25 minuten

Forensische zorg
- RTMS
- Doventolk/communicatiedeskundige
- Reistijd tot 45 minuten
- Reistijd vanaf 45 minuten

Toeslagen verblijf

Geestelijke gezondheidszorg
- Oorlogsgerelateerd psychotrauma (op verblijfsdag D)

Forensische zorg
- Extreem vlucht- en beheersgevaarlijk (EVBG)
- Sglvg+ (bij beveiligings-niveau 2)
- TBS

3.4 Omvang van de prestatiestructuur

Door de in voorgaande paragrafen beschreven keuzes ontstaat een model met een aanzienlijk aantal zorgprestaties. Als wij groepsbehandeling, toeslagen en overige verrichtingen buiten beschouwing laten, gaat het om 8 beroepscategorieën, met voor elk 8 varianten voor consultduur, een onderscheid tussen diagnostiek en behandeling, in 1 van 8 settings. Dit levert theoretisch 8 x 8 x 2 x 8 = 1024 verschillende prestaties op. In werkelijkheid zal dit aantal lager zijn, bijvoorbeeld omdat bepaalde prestaties maar in 1 van de 8 settings kunnen voorkomen.

Analyses laten zien dat tarieven door deze onderverdeling goed aansluiten bij werkelijke kosten.

Wij gaan ervan uit dat de omvang van de prestatiestructuur in de praktijk geen problemen gaat opleveren. Zorgverleners zullen nooit met het hele palet te maken hebben. Zij werken meestal vanuit 1 beroep, en meestal maar in 1 setting. Dat brengt het aantal keuzemogelijkheden terug tot bijvoorbeeld 1 beroep x diagnostiek of behandeling x 8 tijdsduurvarianten x 1 setting = 16 mogelijkheden. Dat is te overzien. Bovendien vult het elektronisch patiëntendossier (EPD) de meeste gegevens automatisch in. De zorgverlener registreert eenmalig een aantal basisgegevens, en hoeft daarna alleen nog aan te geven hoe lang een consult heeft geduurd. Ook dat gaat vaak automatisch, via de elektronische agenda. De zorgverlener hoeft de gegevens dan alleen nog te accorderen.

3.5 Acute ggz

Met ingang van 2020 is de bekostiging van acute psychiatrische hulpverlening gebaseerd op regionale afspraken. Per regio is er een budget waarin ook een vergoeding voor het beschikbaar houden van de zorg is verwerkt. Budgethouders (en andere zorgaanbieders waarmee dat is afgesproken) declareren crisis-dbc's ten laste van het budget. Met ingang van 2022 worden dat de prestaties van het zorgprestatiemodel, die zijn voorzien van het informatielabel 'acute ggz'. De crisis-dbc's die nu nog buiten het budget kunnen worden gedeclareerd, komen te vervallen en worden vervangen door (reguliere) prestaties van het zorgprestatiemodel.

4 Zorgvraagtypering

4.1 Doelen en globale planning

Zowel uit het Bestuurlijk Akkoord als uit het NZa advies volgt, dat tegelijk met het nieuwe bekostigingsmodel ook (verder) zal worden gewerkt aan een verbetering van typering van de zorgvraag van patiënten. Deze heet in het programma kortweg 'zorgvraagtypering'. Hierbij zullen de ervaringen met eerdere pilots met het zogenoemde zorgclustermodel worden betrokken,

De zorgvraagtypering moet gepast gebruik van zorg gaan ondersteunen, en de klinische herkenbaarheid van de zorg die bij een bepaalde zorgvraag nodig is, vergroten. Het Bestuurlijk Akkoord noemt de vermindering van administratieve lasten als randvoorwaarde.

Een robuust systeem voor zorgvraagtypering zal bijdragen aan een optimale allocatie van beschikbare middelen. Daarmee kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over en weer betrouwbare partners zijn en gezamenlijk bijdragen aan een duurzaam, goed werkend stelsel voor ggz en fz.

Een van de werkgroepen van het programma heeft uitgewerkt hoe, gegeven de hiervoor genoemde doelen, zorgvraagtypering praktisch kan worden toegepast. Op basis van die uitwerking en na overleg tussen de betrokken partijen, heeft de bestuurlijke commissie de volgende vijf 'gebruiksdoelen' bepaald, en een randvoorwaarde.

1. Zorgvraagtypering vergroot de klinische herkenbaarheid van de zorg die nodig is bij een bepaalde zorgvraag van patiënten in de geneeskundige ggz en de fz. Het creëert een gezamenlijk begrippenkader voor (zorg)professionals, dat het gesprek tussen (zorg)professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars over gepast gebruik van zorg op groepsniveau en praktijkvariatie vergemakkelijkt. In de toepassing van het model kan waar nodig worden gedifferentieerd, naar bijvoorbeeld omvang van de zorgaanbieder, complexiteit van zorg of naar de setting waar de zorg wordt geleverd.

2. Zorgvraagtypering ondersteunt tussentijdse evaluatie door het (periodiek) beoordelen of de inzet van zorg nog past bij de zorgvraag of dat moet worden op- of afgeschaald. Zorgvraagtypering ondersteunt 'samen beslissen' in de relatie patiënt-zorgverlener. De zorgvraagtypering bepaalt echter niet wat de behandeling van een individuele patiënt mag kosten.

3. Zorgvraagtypering is een hulpmiddel bij het maken van afspraken over in- en verkoop van zorg, en over behandelinzet bij groepen van patiënten. Voor groepen van patiënten kan bijvoorbeeld een bandbreedte worden afgesproken voor wat (op groepsniveau, in termen van zorgprestaties, setting e.d.) gepaste zorg is. In veldafspraken kan de contractering tussen met name kleinere zorgaanbieders en de zorgverzekeraars worden geüniformeerd. Zorgvraagtypering draagt zo bij aan transparantie over de keuzes van zorgverzekeraars in hun inkooprol. Voor niet-gecontracteerde zorg kan zorgvraagtypering ook een normatieve

werking hebben.

4. Zorgvraagtypering is een stimulans voor kennisontwikkeling. Het stimuleert uniforme registratie van data door alle zorgaanbieders, en het gebruik van data die al beschikbaar zijn over de relatie tussen zorgvraag en inzet van zorg op groepsniveau. Deze kennis leidt weer tot betere zorgvraagtypering.

5. Zorgvraagtypering vergemakkelijkt en verbetert planning van zorg binnen het domein van de geneeskundige ggz en de fz, door inzicht te geven in het te verwachten zorgpad (zwaarte, duur, evaluatiemomenten). Zorgvraagtypering vergemakkelijkt en verbetert ook de coördinatie van zorg over domeinen heen, door het mogelijk te maken groepen van patiënten te definiëren, waar vervolgens afspraken over kunnen worden gemaakt.

De randvoorwaarde is, dat zorgvraagtypering moet bijdragen aan de vermindering van administratieve lasten. Door het uniform registreren van gegevens die voor meerdere doelen worden gebruikt neemt de registratiedruk af. De invulling van bovenstaande doelen leidt ertoe dat de ook uitvoeringslasten afnemen.

De periode tot en met 2021 zal nodig zijn voor de (door)ontwikkeling van de zorgvraagtypering.

Het voorafgaande is een samenvatting van de ‘startnotitie’ van de werkgroep zorgvraagtypering. De volledige tekst staat in paragraaf 11.1.

Aan een eindconclusie over de bruikbaarheid van het zorgclustermodel voor de zorgvraagtypering wordt nog gewerkt. Op korte termijn zal worden besloten welke data verzameld zullen worden ten behoeve van de zorgvraagtypering, en hoe de regelgeving zo wordt ingericht dat een uniforme registratie door alle zorgaanbieders gewaarborgd is. De beoogde vermindering van administratieve lasten wordt daar natuurlijk bij betrokken.

Bij hun evaluatie over de bruikbaarheid gaan partijen ook na of andere modellen voordelen bieden ten opzichte van het zorgclustermodel. Voor de fz concludeerden partijen al dat het zorgclustermodel onvoldoende aansluit, omdat het risico op recidive en de bescherming van de maatschappij meer bepalend is voor de inzet van zorg.

4.2 Vervolg

Vast staat, dat per 2022 een vorm van zorgvraagtypering zal worden ingevoerd. Partijen onderzoeken zoals gezegd verschillende opties. Eén model is al grotendeels uitgewerkt: het zorgclustermodel. Als blijkt dat het zorgclustermodel daadwerkelijk gaat worden ingevoerd, moet het in ieder geval ‘gebruiksklaar’ zijn. De werkgroep zorgvraagtypering zal daarom worden gevraagd om hier in de tweede helft van 2020 naar toe te werken. Het doel is dan, dat het zorgclustermodel tijdig beschikbaar is om te worden ingezet. Dit is aan de orde, als in het derde kwartaal van 2020 wordt besloten dat andere modellen geen (beter en haalbaar) alternatief vormen.

5 Beroepen in de ggz

5.1 Inleiding

In het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken om in een landelijke veldnorm de inzet van specifieke beroepen in de ggz te onderbouwen, vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg. Dit is een voorwaarde voor 'de juiste zorg op de juiste plek', volgens partijen. In het programma Zorgprestatiemodel werken al 13 partijen samen. Daarom hebben de ondertekenaars van het Bestuurlijk akkoord het programma gevraagd om de veldnorm voor te bereiden.

Ook moet volgens het akkoord worden bezien, hoe deze beroepen een plaats krijgen in de nieuwe bekostiging. Omdat de meeste BIG-beroepen al een plaats hebben in de prestatiestructuur, is in het programma besloten deze vraag te beantwoorden voor de overige beroepen. De tweede vraag wordt dan automatisch, welke daarvan consulten kunnen registreren. De prestatiestructuur en de veldnorm samen, waarborgen dat de juiste professionals de zorg leveren, en dat de zorg van die professionals vergoed kan worden.

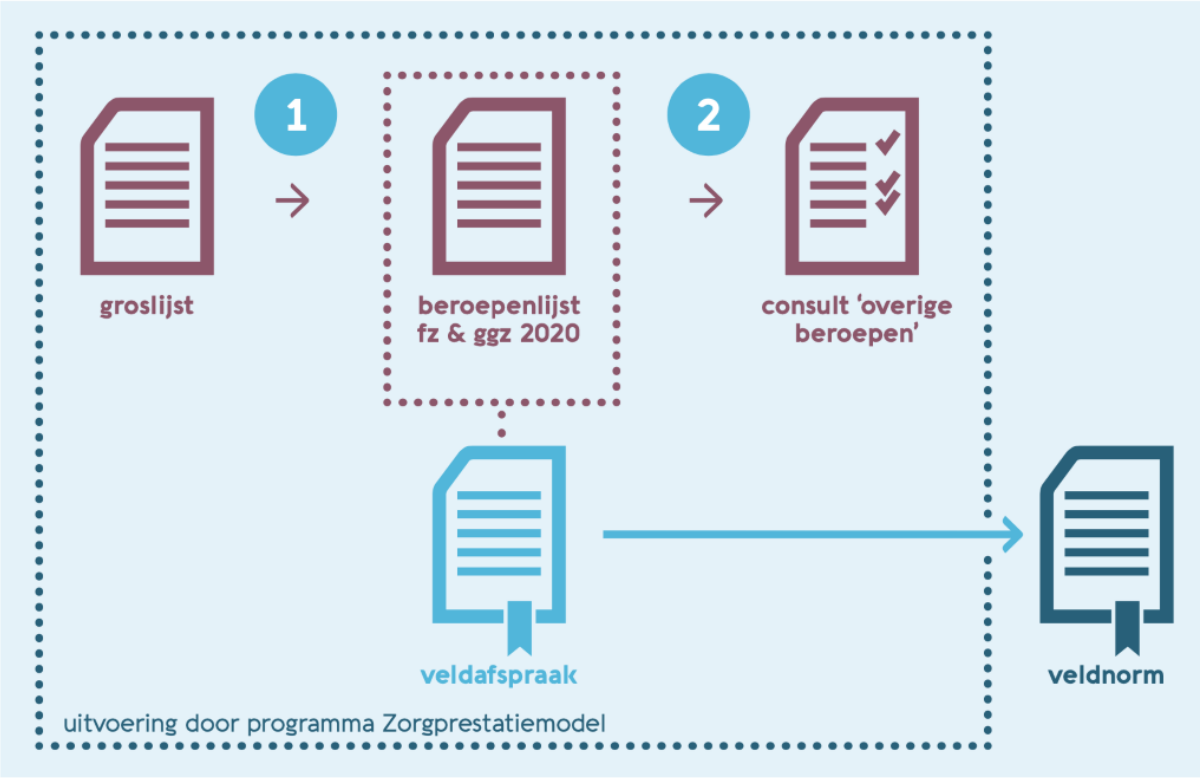
Partijen streven ernaar de veldnorm per 2022 te laten ingaan, tegelijk met de invoering van het zorgprestatiemodel. Het programma heeft besloten om als opstap naar de veldnorm eerst een beroepenlijst te maken, en die vast te leggen als veldafspraak. Voor een veldafspraak zijn minder formaliteiten nodig.

Uitgangspunt is dat aan de veldnorm uniforme criteria ten grondslag moeten liggen, zodat verantwoord kan worden waarom een beroep al dan niet is (of als het gaat om een nieuw beroep: wordt) opgenomen. Bij criteria kan bijvoorbeeld gedacht worden aan opleidingseisen, organisatiegraad, registraties en verworven competenties. Deze criteria kunnen worden ontleend aan wettelijke kaders als de WGBO en wet BIG, opleidingsplannen en beroepsprofielen. De veldnorm zal dynamisch moeten zijn: inzichten over zorg en externe factoren kunnen veranderen. Dit brengt mee dat regelmatig onderhoud moet worden gepleegd door een geschikte partij. De veldnorm moet ook helder maken wat past binnen de aanspraak op verzekerde zorg, en zal ook moeten aansluiten bij het model-kwaliteitsstatuut en bij zorgstandaarden die de inhoud van zorg beschrijven, zodat deze met elkaar een sluitend systeem vormen.

Het programma heeft Akwa GGZ als deskundige partij gevraagd een overzicht te maken van de beroepen die nu een rol hebben in ggz en fz. Op basis van de informatie uit onder meer kwaliteitsstandaarden, heeft Akwa GGZ een 'groslijst' opgesteld met meer dan 150 'beroepen' en daarin zoveel mogelijk een ordening aangebracht naar basisberoep.

5.2 Aanpak

Het programma vertaalt de groslijst van Akwa GGZ in twee stappen naar een veldafspraak. De vertaling van veldafspraak naar veldnorm volgt daarna.



Stap 1

De beroepenlijst is een opstap naar de veldnorm met het oog op de kwaliteit van zorg. Ook is de lijst het startpunt om te bepalen wie declarabele consulten mogen registreren. Voor allebei geldt, dat er geen beroepen op de lijst zouden moeten staan die niet aan al geldende wettelijke regels (kunnen) voldoen. En ook geen beroepen waarvan niet precies duidelijk is wat we ermee bedoelen.

