Advies **zorgprestatiemodel ggz en fz**



Nederlandse Zorgautoriteit

Advies **zorgprestatiemodel ggz en fz**

Aan:
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Ministerie van Justitie en Veiligheid

30 april 2019

Dit advies wordt onderschreven door:

GGZNEDERLAND

Zorgverzekeraars Nederland

NFU NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

NVZ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Veiligheid en Justitie

LVVP LANDELIJKE VERENIGING VAN VRIJGEVESTIGDE PSYCHOLOGEN & PSYCHOTHERAPEUTEN

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE

MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid

Nederlands Instituut van Psychologen NIP

vgn vereniging gehandicaptenzorg nederland

v&vn

Platform MEERGGZ

Inhoud

Samenvatting 5
Aanleiding 9

1 Wat is ons advies? 12
2 Waarom dit advies? 17
3 Welke ontwerpcriteria vormen de basis 24
4 Wat houdt het zorgprestatiemodel in? 31
5 Wat zijn de randvoorwaarden? 36
6 Wat zijn de verwachte effecten? 41
7 Wat gaan we doen? 51

Bijlage 57

Samenvatting

Samenvatting

De bekostiging is de manier waarop bepaald wordt welk tarief een zorgaanbieder voor geleverde zorg maximaal in rekening mag brengen. Voor de feitelijke betalingen is een declaratiesysteem nodig en over de hoogte van de vergoeding maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars doorgaans afspraken.

In de gespecialiseerde ggz (verder g-ggz) zijn in 2008 de diagnose-behandelcombinaties (verder: dbc's) ingevoerd als declaratie-eenheden. Voor de g-ggz vormen de dbc's vanaf 2013 ook de basis voor de bekostiging. Voor verblijf binnen de g-ggz in het tweede en derde jaar van de behandeling worden zorgzwaartepakketten (zzp's) in rekening gebracht. Vanaf 2014 is de generalistische basis ggz (verder gb-ggz) ingevoerd. De gb-ggz maakt gebruik van zogenoemde patiëntprofielen. Deze patiëntprofielen zijn in te delen in 4 integrale prestaties: basis-ggz middel, kort, intensief en chronisch. In de forensische zorg (fz) zijn per 2011 de diagnose-behandel-beveiligingscombinatie (dbbc's) ingevoerd als declaratie-eenheden. Per 2015 vormen de dbbc's de basis voor de bekostiging van de fz. Deze verschillen in bekostigingsstructuren helpen niet om de zorg op een goede manier over de schotten heen te organiseren. Ook leiden de verschillende bekostigingssystemen binnen de ggz en fz tot hoge administratieve lasten.

Binnen het zorgstelsel kan een bekostiging verregaand van invloed zijn op de werking van het stelsel en het functioneren van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars binnen dat stelsel. De db(b)c-systematiek heeft ertoe geleid dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de ggz en fz en gemeenschappelijk taal hebben om afspraken te maken over de zorg. Wanneer een bekostiging de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg ten goede komt is dat een beoogd effect. Een bekostiging kan ook negatief van invloed zijn op het stelsel.

Wij constateren dat de huidige db(b)c-systematiek binnen de g-ggz en de fz ook ongewenste effecten heeft op de werking van het stelsel. Zo sluiten de db(b)c's onvoldoende aan op de geleverde zorg binnen een gegeven behandelsetting en zijn ze beperkt onderscheidend voor de zorgzwaarte. De zorgvraag van de patiënt is niet zichtbaar. Ook brengt dit bekostigingssysteem hoge administratieve lasten met zich mee, onder andere door de gedetailleerde tijdsregistratie (zowel directe als indirecte tijd). Dit leidt af van waar het om gaat: waardevolle zorg voor de patiënt.

Het huidige db(b)c-systeem bevat verkeerde prikkels voor strategisch declaratiegedrag. De patiënt begrijpt zijn nota niet, laat staan dat er een goede check op plaatsvindt of de zorg feitelijk is geleverd. Het is uitgegroeid tot een complex systeem, met talloze regels en daardoor ook inflexibel en niet robuust om te anticiperen op innovaties. Ook levert het problemen op in de jaarrekeningen van zorgaanbieders en financiële verantwoordingen van zorgverzekeraars. Verder is de lange doorlooptijd van de db(b)c's een groot publiek probleem. Hierdoor is er pas laat inzicht in zorguitgaven. Verder is er een discrepantie tussen de omzet van zorgaanbieders en schade van zorgverzekeraars. Ook voor de gb-ggz geldt dat de huidige prestaties onvoldoende klinisch herkenbaar zijn en de nota voor de patiënt onvoldoende duidelijk is. Verder is ook binnen de gb-ggz sprake van laat inzicht in zorguitgaven.

Wij zijn met veldpartijen tot de conclusie gekomen dat de huidige bekostiging niet langer geschikt is om ggz en de fz op een duurzame manier te bekostigen. Ook geeft de bestaande systematiek onvoldoende ruimte voor een goede inhoudelijke doorontwikkeling naar een bekostiging waarbij de waarde van de zorg voor de patiënt voorop staat.
Dit is de reden dat wij tot een door het veld gedragen advies zijn gekomen voor een nieuwe bekostiging: het zorgprestatiemodel. Dit model lost een groot deel van de bestaande knelpunten op en geeft bovendien de gewenste ruimte om in de komende jaren verrijkt te worden met elementen die de zorgvraag typeren of patiëntengroepen duiden. Parallel aan deze invoering blijven wij daarom gezamenlijk werken aan een verbeterde zorgvraagtypering. Hiervoor gebruiken we de uitkomsten van de pilots over het zorgclustermodel als belangrijke input. Tot het moment dat de verbeterde zorgvraagtypering is gerealiseerd blijft bestaande informatie als de DSM-hoofdgroepdiagnose, de Zorgvraagzwaarte-indicator (ZVZi) en de patiëntprofielen (gb-ggz) behouden.

Het door ons voorgestelde zorgprestatiemodel wordt gekenmerkt door eenvoud: de prestaties zijn herkenbaar, en daarmee controleerbaar, voor de patiënt. Ze weerspiegelen de daadwerkelijk geleverde zorg en de tarieven sluiten aan bij behandelinzet en behandelsetting. Bovendien is er sprake van een fundamentele en structurele verlichting van de administratieve lasten: er is géén minutenregistratie meer nodig van de directe- en indirecte tijd. Er is sprake van een maximale versnelling van het inzicht in zorguitgaven, omdat de feitelijke prestaties zijn gekoppeld aan een dag in plaats van aan een traject van 365 dagen. Het vervallen van trajecten als declarabele eenheden leidt er bovendien toe dat omzet en schade veel beter vergelijkbaar zijn. Ook komt het de eenheid binnen de ggz en fz ten goede.
Zo vervallen de bekostigingsschotten tussen jaar 1 en jaar 2 en 3 van de ggz. De nieuwe bekostiging zal ook gaan gelden voor de gb-ggz, op voorwaarde dat de informatie over patiëntprofielen behouden blijft.

Wij adviseren om het zorgprestatiemodel per 2022 in te voeren als bekostigingsmodel voor de ggz en de fz. Wij stellen 2019 en 2020 voor als voorbereidingsjaren en 2021 als simulatiejaar. In de voorbereidingsjaren ontwikkelen we de bekostiging verder en bereiden we de implementatie voor. Deze jaren zijn nodig om de stap naar een sectorbrede invoering per 2022 op zorgvuldige wijze te kunnen zetten. De invoering kan budgetneutraal plaatsvinden. Wel kan er sprake zijn van (verwachte) herallocatie-effecten bij zorgaanbieders. Voor de overgang naar de nieuwe bekostiging stellen wij een transitieprestatie beschikbaar in 2022 en 2023 waarmee eventuele ongewenste effecten (zowel positief als negatief) opgevangen kunnen worden door hierover contractuele afspraken te maken.

Om het bovengenoemde mogelijk te maken is tijdige besluitvorming nodig van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) op basis waarvan de nieuwe bekostiging kan worden doorgevoerd.

Veldpartijen zullen de komende jaren ook samen blijven werken om deze bekostiging te implementeren en door te ontwikkelen. Daar horen ook regels bij, maar ook die willen wij zo eenvoudig mogelijk houden. Er zal in ieder geval sprake zijn van een trajectnummer, zodat bijvoorbeeld zorgverzekeraars een relatie kunnen leggen tussen de individuele declarabele eenheden. Ook willen we aansluiten bij andere ontwikkelingen, zoals de transitie naar Horizontaal Toezicht en een meer proces- en systeemgerichte verantwoording (als vervanger van de achterafcontroles). Bovendien is een eenvoudige bekostiging ook flexibel te combineren met de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering.

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.

Met de invoering van het zorgprestatiemodel zetten we een eerste belangrijke stap naar een toekomstige bekostiging van waardegedreven zorg binnen de ggz en fz. In een gezamenlijk programma met het veld zullen wij de implementatie en doorontwikkeling realiseren.

Aanleiding

Aanleiding

Het ministerie van VWS heeft per brief van 5 oktober 2018[1] de NZa verzocht te adviseren over een nieuwe bekostiging voor de ggz en fz per 2020. VWS vraagt ons daarbij of en hoe de afspraken uit het 'bestuurlijk akkoord ggz 2019-2022' met betrekking tot de bekostiging op een verantwoorde wijze kunnen worden uitgevoerd. Ook vraagt VWS om te adviseren over een nieuwe bekostiging voor de fz. Wij houden hierbij rekening met de 'meerjarenovereenkomst forensische zorg 2018-2021'. Mede op basis van dit advies zijn de ministeries van VWS en JenV voornemens een besluit te nemen over de bekostiging de ggz en fz.

In de adviesaanvraag wordt ons verzocht in ieder geval in te gaan op:
- de randvoorwaarden die VWS gesteld heeft[2];
- prikkels die doelmatige zorg bevorderen;
- de macro-budgettaire beheersbaarheid;
- het voorkomen van een onnodige trendbreuk in informatie;
- een bijbehorend verantwoordings- en controlearrangement[3];
- de evaluatie van de pilot van het zorgclustermodel.

Wij hebben in een brief van 6 december 2018[4] laten weten dat het advies later opgeleverd zal worden. Deze extra tijd hebben wij gebruikt om tot meer draagvlak te komen in het veld. In deze brief hebben wij verder aangegeven dat een landelijke sectorbrede invoering per 2020 niet haalbaar is.

In onze voortgangsrapportage[5] berichtten wij eerder te zoeken naar een combinatie van prestaties op het niveau van zorgactiviteiten (o.a. vanwege homogeniteit en herkenbaarheid) met de zorgclusters als inhoudelijk typering van de zorgvraag van de patiënt. Wij hebben dat toen het 'combinatiemodel' genoemd.
Wat betreft de pilot van het zorgclustermodel bevinden we ons nog in de verzamel- en analysefase, waardoor op dit moment nog geen conclusies kunnen worden getrokken over de bruikbaarheid van het zorgclustermodel. Wij zien de invoering van de nieuwe bekostiging en de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering als separate trajecten.[6]

In dit advies richten wij ons op de nieuwe bekostiging en de implementatie hiervan. Mede omdat op gebied van de zorgclusters nog onvoldoende conclusies kunnen worden getrokken, maar wijzigingen in de bekostiging niet langer op zich kunnen laten wachten. Deze nieuwe bekostiging noemen wij het **zorgprestatiemodel**.

Verder refereren wij in het advies aan de volgende brieven:
- Reactie van de minister van VWS op de agenda voor gepast gebruik en transparantie.[7]
- Reactie van de minister van VWS op de voortgangsrapportage van de NZa.[8]
- Kabinetsreactie op rapport Commissie Transparantie en Tijdigheid.[9]

Leeswijzer

Ons advies is op hoofdlijnen beschreven in hoofdstuk 1. Een uitwerking van de knelpunten van de huidige bekostiging is opgenomen in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 beschrijven wij de ontwerpcriteria van het zorgprestatiemodel. In hoofdstuk 4 is de opzet van het zorgprestatiemodel uitgewerkt. Op hoofdlijnen bestaat het zorgprestatiemodel uit consulten, verblijfsprestaties, overige prestaties en een aantal toeslagen. Een aantal randvoorwaarden voor de nieuwe bekostiging zijn uitgewerkt in hoofdstuk 5. De effecten van het zorgprestatiemodel beschrijven wij in hoofdstuk 6. De partijen die dit advies hebben opgesteld geven in hoofdstuk 7 een doorkijk naar de verdere implementatie en doorontwikkeling van de bekostiging. Daarin is ook de nauwe verbondenheid zichtbaar tussen de bekostiging zelf en de benodigde verbetering van de zorgvraagtypering.

Noten

1 Brief VWS aan NZa met kenmerk 1422227-181105-CZ, 5 oktober 2018.
2 Standpunt VWS bij NZa-advies doorontwikkeling productstructuur, bij Kamerstuk 25-424 nr. 292, 26 november 2015.
3 Brief VWS aan Tweede Kamer met kenmerk 1143250-164705-CZ, 30 juni 2017.
4 Brief NZa aan VWS met kenmerk 0314906/0478187, 6 december 2018.
5 Brief NZa en VWS met kenmerk 0231547/0322180, 7 februari 2017.
6 Brief VWS aan Tweede met kenmerk 1488047-187399-CZ, 19 maart 2019.
7 Brief VWS aan Tweede Kamer met kenmerk 1030737-156949-CZ, 28 oktober 2016.
8 Brief VWS aan NZa met kenmerk 0200346/0273877, 1 september 2018.
9 Brief VWS aan Tweede Kamer met kenmerk 1297136-173448-FEZ, 19 februari 2018.

