



# Ex ante beleidsevaluatie Zorgprestatiemodel ggz en fz

## Definitieve rapportage

27 mei 2020

Dr. Duco Bannink

Jan-Luuk de Groot, MSc

Hilde Taverne, MSc

## Inhoudsopgave

Managementsamenvatting .....	3
1 Inleiding .....	6
1.1 Aanleiding en vraag.....	6
1.2 Leeswijzer.....	7
1.3 Terminologie en afkortingen.....	8
2 Bestuurskundig kader: de ggz als dubbele governance-uitdaging.....	9
2.1 De actoren en beleidsrelaties binnen de ggz/fz.....	9
2.2 Informatieasymmetrie in de ggz/fz.....	10
2.3 Drie manieren voor governance van beleidstoepassing.....	12
2.4 Dubbele governance-uitdaging van ggz/fz.....	15
3 De huidige bekostiging: Governance en gevolgen .....	18
3.1 Governance van het huidige bekostigingssysteem.....	18
3.2 Gevolgen van de huidige bekostiging .....	20
4 Het Zorgprestatie­model: Governance en gevolgen .....	24
4.1 Governance van het Zorgprestatie­model .....	24
4.2 Mogelijke gevolgen van het Zorgprestatie­model .....	25
5 Beoordeling van het Zorgprestatie­model .....	29
5.1 Beoordeling per ontwerpcriterium .....	29
5.2 Overall beoordeling.....	38
6 Aanbevelingen: Stimulerende en mitigerende maatregelen .....	40
6.1 Stimulerende maatregelen .....	40
6.2 Mitigerende maatregelen .....	42
7 Bijlagen .....	44
7.1 Opzet huidige bekostiging.....	44
7.2 Opzet Zorgprestatie­model .....	46
7.3 Nadere uitwerking gevolgen van de huidige bekostiging .....	50
7.4 Nadere uitwerking mogelijke gevolgen Zorgprestatie­model.....	59
7.5 Literatuurlijst .....	70
7.6 Geïnterviewde experts.....	71
7.7 Samenstelling onderzoeksteam .....	72

## Managementsamenvatting

In deze ex ante beleidsevaluatie van het Zorgprestatiemodel, het nieuwe ggz/fz bekostigingsmodel, zijn de mogelijke effecten van invoering van het model geëvalueerd. Inhoudelijke beoordeling van het Zorgclustermodel valt buiten de scope van dit rapport.

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 ontwerpcriteria 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 Zorgprestatie­model 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 bekostigings­stelsel, 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 bekostigings­stelsel 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<sup>1</sup>, 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).

---

<sup>1</sup> Met het ZPM vervalt ook de stopbonus binnen het DBC-bekostigings­stelsel. Deze stopbonus heeft geleid tot niet-passende tariefsvergoeding binnen de s-ggz

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 aanvullende eisen te stellen om in bepaalde settings 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 begrenzings 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 Zorgprestatie model de transparantie, snelheid en kwaliteit van informatie 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 Zorgprestatie model. We raden aan een aantal van deze maatregelen in te voeren en de impact van dergelijke aanpassingen verder te onderzoeken vóór implementatie van het Zorgprestatie model.

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en vraag

### Aanleiding

In oktober 2018 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht te adviseren over een nieuwe bekostiging voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de forensische zorg (fz) per 2020. VWS vroeg daarin de afspraken uit het 'bestuurlijk akkoord ggz 2019-2022' en uit de 'meerjarenovereenkomst fz 2018-2021' mee te nemen in het uitwerken van de bekostiging. Vervolgens is de NZa samen met een brede coalitie van branche- en beroepsorganisaties gaan werken aan een advies dat moest ingaan op:

- ◆ Randvoorwaarden die VWS stelde
- ◆ Prikkels ter bevordering van doelmatige zorg
- ◆ De macro-budgettaire beheersbaarheid
- ◆ Het voorkomen van een onnodige trendbreuk in informatie
- ◆ Een bijbehorende verantwoordings- en controlearrangement
- ◆ De evaluatie van de pilot van het Zorgclustermodel