In stap 1 is eerst de groslijst opgeschoond, door bijvoorbeeld beroepen die al een eigen consultprestatie krijgen en beroepen die geen ggz en fz leveren, te verwijderen. De voor de schoning gebruikte criteria staan in de bijlage Criteria beroepenlijst. Voor elk van de 20 overgebleven beroepen is beoordeeld, of het aan een aantal objectieve criteria voldoet. Bijvoorbeeld of de opleiding publiek erkend is, en of er een duidelijk beroepsprofiel is. Deze voorlopige beoordeling is uitgevoerd door vertegenwoordigers van de 13 partijen in het programma. De acht criteria die hierbij zijn gebruikt staan in ook in de bijlage.

Na het toepassen van de criteria bleven er in de voorlopige beoordeling 17 beroepen over:

- Ggz-agoog
- Maatschappelijk werker
- Sociaal werker
- Sociaal-pedagogisch hulpverlener
- Sociaal-juridisch dienstverlener
- Fysiotherapeut
- Diëtist
- Ergotherapeut
- Logopedist
- Oefentherapeut
- Orthopedagoog
- Orthopedagoog - generalist
- Psychologisch assistent
- Psychodiagnostisch werkende
- Kinder- en jeugdpsycholoog
- Physician assistant
- Vaktherapeut

Bij een aantal van deze beroepen is bepaald dat alleen een deel van de beroepsgroep voldoet en bij enkele beroepen is gespecificeerd voor welke activiteiten het beroep voldoet. De HBO-psycholoog voldoet in de voorlopige beoordeling niet aan de criteria. De ervaringsdeskundige voldoet nog niet, maar zal naar verwachting van het programma op afzienbare termijn wel gaan voldoen. In het programma bestaat nog geen overeenstemming of de WO-psycholoog aan de beoordelingscriteria voldoet. Het gesprek hierover wordt voorgezet tijdens de voorbereiding van de veldnorm.

In de zomer van 2020 zullen beroepsorganisaties in de gelegenheid worden gesteld om te reageren op de concept beroepenlijst hierboven. Dit zou tot aanpassingen in de lijst kunnen leiden.

Partijen willen (als na het voortgezette gesprek en de consultatie wordt geconstateerd dat de beroepen niet aan de criteria voldoen) voor de WO-psycholoog en de ervaringsdeskundige een hardheidsclausule toepassen, waarmee deze beroepen voor een nog te bepalen periode op de beroepenlijst komen. Het niet opnemen van de WO-psycholoog zou onevenredige gevolgen hebben voor de continuïteit van de zorgverlening. De ervaringsdeskundige zal als gezegd naar verwachting binnen afzienbare tijd aan de criteria voldoen.

Na definitief maken van de beroepenlijst in een veldafspraak zal gewerkt worden aan de veldnorm. Zowel de criteria als de uitkomst van de toetsing kunnen dan nog veranderen. Het ontwikkelen van de veldnorm zal tot eind 2021 duren.

Stap 2

De lijst die de uitkomst is van stap 1, is de opstap naar de veldnorm. Maar we gaan de lijst ook gebruiken om te bepalen welke zorgprofessionals vanaf 2022 het consult ‘overige beroepen’ kunnen registreren en welke zorgprofessionals via een opslag in de prestaties worden bekostigd. De partijen van het programma zorgprestatiemodel hebben hiervoor voorlopige criteria vastgesteld. Deze criteria staan ook in de bijlage Criteria beroepenlijst.

6 Verantwoording en controle

6.1 Uitgangspunten

In werkgroep 4 zijn afspraken over verantwoording en controle voorbereid. De afspraken sluiten zoveel mogelijk aan bij bestaande ontwikkelingen zoals het streven om gebruik te maken van proces- en systeemgerichte verantwoording, bijvoorbeeld door invoering van Horizontaal Toezicht. Dit geldt ook voor verantwoording over gepast gebruik[7]. De maatregelen worden zoveel mogelijk aan de voorkant van het proces ingericht en waar mogelijk ingebouwd in processen en/of systemen. Goede beheersing aan de voorkant voorkomt correcties achteraf en geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars zo snel mogelijk duidelijkheid over omzet en schade. Met het verantwoordingsarrangement dragen wij bij aan de ontwerpcriteria 2, 4, 5, 7 en 9.

De afspraken – ook wel het verantwoordingsarrangement genoemd – gaan over correct registreren en declareren en gepast gebruik. De afspraken worden onderdeel van de totale set aan veldafspraken, beschreven in hoofdstuk 9.

6.2 Veldafspraken verantwoording en controle

Het programma is bezig de tekst van de veldafspraken over verantwoording en controle op te stellen en streeft ernaar de eenvoud van het Zorgprestatiemodel ook door te voeren in de verantwoording over het gebruik van het model. Partijen willen daarbij volgens de actuele inzichten met het thema omgaan, om een verdere professionalisering van de verantwoordingsketen te ondersteunen.

Over twee onderwerpen zijn intussen inhoudelijke afspraken gemaakt die in de veldafspraken zullen worden opgenomen:

- ‘planning = realisatie’
  Zorgaanbieders die aan bepaalde spelregels voldoen, kunnen de voor geplande afspraken gereserveerde tijd aanmerken als realisatie, ook als de realisatie (binnen grenzen) afwijkt van de planning. Ook kunnen zij deze systematiek toepassen voor groepsconsulten. De spelregels gaan over transparant agendabeheer, realistische agendavoering en het waarborgen van de controlemogelijkheid door patiënt en zorgverzekeraar.

- minimale betrokkenheid van de regiebehandelaar
  Partijen willen de betrokkenheid van een regiebehandelaar in de diagnostiekfase waarborgen. Deze wordt daarom opgenomen in de regels over ‘correct registreren en declareren’. De regel is:
  Bij een nieuwe zorgvraag wordt binnen 6 weken na het uitvoeren van het eerste diagnostiekconsult (doorgaans de intake) minimaal 1 diagnostiekconsult uitgevoerd door

[7] Zie ook het rapport van de Taskforce Gepast Gebruik.

de regiebehandelaar. Deze termijn mag overschreden worden zolang er minder dan 5 consulten voorafgaan aan het diagnostiekconsult met de regiebehandelaar.Van deze spelregel kan op patiëntniveau worden afgeweken. De zorgaanbieder moet dit dan onderbouwen in het patiëntendossier en stuurt op de declaratie een kenmerk mee aan de zorgverzekeraar. Er wordt gewerkt aan een lijst met redenen voor afwijking. Deze regel kan door partijen worden aangevuld met afspraken over gepast gebruik.

De huidige concept-tekst van de veldafspraak is opgenomen als bijlage 11.4.

6.3 Lijst Verantwoording en controle

Een belangrijk onderdeel van de veldafspraak is een lijst waarin partijen met elkaar risico's op het gebied van correct registreren en declareren en gepast gebruik hebben benoemd. Voor de opgenomen risico's is beschreven waar in de keten welke beheersmaatregel wordt ingebouwd en in welke gevallen nog controles worden uitgevoerd. In de veldafspraken zal een onderhoudsprocedure voor de lijst worden vastgelegd.

7 Externe toetsing van het model

In het advies van de NZa en in het Plan van aanpak staat dat een derde partij zal worden gevraagd het zorgprestatiemodel te toetsen aan de opgestelde ontwerpcriteria. Het programma heeft deze toetsing laten uitvoeren door het Talma Instituut, een wetenschappelijk onderzoeksinstituut verbonden aan de Vrije Universiteit. Het instituut doet wetenschappelijk onderzoek naar maatschappelijke vraagstukken, vanuit een praktische en toegepaste insteek.

Het Talma instituut heeft in een ex-ante beleidsevaluatie van het Zorgprestatiemodel de mogelijke effecten van invoering van het model geëvalueerd. Inhoudelijke beoordeling van het Zorgclustermodel valt buiten de scope van dit rapport.

De management-samenvatting van het rapport luidt als volgt.

> *In deze evaluatie zien we het ggz/fz veld als een bestuurlijk vraagstuk met verschillende lagen van actoren: cliënt, beleidsuitvoerders (behandelaar en/of instelling) en beleidsmaker (zorgverzekeraar en overheid). Er bestaat in de ggz/fz een grote mate van informatieasymmetrie: de verschillende partijen zien niet goed van elkaar wat er op een ander niveau gebeurt. Zo vindt het vaststellen van de diagnose en zorgvraag plaats tussen de patiënt en de behandelaar, en kan dit proces moeilijk gecontroleerd worden door de verzekeraar. Deze informatieasymmetrie is acceptabel wanneer de belangen van de verzekeraar, instelling, behandelaar en patiënt met elkaar overeenkomen en gelijkgericht zijn. Dit is echter in de praktijk van de ggz/fz niet altijd het geval. Door de informatieasymmetrie en de niet overeenkomende belangen is het zeer ingewikkeld om een passende governance- en controlestructuur aan te brengen. Deze uitdaging wordt de dubbele governance-uitdaging genoemd (Bannink 2019). Het huidige bekostigingsmodel en het Zorgprestatiemodel zijn governancemethoden om antwoord te geven op de dubbele governance-uitdaging in de ggz/fz. De hoofdlijn van de huidige systematiek is het principe van een gecorrigeerde markt, waarmee ingespeeld wordt op de belangenverschillen in het veld. De hoofdlijn van het Zorgprestatiemodel is netwerkafstemming, gericht op het verminderen van de informatieasymmetrie in het veld. Dit legt een basis voor het gesprek tussen veldpartijen.*
>
> *Langs dit kader van informatieasymmetrie en een dubbele governance-uitdaging hebben we de vraagstukken rondom behandeling en bekostiging in de ggz/fz in kaart gebracht. Deze analyse is als basis gebruikt om te komen tot een beoordeling van het Zorgprestatiemodel. Ook noemen we een aantal stimulerende en mitigerende maatregelen om knelpunten of uitdagingen in de huidige opzet van het Zorgprestatiemodel te ondervangen. De figuur hieronder laat de 10 ont- werpcriteria van het Zorgprestatiemodel met de beoordeling zien (op een 5-punts schaal van “voldoet grotendeels niet” tot “voldoet volledig”).*

Het Zorgprestatiemodel zal leiden tot een maximale transparantie van geleverde zorg, tot prijzen die aansluiten bij de geleverde behandeling, tot vereenvoudiging van de administratie en verantwoording en tot een aanzienlijke versnelling van de beschikbare informatie voor alle partijen. Door het verdisconteren van de indirecte tijd binnen de consulttarieven wordt er binnen het Zorgprestatiemodel gestuurd op meer directe tijd die besteed wordt aan patiënten en hiermee verwachten we dat de productiviteit in termen van directe tijd door de behandelaren toeneemt. Aandacht voor het behandelplan en gepast gebruik worden gestimuleerd door het differentiëren van consult op diagnostisch of behandelconsult. De effecten van het Zorgprestatie- model kunnen een goede basis vormen voor de dialoog tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Het Zorgprestatiemodel scoort op deze onderdelen ***beter of veel beter*** *dan het huidige bekostigingsmodel.*

In de huidige opzet van het Zorgprestatiemodel zien we echter ook risico's. Net zoals onder het huidige bekostigingssysteem, is het onder het Zorgprestatiemodel ook lastig om te beoordelen of geleverde zorg ook de benodigde zorg was. Het Zorgprestatiemodel normeert namelijk niet naar zorginhoud. Veldpartijen moeten die inhoudelijke normering vaststellen. In de praktijk kan dit betekenen dat hooggekwalificeerde behandelaren relatief eenvoudige ggz/fz zorg gaan leveren of behandelen onder een te hoog gekwalificeerde setting. Het Zorgprestatiemodel stelt verder geen grenzen aan de duur van de behandeling waardoor er een reëel risico ontstaat dat behandelingen onnodig lang worden voortgezet. De verwachte toename in productiviteit in termen van directe tijd kan ten koste gaan van de ruimte voor indirecte tijd die soms nodig is voor de regie van en reflectie op de behandeling. Het Zorgprestatiemodel stelt veldpartijen wel veel sneller dan het huidige bekostigingssysteem in staat om een gesprek te voeren over gepaste zorg doordat zij sneller feitelijke informatie tot hun beschikking hebben.

Het Zorgprestatiemodel is afhankelijk van een effectieve werking van het model van zorgvraagtypering (de vaststelling of de geleverde zorg ook past bij de benodigde zorg), de kwaliteit van contractafspraken en veldafspraken die partijen onderling met elkaar maken en de mate waarin het interessant wordt om gecontracteerd te werken. Aangezien het

Zorgprestatiemodel uitgaat van reële tarieven[8], zou het in theorie minder aantrekkelijk moeten worden voor behandelaren om te kiezen voor een ongecontracteerde relatie met zorgverzekeraars. Tegelijkertijd verwachten we optimalisaties in de verhouding directe/indirecte tijd en stelt het Zorgprestatiemodel niet langer beperkingen in de behandelduur van de gb-ggz. Dit kan het voor bepaalde aanbieders juist interessanter maken om ongecontracteerd zorg te verlenen.

Een belangrijk aandachtspunt in de ontwikkeling van het Zorgprestatiemodel is het beter bedienen van de patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (de EPA-doelgroep). Onder het Zorgprestatiemodel wordt er een passende bekostiging voor de EPA-doelgroep vastgesteld. De mate waarin de passende zorg ook daadwerkelijk geleverd wordt is afhankelijk van andere factoren dan alleen bekostiging. Zo moeten er veldafspraken (bijv. regiotafels) komen en is een goede vertaling daarvan in zorginkoop contracten cruciaal. Zonder aanvullende afspraken en met behoud van de huidige contractering via budgetplafonds komt de EPA-zorg ook onder het Zorgprestatiemodel in het geding.

We doen een aantal suggesties om de werking van het Zorgprestatiemodel te optimaliseren en bovengenoemde risico's te beperken (stimulerende en mitigerende maatregelen). Allereerst kunnen gewenste gedragingen door actoren worden gestimuleerd (stimulerende maatregelen).

Bijvoorbeeld het bevorderen van een dialoog over gepast gebruik op alle niveaus van actoren. Daarnaast kan er meer accent gelegd worden op de diagnostische fase van de behandeling, om daarmee de belangen van het vaststellen van een diagnose of zorgvraag los te koppelen van de feitelijke levering van de behandeling. Ook kan het helpen om te stimuleren dat veldpartijen gezamenlijk tot veldnormen van passende zorgbehandeling bij de zorgvraag komen.

We bevelen daarnaast aan een aantal mitigerende maatregelen in te voeren om niet-gepast gebruik tegen te gaan. Een mogelijkheid is om de setting duidelijker te beheersen door aanvul- lende eisen te stellen om in bepaalde settingen zorg te mogen leveren (criteria voor instellingen of behandelaren). Daarnaast zien we mogelijke maatregelen om de doelmatigheid van de behandeling te bevorderen. Zo kunnen er begrenzingen aangebracht worden in de duur en/of kosten van behandeling, kan er worden gedacht aan over de tijd degressieve tarieven, of kunnen tarieven (deels) onafhankelijk van type behandelaar worden gemaakt (stimuleert tot doelmatige inzet van behandelaren). Bij het introduceren van mitigerende maatregelen is het van belang om de (administratieve) last hiervan op partijen waarbij het in feite niet nodig zou zijn, zoveel mogelijk te beperken.