1 Wat is ons advies?

Wat is ons advies?

In de afgelopen jaren zijn wij tot de gezamenlijke conclusie gekomen dat de huidige bekostiging niet langer geschikt is om ggz en fz op een duurzame manier te bekostigen. Ook geeft de huidige bekostiging onvoldoende ruimte voor een goede inhoudelijke doorontwikkeling naar een bekostiging waarbij de waarde van de zorg voor de patiënt voorop staat. In hoofdstuk 2 gaan we hier verder op in.

In dit gezamenlijke advies stellen wij een andere bekostiging voor: het zorgprestatiemodel. Deze bekostiging richt zich op de ggz en fz. Binnen de ggz bestaan nu bekostigingsschotten. Zo zijn er verschillende bekostigingssystemen voor de g-ggz en de gb-ggz. Daarnaast worden jaar 1 en 2/3 van de g-ggz anders bekostigd. Met het voorgestelde zorgprestatiemodel willen we deze bekostigingsschotten opheffen.

Op hoofdlijnen bestaat het zorgprestatiemodel uit consulten, verblijfsprestaties, overige prestaties en een aantal toeslagen. We gaan in dit model uit van een (functioneel omschreven) setting, waarin zorg wordt geleverd. Tijdsregistraties zijn met het zorgprestatiemodel verleden tijd en bronregistraties worden vereenvoudigd, ondersteund door duidelijke regels. De patiënt kan zo beter zijn eigen nota beoordelen. De bekostigingsschotten tussen jaar 1 en jaar 2/3 van de g-ggz worden opgeheven.

Dit beoogde bekostigingsmodel lost veel van de knelpunten uit de huidige bekostiging voor de ggz en fz op. Het geeft bovendien de gewenste ruimte om in de komende jaren verrijkt te worden met zorginhoudelijke elementen en juiste typeringen van patiëntengroepen. De veldpartijen committeren zich aan de inhoudelijke doorontwikkeling van de zorgvraagtypering parallel aan de invoering van het zorgprestatiemodel.

In 2016 is door het kabinet de Commissie Transparantie en Tijdigheid ingesteld. Deze had de opdracht concrete oplossingen aan te dragen om de transparantie en tijdigheid van informatie over de uitgaven voor de curatieve zorg te verbeteren. De commissie stelde in haar rapport van september 2017 voor om declaratiesystemen in deze sectoren eenvoudig te houden en te baseren op prestaties die per dag kunnen worden afgerekend. Dit maakt de financiële afwikkeling volgens de commissie eenvoudiger en begrijpelijk voor de burger. Bovendien ontstaat hiermee veel sneller inzicht in de zorguitgaven.

In de kabinetsreactie op dit advies geven de minister en staatssecretaris aan deze denkrichting te steunen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen door de overheid

voorgeschreven tarieven en declaraties (declaratiesysteem), inkoop/contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over prijs, inhoud en volume van zorg (bekostiging) en de informatievoorziening. Deze benadering biedt volgens het kabinet aanknopingspunten om eenvoudiger tarief- en prestatiesystemen voor de curatieve zorg te ontwikkelen en sneller inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de zorguitgaven. De minister heeft de NZa verzocht de aanbevelingen van de commissie expliciet te (blijven) betrekken bij de verdere (door)ontwikkeling van de tarief- en prestatiesystemen voor de ggz en hier expliciet op in te gaan bij hun advisering over deze systemen. Dit nieuwe bekostigingsmodel is in lijn met het advies van de commissie Transparantie en Tijdigheid.

Wij adviseren om het zorgprestatiemodel per 2022 in te voeren als bekostigingsmodel voor de ggz en de fz. Het is niet realistisch om in 2020 nog een tussenstap te maken in de bekostiging, dat compliceert bovendien een sectorbrede invoering. De partijen in het veld hebben aangegeven tijd nodig te hebben voor een zorgvuldige implementatie. Partijen geven de voorkeur aan een volledige invoering voor de hele sector per 2022. Hiermee houden we de administratieve lasten beperkt doordat er geen twee systemen naast elkaar hoeven te bestaan. Wij onderschrijven dit en pleiten voor die sectorbrede invoering per 2022 (met 2021 als simulatiejaar).

Wij stellen 2019 en 2020 voor als voorbereidingsjaren en 2021 als simulatiejaar. In de voorbereidingsjaren werken we de bekostiging verder uit en bereiden we de implementatie voor. In het simulatiejaar kan elke zorgaanbieder de impact van het zorgprestatiemodel voor de eigen praktijk of instelling in kaart brengen. Deze jaren zijn nodig om de stap naar een sectorbrede invoering per 2022 op zorgvuldige wijze te kunnen zetten. In hoofdstuk 7 hebben we verder uitgewerkt hoe de implementatiejaren er op hoofdlijnen uit komen te zien.

In de jaren 2022 en 2023 stelt de NZa een transitieprestatie vast met een vrij tarief, waarmee zorgverzekeraars en zorgaanbieders in hun contractuele relatie afspraken kunnen maken over verrekening van eventuele financiële effecten. Het inzicht in de financiële impact dat partijen met de simulatie krijgen, help bij het maken van afspraken hierover.

We adviseren om in het zorgprestatiemodel de DSM-diagnoseclassificatie op hoofdgroepniveau[10], de Zorgvraagzwaarte-indicator (Zvzi) en de patiëntprofielen van de gb-ggz in stand te houden, zolang er nog geen verbeterde zorgvraagtypering is. Op deze manier houden we het onderscheid tussen de gb-ggz en de g-ggz inzichtelijk en ontschotten we in de bekostiging. Parallel aan de invoering van de nieuwe bekostiging werken partijen samen aan een verbeterde zorgvraagtypering, zodat gepast gebruik nog meer gestimuleerd kan worden en

er waardevolle informatie ontstaat om de bekostiging op toe te passen. We zien het zorgclustermodel, dat zorgaanbieders in de periode 2018-2019 in een pilot testen, nog altijd als een verder uit te werken richting voor de verbetering van de zorgvraagtypering. Partijen stellen voor deze doorontwikkeling een gezamenlijk plan van aanpak op.

In 2020 en 2021 blijven dus de huidige db(c)c-systematiek, de zzp-systematiek en de prestaties in de gb-ggz in stand. Het onderhoud hieraan beperken we tot een minimum. Wel passen we de tarieven per 2020 aan op basis van het lopende kostprijsonderzoek. Zo kunnen aanbieders en verzekeraars hun aandacht en inspanningen maximaal richten op de implementatie van de nieuwe bekostiging. Alle inspanningen voor de doorontwikkeling zullen zich dan richten op het zorgprestatiemodel en verder ontwikkelen van de zorgvraagtypering.

Om het bovengenoemde mogelijk te maken ontvangen wij graag voor 1 juli 2019 een reactie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), mede namens het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) waarin zij de voorziene wijziging in de bekostiging onderschrijven. Dit is nodig in verband met de benodigde implementatietermijnen.

Het nu lopende kostprijsonderzoek voor de tarieven voor de ggz en fz 2020, gebruiken we ook als basis voor het bepalen van de maximumtarieven van de zorgprestaties in het zorgprestatiemodel. Zie ook figuur 1.

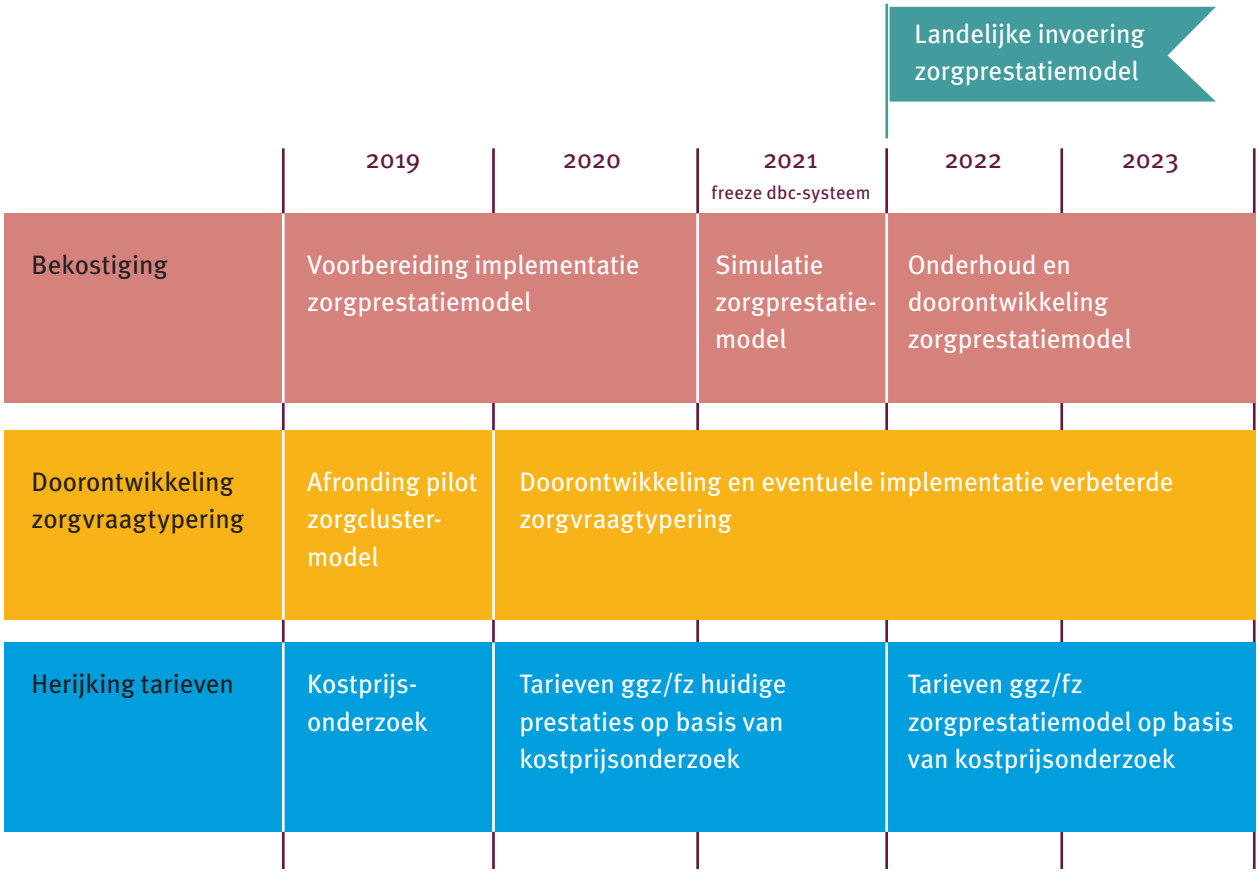
Vanuit de gezamenlijke partijen richten we op korte termijn een programmastructuur in om de implementatie te begeleiden en enkele specifieke onderwerpen uit te werken voorafgaand aan implementatie. We denken aan:
- Finaliseren prestatielijst
- Inrichten behandelsetting in bekostiging
- Opstellen veldnorm niet BIG-beroepen

Vanuit dit programma zal ook de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering worden opgepakt.

Noten

10 Dit betekent dat per 2022 ook overgegaan wordt op de DSM-V versie (in verband met het verlopen van de licentie DSM-IV).

Figuur 1: Overzicht trajecten



2 Waarom dit advies?

Waarom dit advies?

Door de invoering van db(b)c's als bekostiging in de ggz en fz is er meer inzicht gekomen in de kosten van zorg op patiëntniveau. Tot die tijd waren de budgetparameters leidend voor de bekostiging. Ook hebben de db(b)c's geleid tot een verdere professionalisering van de bedrijfsvoering bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Tegelijk hebben alle betrokken partijen in 2015 geconstateerd dat de huidige db(b)c-systematiek grote tekortkomingen heeft. In dit hoofdstuk zetten wij uiteen welke tekortkomingen dit zijn, zoals weergegeven in figuur 2, waarin deze vooral toegespitst worden op de db(b)c-systematiek. Veel van deze knelpunten gelden ook voor de gb-ggz.

Figuur 2: Samenvatting knelpunten bekostiging ggz/fz



Onvoldoende prikkels sturen waardegedreven zorg

De mogelijkheden om met de db(b)c-systematiek te sturen op waardegedreven zorg zijn beperkt. De oorzaak hiervan is dat de diagnoseclassificatie dominant is en deze weinig zegt over welke behandeling passend en waardevol is. Simpel gezegd: een depressie kan in sommige gevallen in acht gesprekken worden behandeld, maar leidt in andere gevallen tot een klinisch traject van meerdere jaren. In de db(b)c-systematiek bestaat er geringe aandacht voor andere factoren die meer zeggen over de zorgvraagzwaarte en de daarbij passende behandeling. Hierdoor is er ook geen relatie tussen de diagnoseclassificatie en de kosten van een behandeling.