Samenvattend verbetert het Zorgprestatiemodel de transparantie, snelheid en kwaliteit van in- formatie in de gehele ggz/fz. Dit geeft veldpartijen de mogelijkheid om beter om te gaan met de governance uitdaging binnen de sector. De mitigerende en stimulerende maatregelen die we in dit rapport doen kunnen helpen bij het optimaliseren van het beoogde doel van het Zorgprestatiemodel. We raden aan een aantal van deze maatregelen in te voeren en de impact van dergelijke aanpassingen verder te onderzoeken vóór implementatie van het Zorgprestatiemodel.

[8] Met het ZPM vervalt ook de stopbonus binnen het DBC-bekostigingssysteem. Deze stopbonus heeft geleid tot niet-passende tariefsvergoeding binnen de s-ggz

8 Belangrijke thema's

8.1 Prikkels

In de kabinetsreactie op het advies van de NZa wordt expliciete aandacht gevraagd voor de 'prikkelwerking' van het zorgprestatiemodel. Ongewenste financiële gedragsprikkels moeten in het nieuwe model zo veel mogelijk worden voorkomen en doelmatigheid moet worden gestimuleerd. Verder moet het model een passende vergoeding mogelijk maken voor zorg aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening.

Bij de uitwerking van het zorgprestatiemodel is er daarom op gelet dat het model (in vergelijking met het huidige bekostigingssysteem) betere prikkels voor doelmatige zorg en aantoonbaar minder averechtse financiële gedragsprikkels bevat. Het model zal meer dan de huidige bekostiging doelmatige zorg moeten stimuleren.

De NZa heeft een eerste verkenning uitgevoerd over de mate waarin de nieuwe bekostiging aan deze voorwaarden voldoet. Deze is opgenomen als bijlage 11.3.

8.2 Gepast gebruik

De nieuwe bekostiging moet volgens het Bestuurlijk Akkoord het gepast gebruik van zorg ondersteunen. *Dit onderwerp wordt uitgewerkt in een volgende versie van dit document. De hoofdlijnen van die uitwerking zullen zijn:*

- *Gepast gebruik wordt in ieder geval onderdeel van het verantwoordingsarrangement, zodat het wordt ingebed in het proces van verantwoording. Partijen stellen daarbij verbeterafspraken voor de toekomst centraal, niet het corrigeren van het verleden. Bij evident ongepast gebruik of misbruik kan het verleden wel worden gecorrigeerd.*
- *Het zorgprestatiemodel heeft een aantal normerende elementen in zich. Prestaties en tarieven sluiten zo precies mogelijk aan bij wie de zorg levert, bij het type consult en bij de setting. In de tarieven zit geen onnodige 'overhead'. Dat betekent dat er een heel direct verband is tussen vergoeding en het leveren van zorg in contact met de patiënt.*
- *Het wordt beter dan in de huidige bekostiging mogelijk de inhoud van de zorg te volgen: op de nota staat precies wie wat heeft gedaan, en wanneer. Daardoor kan die inhoud beter naast kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en veldnormen worden gelegd. Doordat meer informatie beschikbaar komt over wie welke zorg levert, 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 zorgaanbieder en zorgverzekeraar. In het zorgprestatiemodel declareren straks alleen die beroepen die een in kwaliteitsstandaarden erkende rol hebben.*
- *Er komt een vorm van zorgvraagtypering. Partijen hebben al afgesproken dat deze zal worden gebruikt om tussentijds te evalueren of de inzet van zorg nog past bij de zorgvraag en om (voor groepen van patiënten) afspraken te maken over de behandelinzet.*
- *Naast de eigenschappen van het model die transparantie bevorderen, werken partijen ook aan veldafspraken die gepast gebruik bevorderen.*

8.3 Gevolgen voor patiënten

Dit onderwerp wordt uitgewerkt in een volgende versie van dit document. Onderdelen van die uitwerking zijn hieronder opgesomd. Deze paragraaf geldt niet voor de forensische zorg.

- Twee van de tien ontwerpcriteria gaan expliciet in op de positie van de patiënt, namelijk ontwerpcriterium 1 (eenvoudige, begrijpelijke prestaties) en ontwerpcriterium 2 (de prestatie weerspiegelt daadwerkelijk geleverde zorg, de nota is controleerbaar).
  Uit beoordeling van het Talma Instituut blijkt dat daaraan grotendeels wordt voldaan.
  - *begrijpelijke prestaties: doordat prestaties aansluiten bij contactmomenten sluiten ze zoveel mogelijk aan bij het referentiekader van de patiënt*
  - *de nota bevat herkenbare informatie die makkelijk kan worden gecontroleerd: soort consult en duur, behandelaar.*
- *We bespraken al dat er straks meer dan 1000 prestaties zijn. De patiënt heeft er geen last van dat dit een groot aantal is, want hij of zij ziet ze nooit allemaal tegelijk. Het zorgt er juist voor dat de prestatie precies aansluit bij wat de patiënt ervaart.*
- *Deze informatie komt op de nota en ook in de mijn-omgeving bij de zorgverzekeraar. Het bekostigingsmodel is geen doel op zich, maar een middel dat mogelijk maakt dat iedereen de zorg krijgt die nodig en gepast is. De nieuwe bekostiging zal een aantal voor patiënten gunstige effecten hebben.*
  - *Meer aandacht voor diagnostiek, doordat daarvoor een aparte, passende vergoeding komt. Dit maakt mogelijk dat de juiste professional hier de benodigde aandacht aan geeft.*
  - *Door differentiatie in de prestaties zal naar verwachting vaker de juiste professional worden ingezet.*
  - *Tegengaan van wachtlijsten, doordat patiëntencontact wordt beloond en bovenmatige inzet van indirecte tijd niet.*
  - *De bekostiging sluit beter aan bij de werkelijke behandelkosten. Dit geeft meer financiële ruimte voor de behandeling van bijvoorbeeld ernstige psychische aandoeningen.*
- *Het nieuwe model ondersteunt shared-decision making. Doordat er straks meer informatie voor de patiënt beschikbaar komt, is er meer aanleiding voor het gesprek over de zorg. Naar verwachting gaat ook de zorgvraagtypering hieraan bijdragen. De typering van de zorgvraag is een extra aanleiding om in gesprek te gaan, niet alleen vooraf maar ook tijdens de zorgverlening.*
- *De NZa heeft geadviseerd om na te denken over hoe de patiënt het beste kan worden betrokken bij de nieuwe rol als 'controleur' van de informatie die straks beschikbaar komt.*

8.4 Zorgtrajectnummer

In het NZa-advies staat dat moet worden voorkomen dat door de invoering van het zorgprestatiemodel een trendbreuk optreedt in de informatie die nu voor partijen beschikbaar is. Daarvoor zal een zorgtrajectnummer worden ingezet. Dat is een unieke numerieke identificatie die het administratieve verband aangeeft tussen enerzijds de zorgvraag van een patiënt en anderzijds een verzameling declarabele prestaties, tussen een begin- en een einddatum. Er bestaat in het programma overeenstemming over het feit dát een trajectnummer wordt ingezet, en over wat de gebruiksdoelen zijn.

Het eerste gebruiksdoel is het toezien op de aanspraak op zorg die volgt uit de Zorgverzekeringswet of de Wet forensische zorg. Gegeven de wettelijke taken van zorgverzekeraars moet het mogelijk zijn om in rekening gebrachte prestaties te relateren aan de aanspraak op zorg. Uit losse prestaties is dit verband waarschijnlijk (en niet zonder interpreteren door de zorgverzekeraar) onvoldoende af te leiden. Er zal dus een koppeling moeten worden gelegd tussen een specifieke zorgvraag enerzijds en een verzameling prestaties anderzijds, onafhankelijk van de vraag of er een contractrelatie is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Het tweede gebruiksdoel is het volgen van afspraken. Onder het zorgprestatiemodel is er een onderscheid tussen bekostiging en vergoeding. Bekostiging is het door de overheid voorgeschreven systeem van prestaties en tarieven, dat bepaalt hoe een zorgaanbieder geleverde zorg moet declareren (beschreven in hoofdstuk 3). Vergoeding gaat over hoeveel de zorgaanbieder uiteindelijk vergoed krijgt. Om de twee op elkaar aan te kunnen sluiten moet er een manier zijn om uit het grotere geheel een verzameling van prestaties af te bakenen waarvoor een bepaalde afspraak geldt. Het trajectnummer maakt dit mogelijk.

Het trajectnummer draagt bij aan het voldoen aan de ontwerpcriteria van paragraaf 2.6. Het faciliteert de procesgerichte verantwoording (ontwerpcriterium 7) en het gesprek over gepast gebruik (ontwerpcriterium 9): als losse prestaties in samenhang kunnen worden verantwoord en besproken, ontstaat een zinvolle context. Bovendien kan het de administratieve lasten verlagen (ontwerpcriterium 4), doordat de eigenschappen van een set van prestaties die horen bij één zorgvraag maar één keer (bij het trajectnummer) hoeven te worden vastgelegd.

Tegelijkertijd moet het trajectnummer niet tot een trajectbekostiging leiden, omdat die met de invoering van het zorgprestatiemodel juist wordt verlaten. Omdat het zorgprestatiemodel versnelling van het inzicht in zorguitgaven beoogt, mag het ook niet leiden tot nieuwe onzekerheid bij het vaststellen van jaarrekeningen. Partijen zijn het erover eens dat het moment van zekerheid (gegeven wettelijke kaders en bijvoorbeeld factureringstermijnen) zo dicht als mogelijk bij, en bij voorkeur op, de jaarovergang moet liggen. Omdat er geen sprake is van trajectbekostiging zal de zorgverzekeraar het zorgtrajectnummer niet gebruiken om een heel ‘traject’ terug te vorderen als één van de declaraties niet klopt.

De redenen voor de invoering van een trajectnummer gelden ook als er geen contractrelatie is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Het ligt daarom voor de hand dat de NZa het gebruik ervan voorschrijft in een regeling.

In de bestuurlijke commissie is besloten over de gebruiksdoelen van het zorgtrajectnummer en over de kaders voor het gebruik. In het programma zijn de hoofdlijnen verder uitgewerkt. Daarbij is rekening gehouden met de verschillen tussen ggz en fz.

De belangrijkste kenmerken van het zorgtrajectnummer worden:

- Het zorgtrajectnummer geldt per getypeerde zorgvraag (ggz) of per forensische titel (fz). Als de zorgvraagtypering opnieuw wordt bepaald, of als de forensische titel afloopt, krijgen de prestaties die daarna worden geleverd een nieuw zorgtrajectnummer.
- Zorgaanbieders in de ggz bepalen zelf een uniek zorgtrajectnummer, volgens door de NZa vast te leggen specificaties. De AGB-code van de declarerende zorgaanbieder maakt onderdeel uit van het nummer. Voor de fz wordt het nummer door de Dienst Justitiële inrichtingen (DJI) van J&V bepaald.
- In de ggz heeft een patiënt bij een zorgaanbieder nooit meer dan één zorgtrajectnummer openstaan. Dat volgt de patiënt binnen de zorgaanbieder totdat de zorgvraag wijzigt. Bij onderlinge dienstverlening houdt de patiënt het zorgtrajectnummer van de aanvragende zorgaanbieder. De patiënt die naar aan andere zorgaanbieder wordt doorverwezen, krijgt daar een ander zorgtrajectnummer. Als meerdere zorgaanbieders zijn betrokken, kunnen voor een patiënt dus tegelijkertijd verschillende zorgtrajectnummers gelden. In de fz volgt het nummer de patiënt altijd.
- Bij onderlinge dienstverlening in de ggz gebruikt de uitvoerende zorgaanbieder het nummer van de zorgaanbieder die de dienst vraagt.

8.5 Risicoverevening

Zorgverzekeraars hebben voor de basisverzekering een acceptatieplicht. Dit zorgt ervoor dat verzekerden die veel zorg nodig hebben, niet worden belemmerd in het overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Deze verzekerden zijn niet per definitie gelijk verdeeld over de zorgverzekeraars. De ene verzekeraar kan daardoor hogere kosten hebben dan de andere. Om dit effect zoveel mogelijk te corrigeren, verstrekt Zorginstituut Nederland elke zorgverzekeraar een vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Dit wordt ook wel risicoverevening genoemd. De risicoverevening geldt niet voor forensische zorg.

De invoering van het zorgprestatiemodel kan gevolgen hebben voor de uitkomsten van de risicoverevening. VWS, ZN, NZa en ZINL zijn hierover in onderling overleg.

Aandachtspunten in dat overleg zijn onder meer:

- de toerekening van de in paragraaf 8.7 beschreven schadelastdip naar zorgverzekeraars. De gevolgen van de harde afsluiting per eind 2021 zijn mogelijk niet evenredig verdeeld naar zorgverzekeraars. Zo heeft bijvoorbeeld de harde afsluiting naar verwachting relatief grotere gevolgen bij lang lopende dbc's, die niet evenredig zijn verdeeld over zorgverzekeraars.
- de aanpassing van de vereveningscriteria. Een van de criteria op basis waarvan het risico wordt verevend is de DKG (diagnosekostengroep). Deze wordt bepaald op basis van

declaraties in voorgaande jaren. In 2021 worden deze declaraties beïnvloed door de harde afsluiting van de dbc's en in 2022 door de invoering van het zorgprestatiemodel. Een vergelijkbare wijziging doet zich voor bij het vereveningscriterium MHK (meerjarig hoge kosten). De vereveningscriteria moeten daarom mogelijk worden aangepast.
- het effect van de invoering van het zorgprestatiemodel op de normbedragen die in de risicoverevening worden gebruikt.

Om de precieze effecten in beeld te krijgen zal een conversie worden uitgevoerd.

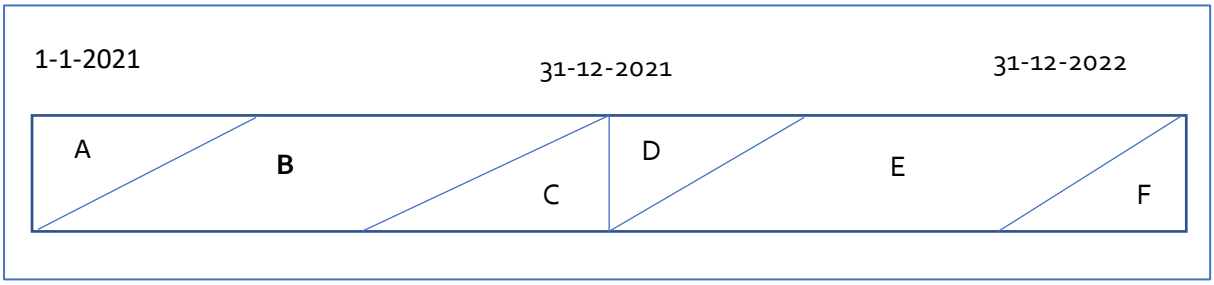
8.6 Privacy

Zorgverzekeraars beschikken in de huidige bekostiging over de DSM diagnosehoofdgroep. Dat is privacygevoelige informatie. De inrichting van de huidige bekostiging rechtvaardigt het gebruik van deze informatie, en biedt voldoende waarborgen dat met deze informatie zorgvuldig wordt omgegaan. In het advies van de NZa staat dat deze informatie ook onder het zorgprestatiemodel beschikbaar zal blijven, in ieder geval tot daarvoor een beter alternatief is gevonden, bijvoorbeeld in de vorm van een nieuwe methode voor zorgvraagtypering. De vraag is of de rechtvaardigingsgrond voor het gebruik van de informatie ook geldt onder het zorgprestatiemodel, en of dat model voldoende waarborgen biedt als het gaat om privacygevoelige informatie. Zorgverzekeraars Nederland en de NZa hebben over het onderwerp een notitie laten opstellen door advocatenkantoor PelsRijcken. De genoemde vragen zijn met de concept-regelgeving van de NZa en de notitie voorgelegd aan de Autoriteit Persoonsgegevens (AP). De AP heeft na overleg met VWS en NZa schriftelijk bevestigd dat het voorgestelde gebruik van de diagnosehoofdgroep en de concept-regelgeving geen aanleiding geven tot opmerkingen. Daarmee is bevestigd dat de diagnosehoofdgroep ook in de nieuwe bekostiging kan worden gebruikt als informatie-element.