Sluit onvoldoende aan op geleverde zorg

Het db(b)c-systeem gaat uit van gemiddelden, waarbij – via tijdsklassen – een gemiddelde behandelminuut wordt vergoed. Die 'behandelminuut' is een gemiddelde van de kosten van alle betrokken behandelaren in de ggz en fz, zoals een maatschappelijk werker, verpleegkundige of psychiater. Dit leidt ertoe dat door elke afwijking van de gemiddelde inzet van zorgprofessionals er per definitie een financiële onder- of overwaardering plaatsvindt. Zo zorgt de db(b)c-systematiek niet voor een goede vergoeding voor (extreme) zorgzwaarte. Ook kan het financieel aantrekkelijk zijn het zorgaanbod vooral te richten op de patiënt met een eenvoudiger zorgvraag. Dit kan een gevaar van patiëntselectie opleveren. We willen de negatieve bijwerkingen van de financiële onder- en overwaardering opheffen. Oorspronkelijk was deze systematiek van gemiddelden bedoeld als prikkel om doelmatig zorg te verlenen, maar in de afgelopen jaren is meer dan duidelijk geworden dat de combinatie van behandelinzet per tijdsklasse en diagnose geen graadmeter is voor doelmatigheid. Dit blijkt onder andere uit declaratiepatronen, waarbij optimale minutengrenzen worden gekozen. De breed gedeelde aanname is dat de zorgvraagtypering en bijbehorende patiëntkenmerken, waar wij met veldpartijen aan werken, hier wel aanknopingspunten voor kunnen geven.

Houdt geen rekening met behandelsetting

De huidige bekostiging maakt onvoldoende onderscheid naar verschillende settingen waarbinnen zorg geleverd wordt. Het element 'verblijf' voorziet hier al wel deels in, maar specifieke vormen van zorg vragen om specifieke beschikbaarheid van faciliteiten, infrastructuur, methoden of inzet van verschillende disciplines. Hier wordt in de huidige prestatiestructuur niet naar gedifferentieerd, terwijl er wel sprake kan zijn van een wezenlijk ander kostenbeslag. In de huidige bekostiging wordt dit zichtbaar in meer indirecte tijd, maar daarmee is het nog niet verklaarbaar wat maakt dat die zorg vraagt om meer indirecte tijd. In een situatie waarin er geen sprake meer is van tijdschrijven, doet het zichtbaar maken van de behandelsetting niet alleen recht aan de geleverde zorg, maar draagt het ook bij aan de verklaring hiervoor.

Bevat perverse prikkels voor strategisch (declaratie)gedrag

De huidige bekostiging kent perverse prikkels die strategisch gedrag kunnen oproepen. Bijvoorbeeld de prikkel om een db(b)c net na een tijdsgrens te sluiten. Anderzijds bestaat er een prikkel bij grotere tijdsklassen om de behandelinzet van zorgprofessionals te beperken, bijvoorbeeld wanneer verwacht wordt dat de volgende tijdsklasse niet kan worden bereikt. Hierdoor ontstaat een risico op onderbehandeling, omdat de inzet lager is dan het gemiddelde waarop de vergoeding is gebaseerd.
De gemiddelde tarieven in de huidige bekostiging zijn gebaseerd op een gemiddeld behandelprofiel, dat niet altijd recht doet aan de inzet en faciliteiten die nodig zijn bij een zwaardere zorgvraag. Dit kan de 'juiste zorg op de juiste plek' in de weg staan.
In de huidige db(b)-systematiek is de indirecte tijd niet genormeerd. Hierdoor is er sprake van veel vrijheidsgraden en is er geen prikkel om een doelmatigere verhouding tussen directe en indirecte tijd te realiseren. De db(b)c-beroepentabel kent ook veel vrijheidsgraden, doordat de tabel beroepen bevat die geen beschermde titel kennen en waarvoor er ook geen veldnorm bestaat. Dit is geen goede basis voor gepast gebruik van zorg.
Deze perverse prikkels zorgen er voor dat zorgverzekeraars meer geneigd zijn door controle en verantwoording toezicht te houden op deze declaraties. Dit leidt bij alle partijen tot hoge administratieve lasten.

Houdt bekostigingsschotten in stand

De huidige bekostiging van de g-ggz kent, sinds de invoering van de Wlz, een onderscheid tussen prestaties in het eerste jaar van een klinische opname (dbc's) en die van het tweede en derde jaar (zzp's). Hierdoor bestaan er verschillende prestaties met bijbehorende regelgeving (registratie- en declaratievereisten) voor de laatste dag van het eerste jaar en de eerste dag van het tweede jaar, zonder dat de geleverde zorg verandert. Er is geen zorginhoudelijke reden om onderscheid te maken tussen de bekostiging van het eerste jaar en tweede/derde jaar. Ook de gb-ggz kent een andere bekostigingsstructuur. Meerdere soorten bekostiging komt het maken van passende afspraken over vergoeding van ggz niet ten goede.

Is inflexibel en maakt innovaties onvoldoende mogelijk

De db(b)c-systematiek is inflexibel. Dit wordt grotendeels veroorzaakt door de verbondenheid tussen registratie-elementen en tariefberekeningen. Deze inflexibiliteit zien we bijvoorbeeld bij wijzigingen in de dbc-beroepentabel, waarbij altijd eerst een periode van registratie moet plaatsvinden voordat de bekostiging kan worden aangepast. Deze inflexibiliteit leidt er ook toe dat innovaties in de zorg niet altijd goed in te passen zijn.
Daarnaast is het vanwege de lange doorlooptijd en complexiteit van dbc-regelgeving moeilijk om de systematiek aan te passen. Dit kwam duidelijk naar voren bij het traject 'verkorting

doorlooptijd', waarbij we moesten constateren dat verkorting niet mogelijk was binnen de systematiek.[11] Het (her)alloceren van kosten in de dbc-systematiek is daarin problematisch gebleken.

Leidt tot hoge administratieve lasten door complexe regels

De complexiteit van de bekostiging en regelgeving resulteert in hoge registratie- en verantwoordingslasten. De minutenregistratie en zorgactiviteitenregistratie zijn administratief belastend. Die willen we in de nieuwe systematiek dan ook loslaten.

Resulteert in onduidelijke zorgnota's voor de patiënt

De zorgnota's in de ggz zijn niet transparant over de feitelijk geleverde zorg en de gemaakte kosten aan de patiënt. Op de nota staat slechts een globale prestatie en/of tijdsklasse vermeld en bij de langdurende behandelingen ook een hoofdgroepdiagnose. De ggz-patiënt heeft zo onvoldoende inzicht of de in rekening gebrachte prestatie overeenkomt met de daadwerkelijk geleverde zorg. Wij vinden het belangrijk dat de nota voor de patiënt begrijpelijk is, zodat hij deze kan controleren. Ook omdat de patiënt een deel van de gemaakte zorgkosten zelf betaalt via het eigen risico. Het verrekenen van het eigen risico is nu weinig transparant. De commissie Transparantie en Tijdigheid constateerde eerder al dat hier aandacht voor moet zijn. De verrekening is namelijk niet direct gekoppeld aan specifieke momenten dat er zorg genoten is, maar aan de startdatum van een dbc. Soms is die startdatum nog te begrijpen (bijvoorbeeld de dag van het eerste consult), maar soms is deze startdatum puur om administratieve redenen bepaald en is er geen directe link met geleverde zorg op dat moment.

Geeft laat inzicht in de zorguitgaven

Een db(b)c kent een maximale doorlooptijd van 365 dagen. Binnen de g-ggz en fz geldt dat veel van deze db(b)c's de maximale doorlooptijd open staan. Voordat een db(b)c wordt gedeclareerd gaat hier doorgaans nog een aantal maanden overheen. Vanwege deze lange doorlooptijden ontstaat er pas laat inzicht in de feitelijke zorguitgaven. Dit maakt het bijvoorbeeld lastiger voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om tijdig met elkaar te schakelen over knelpunten in de contractafspraken, laat staan dat zij hier tijdig op kunnen sturen. Daarmee ontstaat er een grote onzekerheid over een groot deel van de zorguitgaven. Met alle controles die na facturatie nog plaatsvinden (zoals zelfonderzoek, materiële controles zorgverzekeraar, afrekening contractafspraken en accountantscontroles) duurt het zo'n 2,5 jaar na afloop van een kalenderjaar voordat de schade over het betreffende jaar bekend

is. Ook de overheid heeft pas laat inzicht in de definitieve zorguitgaven, waardoor bijsturen op de macro uitgaven pas laat kan. Dit zorgt er voor dat jaren na afloop van een kalenderjaar de inzet van een Macro Beheersingsinstrument (MBI) nog boven de markt kan hangen.

Geeft onzekerheden in jaarrekeningen en verantwoordingen

De afgelopen jaren waren er veel onzekerheden bij het vaststellen van de omzet van zorgaanbieders. De oorzaken hiervan waren onder andere:

- de lange doorlooptijd van de db(b)c's;
- de daarmee samenhangende hoogte van het onderhandenwerk;
- de onzekerheid over nog te volgen controles;
- de complexiteit van de db(b)c-systematiek en regelgeving;

Dit heeft onder andere geleid tot een alert van de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) bij de jaarrekeningen. Door diverse ingrepen, zoals de inrichting van een zelfonderzoek en bijbehorende normenkader, zijn deze onzekerheden gemitigeerd. De oorzaken zijn daarmee nog niet opgelost. De onzekerheden in de jaarrekening zorgen ook voor problemen in de verantwoording van de zorgverzekeraar. Die moet immers voor het ten laste brengen van de vergoede schade voor de risicoverevening verklaren dat de vergoede schade rechtmatig en gepast was.

Maakt omzet van de zorgaanbieders en schade van de zorgverzekeraars moeilijk vergelijkbaar

De vergoeding van geleverde zorg aan een zorgaanbieder door de zorgverzekeraar of patiënt kent twee boekhoudkundige begrippen: omzet (perspectief zorgaanbieder) en schade (perspectief zorgverzekeraar). Zorgaanbieders rekenen omzet toe aan een kalenderjaar (het boekjaar). Dit is logisch, omdat het zorgactiviteiten betreft die een zorgaanbieder in dat boekjaar uitvoert en waarvoor in dat boekjaar kosten worden gemaakt. De hoogte van de omzet bestaat uit declaraties die de zorgaanbieder in een kalenderjaar verstuurt aan de zorgverzekeraar of patiënt voor de geleverde zorg in dat jaar. Dit wordt aangevuld met de waarde van db(b)c's die op 31 december nog open staan (onderhanden werk) en verminderd met het onderhanden werk uit het voorgaande jaar.

Zorgverzekeraars werken met een ander begrip: schade. Daarbij wordt de opening van de dbc gezien als het moment waarop de schade ontstaat. De gehele dbc wordt dan toegerekend aan dat schadejaar. Dit betekent dat dbc's die de jaargrens van een kalenderjaar overschrijden door de zorgverzekeraar volledig worden toegerekend aan het voorliggende kalenderjaar, terwijl de zorgaanbieder alleen de omzet van het onderhandenwerk aan het voorliggende kalenderjaar toerekent.

Deze verschillen bemoeilijken het gesprek tussen aanbieder en zorgverzekeraar over de interpretatie en de uitgaven van zorg. Dit geldt ook voor de gb-ggz.

Zet niet aan tot duurzame (inkoop)relatie tussen aanbieders en zorgverzekeraar.

De db(b)c-systematiek kent geen onderscheid in de opbrengst per minuut voor verschillende behandelactiviteiten of de inzet van verschillende behandelaren. De inzet van elke professional telt even zwaar mee in de declaratie. Een systeem met tijdsgrenzen kan tot overbehandeling of in-efficiency leiden. Anderzijds kan het ook leiden tot onderbehandeling. Als de zorg na een tijdgrens doorgaat kan het voelen alsof de zorg niet meer wordt vergoed. Uiteraard is dit niet het geval, maar het gevaar van sturen op de hoeveelheid minuten met de hoogste opbrengst ligt wel op de loer. Bovendien houdt de huidige bekostiging slechts beperkt rekening met de setting waarin zorg wordt geleverd. Dit kan bij vergoeding van het restitutietarief tot overcompensatie van zorgaanbieders leiden die meeliften op de hoogte van de vergoeding gebaseerd op een gemiddeld zwaardere setting. Het kan daardoor voor aanbieders aantrekkelijk zijn geen contract aan te gaan, omdat er dan geen sprake is van plafonds, lumpsums of andere contractuele afspraken. De huidige bekostiging is daarmee onvoldoende ondersteunend bij het bevorderen van de contracteergraad.

Noten

11 Advies verkorting doorlooptijden ggz/fz, oktober 2015.

3 Welke ontwerpcriteria vormen de basis?

Welke ontwerpcriteria vormen de basis?