8.7 Overgangsmodel

Bij invoering van het zorgprestatiemodel zullen op 31 december 2021 alle trajecten in de gb-ggz, g-ggz en fz worden afgesloten. Dit noemen we ook wel een 'harde stop'. Op deze manier voorkomen we dat twee bekostigingssystemen door elkaar gaan lopen. Schadelast wordt toegerekend op basis van de startdatum van een traject. Doordat de trajecten eerder worden afgesloten, zal de waarde van deze trajecten vaak lager zijn, dan wanneer ze wel volledig zouden zijn afgerond. Binnen het programma zijn afspraken gemaakt hoe de waarde van de 'afgebroken' trajecten wordt bepaald (dbc, dbbc, behandeltrajecten gb-ggz). Om deze zelfde reden zal de schadelast in de ggz en fz in 2021 eenmalig lager uitvallen (schadelastdip).

Deze schadelastdip zal voor de ggz worden vertaald in een éénmalig lager Budgettair Kader Zorg (BKZ) en een eenmalig lager Macro Prestatie Bedrag voor zorgverzekeraars. Dit is in onderstaande figuur geïllustreerd.



Situatie in een trajectbekostiging		
BKZ en MPB gebaseerd op schadejaar	2021 = BCD	2022 = EFG

Bij harde afsluiting trajecten op 31-12-2021	
BKZ en MPB 2021 (gebaseerd op schadejaar)	**BC** Deel D dient afgetrokken te worden van het huidige kader
BKZ en MPB 2022 (gebaseerd op kalenderjaar)	**DEF**

Binnen de langdurige ggz is er geen sprake van een schadelastdip, omdat dit over het algemeen maanddeclaraties zijn. Deze worden aan het einde van de maand gefactureerd.

De tekst over hoe zorgverzekeraars in de contractering willen omgaan met deze wijzigingen wordt in een volgende versie toegevoegd. Zorgverzekeraars en zorgaanbiedersaanbieders zullen overleg voeren over de contractering in de jaren rond de invoering van het model, en over hoe onevenredige effecten van de invoering van model kunnen worden gecorrigeerd. Partijen gaan na of hierover een veldafspraak kan worden gemaakt.

In een volgende versie wordt ook de overgang van de FZ beschreven.

9 Veldafspraken

De NZa zal de in hoofdstuk 3 beschreven prestatiestructuur vastleggen in (beleids)regels, en regels stellen over wie de prestaties in rekening mag brengen. Zij is daarbij gebonden aan haar wettelijke taken. De NZa moet bijvoorbeeld uitgaan van 'functionele omschrijvingen' en kan geen regels stellen over de kwaliteit van zorg. Voor een goede werking van het zorgprestatiemodel moeten de regels daarom op sommige punten verder worden ingevuld. Daarvoor willen partijen 'veldafspraken' maken. Er gelden nu ook al veldafspraken, bijvoorbeeld over de inhoud van het Kwaliteitsstatuut dat zorgaanbieders moeten hebben.

Binnen het programma zal werkgroep 3 onderzoeken hoe de veldafspraken het beste kunnen worden vastgelegd. Daarbij is van belang dat de afspraken breed gelden, dus ook bijvoorbeeld als zorg wordt geleverd zonder dat daarover een overeenkomst is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De NZa heeft aangegeven in haar regelgeving waar mogelijk te verwijzen naar de veldafspraken/veldnormen.

De werkgroep zal op basis van de input van andere werkgroepen de veldafspraken inhoudelijk voorbereiden. De besluitvorming verloopt via het proces dat is beschreven in paragraaf 2.3. Uiteindelijk zijn het dus de bij het Bestuurlijk Akkoord betrokken partijen die de veldafspraken ondertekenen.

Het programmateam heeft al een aantal onderwerpen aangewezen die in aanmerking komen voor veldafspraken. Dit zijn bijvoorbeeld:

- De toepassing van Zorgvraagtypering
- Uniforme toepassing van prestaties, zoals: wanneer geldt de setting hoogspecialistisch
- Beroepen in ggz en fz: welke beroepen hebben een erkende rol en welke van die beroepen kunnen consulten registreren
- Verantwoording en controle: hoe worden correcte registratie en declaratie en gepast gebruik geborgd
- Transitie naar nieuwe bekostiging: hoe verloopt de implementatie, wat zijn de regels voor het afsluiten van lopende prestaties eind 2021, hoe wordt de transitieprestatie ingevuld.

9.1 Inrichting van de veldafspraken

Dit onderwerp wordt uitgewerkt in een volgende versie van dit document.

10 Implementatie en ICT

10.1 Implementatie

Het programma zal de implementatie van het zorgprestatiemodel bij zorgaanbieders zo goed mogelijk ondersteunen. Op dit moment brengt werkgroep 6 in kaart hoe de invoering van het zorgprestatiemodel de volgende bedrijfsprocessen van zorgaanbieders kan beïnvloeden:

- Zorg- en resourceplanning
- Zorgverlening
- Registratie en declaratie
- Zorginkoop en contractbeheer
- Financiële administratie
- Informatievoorziening
- Communicatie en voorlichting
- Verantwoording en controle

Werkgroep 6 vertaalt die informatie naar generieke handvatten en checklists die zorgaanbieders en behandelaars kunnen gebruiken om zich op de invoering voor te bereiden. Deze zullen in de tweede helft van 2020 worden gepubliceerd.

10.2 Simulatie

De NZa berekent tot welke financiële verschuivingen de invoering van het zorgprestatiemodel kan leiden. Deze berekeningen gaan met name over de verschuivingen tussen groepen van zorgaanbieders (‘strata’). De invoering van het zorgprestatiemodel kan ook voor individuele zorgaanbieders een financieel effect hebben. Dit effect zullen zorgaanbieders zelf kunnen berekenen.

In het programma zal een rekenmodel worden opgesteld dat productie over 2019, uitgedrukt in de productstructuur die in dat jaar van toepassing was, vertaalt naar omzet onder het zorgprestatiemodel. Dit rekenmodel zal eind 2020 beschikbaar komen voor zorgaanbieders. In de eerste helft van 2021 kan elke zorgaanbieder dan de impact van het zorgprestatiemodel voor de eigen praktijk of instelling in kaart brengen.

10.3 ICT

Om het zorgprestatiemodel in te kunnen voeren, zijn aanpassingen nodig in de software van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, en in de specificaties voor hun berichtenverkeer. Om te zorgen dat de aanpassing tijdig kan starten heeft werkgroep 7 in de eerste helft van 2020 voorbereidingen getroffen. De feitelijke ontwikkeling vindt plaats bij bijvoorbeeld Vektis, Vecozo en (brancheorganisaties van) softwareleveranciers. Deze zijn alle in de werkgroep vertegenwoordigd. De werkgroep rapporteert aan het programmateam over de voortgang. Dezelfde werkwijze geldt voor de benodigde aanpassingen in de elektronische patiëntendossiers (EPD’s): de werkgroep formuleert mijlpalen en faciliteert inhoudelijke afstemming tussen alle betrokkenen, de feitelijke

ontwikkeling vindt plaats buiten de werkgroep.
Uiterlijk 1 oktober 2020 moeten de technische specificaties klaar zijn, het daadwerkelijk aanpassen van systemen en processen zal daarna plaatsvinden in de periode tot medio 2021. De EI-standaard moet uiterlijk 1 januari 2021 klaar zijn. Uitrol en praktijktesten vinden plaats in de tweede helft van 2021. Partijen zijn het erover eens dat op korte termijn voortgang moet worden geboekt. In de tweede week van juli vindt er daarom een 'bestuurlijk overleg ICT' plaats waarin onder meer voortgang en taakverdeling zullen worden besproken. Vanaf juli 2020 zullen de activiteiten van de werkgroep geïntensiveerd worden.

11 Bijlagen

11.1 Bijlage: Startnotitie Zorgvraagtypering

Startnotitie Werkgroep Zorgvraagtypering

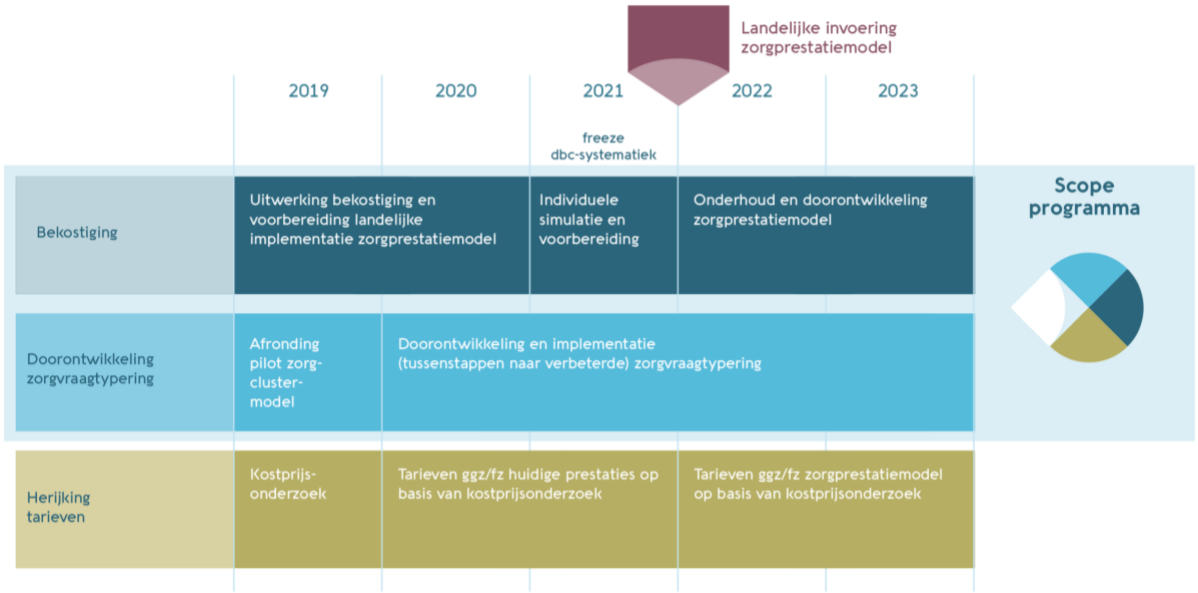
Datum: 22 januari 2020
Status: Vastgesteld door Bestuurlijke commissie

INLEIDING

Met invoering van het zorgprestatiemodelmodel wordt afscheid genomen van de producten van de generalistische basis-ggz en prestaties als dbc's, dbbc's en zzp's in de geneeskundige gespecialiseerde ggz en de fz. Dit staat in het advies 'zorgprestatiemodel ggz en fz' dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in mei 2019 heeft uitgebracht aan de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Justitie en Veiligheid. De betrokken staatssecretaris en minister hebben laten weten dit advies over te zullen nemen, als tenminste bij de uitwerking nog een aantal zaken wordt bevestigd.

In het advies schrijft de NZa: *Met deze nieuwe bekostiging zijn we er nog niet. We zien dit als een startpunt. Een verbetering van de zorgvraagtypering van patiënten is nodig om fundamentele stappen te zetten naar nog betere klinische herkenbaarheid en meer sturing op gepaste en doelmatige zorg. Partijen committeren zich aan deze doorontwikkeling en zullen daarbij de input vanuit de pilots van het zorgclustermodel gebruiken.*

Per 1 juni 2019 is een programma gestart waarin veldpartijen samen werken aan de verdere uitwerking en implementatie van het zorgprestatiemodel én aan de verdere ontwikkeling van de zorgvraagtypering: het programma zorgprestatiemodel ggz en fz. De scope en globale planning van dit programma staan hieronder.



In het programma wordt onderscheid gemaakt tussen bekostiging en vergoeding. Bekostiging is het door de overheid voorgeschreven systeem van prestaties en tarieven, dat bepaalt hoe een zorgaanbieder geleverde zorg moet declareren. Vergoeding gaat over hoeveel de zorgaanbieder uiteindelijk betaald krijgt. Vergoeding gaat dus over de manier waarop we in de praktijk begrenzingen aanbrengen, bijvoorbeeld met bandbreedtes per patiëntgroep voor duur en intensiteit van de behandeling. Het is nader uit te werken hoe zorgvraagtypering wordt gepositioneerd ten opzichte van de bekostiging en in hoeverre gezamenlijk

bindende afspraken kunnen worden gemaakt. De doorontwikkeling van de zorgvraagtypering is niet afhankelijk van de ontwikkeling van de bekostiging en vice versa.
Binnen het programma zijn werkgroepen actief die specifieke onderwerpen voorbereiden en gezamenlijke voorstellen inbrengen in het programma. Een van deze werkgroepen (werkgroep 8) richt zich op de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering.

De opdracht van de Werkgroep Zorgvraagtypering is: *Ontwikkel een verbeterde zorgvraagtypering voor de ggz en fz. Interpreteer de uitkomsten van de pilots en ontwikkel een routekaart met tijdpad om deze zorgvraagtypering (of als dat nodig is: een alternatief scenario) te ontwikkelen en te implementeren. Laat daarbij zien hoe en wanneer de verbeterde zorgvraagtypering gebruikt kan worden om de doelen uit het Hoofdlijnenakkoord met betrekking tot de ondersteuning van gepast gebruik te realiseren. (…)*

Een van de deelopdrachten is, om eerst ***een gezamenlijke denkrichting te ontwikkelen*** *ten aanzien van de manieren waarop een verbeterde zorgvraagtypering gebruikt kan worden om het doel uit het HLA (verbeterde ondersteuning van gepast gebruik) te realiseren.*

Partijen zijn het erover eens dat de forensische zorg hierbij een eigen positie inneemt, doordat daar vooral veiligheid en recidiverisico de inzet van zorg bepalen, en gewerkt wordt met indicaties van NIFP. Wij onderzoeken nog, hoe hiermee moet worden omgegaan.

Volgens de tijdlijn in deze startnotitie zullen alle zorgaanbieders per 2022 starten met het uniform registreren van de gegevens die nodig zijn met het oog zorgvraagtypering. Het gaat om gegevens op het niveau van de individuele patiënt en diens behandeling. Dit hoeven niet altijd ‘nieuwe’ gegevens te zijn. Wij gaan er vanuit dat uitvoering van bijvoorbeeld horizontaal toezicht en het invulling geven aan gepast gebruik waar mogelijk van dezelfde gegevens gebruik maken, zodat per saldo de administratieve lasten afnemen.