Bij het ontwikkelen van een nieuwe bekostiging is door alle betrokkenen meegedacht over de ontwerpcriteria en randvoorwaarden. Om te komen tot een eenduidige set hebben wij gebruik gemaakt van vier bronnen:

- Notitie beleid: visie op doorontwikkeling DBC-systematiek ggz (2015). Deze notitie betreft ook de fz. Deze gezamenlijke beleidsnotitie is geschreven door LPGGZ, NIP, NVZ, GGZN, NFU, ZN, NVvP, FMS, LVVP, NZa, DForZo/DJI en VGN.
- Toelichting Standpunt VWS op NZa-advies doorontwikkeling productstructuur (2015). Kamerstuk 25 424 nr. 292.
- Afwegingskader NZa combinatiemodel, vastgesteld door partijen in een bestuurlijk overleg bij de NZa in april 2017.
- Adviesaanvraag oktober 2018 van VWS over de bekostiging van de ggz en fz per 2020 (kenmerk 1422227-181105-CZ).

De elementen uit deze bronnen die in de bekostiging een plek moeten krijgen hebben wij teruggebracht naar tien ontwerpcriteria. Zie figuur 3.

In de bijlage is een tabel opgenomen hoe deze tien criteria zich verhouden tot de vier genoemde bronnen.

Figuur 3: Ontwerpcriteria zorgprestatiemodel





Eenvoudige prestaties, begrijpelijk voor de patiënt

De kracht van de nieuwe prestatiestructuur moet liggen in de eenvoud. Een overzichtelijk aantal prestaties moet zorgen voor een hanteerbaar declaratiesysteem. De nieuwe prestaties moeten bovendien begrijpelijk zijn voor de ggz-patiënt. Ook eenvoudige beschrijvingen van de prestaties dragen hieraan bij. De zorg die de patiënt krijgt 'verdwijnt' niet meer binnen een tijdsgrens, maar staat als herkenbare prestatie op de nota. Hierdoor kan de patiënt zien wanneer hij bij een behandelaar in behandeling is geweest en door welk type behandelaar er zorg is geleverd.



Weerspiegelt daadwerkelijk geleverde zorg, controleerbaar voor de patiënt

In het db(b)c-systeem wordt een gemiddelde behandelminuut (via tijdsklassen) vergoed. Hierbij is er geen onderscheid gemaakt tussen zorgprofessionals. De opbrengst is hetzelfde, terwijl de achterliggende kosten van zorgprofessionals sterk kunnen verschillen. In het zorgprestatiemodel willen we de aansluiting tussen inzet van zorg en de gemaakte kosten verbeteren, door onderscheid te maken tussen de verschillende beroepen en rekening te houden met de behandelsetting waarin deze zorg wordt geleverd. De nieuwe prestaties moeten een feitelijke weergave zijn van de geleverde zorg. Dit komt de medische herkenbaarheid ten goede. Bovendien zorgt een feitelijke weergave van geleverde zorg, in eenvoudige declaraties verwoord, ervoor dat de patiënt/verzekerde beter in staat is zijn eigen risico overzicht en nota te controleren. Dit is ook in lijn met de ambities van de minister van VWS op het gebied van rechtmatige zorg.[12]



Prijzen die aansluiten bij behandelinzet en behandelsetting

In een trajectbekostiging, zoals de db(b)c's, wordt de prijs bepaald door de gemiddelde samenstelling van minuten (het behandelprofiel) te combineren met gemiddelde kostprijzen. Deze systematiek leidt op individueel niveau tot een vergoeding die doorgaans te hoog of te laag is gegeven de behandelinzet en setting. Dat is inherent aan een systeem van gemiddelden, zij het wel dat impact hiervan groter is bij een trajectbekostiging. De nieuwe bekostiging moet mede om deze reden bestaan uit zorgactiviteiten, gekoppeld aan de gemiddelde duur van de activiteit, waarvan de prijs wordt vastgesteld op basis van de gemiddelde kostprijs van die activiteit in een bepaalde setting. Dit komt de kostenhomogeniteit van de prestaties ten goede en zorgt voor beter passende gemiddelde tarieven.

Het zou goed zijn als in de nieuwe bekostiging een onderscheid gemaakt kan worden naar de 'setting' waarin zorg wordt geleverd. Immers, de setting waarin zorg wordt geleverd kan van grote invloed zijn op het kostenbeslag. Onder setting verstaan we de inbedding van vormen

van zorg die van elkaar te onderscheiden zijn door benodigde infrastructuur, inzet van verschillende disciplines of inzet van methodieken. In de praktijk zal dit verband houden met de plaats waar de zorg wordt geleverd. Dit moet onderbouwd worden met functioneel omschreven criteria geënt op een wezenlijk ander kostenbeslag. Hiervoor is nodig dat er functionele omschrijvingen komen van deze verschillende settings. Er zal dan naar verwachting ook in het lopende kostprijsonderzoek een verschil in kostenbeslag zichtbaar worden. De verrijking van de nieuwe bekostiging met een onderscheid naar setting draagt bij aan het reëler beprijzen van zorg. Ook bieden we hiermee handvatten voor het gesprek over gepast gebruik en is de tarifering op zichzelf geen reden om af te zien van een contract met de zorgverzekeraar. Het streven is om een beperkt aantal settings (3 – 5) te definiëren die voldoende onderbouwd kunnen worden op basis van een afwijkend kostenbeslag.
Hier wordt verder bij opgemerkt dat er een verschil is tussen de bekostiging van zorg en de vergoeding van zorg. De bekostiging is de manier waarop bepaald wordt welk tarief een zorgaanbieder voor geleverde zorg maximaal in rekening mag brengen. Over de hoogte van de vergoeding en de manier waarop dit aan de bekostiging wordt gekoppeld (plafond, lumpsum, populatie, patiëntendoelgroepen, vergoeding per patiënt, etc.) maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling afspraken.



Structurele verlichting administratieve lasten, géén tijdsregistratie

In de nieuwe bekostiging staat niet meer het tijdschrijven centraal, maar enkel het vastleggen van een geleverde zorgprestatie. Het verminderen van de administratieve lasten is een belangrijk punt voor alle betrokken partijen. Deze administratieve last wordt nu primair ervaren in het vastleggen van directe en indirecte tijd. In een nieuwe bekostiging is dat niet meer aan de orde.



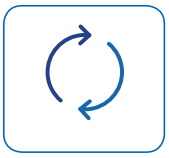
Maximale versnelling inzicht in zorguitgaven, omzetjaar en schade vergelijkbaar

Door prestaties zo vorm te geven dat deze gebaseerd zijn op de duur van een zorgactiviteit of één kalenderdag, realiseren we een maximale versnelling in inzicht in de zorguitgaven. Een bijkomend voordeel is dat hiermee het omzetjaar van zorgaanbieders en schadelastjaar van zorgverzekeraars vergelijkbaar is. Dit komt het gesprek over de zorguitgaven op zowel macro-niveau (overheid) en micro-niveau (zorgaanbieder en zorgverzekeraar) ten goede. De informatie is immers sneller voorhanden en de boekhoudkundige definities zijn gelijk.



Eenvoudige en duidelijke regels, ruimte voor innovatie

Bij een eenvoudige en hanteerbare prestatielijst hoort ook een eenvoudige en duidelijke set aan declaratieregels. Ons uitgangspunt bij het vormgeven van de nieuwe bekostiging is om de regelgeving vanaf 'o' op te bouwen[13]. Daarbij zal de NZa alleen registratie- en declaratieregels opnemen die strikt noodzakelijk zijn voor een goede werking van het bekostigingssysteem. Daarmee borgen we dat het systeem eenvoudig en hanteerbaar blijft met zo laag mogelijke administratieve lasten. Zo vertaalt de eenvoud van de prestatielijst zich ook in eenvoudige en duidelijke regelgeving.



Stimuleert procesgerichte beheersing i.p.v. controle achteraf

Bij het inrichten van de bekostiging moet worden gezocht naar efficiënte administratieve processen en een goede inrichting van systemen die deze bekostiging ondersteunen. Uitgangspunt is dat de rechtmatigheid van de gedeclareerde zorg zoveel mogelijk aan de voorkant in de processen moet zijn geborgd, zodat controles achteraf worden voorkomen. Dit is ook in lijn met de ontwikkeling naar Horizontaal Toezicht. Het doel van Horizontaal Toezicht is een efficiënter én effectiever toezicht op de rechtmatigheid van de zorguitgaven. In deze vorm van proces- en systeemgericht toezicht wordt een juiste vastlegging aan de bron gestimuleerd. Bij het inrichten van de nieuwe bekostiging kan met deze ontwikkelingen rekening worden gehouden. Zo zou de prestatie vanuit het primaire werkproces (de agenda) van de behandelaar te halen moeten zijn en gebaseerd op het directe contact tussen behandelaar en patiënt. Ook kan rekening worden gehouden met de uitkomsten van de taskforce gepast gebruik.



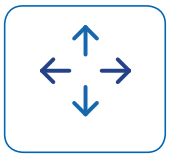
Zelfde bekostiging voor jaar 1 en jaar 2/3 g-ggz, basis-ggz en fz; ontschotting

Binnen de ggz zijn nu nog diverse bekostigingsschotten. Zo zijn er verschillende bekostigingssystemen voor de gb-ggz en jaar 1 en 2/3 van de g-ggz[14]. Met de nieuwe bekostiging willen we deze bekostigingsschotten opheffen. Met het zorgprestatiemodel maken we eenzelfde bekostiging voor de ggz en fz.



Basis voor sturen op gepaste en doelmatige zorg

De Raad voor Volksgezondheid en Zorg definieert gepaste zorg als “de combinatie van handelen op basis van evidence based medicine en patient centered medicine. Uiteindelijk betekent dit dat de zorgverlener betere en doelmatiger zorg kan en zal leveren.”[15] Idealiter kent het te ontwerpen bekostigingsmodel een onderverdeling van prestaties naar zorgvraagzwaarte en voorzien richtlijnen in een afbakening van de bijbehorende behandelpakketten. Om dit te kunnen realiseren is een verbeterde zorgvraagtypering nodig. De pilot over het zorgclustermodel, waarvan de verzamelde data nu wordt geanalyseerd, vormt een belangrijk vertrekpunt voor de verdere uitwerking van de verbeterde zorgvraagtypering.
Hoewel er op dit moment nog geen verbeterde zorgvraagtypering voorhanden is, draagt het maken van onderscheid naar behandelsetting en het sneller beschikbaar zijn van informatie over zorguitgaven wel bij aan het gesprek over gepaste en doelmatige zorg.



Flexibel te combineren met doorontwikkeling zorgvraagtypering

De bekostiging moet zo zijn vormgegeven dat een verbeterde zorgvraag-typering hier makkelijk aan kan worden toegevoegd. Door de prestaties te baseren op de daadwerkelijk geleverde zorg en te verkorten tot de duur van een zorgactiviteit of één kalenderdag is het model voldoende flexibel om een verbeterde zorgvraagtypering toe te voegen wanneer deze is ontwikkeld.

Noten

12 Rechtmatige Zorg, Aanpak van fouten en fraude 2018-2021, december 2018.
13 Dit uitgangspunt is opgenomen in het actieplan ‘ontregel de zorg’.
14 CPB Discussion Paper ‘Unintended effects of reimbursement schedules in mental health care’, 3 november 2014.
15 Advies over gepaste zorg, uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van VWS, 2004.

4 Wat houdt het zorgprestatiemodel in?

Wat houdt het zorgprestatiemodel in?

Het zorgprestatiemodel is een vorm van prestatiebekostiging op basis van activiteiten en verblijfsdagen. In de structuur kennen we vier typen prestaties: consulten, verblijfsprestaties, toeslagen en overige prestaties. Om dit model en deze structuur uit te werken is een aanwijzing van de minister van VWS nodig. De zorgprestatielijst wordt in de komende maanden (binnen de gegeven structuur) gefinaliseerd. Ook de vormgeving van de setting kan nog tot veranderingen leiden in de prestatielijst.

In figuur 4 zijn de concept prestaties uit het zorgprestatiemodel schematisch weergegeven. In hoofdstuk 7 beschrijven wij dat deze lijst, in combinatie met setting, verder wordt afgerond.

Consulten

Behandeling en geneeskundige begeleiding (hierna 'behandeling') zijn ondergebracht in een consultenstructuur. We onderscheiden vijf consulten, waarvan de duur is gebaseerd op tijdseenheden waarvan uit data-analyses blijkt dat ze in de praktijk gangbaar zijn:

- Consult kort (15 minuten)
- Consult middel (30 minuten)
- Consult standaard (45 minuten)
- Consult uitgebreid (60 minuten)
- Consult extra uitgebreid (75 minuten)

De indirecte tijd is voor de consulten (via een opslag in het consulttarief) genormeerd.

Binnen deze consultstructuur maken we een onderscheid naar BIG-beroepen en niet BIG-beroepen. Dit onderscheid hanteren we omdat dit een objectieve indeling van beroepen in de zorg is. Bovendien is dit onderscheid verankerd in wetgeving en daardoor herkenbaar, controleerbaar en handhaafbaar.

Voor elk van de acht BIG-beroepen hebben we vanuit het oogpunt van kostenhomogeniteit bovengenoemde vijf consulten ontwikkeld. Deze consulten krijgen ook aparte tarieven voor elk van de acht BIG-beroepen. De niet-BIG beroepen kennen geen verdere uitsplitsing naar individuele beroepen. De vijf consulten voor de niet BIG-beroepen krijgen daarmee een gemiddeld tarief op basis van de beroepenmix.