OPZET STARTNOTITIE

Wij bespreken in deze notitie achtereenvolgens:

1. Zorgvraagtypering: kenmerken en afbakening
   Wat verstaan we precies onder zorgvraagtypering? Hoe verhoudt zorgvraagtypering zich tot andere afspraken, regels en de zorgprestaties?

2. Inzet zorgvraagtypering bezien vanuit actoren
   Wat heb ik eraan als patiënt, zorgaanbieder, zorgverzekeraar, maatschappij?

3. Gebruiksdoelen zorgvraagtypering
   Wat zijn (mogelijke) gebruiksdoelen, gezien 1 en 2?

4. Vervolgstappen
   Welke (tussen)stappen zien wij in de ontwikkeling van de zorgvraagtypering?

1. ZORGVRAAGTYPERING: KENMERKEN EN AFBAKENING

Het Hoofdlijnenakkoord vult logischerwijs niet in detail in hoe zorgvraagtypering kan worden ingezet om *een verbeterde ondersteuning van gepast gebruik* te bereiken. Het noemt als voorbeeld wel *het goed en tijdig op- en afschalen van zorg,* en geeft mee dat de lessen uit de pilot moeten worden benut. Inmiddels is wel, zoals afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord, het proces van verantwoording op gepast gebruik in de ggz verder ingevuld, door een advies van de Taskforce Gepast Gebruik ggz.

Om 'zorgvraagtypering' en doelen die ermee kunnen worden bereikt in te kaderen, bespreken wij hieronder eerst een aantal algemene kenmerken: wat verstaan we nu precies onder zorgvraagtypering? En hoe verhoudt de zorgvraagtypering zich tot de andere onderdelen van het stelsel? Zorgvraagtypering staat immers niet op zichzelf, maar zal moeten aansluiten op het stelsel van prestaties en tarieven om de zorg af te rekenen (vanaf 2022: het zorgprestatiemodel), van regels over aanspraak op zorg, en van afspraken over vergoeding van zorg. Zorgvraagtypering moet in dat stelsel passen. Bovendien heeft de zorgvraagtypering al 'een geschiedenis'. De zorgvraagtypering die nu in pilotvorm wordt getest, is een aan de Nederlandse situatie aangepaste versie van het 'Engelse model' voor het profileren van patiëntgroepen, het zorgclustermodel. Dat model zou eerder in combinatie met zorgprestaties de nieuwe bekostigingsstructuur voor ggz en fz worden. Via de zorgclusters zouden de (ernst van de) zorgvraag van de patiënt, dagelijkse gevolgen ervan (bijvoorbeeld op functioneren), en eigenschappen van de patiënt in de bekostiging worden betrokken

1. Zorgvraagtypering is **een middel om de (werkelijke) zorgbehoefte transparant te maken.** Het helpt een verband te leggen tussen zorgvraag en inzet van zorg. Daarbij kan het gaan over zorg*zwaarte*, maar bijvoorbeeld ook over de kans op herstel of op stabiliteit, terugval of recidive. Hierover zijn al veel data beschikbaar. De te ontwikkelen structuur van de zorgvraagtypering kan helpen die in onderling verband te brengen. Het is hierbij van belang dat alle zorgaanbieders de gegevens op een uniforme manier registreren.

2. De zorgvraagtypering is **een (onderbouwde) momentopname** van de zorgvraag van een patiënt. Opnieuw typeren, bijvoorbeeld op een review-moment of na een behandeltraject kan richtinggevend zijn voor op- of afschalen of voortzetten van zorg. Het is echter geen middel voor het afrekenen van de behandeling van een individuele patiënt.

3. Bij een beter inzicht in werkelijke zorgbehoefte kan **voor groepen van patiënten** worden voorspeld **welke inzet van zorg** naar verwachting nodig is. Inzet van zorg kan bijvoorbeeld worden afgemeten aan het aantal en de soort zorgprestaties die worden gedeclareerd. De typering van een individuele zorgvraag zal niet bepalen wat de beste zorg is voor de individuele zorgvrager. Maar groepen van patiënten met een bepaalde zorgvraagtypering zullen naar verwachting wél een enigszins stabiele bandbreedte voor wat betreft zorginzet laten zien.

4. Zorgvraagtypering maakt **afspraken mogelijk tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders** over wat voor specifieke patiëntengroepen een reële vergoeding is, gegeven de voor die groep gepaste zorg. Het is daarmee een belangrijke aanvulling op (en in de toekomst mogelijk: een alternatief voor) de DSM-classificatie, die op zichzelf onvoldoende voorspellende waarde heeft voor bijvoorbeeld de te verwachten zorgzwaarte. Zorgvraagtypering bepaalt niet de inzet van zorg voor *individuele* patiënten, maar kan wel worden betrokken in een gesprek daarover tussen zorgverlener en patiënt, of tussen zorgprofessionals onderling. De werkgroep merkt daarbij op dat de forensische zorg een heel eigen karakter heeft. De inzet van zorg is daar meer richtinggevend.

5. Omdat maatschappelijke omstandigheden en inzichten kunnen veranderen, kan het zorgvraagtyperingsmodel zelf ook veranderen. Naarmate meer data beschikbaar zijn, zijn betere voorspellingen mogelijk en kan het model verder worden verfijnd. Het model van de zorgvraagtypering **is 'lerend'**. Op termijn zou zorgvraagtypering daardoor ook een rol kunnen gaan spelen in bijvoorbeeld zorgstandaarden of bij het bepalen van de aanspraak op zorg.

6. De prestatieregulering regelt de bekostiging van de zorg. Dit zijn de regels van de overheid waarin staat welke zorgprestaties in rekening mogen worden gebracht, wie dat mogen doen en vaak ook welke bedrag maximaal in rekening mag worden gebracht. Uit deze regels volgt bijvoorbeeld wat onder een declarabel consult moet worden verstaan. De zorgvraagtypering is geen onderdeel van de bekostiging, maar wel een **verrijking van het Zorgprestatiemodel** die bedoeld is om (gegeven de bekostiging) in de praktijk gepast gebruik en doelmatigheid te bevorderen. Hoe zorgvraagtypering wordt gepositioneerd ten opzichte van de bekostiging en in hoeverre gezamenlijk bindende afspraken kunnen worden gemaakt, moet nog worden uitgewerkt.

7. Zorgvraagtypering beschrijft niet wat goede zorg is bij een bepaalde aandoening of symptoom, of hoe die zorg georganiseerd zou moeten worden. Dat doen kwaliteits- en zorgstandaarden. Er is wel een relatie tussen de standaarden en de zorgvraagtypering. Als wij ervan uitgaan dat de zorg in de praktijk volgens de standaarden wordt geleverd, dan vertaalt zich dit (met een zekere bandbreedte) in de behandeling die bij een getypeerde zorgvraag verwacht mag worden. En op termijn zou een kwaliteitsstandaard kunnen voorschrijven dat het toepassen van de zorgvraagtypering onderdeel is van goede zorg. Zorgvraagtypering **bevordert gepaste en doelmatige zorg**, door op groepsniveau over- en onderbehandeling tegen te gaan.

8. Zorgvraagtypering is **geen vervanging voor diagnostiek**. Wel kan de zorgvraag worden getypeerd als er nog geen duidelijke klinische diagnose is. Wij nemen aan dat de diagnose een factor is die van invloed kan zijn op het zorgvraagtype.

9. **De aanspraak op zorg** – geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen die plegen te bieden – **verandert niet** door invoering van de zorgvraagtypering**.** De zorgvraagtypering is in eerste instantie een hulpmiddel bij het maken van afspraken over vergoeding en gepast gebruik van de zorg die een verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet of de Wet forensische zorg krijgt. Het is wel wenselijk dat zorgvraagtypering, aanspraak en zorgstandaarden (op termijn) een samenhangend geheel gaan vormen.

10. De mogelijkheden van zorgvraagtypering kunnen beperkt worden door privacyregels. De **speelruimte moet tijdig in kaart worden gebracht**, zodat hier bij de ontwikkeling van de zorgvraagtypering rekening mee kan worden gehouden. De zorgvraagtypering moet ook voldoen aan de ontwerpcriteria van het zorgprestatiemodel, en mag bijvoorbeeld niet gepaard gaan met meer administratieve lasten.

2. INZET ZORGVRAAGTYPERING BEZIEN VANUIT ACTOREN EN MAATSCHAPPIJ

In deze paragraaf verkennen wij hoe zorgvraagtypering voor patiënt, zorgprofessional, zorgaanbieder, zorgverzekeraar en de maatschappij als geheel in de nabije of verdere toekomst van nut zou kunnen zijn. **Het gaat daarbij vooral om de 'denkrichting': de werkgroep gaat er niet van uit dat elke stelling werkelijk haalbaar zal blijken.** Dit zal afhangen van hoe de zorgvraagtypering zich gaat ontwikkelen, maar bijvoorbeeld ook van feitelijke omstandigheden: voor een grote instelling zal de situatie anders zijn dan bij een vrijgevestigde zorgverlener. De voorbeelden vertalen wij in paragraaf 3 naar mogelijke gebruiksdoelen.

Bezien vanuit de patiënt

- Ik ben beter toegerust voor het proces van 'shared decision making': ik kan vooraf nadenken over hoe een behandeltraject aansluit bij mijn behoefte en verwachting.
- Als ik mijn zorgtype weet, kan ik nagaan wat voor behandeltraject ik in grote lijnen zou kunnen krijgen.
- De zorgvraagtypering maken zowel mijn zorgvraag als het aanbod van de zorgverleners beter herkenbaar, specifieker.
- Ik merk dat de wachtlijsten korter worden, omdat aanbieders de zorg beter kunnen plannen.

Bezien vanuit de zorgprofessional

- Ik ben beter toegerust voor het proces van 'shared decision making': de patiënt weet binnen welke bandbreedte de tijd en financiering ongeveer zouden moeten liggen bij haar/zijn zorgvraag.
- Ik kan beter aan verwijzers uitleggen welke patiënten naar mij kunnen worden verwezen.
- Ik heb een extra aanknopingspunt voor kwaliteitsontwikkeling – ik gebruik de zorgvraagtypering om zelf of met andere zorgverleners te reflecteren op de zorg die wij leveren.
- Zorgvraagtypering is een extra hulpmiddel bij tussentijdse evaluatie met de cliënt.

Bezien vanuit de zorgaanbieder

- Ik hoef minder vaak toestemming vooraf te vragen bij de zorgverzekeraar. Dat doe ik alleen als ik voor een gehele groep substantieel ga afwijken van de voor het zorgvraagtype afgesproken bandbreedte.
- Ik ben minder tijd kwijt aan discussies met verzekeraars over de zorg die ik heb geleverd en over de zorgzwaarte van mijn patiënten, want ik heb de zorgvraag op de afgesproken manier getypeerd en ben gemiddeld binnen de afgesproken normen gebleven.
- De vergoedingsafspraken die ik met zorgverzekeraars maak, zijn beter dan voorheen afgestemd op mijn patiëntenpopulatie.
- Ik kan instroom beter plannen, door de voorspellende waarde van de zorgvraagtypering.
- Ik kan mijn productportfolio eenvoudig inzichtelijk maken.

Bezien vanuit de zorgverzekeraar

- Zorginkoop: Ik kan inschatten hoe vaak de verschillende zorgvraagtypen in mijn populatie voorkomen en maak op basis daarvan afspraken met zorgaanbieders. In sommige gevallen gaan wij daarbij stapsgewijs over naar populatiebekostiging.
- Ik kan beter inschatten hoeveel zorg ik moet inkopen om aan mijn zorgplicht te voldoen, omdat er een duidelijker verband is tussen de zorgvraagtypen die in mijn populatie voorkomen en de hoeveelheid zorg die daarvoor nodig is.
- Ik kan makkelijker in gesprek gaan over over- en onderbehandeling op groepsniveau, en of het voor bepaalde (sub)groepen al dan niet nodig is om van het gemiddelde profiel bij de getypeerde zorgvraag af te wijken.
- Het is eenvoudiger om wachtlijstbemiddeling te verlenen voor patiënten met een getypeerde zorgvraag, omdat ik weet welke aanbieders welk aanbod hebben en hoeveel daarvan al is ingezet.

- Doordat wij afspraken hebben gemaakt over de bandbreedte van de zorginzet op groepsniveau, kan ik makkelijker en beter toegerust in gesprek gaan over gepast gebruik. In die gesprekken hebben we eenheid van taal.

Bezien vanuit de maatschappij

- Zorgvraagtypering draagt bij aan een duurzame, goed werkende ggz en fz. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zorgen samen voor de juiste afstemming van het zorgaanbod op de zorgbehoefte van (groepen van) patiënten. De beschikbare middelen worden op die manier optimaal ingezet.
- Zorgvraagtypering zorgt ervoor dat geestelijke gezondheidszorg efficiënt wordt ingezet. Doordat wij data op een gestructureerde manier in onderling verband kunnen bezien, weten wij bijvoorbeeld hoe een ggz-traject effect heeft in andere domeinen, bijvoorbeeld door een afname in het gebruik van somatisch zorg, door effect op de ondersteuningsbehoefte in het sociaal domein, of bij forensische zorg, door effecten op het benodigde veiligheidsniveau. Zo kunnen wij onderbouwde keuzes maken over allocatie van middelen.
- De afstemming tussen verschillende zorgdomeinen (preventie, geneeskundige en forensische zorg, langdurige zorg, ondersteuning door gemeenten) wordt makkelijker en beter. Zorgvraagtypering helpt om groepen van zorgvragers aan te wijzen waarover de domeinen regionaal afspraken maken.

3. DOELEN ZORGVRAAGTYPERING

In paragraaf 1 is al aangegeven dat het doel van de zorgvraagtypering volgt uit het Hoofdlijnenakkoord: de zorgvraagtypering moet gepast gebruik van zorg gaan ondersteunen. Een ander belangrijk doel is het vergroten van de klinische herkenbaarheid. Samen vormen deze doelen het hoofddoel. Het Hoofdlijnenakkoord noemt de vermindering van administratieve lasten hierbij als randvoorwaarde. Een robuust systeem voor zorgvraagtypering draagt bij aan een optimale allocatie van beschikbare middelen. Daarmee kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over en weer betrouwbare partners zijn en gezamenlijk bijdragen aan een duurzaam, goed werkend stelsel voor ggz en fz.

Deze notitie gaat over de manieren waarop de zorgvraagtypering gebruikt kan worden om deze doelen te realiseren. Die 'manieren waarop' noemen wij hierna de gebruiksdoelen, omdat ze gaan over het praktisch toepassen van zorgvraagtypering. Er zijn vijf gebruiksdoelen gedefinieerd en een randvoorwaarde:

1. Zorgvraagtypering **vergroot de klinische herkenbaarheid** van de zorg die nodig is bij een bepaalde zorgvraag van patiënten in de geneeskundige ggz en de fz. Het creëert een gezamenlijk begrippenkader voor (zorg)professionals, dat het gesprek tussen (zorg)professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars over gepast gebruik van zorg op groepsniveau en praktijkvariatie vergemakkelijkt.
   In de toepassing van het model kan waar nodig worden gedifferentieerd, naar bijvoorbeeld omvang van de zorgaanbieder, complexiteit van zorg of naar de setting waar de zorg wordt geleverd.