Om de herkenbaarheid van de geleverde zorg te bevorderen hebben we aparte consulten ontwikkeld voor diagnostiek en behandeling.

Tenslotte hebben we voor groepsbehandelingen consulten ontwikkeld waarvan het tarief gebaseerd is op het aantal deelnemers. We onderscheiden de volgende groepsgrootten: 2-5 deelnemers, 6-8 deelnemers, 9-12 deelnemers, vanaf 13 personen.

Verblijfsprestaties

Voor de verblijfszorg behouden we de huidige systematiek waarin verblijfsdagen per dag worden geregistreerd. De verblijfsprestaties A t/m H kennen een onderverdeling naar de verzorgingsgraad (gemiddelde VOV-inzet op jaarbasis)[16]. Per verblijfsprestatie worden vier (fz) respectievelijk drie (g-ggz) beveiligingsniveaus onderscheiden.

Aanvullend op de verblijfsprestaties A t/m H hebben we de volgende drie verblijfsprestaties ontwikkeld voor de g-ggz:
- Verblijf zonder Overnachting (VZO) bij ECT.
- Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR).
- Verblijf met extreme zorgzwaarte.

Voor uitzonderlijke situaties van extreme zorgzwaarte hebben we de verblijfsprestatie Extreme zorgzwaarte ontwikkeld. Deze prestatie is bedoeld voor uitzonderlijke situaties, waarbij de verblijfszorg dusdanig maatwerk betreft dat dit redelijkerwijs niet inpasbaar is in de reguliere verblijfsprestaties. Doorgaans is de oorzaak dat de VOV-inzet zo afwijkt van de zwaarste verblijfsprestatie (G) dat het leveren van verantwoorde zorg niet voldoende bekostigd kan worden. Gezien het maatwerkkarakter van deze prestatie, geldt voor het declareren van deze prestatie een contractvereiste. Tot slot zullen dagbesteding en vak-therapie integraal onderdeel uit gaan maken van de verblijfsprestaties en daarmee niet langer apart declarabel zijn.

Toeslagen en overige prestaties

Een aantal specifieke zorgvormen is beschreven in toeslagen. Deze toeslagen kunnen alleen voorkomen in combinatie met een consult of (specifieke) verblijfsdag. De toeslagen voor de g-ggz en de fz zijn terug te vinden in figuur 4.
Een beperkt aantal minder vaak voorkomende onderdelen van ggz en fz behandelingen zijn gedefinieerd in overige prestaties. Zij verschillen van de toeslagen, omdat ze ook afzonderlijk kunnen worden gedeclareerd. De overige prestaties zijn terug te vinden in figuur 4.
Tenslotte moet zorg die niet tot de verzekerde aanspraken Zvw behoort in rekening gebracht kunnen worden. Hiervoor behouden we de huidige prestaties *Niet basispakketzorg – consult en Niet basispakketzorg – verblijf*.

Figuur 4: Concept prestaties uit het zorgprestatiemodel

CONSULT (per zitting)

Gespecialiseerde ggz en gb-ggz en forensische zorg
- Verpleegkundige (art. 3)
- Psychologische beroepen psychotherapeut (art. 3)
- Psychologische beroepen gz-psycholoog (art. 3)
- Medische/somatische beroepen (art. 3)
- Verpleegkundig specialist (art. 14)
- Psychologische beroepen (art. 14)
- Medische/somatische beroepen (art. 14)
- Niet BIG-beroepen

Diagnostiek
Kort
Middel
Standaard
Uitgebreid
Extra uitgebreid

Individuele behandeling
Kort
Middel
Standaard
Uitgebreid
Extra uitgebreid

Groeps-behandeling
2 tot en met 5
6 tot en met 8
9 tot en met 12
Meer dan 12

Toeslagen
Gespecialiseerde ggz
- RTMS
- Doventolk/communicatiedeskundige
- Reistijd tot 25 minuten
- Reistijd vanaf 25 minuten

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

VERBLIJFSPRESTATIES

Gespecialiseerde ggz
- 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)
- Verblijfsdag VMR (verblijf met rechtvaardigingsgrond)
- Verblijf zonder overnachting bij ECT
- Verblijfsdag extreme zorgzwaarte

Beveiligings-niveau
Geen
2
3

Forensische zorg
- 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)
- Verblijfsdag extreme zorgzwaarte

Beveiligings-niveau
1
2
3
4

Toeslagen
Gespecialiseerde ggz
- Oorlogsgerelateerd psychotrauma (op verblijfsdag D)

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

OVERIGE PRESTATIES

Gespecialiseerde ggz
- Elektroconvulsietherapie (ECT)
- Ambulante methadonverstrekking (AMV)
- Consultatie bij euthanasieverzoeken
- Onderlinge dienstverlening
- Activiteiten ihkv juridische procedures (kort, middel, standaard, uitgebreid,extra uitgebreid
- Multidisciplinaire overleg (MDO) (kort, middel, lang)
- Niet basispakketzorg consult
- Niet basispakketzorg verblijf
- Innovatie (incl. e-health)

Forensische zorg
- Elektroconvulsietherapie (ECT)
- Ambulante methadonverstrekking (AMV)
- Consultatie bij euthanasieverzoeken
- Onderlinge dienstverlening
- Activiteiten ihkv juridische procedures (kort, middel, standaard, uitgebreid, extra uitgebreid)
- Multidisciplinaire overleg (MDO) (kort, middel, lang)
- Ambulante dagbesteding forensische zorg
- Forensisch psychiatrisch toezicht (FPT)

Uitgangspunten tarieven

Ook binnen het zorgprestatiemodel zal sprake zijn van max-max tarieven. Deze worden gebaseerd op het lopende kostprijsonderzoek voor de herijking van de db(b)c-tarieven 2020. Voor drie specifieke prestaties wordt een vrij tarief voorgesteld:

- Transitieprestatie, beschikbaar in 2022 en 2023
- Innovatieprestatie (incl. e-health)
- Verblijfsdag extreme zorgzwaarte

Voor deze prestaties zijn wel afspraken met zorgverzekeraars nodig, omdat in geval van de transitieprestatie er een verrekening plaatsvindt voor effecten die overall-afspraken over- of onderschrijden. Bij de innovatieprestatie en de verblijfsdag extreme zorgzwaarte moeten verzekeraar en aanbieder gezamenlijk definiëren voor welke zorg die prestatie wordt ingezet.

In plaats van een generieke opslag voor kapitaallasten bij behandeling introduceren we per 2020 een nieuwe variant in de vorm van een Normatieve Huisvestingscomponent (NHC). Deze wordt toegepast op alle prestaties waarbij huisvesting een rol speelt. We bouwen deze normatief op en rekenen de kosten uiteindelijk aan minuten van een behandelaar toe.

Acute ggz en Wet verplicht ggz

De acute ggz (eerste 72 uur) gaat, na inschrijving van de generieke module acute psychiatrie, bekostigd worden via een budget. De budgetsystematiek past binnen de nieuwe bekostiging. De budgetparameters worden niet geraakt door de nieuwe bekostiging en blijven ongewijzigd bestaan. Aan de ‘prestatiekant’ van de budgetsystematiek moeten wijzigingen worden doorgevoerd. Er moet zichtbaar zijn of een gedeclareerde prestatie ter dekking komt van het budget. Hiervoor zullen apart gelabelde consulten en verblijfsdagen ontwikkeld worden. Voor de bekostiging van de acute ggz na de eerste 72 uur zien wij geen belemmering om de consulten (en verblijfsdagen) te gebruiken.
Voor zover nu duidelijk is kan het zorgprestatiemodel ook worden toegepast op de zorg die valt onder de Wet verplichte ggz. We besteden hier bij de finalisering van de prestatielijst aandacht aan.

Noten

16 Binnen de gespecialiseerde ggz geldt ook een verblijfsprestatie H (HIC) voor specifieke situaties met een besloten setting. De NZa adviseert om die prestatie ook in de beoogde bekostiging op te nemen. De NZa onderzoekt samen met partijen de noodzaak tot invoering van een soortgelijke prestatie binnen de forensische zorg.

5 Wat zijn de randvoorwaarden?

Wat zijn de randvoorwaarden?

Naast de eerdergenoemde ontwerpcriteria zijn er ook een aantal randvoorwaarden waaraan het nieuwe bekostigingsmodel moet voldoen. Wij gaan in op de volgende onderdelen:

- Macrobudgettaire beheersbaarbaarheid
- Voorkomen trendbreuk informatie
- Toepasbaar in risicovereveningsmodel
- Beschikbaarheid (financiële) stuurinformatie
- Verminderen van perverse prikkels
- Privacy

Macrobudgettaire beheersbaarbaarheid

Het nieuwe bekostigingsmodel mag niet leiden tot een stijging van de zorguitgaven en moet net als de huidige bekostiging, passen binnen het bij invoering geldende budgettair kader zorg. Een financiële impactanalyse geeft ons inzicht in de financiële effecten die zich voordoen bij de overgang naar het nieuwe bekostigingsmodel. Deze analyse kan pas worden uitgevoerd als de herijkte tarieven bekend zijn. In het volgende hoofdstuk wordt wel het effect van de overgang naar het nieuwe model verder uitgewerkt.

Voorkomen trendbreuk informatie

In de huidige bekostiging vormen de behandeltijd en de DSM-diagnoseclassificatie en zorgvraagzwaarte-indicator belangrijke informatie-elementen. In de vormgeving van de nieuwe bekostiging willen we een trendbreuk van informatie zoveel mogelijk voorkomen en blijft deze informatie beschikbaar.
Voor zorgverzekeraars is het nodig dat zij een relatie kunnen leggen tussen de individuele declarabele eenheden en patiëntkenmerken. Hiervoor zal sprake zijn van een trajectnummer op basis waarvan deze koppeling behouden blijft.

Toepasbaar in risicovereveningsmodel

De Zorgverzekeringswet eist van zorgverzekeraars dat zij iedereen accepteren voor de basisverzekering. Daarnaast geldt een verbod op premiedifferentiatie. Dit laatste houdt kort gezegd in dat iedereen die dezelfde polis kiest, dezelfde premie betaalt. Er mag geen verschil worden gemaakt op basis van persoonskenmerken en/of zorggebruik. De enige toegestane kortingen zijn een korting bij een vrijwillig eigen risico en een collectiviteitskorting. Om verzekeraars te compenseren voor verzekerden met een hoge kans op zorgkosten, is het systeem van de risicoverevening ingevoerd. Dit is een model dat op basis van

persoonskenmerken en (historisch) zorggebruik de zorgkosten voor een deel compenseert. Die compensatie wordt zo berekend dat verzekeraars voor verzekerden met een grote kans op zorgkosten een toeslag ontvangen en voor verzekerden met een lage kans op zorgkosten een aftrek. Op die manier worden de risico's verevend tussen de verzekeraars.
Bij de vormgeving van de nieuwe bekostiging brengen we de gevolgen voor de uitvoering van de risicoverevening in kaart. Daar waar aanpassingen nodig blijken zullen wij samen met het Zorginstituut Nederland optrekken. Een verdere uitwerking hiervan is opgenomen in het volgende hoofdstuk.

Beschikbaarheid (financiële) stuurinformatie

Prestaties in de db(b)c-systematiek kennen een doorlooptijd van maximaal één jaar. In het zorgprestatiemodel is de doorlooptijd van een prestatie teruggebracht tot maximaal een dag. Doordat de prestaties niet meer pas na maximaal een jaar worden afgeleid tot een declarabel zorgproduct, de db(b)c, is het mogelijk om de geleverde zorg frequenter te declareren. Geleverde prestaties kunnen bijvoorbeeld elke maand gedeclareerd worden. Hierdoor is informatie over de definitieve schadelast sneller beschikbaar. Ook kan met de versnelling van declaraties beter gemonitord worden hoe de financiële contractafspraken tussen de inkoper en de zorgaanbieder verlopen en of er bijgestuurd moet worden.
Hoewel de DSM-diagnose strikt genomen in de prestaties geen rol meer vervult, blijft de DSM-diagnose relevant om te bepalen of er sprake is van een verzekerde aanspraak. Zoals eerder beschreven zullen, tot er een verbeterde zorgvraagtypering is, de registratievereisten (van bijv. DSM-classificatie en Zvzi) niet wijzigen. Met het zorgprestatiemodel gaat deze informatie niet verloren

Verminderen van perverse prikkels

In het zorgprestatiemodel worden op aantal manieren perverse prikkels verminderd.
- Afschaffen tijdsklassen
- Normeren registratie indirecte tijd
- Toename mogelijkheden om onjuiste registratie te constateren

Afschaffen tijdsklassen

Het bestaan van tijdsklassen kan tot strategisch declaratiegedrag leiden. Bijvoorbeeld een db(b)c sluiten, direct nadat een volgende tijdsklasse is bereikt. De financiële prikkel om gunstig in een volgende tijdsklasse te komen is met de nieuwe bekostiging verdwenen. Ondersteund door het onderzoek van het CPB[17] verwachten wij een positief effect als tijdsklassen van de dbc-systematiek worden vervangen door losse zorgprestaties die

gebaseerd zijn op daadwerkelijk geleverde zorg. De prikkels voor zowel over- als onderbehandeling vanwege de bekostiging worden hiermee gemitigeerd. Hierdoor zal het zogenoemde 'zaagtandpatroon', waarbij relatief veel productie geleverd wordt net boven de ondergrens van een tijdsklasse, niet meer in deze mate aanwezig zijn.