2. Zorgvraagtypering **ondersteunt tussentijdse evaluatie** door het (periodiek) beoordelen of de inzet van zorg nog past bij de zorgvraag of dat moet worden op- of afgeschaald. Zorgvraagtypering ondersteunt 'samen beslissen' in de relatie patiënt-zorgverlener. De zorgvraagtypering bepaalt echter niet wat de behandeling van een individuele patiënt mag kosten.

3. Zorgvraagtypering is een **hulpmiddel bij het maken van afspraken** over in- en verkoop van zorg, en over behandelinzet bij groepen van patiënten. Voor groepen van patiënten kan bijvoorbeeld een bandbreedte worden afgesproken voor wat (op groepsniveau, in termen van zorgprestaties, setting e.d.) gepaste zorg is. In veldafspraken kan de contractering tussen met name kleinere zorgaanbieders en de zorgverzekeraars worden geüniformeerd. Zorgvraagtypering draagt zo bij aan transparantie over de keuzes van zorgverzekeraars in hun inkooprol. Voor niet-gecontracteerde zorg kan zorgvraagtypering ook een normatieve werking hebben.

4. Zorgvraagtypering is een **stimulans voor kennisontwikkeling**. Het stimuleert uniforme registratie van data door alle zorgaanbieders, en het gebruik van data die al beschikbaar zijn over de relatie tussen zorgvraag en inzet van zorg op groepsniveau. Deze kennis leidt weer tot betere zorgvraagtypering.

5. Zorgvraagtypering **vergemakkelijkt en verbetert planning van zorg** binnen het domein van de geneeskundige ggz en de fz, door inzicht te geven in het te verwachten zorgpad (zwaarte, duur, evaluatiemomenten). Zorgvraagtypering vergemakkelijkt en verbetert ook de coördinatie van zorg over domeinen heen, door het mogelijk te maken groepen van patiënten te definiëren, waar vervolgens afspraken over kunnen worden gemaakt.

Zorgvraagtypering draagt bij aan de vermindering van administratieve lasten. Door het uniform registreren van gegevens die voor meerdere doelen worden gebruikt neemt de registratiedruk af. De invulling van bovenstaande doelen leidt er toe dat de ook uitvoeringslasten afnemen.

4. VERVOLGSTAPPEN

In het voorgaande heeft de werkgroep vijf gebruiksdoelen en een randvoorwaarde geformuleerd. Het is duidelijk dat het ene gebruiksdoel sneller te realiseren zal zijn dan het andere. En dat er afhankelijkheden zijn: het ene gebruiksdoel bouwt voort op het andere. De opdracht aan de werkgroep spreekt in dit verband van een 'routekaart met tijdpad'. Als eerste aanzet daartoe schetst de werkgroep de onderstaande fasering.

De eerste fase **tot en met 2021,** waarin de implementatie van het zorgprestatiemodel wordt voorbereid, zal nodig zijn voor de (door)ontwikkeling van de zorgvraagtypering. In deze periode brengt de werkgroep de uitkomsten van de pilot in verband met de gebruiksdoelen van paragraaf 3. Dit leidt tot een tussenevaluatie van de pilot en de in de opdracht aan de werkgroep bedoelde routekaart. Ook zal de werkgroep aan de hand van de pilotdata een eindconclusie opstellen over de bruikbaarheid van het zorgclustermodel voor de zorgvraagtypering. In deze fase moet besloten worden welke data verzameld zullen worden, en hoe de regelgeving zo wordt ingericht dat een uniforme registratie door alle zorgaanbieders gewaarborgd is. Daarbij wordt ook de beoogde vermindering van administratieve lasten betrokken. Om het mogelijk te maken dat de 'minimale dataset' in de regelgeving van de NZa wordt opgenomen, moet deze begin 2021 bekend zijn. Aanpassingen in ICT moeten voor juli 2020 bekend zijn.

De tweede fase van **2022 tot 2024** staat in het teken van ervaring opdoen met het model. Er wordt informatie verzameld over de werking van het model in de praktijk, en er worden stappen gezet om de knelpunten die daarbij naar voren komen op te lossen.

Vanaf 2024 zou er dan een stabiele zorgvraagtypering kunnen zijn.

De werkgroep zal deze planning in de komende maanden verder uitwerken. Tegelijkertijd start de werkgroep met de volgende activiteiten.

1. Koppelen pilotdata aan gebruiksdoelen
   Hebben de data een significant voorspellende waarde voor de gebruiksdoelen? Welke vervolgstappen zijn nodig voor concrete toepassing?
2. Beschrijven verhouding kwaliteits- en zorgstandaarden en zorgvraagtypering
   Bij het ontwerpen van de zorgvraagtypering moet rekening worden gehouden met de manier waarop de standaarden zijn georganiseerd, zodat de beide systemen in de praktijk zo goed mogelijk op elkaar kunnen aansluiten.
3. Beschrijven positie forensische zorg binnen zorgvraagtypering
   Dit startdocument gaat grotendeels over 'gewone' geneeskundige ggz. De bijzondere kenmerken van zorg in de forensische omgeving moeten nog op een rij worden gezet. Daarna kan worden bezien wat die betekenen voor de toepassing van zorgvraagtypering.
4. Afstemming met Zorginstituut Nederland over verhouding tussen aanspraak op zorg en doorontwikkeling van de zorgvraagtypering
   Het Zorginstituut heeft eerder aangegeven dat het zorgclustermodel nog niet in lijn is met de indeling van de aanspraken op zorg. Inmiddels is de functie van zorgvraagtypering veranderd. Wij moeten dus bespreken hoe het Zorginstituut aankijkt tegen de voorgestelde doorontwikkeling.
5. Onderzoek privacyaspecten zorgvraagtypering
   Er is al een advies van het kantoor van de Landsadvocaat over het gebruik van de DSM-classificatie in de bekostiging, dit moet echter nog worden vertaald naar de zorgvraagtypering.
6. Opstellen lijst van kenmerken die worden ingezet voor zorgvraagtypering.
   Aan de hand van deze lijst kan verkennend onderzoek worden gedaan naar het gebruik van aanvullende data, naast de pilot met het zorgclustermodel.

11.2 Criteria beroepenlijst

Criteria die zijn gebruikt om de groslijst van Akwa GGZ te schonen

Vermeldingen op de groslijst die aan een of meer van de volgende vier punten voldoen, zijn **niet** inhoudelijk beoordeeld, en van de groslijst verwijderd.

A. Beroep valt onder één van de BIG-categorieën met een eigen consultcode.

B. Op voorhand is duidelijk dat er geen sprake is van een beroep, maar van een functie.

C. Het opgenomen beroep levert geen ggz of fz.

D. Beroep komt meerdere keren voor op de lijst (bijvoorbeeld onder oude en nieuwe benaming).

E. Beroep valt niet binnen scope van de beroepenlijst: lijst met beroepen die zorg (diagnostiek en/of behandeling en/of geneeskundige begeleiding) leveren in de ggz/fz.

Criteria waaraan vermeldingen op de groslijst moeten voldoen om in de beroepenlijst te worden opgenomen

F. Er is sprake van een samenhangend geheel van arbeidstaken, breed herkenbaar in de zorgverlening in ggz en/of fz, dat los van de individuele beoefenaar en een specifiek werkgebied kan voortbestaan.

G. Er is een landelijk, door de beroepsgroep erkend beroeps- competentieprofiel.

H. De opleiding heeft een publieke erkenning.

I. Er is een professionele beroepsvereniging met een beroepscode, die beschikt over (of verwijst naar) een klachtenprocedure.

J. Er is een openbaar register op basis van objectieve criteria, waar de beroepsbeoefenaars zich kunnen laten registeren[9].

K. De inzet van dit beroep draagt bij aan kwaliteit van zorg in de ggz/fz.

[9] Na 3 jaar wordt dit aangepast in ‘registreren en her-registreren’

L. De beroepsbeoefenaars zijn deskundig en bekwaam om (een deel van) diagnostiek, behandeling en/of begeleiding zelfstandig uit te voeren, doen dit onder eigen professionele verantwoordelijkheid, en doen van deze werkzaamheden verslag in het patiëntendossier.

M. De individuele beroepsbeoefenaar of de instelling waar deze werkzaam is, heeft met de patiënt/cliënt een behandelingsovereenkomst in de zin van de WGBO, of een vergelijkbare rechtsverhouding.

Hardheidsclausule

Een beroep dat niet voldoet aan de criteria F tot en met L kan toch op de beroepenlijst worden opgenomen op grond van de hardheidsclausule. De partijen die samenwerken in het programma zorgprestatiemodel kunnen de hardheidsclausule toepassen als het niet vermelden van een beroep onevenredige gevolgen zou hebben voor het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Opname via de hardheidsclausule geldt voor 3 jaar (2022 t/m 2024) en kan worden verlengd.

11.3 NZa rapportage 'Financiële prikkels en de effecten op de publieke belangen'

Nederlandse Zorgautoriteit

Financiële prikkels en de effecten op de publieke belangen
Bijlage bij de uitwerking van het Zorgprestatiemodel
Tussenrapportage februari 2020

1. Inleiding
In april 2019 heeft de NZa het advies 'Zorgprestatiemodel ggz en fz' gepubliceerd. In hun reactie vragen de staatssecretaris van VWS en de minister voor Rechtsbescherming de NZa onder andere om de financiële prikkels van het Zorgprestatiemodel te beschouwen en na te gaan of dit gevolgen kan hebben voor de macrobeheersbaarheid van kosten. In deze bijlage komen wij tegemoet aan dit verzoek. In de beschouwing van de financiële prikkels van het Zorgprestatiemodel trekken wij een vergelijking met de db(b)c-systematiek. Een eindoordeel over de beheersbaarheid van macrokosten kan pas worden gegeven wanneer onder andere de analyses op handhaafbaarheid en fraude en de macro impactanalyse zijn afgerond.

2. Op hoofdlijnen
In het Zorgprestatiemodel zitten verschillende maatregelen ten opzichte van het dbc-systeem die de beheersbaarheid van macrokosten beïnvloeden. Op hoofdlijn zien wij de volgende effecten:

1. De afbakening van de consulten in het zorgprestatiemodel laat weinig ruimte om te sturen op de onderste grenzen van de consulten om zodoende de opbrengsten te optimaliseren. Deze ruimte wordt in het Zorgprestatiemodel kleiner dan in het dbc-systeem.
2. Doordat indirecte tijd als opslag op het consult wordt vormgegeven ontstaat een prikkel om de hoeveelheid indirecte tijd te beperken en deze tijd in te zetten voor het leveren van consulten. De ruimte hiervoor is echter beperk. Om goede zorg te leveren en te voldoen aan de geldende kwaliteitsvereisten (dossiervorming, afstemming binnen behandelteams) is er altijd een bepaalde mate van indirecte tijd nodig.
3. In het Zorgprestatiemodel krijgt ieder (BIG)beroep de vergoeding die past bij de kosten. Er is geen prikkel om het ene beroep meer in te zetten dan het andere. In het dbc-systeem telt ieder minuut binnen een product even zwaar mee. De prikkel om relatief goedkopere beroepsgroepen in te zetten is in het Zorgprestatiemodel hierdoor niet meer aanwezig.

3. Prikkels, gedrag en de effecten op publieke belangen
Iedere vorm van bekostiging heeft bepaalde prikkels die van invloed kunnen zijn op het gedrag van zorgverleners. Prikkels kunnen gewenst gedrag stimuleren zoals het leveren van goede of doelmatige zorg. Maar prikkels kunnen ook leiden tot ongewenste effecten. Een bekend voorbeeld hiervan is het dbc-systeem in de ggz waarin een prikkel aanwezig is om door te behandelen tot (net) na een tijdsgrens van een dbc-zorgproduct waarna een hoger tarief kan worden gedeclareerd (dit effect kan gevisualiseerd worden door de zogenoemde 'zaagtand grafiek').

Prikkels buiten het bekostigingsmodel
De bekostiging kent vooral financiële prikkels. Naast financiële prikkels vanuit het bekostigingsmodel zijn er veel meer factoren die van invloed zijn op het gedrag van zorgverleners. Daar waar verkeerde financiële prikkels in theorie strategisch gedrag kunnen uitlokken zal dat om deze reden in de praktijk lang niet altijd plaatsvinden.

De mate waarin financiële prikkels daadwerkelijk invloed hebben op gedrag tussen zorgaanbieders of tussen zorgverleners verschilt. Dit is bijvoorbeeld afhankelijk van de organisatie van de zorgaanbieder en/of de individuele drijfveren van de zorgverlener. Voor een zorgverlener zal het leveren van goede zorg aan zijn of haar patiënten voorop staan. Hoe deze goede zorg wordt geleverd is onder meer vastgelegd in professionele normen die door de sector zijn opgesteld. De normen staan in het Kwaliteitstatuut, in de kwaliteitsstandaarden en in verschillende beroepscodes. Over het naleven van deze professionele normen leggen zorgaanbieders verantwoording af en er zijn instanties die toezien op naleving. Idealiter sluit de bekostiging hier op aan, zodat de financiële prikkels in het systeem in lijn liggen met het leveren van zorg, zoals binnen de professionele normen is omschreven.

Verder beïnvloeden niet alleen de prestaties en tarieven die de NZa vaststelt de financiële prikkels. Ook de contractering van zorg speelt hierin een belangrijke rol. Een voorbeeld hiervan is het eerdergenoemde 'zaagtand' effect dat volledig is verdwenen bij gecontracteerde zorgaanbieders in de ggz onder invloed van de gemaakte afspraken. Daarnaast worden in contracten veelal afspraken gemaakt die als doel hebben om de macrokosten te beheersen (bijvoorbeeld budgetplafonds die worden gevuld met een gemiddelde prijs per patiënt) en de volumeprikkel in het dbc-systeem te dempen.

Daarmee heeft de contractering een belangrijk effect op de betaalbaarheid van het stelsel en is contractering het vehikel om afspraken te maken over kwaliteit, doelmatigheid en innovatie. Het is echter te eenvoudig om te stellen dat in de contractering alle ongewenste prikkels kunnen worden opgevangen en dat de macrokosten hiermee volledig worden beheerst. Ten eerste zijn er altijd zorgaanbieders die om verschillende redenen bewust kiezen om geen contract aan te gaan met een verzekeraar. Daarnaast zal een bekostigingssysteem, dat vraagt om veel aanvullende afspraken in de contractering het contracteerproces moeilijker maken. Het zal voor partijen minder lonend zijn om een contract af te sluiten.
Ook zal de inhoud van het contract en de mate waarin de door de verzekeraar gewenste beheersmaatregelen worden overeengekomen afhankelijk zijn van de marktverhoudingen. Een bekostigingssysteem zal dus nooit volledig kunnen leunen op contractering voor het beheersen van de macrokosten en het opvangen van ongewenste financiële prikkels.

Snellere informatie
De zorgprestaties die de NZa vaststelt spelen een rol in de informatievoorziening van zorgverzekeraars. Prestaties zijn ook 'informatiedragers' om gegevens over de geleverde zorg van de aanbieder bij de zorgverzekeraar te brengen. De hoeveelheid informatie die zorgverzekeraars ontvangen wordt vergroot in het Zorgprestatiemodel ten opzicht van het dbc-systeem en komt bovendien sneller beschikbaar. En dat heeft een positieve invloed op de beheersbaarheid van de macrokosten door de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar krijgt informatie over de setting en de specifieke inzet van behandelaars. Informatie die nu in de dbc-systematiek niet bij de zorgverzekeraar komt.[1] Met het beschikbaar komen van zorgvraagtypering worden de mogelijkheden voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over gepast gebruik bovendien vergroot.