Normeren registratie indirecte tijd

De manier waarop indirecte tijd[18] wordt geschreven in de dbc-systematiek kan tot ongewenst of strategisch gebruik leiden. Indirecte tijd is immers niet genormeerd. De mogelijkheden tot strategisch gebruik willen wij beperken door indirecte tijd te normeren op basis van reële gemiddelden. Voor enkele aanwijsbare afwijkende situaties (zoals juridische procedures en Multidiciplinair overleg wordt overigens nog wel een afzonderlijke prestatie ingevoerd. Op het moment dat er een betere zorgvraagtypering beschikbaar is (of de setting hierin voorziet), kunnen deze zorgactiviteiten verder worden genormeerd.

Toename mogelijkheden om onjuiste registratie te constateren

In het zorgprestatiemodel wordt de eis gesteld dat geleverde prestaties herleidbaar zijn vanuit de patiëntplanning. De prestaties zullen samen met de datum waarop de prestatie is geleverd, transparant worden gemaakt op de factuur. In de dbc-systematiek zijn alleen de totalen beschikbaar, waardoor controles veel moeilijker uitgevoerd kunnen worden. Via een tijdsklasse 800-1800 minuten kun je als patiënt of zorgverzekeraar niet zien of een zorg-aanbieder standaard 30 minuten extra tijd schrijft bij elk consult of eenmalig 300 minuten indirecte tijd toevoegt.

Privacy

Zo lang er geen verbeterde zorgvraagtypering is, adviseren wij om de DSM-diagnose, de Zvzi en de patiëntprofielen in de gb-ggz te behouden. Verzekeraars geven aan dat inzage in de DSM-diagnose (op hoofdgroepniveau) via de nota nodig blijft om te controleren of een declaratie rechtmatig is. Te denken valt aan de controle of een declaratie binnen de aan-spraken Zorgverzekeringswet valt en of er sprake is van gepast gebruik.

Om een medisch persoonsgegeven als de DSM-diagnose te mogen verwerken is er een grondslag nodig. Wij verzoeken VWS deze grondslag expliciet te creëren in de Regeling Zorgverzekering (artikel 7.2). Daarmee wordt de diagnose-informatie expliciet toegevoegd als informatie-element waar de zorgverzekeraar over kan beschikken.

De NZa kan op grond van deze toevoeging in de Regeling Zorgverzekering een informatie-verplichting voor aanbieders creëren om de diagnose-informatie aan de zorgverzekeraars te blijven leveren. De mogelijkheid voor patiënten om een privacyverklaring in te vullen blijft bestaan. Naar verwachting zal zo'n regeling ook opgesteld moeten worden voor een toekomstige zorgvraagtypering.

Noten

17 CPB Discussion Paper 'Unintended effects of reimbursement schedules in mental health care', 3 november 2014.

18 Onder indirecte tijd wordt de inspanningen van een behandelaar genoemd in het kader van de patiënt, maar zonder direct contact tussen de patiënt en behandelaar. Denk hierbij aan verslaglegging en patiëntbesprekingen.

6 Wat zijn de verwachte effecten?

Wat zijn de verwachte effecten?

42

In dit hoofdstuk beschrijven wij de effecten van het zorgprestatiemodel. Daarin staan wij stil bij de volgende effecten:
- Financiële prikkels
- Sturen op gepaste en doelmatige zorg
- Effect op contractering
- Risicoverevening
- Administratieve lasten
- Te verwachten financiële impact g-ggz

Financiële prikkels

Eén van de belangrijkste wijzigingen in het zorgprestatiemodel is het opheffen van lange tijdsranges. Daarmee vervalt een belangrijke prikkel van het sturen op een optimaal aantal minuten ten opzichte van het tarief ('zaagtandpatroon'). In het zorgprestatiemodel staan consulten en verblijfsdagen centraal. Daarnaast is de indirecte tijd als vaste opslag verwerkt in de zorgprestaties. Zowel het afschaffen van de tijdsklassen als het normeren van indirecte tijd zijn belangrijk om negatieve prikkels die kunnen leiden tot strategisch declaratiegedrag in te beperken.

Wij zien in het zorgprestatiemodel twee soorten risico's voor strategisch gedrag:
- Sturen op tijdsgrenzen
- Opknippen van lange consulten in kortere consulten

Sturen op tijdsgrenzen

Het element 'tijd' zal binnen de ggz en de fz altijd een prominente rol hebben in de tarifering, omdat de zorgprestatie doorgaans de inzet van de behandelaar weerspiegelt. In het zorg-prestatiemodel speelt dit met name bij de consulten. In de concept prestatielijst kennen we nu het volgende onderscheid:
- Consult kort (15 minuten)
- Consult middel (30 minuten)
- Consult standaard (45 minuten)
- Consult uitgebreid (60 minuten)
- Consult extra uitgebreid (75 minuten)

Door bijvoorbeeld strategisch om te gaan met afrondingsregels zou er een ongewenst effect kunnen optreden.

Ten opzicht van de huidige db(b)c's wordt deze prikkel beperkt doordat:
- De patiënt zijn nota begrijpt en hier zo opheldering kan vragen bij de zorgaanbieder of zorgverzekeraar;
- De verzekeraar en de patiënt eerder inzicht krijgen in geleverde zorg en hier zo nodig op acteren;
- In het zorgprestatiemodel het sturen op grenzen alleen via oprekking van direct patiënten-contact mogelijk is;
- In de beheersing van de rechtmatigheid gekeken wordt naar het primaire werkproces (de agenda van de behandelaar).

Opknippen van lange consulten in kortere consulten

In de nieuwe structuur bestaat het risico dat aanbieders voor een consult dat nu 60 minuten duurt, in de toekomst bijvoorbeeld meerdere consulten van kortere duur in rekening brengen (ervan uitgaande dat dit financieel aantrekkelijk is). Daarvoor moet de patiënt dan wel meerdere keren terugkomen/wachten. In de regelgeving zal namelijk worden opgenomen dat een consult bestaat uit een aaneengesloten tijdspanne. Dus voor een uur behandeltijd, mag niet twee keer 30 minuten in rekening worden gebracht.
Wat betreft het opsplitsen van individuele behandelafspraken is de patiënt een belangrijke factor. De patiënt zal immers niet altijd bereid zijn/de mogelijkheid hebben om meerdere keren terug te komen bij de behandelaar.

Sturen op gepaste en doelmatige zorg

Een aantal belangrijke elementen in de nieuwe bekostiging zorgen ervoor dat er beter gestuurd kan worden op gepaste en doelmatige zorg:
- Het zorgprestatiemodel zorgt voor meer klinische herkenbaarheid dan de minuten van de db(b)c's. Klinische herkenbaarheid definiëren wij als de mate waarin zorgproducten vanuit een geneeskundig of beveiligingsperspectief identificeerbaar zijn[19]. De prestaties uit het zorgprestatiemodel zijn immers gebaseerd op de in de praktijk geleverde zorg. Dat ondersteunt het gesprek tussen verzekeraar en aanbieder over doelmatigheid en gepast gebruik.
- Indirecte tijd is versleuteld in de consulten, waardoor er meer focus ligt op het directe patiëntencontact.
- Het onderscheid naar benodigde setting draagt vooral bij aan het sturen op gepaste en doelmatige zorg omdat hiermee inzicht ontstaat in de zwaarte van de zorg en de daarbij horende behandelinzet en zorguitgaven.
- Het sneller inzicht hebben in de zorguitgaven, doordat de prestaties snel gedeclareerd kunnen worden, maakt dat het gesprek over gepaste en doelmatige zorg sneller gevoerd kan worden en zo nodig tijdig hierop kan worden bijgestuurd. Dit kan bijvoorbeeld door het

sneller inzicht krijgen in afwijkende declaratiepatronen. Zo faciliteert het zorgprestatiemodel de zorgverzekeraar om eerder bij te sturen als er sprake is van ongepaste of ondoelmatige zorg.

Maar daarmee 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. Hierdoor ontstaat meer inzicht in de zorgvraagzwaarte van de patiënt en/of de patiëntkenmerken. Om hier dan op te kunnen sturen is de ontwikkeling van zorgstandaarden/kwaliteitsstandaarden, waarin is beschreven welke zorg past bij verschillende patiëntgroepen, essentieel.

De dbc-beroepentabel zal in de huidige vorm vervallen. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord ggz hebben veldpartijen afgesproken samen een veldnorm te ontwikkelen. Hierdoor ontstaat meer duidelijkheid welke niet-BIG beroepen een erkende rol hebben in de zorgverlening in de ggz en fz. Dit draagt bij aan het goede gesprek over gepaste en doelmatige zorg.

Doelmatige zorg zal vooral bevorderd moeten worden via de contractering. Daar maken aanbieder en zorgverzekeraar met elkaar afspraken over doelmatige inzet van gekwalificeerde beroepsbeoefenaars. Een heldere en gedragen veldnorm kan hier een belangrijke bijdrage aan leveren.

Effect op contractering

Het zorgprestatiemodel omvat prestaties die gebaseerd zijn op werkelijk geleverde zorg en voorzien van een reëel tarief. Hiermee willen we bereiken dat bekostiging op zichzelf geen reden meer is om af te zien van een contract met de zorgverzekeraar. Door het verminderen van perverse prikkels voor strategisch declaratiegedrag zal het naar verwachting lonender worden om een contract af te sluiten. Wel zal er tijdens de implementatie aandacht moeten zijn voor de implicaties per beroepsgeroep. Mogelijk geeft de nieuwe bekostiging bij de beroepen met een lager kostenbeslag een grotere prikkel tot contactering dan bij beroepen met een hoger kostenbeslag. Het gemiddelde uurtarief in de db(b)c's zal afwijken van de tarieven die straks worden gekoppeld aan de consulten. Afhankelijk van de beroepsgroep kan dit naar boven of naar onder afwijken. De implicatie van deze differentiatie zal pas berekend kunnen worden als de setting is uitgewerkt.

De verrijking van de nieuwe bekostiging met een onderscheid naar behandelsetting draagt ook bij aan het eerlijker beprijzen van zorg. Door in de bekostiging een plek te geven aan de behandelsetting waarin specifieke zorg geleverd wordt ontstaat er meer inzicht in waarom bepaalde zorg goedkoper of juist duurder is. Ook zal een verlaging van de administratieve lasten contractering kunnen stimuleren.

Partijen van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord hebben met elkaar afgesproken te werken aan een hogere contracteergraad omdat “contractering hèt vehikel is om afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek”.[20] Een herkenbare bekostiging die gebaseerd is op de daadwerkelijk geleverde zorg ondersteunt het maken van dergelijke afspraken.

Risicoverevening

Het bestaande model voor risicoverevening bestaat voor de curatieve ggz uit acht parameters. Twee hiervan *(Diagnose Kosten Groepen psychische aandoeningen: DKG’s en de GGZ Meerjarige Hoge Kosten: MHK)* worden beïnvloed door de beoogde vervanging van dbc’s door het zorgprestatiemodel. Aangezien er geen informatie verloren gaat (en de bestaande informatie sneller beschikbaar komt) zullen er geen negatieve effecten optreden voor het model voor risicoverevening.

Een herijking van het vereveningsmodel lijkt wel gewenst. De invoering van het zorgprestatiemodel kan namelijk effect hebben op de kostendrempels en gewichten. Omdat de vereveningsbijdrage voor verzekeraars gebaseerd is op gegevens uit de 3 vorige jaren, ligt een herijking per 2025 (3 jaar na invoering vanaf 2022) voor de hand.
Overigens is een methode beschikbaar om – via conversie – de bestaande kostengroepen (DKG’s en MHK) ook dan nog te blijven gebruiken.

Het proces om het vereveningsmodel aan te passen werken we de komende periode in overleg met VWS en het Zorginstituut nader uit.

Vermindering administratieve lasten

Uitgangspunt bij de ontwikkeling van de prestaties van het zorgprestatiemodel is dat ze zoveel mogelijk overeen moeten komen met de inrichting van het primaire zorgproces. Omdat de prestaties overeenkomen met de feitelijk geleverde zorg zijn ze eenvoudig af te leiden uit agenda’s van afdelingen en/of behandelaren. Ook de indeling van beroepsgroepen sluit aan op landelijk erkende definities uit de wet BIG.

Met het zorgprestatiemodel komt de huidige minutenregistratie en onderliggende activiteitenregistratie te vervallen. Ook de regels die bij deze registratie horen vervallen. Daarnaast zullen we de overige registratie- en declaratieregels sterk vereenvoudigen. Onder andere regels rondom het openen, sluiten en valideren van een db(b)c komen te vervallen.

Alleen de regels die nodig zijn voor een goede werking van het bekostigingssysteem worden opgenomen in regelgeving. Het risico op onduidelijkheden en interpretatieverschillen in de regelgeving neemt daarmee af. Dit komt ook processen rondom de controle en verantwoording ten goede.
Tot slot resulteert ook het versnellen van de declaraties tot een vermindering van de administratieve lasten. Vanwege de lange doorlooptijd van de db(b)c's is er per definitie sprake van twee versies van registratie- en declaratieregels. De openingsdatum van de db(b)c is leidend voor welke registratie- en declaratieregels van toepassing zijn.

Te verwachten financiële impact g-ggz

Om de te verwachten financiële impact te berekenen hebben we de opbrengsten van aanbieders binnen de beoogde prestatiestructuur voor de g-ggz gesimuleerd en afgezet tegen de gesimuleerde opbrengsten binnen de huidige bekostiging.[21] In deze analyses zijn de effecten van de tariefherijking (per 2020),van de gewijzigde verblijfsdefinities en de vormgeving van de behandelsetting niet meegenomen. We willen namelijk de verwachte impact van de wijziging in bekostigingsmodel in kaart brengen. De effecten zoals weergegeven in tabel 1 zijn theoretische effecten. In de praktijk spelen veel andere factoren mee. Voorbeelden hiervan zijn tariefeffecten, contractering, registratiegedrag, een veranderende zorgvraag, etc. In een poging het zuivere effect te bepalen van een wijziging in de productstructuur heeft de NZa analyses gedaan waarbij van andere variabelen wordt verondersteld dat ze constant te zijn. Dit stelt ons in staat om alleen in te zoomen op de effecten die ontstaan als gevolg van de wijziging in de bekostiging.

Uitgangspunt in deze analyse zijn de minuten uit de dbc-systematiek (gesloten 2017). Deze minuten zijn vervolgens als input gebruikt voor de analyse naar de financiële impact van het zorgprestatiemodel. In eerste instantie wordt daarvoor een dbc-kostprijs bepaald op basis van herijkte profielen en kostprijzen zoals berekend in 2017. Met deze informatie worden opbrengsten van individuele zorgaanbieders binnen het zorgprestatiemodel gesimuleerd in de aanname dat 100% van het NZa-maximumtarief wordt gedeclareerd. De totale opbrengsten leiden tot het startpunt van de analyse. Vervolgens wordt stapsgewijs de opbrengst aangepast op basis van wijzigingen in de productstructuur. Het verschil in opbrengst is in de tabel weergegeven als percentage en geeft aan wat het effect is op de (maximale) opbrengst per stratum. De totale opbrengsten blijven gelijk, maar er vindt een herverdeling plaats.
In de tabel hierboven zien we het effect van de productstructuurwijziging op gesimuleerde opbrengsten per stratum, uitgewerkt in acht opeenvolgende stappen. Hieronder lichten we elk van deze stappen toe. Belangrijk om hierbij op te merken is dat dit een voorlopige analyse is gebaseerd op huidige vormgeving van het zorgprestatiemodel. Dit model moet echter nog verder gefinaliseerd worden. Ook dient de setting nog een plek te krijgen.

Tabel 1: Te verwachten financiële impact g-ggz

		Vrijgevestigde aanbieder	PUK/PAAZ	Instelling	Macro
1	Van dbc-tijdsklassen naar vergoeding per minuut	-4,8%	-3,1%	+0,6%	0%
2	Van dbc-kostprijs naar consultkostprijs	+7,6%	+4,8%	-1,1%	0%
3	Gemiddelde directe tijd	-0,8%	+1,4%	+0,0%	0%
4	Gemiddelde indirecte tijd	-0,1%	+1,1%	+0,0%	0%
5	Gemiddelde minuten pre-intake	-0,2%	-0,2%	+0,0%	0%
6	Gemiddelde algemene indirecte tijd (niet zijnde juridische procedures, MDO en zorgcoördi-natie)	+3,7%	+2,7%	-0,4%	0%
7	Prestatie MDO	-1,1%	+1,4%	+0,1%	0%
8	Prestatie reistijd	-0,0%	-0,0%	+0,0%	0%
	Subtotaal	**+4,3%**	**+8,1%**	**-0,8%**	**0%**
9	Verwijderen opslag specifiek personeel	-6,2%	-6,9%	+1,0%	0%
	Totaal	**-1,9%**	**+1,2%**	**+0,2%**	**0%**

Toelichting tabel 1

1 Van dbc-tijdsklassen naar vergoeding per minuut

De eerste stap in deze impactanalyse is het stoppen met de tijdsbandbreedte. In stap 1 vergoeden we een dbc niet meer op basis van een gemiddelde tijd binnen de dbc-bandbreedte, maar wordt elke minuut vergoed op basis van de gemiddelde kostprijs van de dbc.
Bijvoorbeeld: een aanbieder die binnen de dbc-bandbreedte minder minuten besteedde dan gemiddeld, kreeg voorheen het gemiddelde aantal minuten van de bandbreedte vergoed en krijgt nu dus minder minuten vergoed.

2 Van dbc-kostprijs naar consultkostprijs

In de volgende stap laten we de gemiddelde kostprijs van de dbc los en vergoeden we elke minuut volgens de kostprijs van het zorgprestatiemodel (consult per beroep).
Bijvoorbeeld: een minuut van de psychiater werd voorheen vergoed volgens de gemiddelde kostprijs van de dbc en wordt nu volgens de gemiddelde kostprijs van het consult van een psychiater vergoed.

3 Gemiddelde directe tijd

In deze stap vergoeden we niet elke minuut besteed aan directe tijd, maar worden deze minuten vergoed volgens een gemiddelde binnen de bandbreedtes van de consulten die ten grondslag liggen aan de bijbehorende tijdseenheden.
Bijvoorbeeld: een consult van 40 minuten directe tijd kreeg na stap 1 40 minuten vergoed, maar krijgt nu het gemiddeld aantal minuten in de bandbreedte 35-50 minuten vergoed (circa 45 minuten).

4 Gemiddelde indirecte tijd

In deze stap wordt de indirecte tijd, behorende bij diagnostiek- of behandelactiviteiten, opgeslagen op de directe tijd. Deze minuten worden dus niet meer elk vergoed, maar de vergoeding is nu een genormeerde opslag op de directe tijd.
Bijvoorbeeld: een consult van 50 minuten directe tijd en 10 minuten indirecte tijd kreeg na stap 1 10 minuten indirecte tijd vergoed, maar krijgt nu een gemiddelde opslag op het gemiddeld aantal directe minuten in de bandbreedte (circa 45 minuten).

5 Gemiddelde minuten pre-intake

In deze stap wordt de indirecte tijd, behorende bij prediagnostiek, opgeslagen op de directe tijd van consulten.
Bijvoorbeeld: een prediagnostische activiteit duurt 30 minuten. Na stap 1 kreeg je elk van deze 30 minuten vergoed, nu krijg je een aantal minuten voor prediagnostiek per consult met directe tijd vergoed. Ook als je geen prediagnostiek uitvoert zit deze opslag in het consult.

6 Gemiddelde algemene indirecte tijd (niet zijnde juridische procedures, MDO en zorgcoördinatie)

In deze stap wordt de indirecte tijd, behorende bij algemene indirecte tijd (niet zijnde juridische procedures, MDO en zorgcoördinatie), opgeslagen op de directe tijd van consulten.
Bijvoorbeeld: een activiteit van algemene verslaglegging duurt 15 minuten. Na stap 1 kreeg je elk van deze 15 minuten vergoed, nu krijg je een aantal minuten voor algemene indirecte tijd per consult met directe tijd vergoed. Ook als je geen algemene indirecte activiteiten uitvoert zit deze opslag in het consult.

7 Prestatie MDO

Na stap 6 is de vergoeding op basis van diagnostiek- en behandelconsulten afgerond, maar zijn nog niet alle minuten uit de dbc-systematiek verwerkt. In stap 7 worden minuten voor algemene indirecte tijd in het kader van juridische procedures, MDO en zorgcoördinatie gemiddeld verdeeld binnen de voorgestelde bandbreedtes van elk van de activiteiten.
Bijvoorbeeld: een activiteit in het kader van zorgcoördinatie duurt 30 minuten. Deze minuten werden na stap 1 allemaal vergoed, maar nu worden ze vergoed volgens een gemiddelde.

8 Prestatie reistijd

In stap 8 worden minuten voor reistijd gemiddeld verdeeld binnen de voorgestelde bandbreedtes van elk van de activiteiten.
Bijvoorbeeld: een reistijdactiviteit duurt 30 minuten. Deze minuten werden na stap 1 allemaal vergoed, maar nu worden ze vergoed volgens een gemiddelde reistijd.

Er wordt in de eerste acht stappen gerekend met een kostprijs voor tijdschrijvende beroepen. Overig zorgpersoneel wordt vergoed door middel van een opslag in de kostprijs, volgens het kostprijsmodel van de NZa. In de consultensystematiek zal echter iedere zorgprofessional zijn eigen zorg kunnen declareren, mits onderdeel van de nog op te stellen veldnorm.

9 Verwijderen opslag specifiek personeel

In stap 9 gaan we ervan uit dat dit personeel evenveel zal worden ingezet. We gaan ervan uit dat dit personeel bij instellingen werkzaam is en niet bij PUK/PAAZ'en en bij vrijgevestigde aanbieders. Voor vrijgevestigde aanbieders en PUK/PAAZ'en berekenen we in deze stap hoeveel omzet geheralloceerd wordt door de kostprijzen zonder opslag voor overig zorgverlenend personeel. Dit bedrag tellen we vervolgens op bij het totaalbedrag voor instellingen op om tot een effect te komen van het declarabel worden van overig zorgverlenend personeel.

Tot slot

In de analyse zoals weergegeven in tabel 1 zijn de herallocatie-effecten tussen categorieën van aanbieders (instellingen, vrijgevestigden, PUC/PAAZ-en) beperkt.

Budgetneutraliteit is in deze impactanalyse geen randvoorwaarde, maar een gevolg van de wijze van analyseren. De data die we voor de analyse zelf gebruiken (opbrengsten 2017) verandert immers niet, de prestaties op basis waarvan zorgaanbieders bekostigd worden wel. Er is daarmee sprake van een andere herallocatie van opbrengsten tussen zorgaanbieders.

Zoals bij elke productstructuurwijziging vinden herallocaties plaats tussen aanbieders. Dit is geen impact die wij via een publieke transitieregeling willen temperen. Hiervoor stellen wij wel een transitieprestatie beschikbaar in 2022 en 2023 waarover partijen afspraken kunnen maken.

Noten

19 Notitie beleid: Visie op doorontwikkeling dbc-systematiek ggz, 2015.
20 Bestuurlijk akkoord ggz 2019-2022.
21 Vooralsnog hebben we de financiële impact alleen in kaart gebracht voor de g-ggz en gebruiken we voor de analyse van de gb-ggz en fz gegevens die we via het lopende kostprijsonderzoek ontvangen.

7 Wat gaan we doen?

Wat gaan we doen?

Na oplevering van dit advies starten we samen met veldpartijen een nieuw programma voorde verdere uitwerking en implementatie van het zorgprestatiemodel. Ook de doorontwikkeling van de verbeterde zorgvraagtypering krijgt hierin een prominente plek. Voor dit programma wordt een gezamenlijk programmaplan opgesteld (gereed: 1 juli 2019). Daarin worden onderdelen uit dit hoofdstuk verder uitgewerkt met duidelijke mijlpalen, randvoorwaarden en onderlinge afhankelijkheden. Ook een masterplanning is hier onderdeel van. Een communicatieplan is nodig om samen met veldpartijen de hele sector goed in de ontwikkelingen mee te nemen. Dit is dan ook onderdeel van het programmaplan. Het programma richt zich op de jaren 2019 – 2021.