[1] In de regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg staat de informatie die op de factuur dient te staan. Op de factuur dient de directe en indirecte tijd van de regiebehandelaar(s) voor zover deze tijd afleidt naar een prestatie, de directe en indirecte tijd van iedere medebehandelaar voor zover deze tijd afleidt naar een prestatie. Van deze medebehandelaar dient ook diens beroep vermeld te worden. En de totaalsom van de tijd dient op de factuur te staan.

4. Financiële prikkels in het zorgprestatiesmodel
Hieronder belichten wij een aantal specifieke prikkels die voorkomen uit het Zorgprestatiemodel. Wij beschrijven:

- Op welke wijze de prikkels in het zorgprestatiemodel strategisch gedrag in de hand kunnen werken;
- Wat de kans is dat het gedrag zich manifesteert en wat het effect is op de publieke belangen;
- Hoe de prikkel zich verhoudt tot hetzelfde risico in het dbc-systeem.

4.1 Sturen op grenzen van de consulten
Door de afbakening van de consulten ontstaat een prikkel om te sturen op de onderste grenzen van de consulten. Zodoende kan een zorgaanbieder zijn opbrengsten optimaliseren. Deze prikkel wordt in het Zorgprestatiemodel kleiner dan in het dbc-systeem. Daarom verwachten wij dat het effect op de betaalbaarheid beperkt is.

Hoe leidt de prikkel tot strategisch gedrag?
De consulten zijn in het Zorgprestatiemodel zo vormgegeven dat 'vanaf' een bepaald aantal directe patiëntgebonden minuten één bepaald tarief gedeclareerd kan worden. Hierdoor ontstaat een financiële prikkel om een consult in te plannen op de onderste tijdsgrens van het consult, ervan uitgaande dat het tarief gebaseerd is op de gemiddelde inzet van alle consulten tussen die grenzen. Zo wordt de opbrengst geoptimaliseerd.

In tabel 1 is een voorbeeld weergegeven van Artikel 14 medisch specialisten die behandelen in de setting 'ambulant sectie II'. In deze tabel is te zien dat bijvoorbeeld voor de tijdsrange *vanaf 5 minuten tot 15 minuten* het gemiddeld aantal geleverde minuten op 8 ligt. Bij iedere tijdsrange ligt deze gemiddelde tijdsinzet iets hoger dan de ondergrens. De tabel gaat ook op voor andere settings.

Als alle behandelaren exact op de ondergrens gaan zitten (een consult *vanaf* 15 minuten duurt dan ook exact 15 minuten) worden bij alle consulten van 15 minuten drie minuten 'extra' bekostigd. Voor alle behandelaren stijgt de opbrengst per uur. Dit effect heeft een invloed op de macrokosten als de 'vrijgekomen' tijd van drie minuten benut wordt door extra consulten in te plannen. Dit gedrag zou daarmee een landelijk hogere omzet genereren. Het volume aan consulten neemt immers toe.

Tabel 1. Art. 14 medisch specialisten, setting ambulant sectie II

Tijdrange	Gemiddeld aantal directe minuten	Ondergrens (vanaf)prestatie	Toename omzet/minuut op ondergrens	Aandeel tijd binnen setting/BIG (%)
tot 15 minuten	8	5	59%	2%
vanaf 15 minuten	18	15	19%	8%
vanaf 30 minuten	31	30	5%	12%
vanaf 45 minuten	47	45	4%	52%
vanaf 60 minuten	61	60	2%	22%
vanaf 90 minuten	92	90	2%	2%
vanaf 120 minuten	138	120	15%	2%

Bron: kostenonderzoek ggz 2020.

Wat is de kans dat het gedrag zich manifesteert en wat is het effect op de publieke belangen?
Er kan een risico ontstaan dat er door deze prikkel zo'n druk komt te staan op het verminderen van de indirecte tijd dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. Noodzakelijke indirecte tijd als het bijhouden van patiëntendossiers, maar ook MDO's, kunnen onder druk komen te staan. De normen die de beroepsgroep zichzelf oplegt en wet- en regelgeving (Wgbo, wet BIG en Wkggz) zijn een belangrijke beheersmaatregel bij dit risico op kwaliteitsverlies. In diverse standaarden is aandacht voor indirecte patiënt-activiteiten, zoals samenwerking of afstemming met andere behandelaren. Zo spelen de kwaliteitsstandaarden een belangrijke rol bij het inperken van dit risico.
Daarnaast kan ook de contractering een dempend effect hebben omdat hierin vaak wordt gestuurd op beheersing van budgetten. Het sturen op minder indirect patiëntgebonden tijd en meer consulten, gaat vooral op bij niet-gecontracteerde zorg. Zij kunnen meer consulten draaien.

Vergelijking met de dbc-systematiek
Het verminderen van indirecte (patiëntgebonden) tijd heeft in het Zorgprestatiemodel meer voordelen voor de aanbieder dan in het dbc-systeem. In de dbc systematiek kan iedere minuut indirect patiëntgebonden tijd geschreven worden en leidt daarmee tot een hogere declaratie. Een vermindering van de hoeveelheid indirecte tijd kan in de dbc-systematiek tot minder omzet leiden.

4.3. Sturen op inzet van goedkope beroepsgroepen.
Wij verwachten dat de prikkel voor de inzet van goedkopere beroepsgroepen in het Zorgprestatiemodel niet (meer) aanwezig is. In het Zorgprestatiemodel krijgt ieder (BIG)beroep de vergoeding die past bij de kosten. Hierdoor is de financiële prikkel om te sturen op het type beroep niet meer aanwezig. De afwezigheid van deze prikkel kan een macro budgettair effect hebben, maar de omvang en zelfs de richting hiervan zijn moeilijk in te schatten.

Hoe leidt de prikkel tot strategisch gedrag?
Een ontwerpkeuze van het Zorgprestatiemodel is dat de prestaties en tarieven aansluiten bij de behandelinzet en behandelsetting. Deze ontwerpkeuze heeft geleid tot differentiatie van de tarieven van de consulten naar de verschillende BIG categorieën. Het te declareren consulttarief sluit hierdoor beter aan bij de kosten van de inzet van de verschillende behandelaren.

Welke directe invloed deze prikkel heeft op de verschillende publieke belangen is op voorhand moeilijk in te schatten. In het Zorgprestatiemodel is de prikkel om relatief goedkopere behandelaren in te zetten minder tot niet aanwezig ten opzichte van het dbc-systeem. Instellingen kunnen in het nieuwe model aantrekkelijkere lonen bieden voor hoger geschoold personeel werkzaam in de settings waar in het huidige systeem juist de prikkel ligt om zo goedkoop mogelijk personeel in te zetten. Echter, de tarieven voor de verschillende beroepen zullen reëel zijn. De vergoeding van goedkoper personeel wordt net zo goed kostendekkend als de vergoeding voor duurder personeel. In plaats van dat 'dure' beroepen verlieslatend zijn, worden in het Zorgprestatiemodel beroepen kostendekkend. De intentie achter deze inrichting is dat de zorginhoudelijke overwegingen leidend kunnen worden bij de keuze voor de inzet van verschillende beroepen en dat financiële overwegingen daarbij geen rol meer hoeven te spelen.

Het mogelijke effect op de macrokosten komt voort uit een mogelijke verschuiving van de inzet van het type behandelaar bij de behandelinzet van 'goedkope' beroepen naar 'dure' beroepen. Maar de omvang en zelf de richting van het macro budgettaire effect is op voorhand lastig in te schatten. Deze wijziging kan er toe leiden dat er meer consulten door duurdere beroepen worden geleverd. Echter, mogelijk zorgt dit voor een meer passende inzet van verschillende beroepen en uiteindelijk een meer doelmatige en effectieve inzet van behandelaren op het gehele behandeltraject van een patiënt.

Wat is de kans dat het gedrag zich manifesteert en wat is het effect op de publieke belangen?
Daarnaast zijn er verschillende maatregelen en omstandigheden die dit risico beheersen. Met name contractafspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders waarin een budget of plafond is overeengekomen zorgen ervoor dat de inzet van duurdere beroepen ook voor snellere uitputting van het budget leidt. Transparantie van zorgvraagtypering vergroot bovendien de mogelijkheden om te sturen op passende en doelmatige inzet van zorg. Daarnaast beperkt het aanbod op de arbeidsmarkt ook de mate waarin duurdere beroepen kunnen worden ingezet.

Vergelijking met de dbc-systematiek
In het dbc-systeem is de inzet van verschillende beroepen binnen een dbc genormeerd (genormeerde disciplinemix). In het Zorgprestatiemodel worden er verschillende tarieven, geclusterd naar BIG-categorie, vastgesteld. De inzet van goedkope beroepen wordt in het Zorgprestatiemodel niet meer gestuurd door bekostiging. Hierdoor ontstaan reële tarieven, ook voor patiënten die meer door duurdere beroepen behandeld worden. In de dbc-systematiek telt immers iedere dbc-minuut even zwaar mee. Hierdoor ontstaat er een andere prikkel om de inzet van beroepen te organiseren. Deze prikkel komt in het dbc-systeem vooral bij geïntegreerde instellingen voor. Die hebben immers verschillende type zorgverleners in huis. Vrijgevestigde aanbieders of kleine praktijken hebben minder verschillende type behandelaren in huis en kunnen dus ook niet snel hun inzet aanpassen.

4.4. Sturen op langer doorbehandelen
Wij verwachten dat de prikkel tot langer doorbehandelen in het Zorgprestatiemodel weinig of geen effect gaat hebben op de macrokosten. Er is wel een positieve prikkel om de patiënt niet langer of korter te behandelen dan noodzakelijk. Een prikkel die er in de dbc-systematiek wel is.

Hoe leidt de prikkel tot strategisch gedrag?
De prikkel om langer door te behandelen (het zaagtand effect, om net in een andere tijdsklasse te komen) of om te korter door te behandelen (als de grens van de langste open tijdsklasse is bereikt) bestaat niet meer in het Zorgprestatiemodel. In het Zorgprestatiemodel wordt ieder consult kostendekkend vergoed. Er is geen financiële prikkel om langer of korter te behandelen dan noodzakelijk.

Het verdwijnen van het zaagtand effect heeft geen effect op de marcrokosten. De gemiddelde behandelduur per patiënt zal dalen maar de vrijgekomen tijd zal worden gebruikt voor nieuwe patiënten. Dit is dus gunstig voor de toegankelijkheid.

Het verdwijnen van de prikkel om te stoppen met een behandeling zodra de laatste, open tijdsklasse is bereikt, zal ook geen effect hebben op de macrokosten. In tegenstelling tot het verdwijnen van het zaagtand effect, zal hier de gemiddelde behandelduur per patiënt toenemen. Dit kan effect hebben op de toegankelijkheid voor nieuwe patiënten, maar niet op de macrokosten.

Wat is de kans dat het gedrag zich manifesteert en wat is het effect op de publieke belangen?
De kans dat dit gedrag zich manifesteert is aanwezig. Maar het zal geen effect hebben op de macrokosten. Het kan wel effect hebben op de toegankelijkheid. Zeker bij het verdwijnen van het zaagtand effect.

11.4 Concept-tekst veldafspraken verantwoording en controle

Hoofdstuk 'Verantwoording en Controle' uit veldafspraken

Conceptversie, 14 juli 2020,

Tekst in ontwikkeling. Wordt vastgesteld als onderdeel van totale pakket veldafspraken eind 2020.

1. Wie maken deze afspraken

De Nederlandse ggz
Dienst Justitiële Inrichtingen
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
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Zorgverzekeraars Nederland

Verder 'wij'

2. Onze overwegingen

Wat zijn de uitgangspunten en bedoelingen (ambities) bij de afspraken die we maken.

a. Partijen erkennen hun gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid voor een juiste besteding van de zorguitgaven.
b. De eenvoud van het Zorgprestatiemodel willen wij ook doorvoeren in de verantwoording over het gebruik van het model. Wij willen volgens de actuele inzichten[10] met het thema verantwoording en controle omgaan. Daarom hebben wij de afspraken gemaakt die in dit hoofdstuk staan.
c. Het is ons gezamenlijk belang en streven om te voldoen aan de tien ontwerpcriteria van het Zorgprestatiemodel.
d. Met het verantwoordingsarrangement dragen wij bij aan de ontwerpcriteria 2, 4, 5, 7 en 9. Het doel van deze afspraken is het blijvend faciliteren en stimuleren van een proces- en systeemgerichte beheersing en het zoveel mogelijk voorkomen van controles achteraf.

[10] Zoals inzichten die voortkomen uit het RVS-rapport 'Blijk van vertrouwen', de implementatie van Horizontaal Toezicht en de eindrapportage van de Taskforce Gepast Gebruik.

e. Deze ontwerpcriteria samen vragen om een eenduidige aanpak van verantwoording over, en controle op, een juiste besteding van de zorguitgaven. Wij erkennen dat zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere betrokkenen daarbij elk hun eigen wettelijke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden hebben. Wij helpen elkaar waar mogelijk in het uitvoeren hiervan.

f. Het uitgangspunt bij deze afspraken is dat, conform het advies van de RVS, verantwoording de voorkeur heeft boven controle. Het initiatief ligt bij de zorgverlener die verantwoording aflegt en niet bij degene die verantwoording vraagt. We zijn het erover eens dat dit een bepaald niveau aan transparantie vereist. Bij onvoldoende transparantie kan de zorgverzekeraar extra informatie opvragen, rekening houdend met het verantwoordingsregime.

g. Wij steunen een verdere professionalisering van de verantwoordingsketen, onder andere door bij instellingen te streven naar proces- en systeemgerichte beheersing, zoals Horizontaal Toezicht.

h. Wij hebben als hulpmiddel een V&C-lijst gemaakt met daarin een opsomming van risico's en manieren om die via het proces en/of de systemen te beheersen, waar nodig aangevuld met controle.

i. De onderbouwing of zorg wel of niet gepast is, ligt bij de behandelaar en is uitlegbaar en transparant ten behoeve van de verantwoording.

j. Deze veldafspraken gelden voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars (hieronder wordt ook verstaan Dienst Justitiële Inrichtingen), dus ook voor zorg die niet op basis van een overeenkomst met een zorgverzekeraar wordt geleverd.[11] Onder zorgaanbieders verstaan wij instellingen en vrijgevestigde zorgverleners.

[11] In een ander hoofdstuk van de veldafspraken zal worden vastgelegd hoe overeenkomsten over ggz en fz tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zoveel mogelijk worden geüniformeerd.

3. **Hoe verhouden deze veldafspraken zich tot andere regels en afspraken**
    a. Als de Wmg, Zvw, Wfz, de op die wetten gebaseerde regels en besluiten (zoals Besluit en Regeling zorgverzekering, regelingen van de NZa en duidingen van het Zorginstituut), of veldnormen afwijken van de afspraken in dit document, gaan deze eerste voor.
    b. Andere (veld)afspraken blijven onverminderd van kracht en geven mede inhoud aan de inhoudelijke afspraken van paragrafen 5 t/m 10. Dit zijn in ieder geval:
        i. Afspraken verwijzing ggz
        ii. Circulaire ggz-therapieën
        iii. Tussen ZN en dNggz: Landelijk raamwerk Horizontaal Toezicht Zorg
        iv. …

    Deze opsomming is niet limitatief.