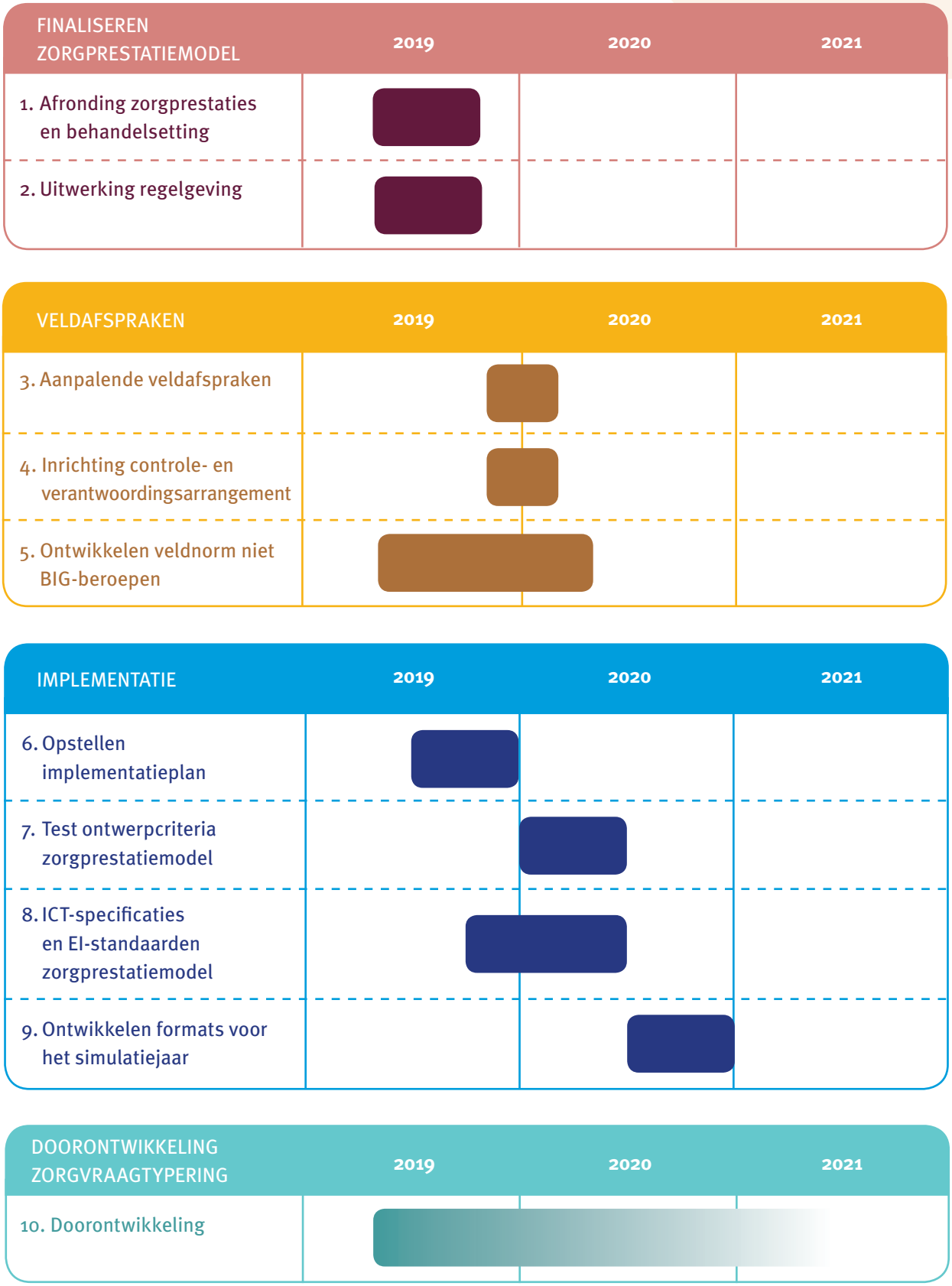
Voorbereidingsjaren 2019 en 2020

Om invoering van het zorgprestatiemodel per 2022 in één keer sectorbreed mogelijk te maken zullen we in 2019 en 2020 het zorgprestatiemodel finaliseren en voorbereidingen treffen voor de implementatie. In figuur 5 wordt uitgewerkt wat dit in ieder geval inhoudt. Afronding van de bekostiging en de implementatie zijn uiteraard afhankelijk van elkaar. We werken in dit hoofdstuk uit welke onderdelen wanneer af moeten zijn en welke onderlinge afhankelijkheid ze kennen.

Simulatiejaar 2021

In 2021 kunnen zorgaanbieders de effecten van het zorgprestatiemodel voor de eigen praktijk of instelling simuleren. Dit stelt hen in staat om de bedrijfsvoering tijdig aan te passen op de nieuwe bekostiging en indien nodig hierover tijdig afspraken te maken met de zorgverzekeraars.
We zullen deze ontwikkelingen landelijk monitoren. Op 1 oktober 2020 worden prestaties, tarieven en regelgeving in concept uitgeleverd. Op 1 juli 2021 worden de definitieve prestaties, tarieven en regelgeving voor 2022 door de NZa uitgeleverd.

Figuur 5: Vervolgplanning



Finaliseren zorgprestatiemodel

Afronding zorgprestaties en behandelsetting (1 juni - 1 november 2019)
Bij de afronding van de prestatielijst willen we onder meer nog vaststellen hoe we omgaan met de algemeen indirecte tijd (MDO en zorgcoördinatie) die mogelijk vervat wordt in de behandelsetting. Verder zullen we in ieder geval opnieuw in gesprek gaan over 'verblijf zonder overnachting (VZO)', 'activiteiten in het kader van juridische procedures', 'Toeslag Sglvg+' en 'vaktherapie'. Ook moet beoordeeld worden in hoeverre de toeslagen en overige prestaties voor de gb-ggz moeten gaan gelden.
Belangrijk is verder dat we functioneel omschreven settingscriteria formuleren. Eerder is benoemd dat we streven naar zo'n 3 – 5 settingsvarianten. Hierbij hebben we ook aandacht voor de rol van de psychotherapeut en klinisch psycholoog als regiebehandelaar in een vrijgevestigde setting.

Uitwerking regelgeving (1 juni 2019 - 1 november 2019).
Bij de uitwerking van de regelgeving zijn de eerdergenoemde ontwerpcriteria leidend en zal ook worden onderzocht welke bestaande regels doorvertaald moeten worden in de nieuwe bekostiging. Dit in relatie tot de afgeronde set zorgprestaties en vormgegeven behandelsetting.

Veldafspraken

Aanpalende veldafspraken (1 november 2019 - 1 maart 2020)
Naast de regelgeving van de NZa willen veldpartijen mogelijk ook regels vastleggen in bijvoorbeeld een veldnorm of kwaliteitsrichtlijn. Een voorbeeld hiervan is het Kwaliteitsstatuut. De NZa zal immers alleen regels vastleggen die nodig zijn vanuit het perspectief van de bekostiging. Waar nodig kan een koppeling gelegd worden tussen regelgeving van de NZa en veldnormen/kwaliteitsrichtlijnen. Concreet betekent dit dat de NZa in regelgeving opneemt welke elementen zorgaanbieders moeten vastleggen, welke gegevens op de nota komen te staan en welke declaratievoorwaarden gelden.
Voorbeelden van veldafspraken zijn:
- Eenduidige afspraken over de invulling van het regiebehandelaarschap en toepassing van het Kwaliteitsstatuut in relatie tot bekostiging;
- Eenduidige afspraken over welke setting voor welke groep patiënten wordt ingezet;
- Eenduidige afspraken over vergoedingsstructuren en gewenste eenduidigheid tussen zorgverzekeraars;
- Eenduidige afspraken over controle en verantwoording.

Verder kunnen aanpalende veldafspraken worden gemaakt over de toepassing van de transitieprestatie. Daarbij zal ook aandacht zijn voor de positie van de gecontracteerde vrijgevestigden, waarvoor veelal standaardcontracten beschikbaar zijn.

Inrichting controle- en verantwoordingsarrangement (1 november 2019 - 1 maart 2020)
Nadat regelgeving en prestaties bekend zijn kan gestart worden met het opstellen van afspraken over controle en verantwoording. Hierbij is het streven om dit zoveel mogelijk aan de voorkant van het proces in te richten.

Ontwikkelen veldnorm niet BIG-beroepen (1 juni 2019 - 1 mei 2020)
Een noodzakelijke veldafspraak is de veldnorm voor niet BIG-beroepen, in het verlengde van de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord ggz.

Implementatie

Opstellen implementatieplan (1 juli 2019 – 1 januari 2020)
Voor een zorgvuldige implementatie van het zorgprestatiemodel zal een implementatieplan worden opgesteld. Onderwerpen die hierin een plek kunnen krijgen:
- Uitwerking van de sectorbrede implementatie per 2022,
- Uitwerking simulatie-aanpak
- Handvatten om lokale afspraken te maken over toepassing transitieprestatie

Test ontwerpcriteria zorgprestatiemodel (1 januari 2020 - 1 juli 2020)
Een derde partij zal worden gevraagd het zorgprestatiemodel te toetsen aan de opgestelde ontwerpcriteria. Mochten hier bevindingen uit voort komen die aanpassing van regelgeving nodig maakt, kan dit verwerkt worden in de uitlevering van 1 oktober 2020.

ICT-specificaties en EI-standaarden zorgprestatiemodel (1 oktober 2019 - 1 juli 2021)
De ontwikkeling van ICT-specificaties en EI-standaarden kan van start gaan vanaf 1 oktober 2019. Dan zijn de prestaties en bijbehorende regels bekend. Gemiddeld is voor een ICT-transitie bij een bekostigingswijziging 15 maanden nodig. In deze planning hebben we een half jaar extra ingelast.

Ontwikkelen formats voor het simulatiejaar (1 juli 2020 - 1 januari 2021)
Voor het simuleren van de financiële effecten van het zorgprestatiemodel zullen formats ontwikkeld worden. Omdat voor de simulatie de productstructuur 2019/2020 wordt gebruikt, kunnen de formats in de loop van 2020 al worden opgesteld.

Doorontwikkeling zorgvraagtypering

Vanaf oplevering van het advies starten we met veldpartijen een traject waarin we de zorgvraagtypering verder gaan doorontwikkelen. De uitkomsten van de pilot over het zorgclustermodel vormen hiervoor het vertrekpunt. In april trappen we dit traject af met een bijeenkomst met zorginhoudelijke professionals waarin de eerste analyses van de pilot inhoudelijk geduid zullen worden. Vervolgens zullen we, ook met de veldpartijen, bespreken in hoeverre het zorgclustermodel bruikbaar is voor de verbetering van de zorgvraagtypering en welke vervolgstappen hiervoor nodig zijn.

Het traject van de NZa om te komen tot tarieven voor 2020 valt buiten de scope van het programma en is om deze reden hier niet opgenomen.

Bijlage

Bijlage: Ontwerpcriteria zorgprestatiemodel

	Beleidsnotitie partijen 2015	Criteria VWS 2015	Afwegingskader NZa 2018	Opdrachtbrief VWS
 **Eenvoudige prestaties, begrijpelijk voor de patiënt**	- Hanteerbaar, aantal zorg-producten is beperkt. - Transparante nota.	-	- Nota herkenbaar, begrijpelijk en acceptabel voor de patiënt.	- Mogelijkheid om specifieke beroepen in de ggz declarabel te maken.
 **Weerspiegelt daadwerkelijk geleverde zorg, controleerbaar voor de patiënt**	- Klinisch herkenbaar, bruikbaar voor onderhandeling en omschrijving als 'lekendeclaratie'. - Volledig en onderscheidbaar.	- Medisch herkenbaar. - Omschrijving op de declaratie moet begrijpelijk zijn voor verzekerden.	-	- Prikkels voor ondoelmatige zorg wegnemen.
 **Prijzen die aansluiten bij behandelinzet en behandelsetting**	- Kostenhomogeen, acceptabele cv-waarden.	- Prestatielijst moet bestaan uit kostenhomogene producten.	- Oplossing voor eigen risico (aansluiten op werkelijk gemaakte kosten voor de patiënt). - Vergoeding sluit aan op de geleverde prestatie. - Prikkels voor contractering.	-
 **Structurele verlichting administratieve lasten, géén tijdsregistratie**	-Geen verzwaring en bij voorkeur vermindering van administratieve lasten.	- Bijdragen aan een verlaging van de ervaren administratieve lastendruk.	- Lagere administratieve lasten.	- Verminderen administratieve lasten.
 **Maximale versnelling inzicht in zorguitgaven, omzetjaar en schade vergelijkbaar**	- Ondersteuning sneller declareren en aansluiten op zorgkosten per jaar.	- Leiden tot vervroegde declaratiemogelijkheden voor zorgaanbieders en leiden tot het versneld beschikbaar komen van kwalitatief goede, definitieve schadelastinformatie op macroniveau.	- Versnelling van declaratie / verbetering informatievoorziening. - Betere beheersbaarheid uitgaven macro en micro.	- Versnelling van declaratiemogelijkheden en informatievoorziening over zorgkosten en zorggebruik.

	Beleidsnotitie partijen 2015	Criteria VWS 2015	Afwegingskader NZa 2018	Opdrachtbrief VWS
Eenvoudige prestaties, begrijpelijk voor de patiënt	-	- Invoering van de nieuwe productstructuur mag niet leiden tot een grotere fouten- of fraudegevoeligheid van het bekostigingssysteem. - Invoering van de nieuwe productstructuur moet bijdragen aan het voorkomen van nieuwe jaarrekeningproblematiek, of mag in elk geval niet leiden tot/bijdragen aan nieuwe jaarrekeningproblematiek.	-	-
Stimuleert procesgerichte beheersing i.p.v. controle achteraf	-	-	-	- Uitwerking verantwoordings- en controle arrangement.
Zelfde bekostiging voor jaar 1 en jaar 2/3 g-ggz, ontschotting	-	-	-	- Uitwerken in welke segmenten (gb-ggz, g-ggz, l-ggz, fz) nieuwe bekostiging doorgevoerd kan worden.
Basis voor sturen op gepaste en doelmatige zorg	- Hulpmiddel voor afspraken / verantwoorden over gepast gebruik.	- Geleverde zorg dient zodanig omschreven te zijn dat deze bruikbaar is voor de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. - Nieuwe bekostiging moet leiden tot een verbetering van de sturingsinformatie voor zorgaanbieders en verzekeraars.	- Juiste prikkels voor gepaste zorg. - Juiste prikkels op het gebied van kwaliteit (zoals zorgstandaarden) en innovatie.	- Ondersteunt toetsing op gepast gebruik van zorg. - Bevorderen doelmatige zorg.
Flexibel te combineren met doorontwikkeling zorgvraagtypering	-	- Nieuwe bekostiging moet bijdragen aan een verbetering van de prikkels voor het leveren van kwalitatief goede (effectieve) en doelmatige zorg.	-	-