4. **Wat is de reikwijdte van de veldafspraak Verantwoording en Controle**
    a. Deze afspraken gaan over;
        i. Het correct registreren en declareren van zorg
        ii. Gepast Gebruik van zorg
        iii. Juiste toepassing van overige veldafspraken

    En de manier waarop zorgverzekeraars en DJI hier in algemene zin uitvoering aan willen geven in formele en materiele controles

ONDERDEEL	DOEL	KADERS
Correct registreren en declareren	Juiste registratie en declaratie (normen Wmg, prestatie- en tariefbeschikkingen en nadere regels NZa) Voldoen aan (indicatie)voorwaarden Zvw (regeling zorgverzekering)	**Formele controle** Onderzoek waarbij de zorgverzekeraar/DJI nagaat of het tarief dat een zorgaanbieder in rekening brengt: a. Een bij hem verzekerde persoon betreft, b. Een prestatie betreft die behoort tot het verzekerde pakket van die persoon, c. Een prestatie betreft tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is, d. Het tarief betreft dat voor die prestatie krachtens de Wmg is vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen. **Materiële controle** Onderzoek waarbij de zorgverzekeraar/DJI nagaat: a. Of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd (feitelijke levering).
Gepast Gebruik	De zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk (effectieve zorg) De verzekerde moet redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg gezien zijn gezondheidssituatie (medische noodzaak)	b. Of de geleverde prestatie het meest aangewezen was, gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde (terechte levering). Daartoe worden controles uitgevoerd waarbij getoetst wordt of: • De zorg voldoet aan de wettelijke indicatievoorwaarden • De zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk • De verzekerde, gezien zijn gezondheidstoestand, redelijkerwijs is aangewezen op de zorg
Veldafspraken	Juiste toepassing veldafspraken over bijvoorbeeld: • zorgvraagtypering • beroepen • transitieprestatie	

    b. Buiten scope van deze afspraken vallen contractuele afspraken en contractnaleving (behalve als ze onderdeel zijn van het non-concurrentiële deel uit de overeenkomsten).

c. Ook uitgezonderd zijn (verzekerden)signalen en fraude(onderzoek). Deze worden individueel door de zorgverzekeraar/DJI onderzocht en waar nodig als controle/onderzoek uitgezet bij de zorgaanbieder.

5. Welke algemene afspraken maken we over Verantwoording en Controle

a. We werken samen aan een verdere implementatie van proces- en systeemgerichte beheersing aan de voorkant van het zorgproces.
b. We werken samen aan efficiëntere en effectievere administratieve processen die borgen dat facturen in één keer goed zijn.
c. We stimuleren zorgaanbieders hun bedrijfsvoering op orde te brengen en registraties 'first-time-right' te laten plaatsvinden.
d. We zorgen voor een optimale inrichting van de ICT, zodat die de uitvoering van deze afspraken ondersteunt.
e. Onbedoelde prikkels die voortvloeien uit het Zorgprestatiemodel pakken we samen aan met oog voor ieders verantwoordelijkheid. Bij misbruik of bij disproportioneel financieel gewin kan een financiële (terug)vordering volgen.
f. Waar nodig doen we voorstellen om regels te verduidelijken of veldafspraken aan te passen.
g. We spannen ons in om registratie- en declaratieprocessen volgens de verantwoording- en controlelijst in te richten.
h. We zoeken naar efficiency in de verantwoordingsketen en streven ernaar dat de verantwoording die volgt uit deze afspraken voor meerdere doeleinden kan worden ingezet.

6. Welke specifieke afspraken maken we over Verantwoording en Controle van Correct registreren en declareren

a. Wij streven ernaar om veldafspraken en omschrijvingen in de V&C-lijst over correct registreren en declareren vast te leggen in ‘binaire’ bepalingen. Een declaratie is goed of fout. Foute declaraties worden niet vergoed en zo nodig teruggevorderd.
b. We automatiseren regels en veldafspraken waar het kan.
c. Zorgaanbieders streven naar EPD’s die maximale ondersteuning bieden bij:
    i. het inrichten van registratie- en declaratieprocessen conform regels en gemaakte veldafspraken, en;
    ii. het aantonen van de in het EPD ingebouwde beheersmaatregelen.

   Partijen onderzoeken de mogelijkheid om EPD’s hiervoor te certificeren.

d. We dragen zorg voor transparante processen en kunnen laten zien hoe registraties en declaraties uitgevoerd zijn (audit-trail).
e. De V&C-lijst ten aanzien van correct registreren en declareren gebruiken we als hulpmiddel om systemen en registratie- en declaratieprocessen in te richten en risico’s op onjuiste registraties en declaraties te voorkomen.
f. Bij de toepassing van het principe ‘planning = realisatie’ houden we ons aan de spelregels zoals opgenomen in artikel 9.
g. Het model kwaliteitsstatuut beschrijft de rol van de regiebehandelaar in de verschillende fasen van het zorgverleningsproces. Om de betrokkenheid van de regiebehandelaar te borgen, vanuit het perspectief correct registreren en declareren, houden we ons aan de afspraken zoals opgenomen in artikel 10. De afspraken kunnen worden aangevuld met afspraken over gepast gebruik.

7. **Welke specifieke afspraken maken we over Verantwoording en Controle van Gepast Gebruik**
    a. Wij spreken af om veldafspraken en omschrijvingen in de V&C-lijst over Gepast Gebruik zoveel mogelijk in het primaire zorgproces op te nemen.
    b. Binnen instellingen zorgen we (waar nodig in afstemming met de zorgverzekeraar) voor voldoende reflecterend en lerend vermogen over Gepast Gebruik, stimuleren de dialoog hierover, borgen dit in de (zorg)processen en leggen vanuit de inhoud verantwoording af.
    c. De zorgregistratie per patiënt is op orde. Er zijn vier belangrijke momenten in het zorgproces gedefinieerd waarvan de afwegingen over de gepastheid van de zorg worden vastgelegd[12]:
        i. Aanmelding/intake;
        ii. Diagnostiek uitmondend in een behandelplan;
        iii. Evaluatiemomenten;
        iv. Afsluiting en overdracht.
    d. Het zorgtrajectnummer wordt ingezet bij de procesgerichte verantwoording van gepast gebruik (ontwerpcriterium 7 en 9). Het zorgtrajectnummer maakt duidelijk welke prestaties uit een grotere verzameling van prestaties 'bij elkaar horen', omdat ze voor één bepaalde zorgvraag worden ingezet.
    e. Het doel van de dialoog over gepast gebruik is het maken van verbeterafspraken voor de toekomst en niet het corrigeren van het verleden. Vooraf worden afspraken gemaakt over de eventuele consequenties van het niet halen van deze verbeterafspraken. Bij evident ongepast gebruik of misbruik kan het verleden wel worden gecorrigeerd.

8. **Welke afspraken maken we over Verantwoording en Controle van Overige Veldafspraken**

    a. m.b.t. de toepassing van prestaties en tarieven
        i. [setting hoogspecialistisch]
        ii. [integrale verblijfsdag]
    b. m.b.t. veldnorm beroepen ggz en fz
        i. We werken samen aan een veldnorm 'beroepen in de ggz en fz' die per 2022 moet ingaan.
        ii. Zolang de veldnorm nog niet is gerealiseerd erkennen wij de lijst van erkende beroepen zoals geformuleerd in veldafspraak [beroepen ggz en fz].
        iii. Zorgaanbieders registreren en declareren het consult 'overige beroepen' alleen voor die beroepen die daarvoor zijn aangewezen.
    c. m.b.t. zorgvraagtypering
        i. [nog in te vullen]

9. **Welke spelregels hanteren we bij het principe 'planning = realisatie'**

[12] Taskforce Gepast Gebruik

a. Binnen het Zorgprestatiemodel passen we in de consultregistratie het principe ‘planning = realisatie’ wanneer we voldoende invulling kunnen geven aan de ondergenoemde 4 spelregels én wanneer we voldoen aan de 3 randvoorwaarden.
b. De spelregels waar we ons aan houden:
    i. Transparant agendabeheer (‘hoe’). De organisatie heeft kenbare richtlijnen voor het beheer van de agenda met uniforme aanpak die audittrail mogelijk maakt.
    ii. Realistische agendavoering (‘wat’). Welke maatregelen zijn genomen om een realistische agendavoering te ondersteunen. Denk bijvoorbeeld aan verregaande standaardisering van consulttijden, reserveren van agendaruimte voor dossiervoering en andere vormen van indirecte tijd, monitoring om te laten zien dat agendavoering reële weergave is (denk aan overzicht als: capaciteit vs. realisatie, % inzet consulten behandelaren, etc), ingebouwd leereffecten benutten en toepassen.
    iii. Waarborgen controlemogelijkheid patiënt. Vooraf wordt starttijd en eindtijd/duur van het consult aan de patiënt bekend gemaakt. Starttijd van het consult wordt op de declaratie aan de zorgverzekeraar meegegeven. NB: geldt niet voor fz.
    iv. Substantiële afwijkingen detecteren. Bij afwijkingen van meer dan 30 minuten t.o.v. geplande tijd dient het consult te worden aangepast op basis van realisatie (geldt zowel naar boven als beneden). De reden van afwijking wordt vastgelegd in het verslag.
c. De randvoorwaarden waar we aan voldoen:
    i. Zorgaanbieders voeren een administratie die inzichtelijk maakt wanneer en door wie een prestatie is geleverd.
    ii. Zorgprofessionals en patiënten[13] worden goed geïnformeerd over de spelregels.
    iii. Er is een standaard definitie van ‘gepland’. Minimaal geboekt vóór de start van het consult. Via logging is dit na te gaan.
d. Voor groepsconsulten kan ook het principe ‘planning = realisatie’ worden toegepast met inachtneming van het onder 3b en 3c genoemde. In aanvulling op 3b-iv geldt dat ook afwijkingen in aantal deelnemers (bijvoorbeeld door no-show) in het groepsconsult moet worden verwerkt.
e. Bij ongeplande zorg moet het consult worden gekozen dat aansluit bij gerealiseerde tijd.
f. Na het eerste jaar worden de spelregels geëvalueerd.

10. Welke afspraken maken we om de betrokkenheid van de regiebehandelaar van het oogpunt van correct registreren en declareren te borgen

a. Het model kwaliteitsstatuut beschrijft de rol van de regiebehandelaar in de verschillende fasen van het zorgverleningsproces. Niet alle mogelijke combinaties van rol en fase hoeven te worden geborgd via de afspraken over correct registreren en declareren.
b. Vanuit het oogpunt van ‘correct registreren en declareren’ wordt het regiebehandelaarschap gekoppeld aan de diagnosefase. Dat is een duidelijk

[13] geldt niet voor forensische zorg.

herkenbare fase, herkenbaar aan de vastlegging van diagnostiekconsulten, met een duidelijke rol voor de regiebehandelaar. Bovendien vinden alle partijen het belangrijk dat de diagnostiek wordt versterkt. Deze koppeling vanuit het oogpunt van 'correct registreren en declareren' kan door partijen worden aangevuld met afspraken over gepast gebruik.

c. Gezien de belangrijke rol van de regiebehandelaar in de diagnostische fase, moet worden voorkomen dat diagnostiek al te lang voortduurt zonder zijn of haar betrokkenheid. Ook moet behandeling zónder voorafgaande diagnostiek(consulten) zoveel mogelijk worden beperkt, anders zou de diagnostische fase kunnen worden overgeslagen.
d. Gegeven die doelen is de afgesproken spelregel: Bij een nieuwe zorgvraag wordt binnen 6 weken na het uitvoeren van het eerste diagnostiekconsult (doorgaans de intake) minimaal 1 diagnostiekconsult uitgevoerd door de regiebehandelaar. Deze termijn mag overschreden worden zolang er minder dan 5 consulten voorafgaan aan het diagnostiekconsult met de regiebehandelaar.
e. Van deze spelregel kan op patiëntniveau worden afgeweken. De zorgaanbieder moet dit dan onderbouwen in het patiëntendossier en stuurt op de declaratie een kenmerk mee aan de zorgverzekeraar. Partijen spreken nog wat geaccepteerde redenen voor afwijking zijn, en maken afspraken over de uniforme vermelding van de afwijking op de declaratie.
f. Consulten die aan de afspraken voldoen worden uitbetaald. Dat zijn in ieder geval alle consulten die bij een nieuwe zorgvraag binnen 6 weken na het eerste diagnostiekconsult worden uitgevoerd. Ook als ze pas later worden ingediend in combinatie met andere consulten die niet aan de spelregel voldoen. Consulten die niet aan de spelregel voldoen worden niet uitbetaald, tenzij het kenmerk is meegegeven dat er sprake is van een uitzonderingssituatie. De zorgverzekeraar kan dan om een inhoudelijke onderbouwing vragen.
g. NB: afspraken over verrekening volgen.

11. Hoe geven we invulling aan het naleven van de afspraken beschreven onder 5 t/m 10

a. In het naleven van deze afspraken is een goede samenwerking tussen zorgaanbieders en financiers van groot belang.
b. Partijen spannen zich zo veel als mogelijk in om hun interne processen (AO/IC) cf. verantwoordingsarrangement in te richten. Binnen de GGZ zijn er diverse initiatieven en hulpmiddelen voor handen om de eigen AOIC op orde te krijgen. Hier op orde krijgen van de AO/IC is bijvoorbeeld onderdeel van Horizontaal Toezicht.
c. Het naleven van deze afspraken voor zover deze gaan over een proces- en systeemgerichte beheersing kan op verschillende manieren. Voor instellingen met dan 10 miljoen omzet Zvw per jaar bevelen partijen Horizontaal Toezicht aan.
d. De naleving kan ook worden aangetoond via bestaande methoden. Bestaande taken en verantwoordelijkheden van zorgaanbieder en zorgverzekeraar worden daarbij gerespecteerd. NB wordt nog verder uitgewerkt.
e. Een onjuiste toepassing van deze afspraken pakken we samen aan.

12. Doorontwikkeling en onderhoud, bevorderen naleving

a. Partijen spreken minimaal twee keer per jaar over de naleving en doorontwikkeling van het verantwoordingsarrangement. De organisatie hiervan rouleert tussen de ondertekenende partijen, in de volgorde waarin zij staan opgenomen bij XX.

b. Partijen updaten de afspraken in dit document minimaal eens per twee jaar, voor het eerst in 2023.
c. Partijen bevorderen dat hun leden deze veldafspraken naleven.
d. Partijen organiseren gezamenlijk publiciteit over de inhoud van deze afspraken, om draagvlak te vergroten.
e. Partijen overleggen met de NZa of en hoe naleving van de afspraken door niet-deelnemende partijen kan worden bevorderd. Partijen spannen zich in om door gerichte publiciteit naleving door niet-deelnemende partijen te stimuleren.
f. De V&C-lijst wordt elk kalenderjaar (voor 1 november jaar x-1) van een update voorzien.