Het lukte de brede coalitie om tot een door alle partijen onderschreven advies te komen dat op 30 april 2019 werd gepresenteerd. Dit advies onderstreept dat alle partijen van oordeel zijn dat de huidige bekostiging in de ggz en fz niet toekomstbestendig is. Daarnaast blijkt hieruit dat het nieuwe bekostigingsadvies voldoende perspectief biedt voor alle betrokken partijen. De NZa heeft dit 'Zorgprestatie-model' (ZPM) aangeboden aan VWS. De Staatssecretaris van VWS en minister voor Rechtsbescherming lieten in juli 2019 weten in principe positief tegenover invoering van het ZPM te staan. Zij geven drie punten aan waaraan expliciet aandacht besteed moest worden bij het verder uitwerken van het ZPM:

1. Het ZPM moet een prikkel hebben tot het leveren van doelmatige zorg;
2. Het ZPM moet leiden tot een vergoeding op maat voor personen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA);
3. Het ZPM moet administratieve lasten verlagen.

Parallel aan de ontwikkeling van het ZPM wordt gewerkt aan een Zorgclustermodel als model om zorgvraag te typeren. Het Zorgclustermodel heeft als doel om de zorgzwaarte van patiënten binnen de ggz/fz inzichtelijk te maken en zo een meer gepaste vergoeding te leveren die aansluit op de zorgvraagzwaarte van de patiënt. Uiteindelijk moet het Zorgclustermodel in het ZPM geïntegreerd kunnen worden.

### De vraag

Door de brede coalitie achter het ZPM is de wens uitgesproken om het ZPM te laten evalueren door een externe partij alvorens deze wordt ingevoerd. Onderdelen van deze evaluatie zijn:

- ♦ Het inzichtelijk krijgen van (on)gewenste prikkels van het ZPM;
- ♦ Toetsing van de werking van de ontwerpcriteria;
- ♦ Het doen van aanbevelingen om deze werking verder te versterken.

In dit onderzoek lag de focus op het ZPM en valt het Zorgclustermodel, dat parallel in een ander programma wordt uitgewerkt, buiten de scope van de evaluatie. Wel is beoordeeld of zorgvraagtypering flexibel kan worden gecombineerd met het ZPM. De conclusies van deze externe evaluatie vindt u in deze rapportage.

### Werkwijze

We hebben een ex ante analyse uitgevoerd van het verwachte functioneren van het ZPM. Onderdeel van dit onderzoek was desk research, waarvoor we (o.a.) documentatie over de inrichting van het ZPM hebben verwerkt (zie bijlage 0). We hebben interviews en workshops gehouden met experts met verschillende expertisegebieden (zie bijlage 7.6 voor een lijst van de experts).

## 1.2 Leeswijzer

Dit onderzoek heeft als doel om de bedoelde en onbedoelde gevolgen van het ZPM inzichtelijk te maken vóór invoering van het bekostigingsmodel. Om dit te beoordelen maken we gebruik van een bestuurskundig kader waaraan we zowel de huidige bekostiging als het ZPM beschrijven en beoordelen. We beschouwen de bekostiging van zorg, in dit geval ggz en fz, als een aspect van de governance van zorg. We benaderen dit vraagstuk daarom vanuit een bestuurskundig perspectief. Hoofdstuk 2 van deze rapportage start met een uitleg van het bestuurskundige kader dat we gebruiken en een omschrijving van de governance-uitdagingen die binnen de ggz en fz bestaan.

Zowel het huidige bekostigingsmodel als het ZPM zijn methoden waarmee geprobeerd wordt om te gaan met de governance-uitdagingen die binnen de ggz en fz bestaan. In Hoofdstuk 3 en 4 beschrijven we hoe respectievelijk het huidige bekostigingsmodel en het ZPM ieder op hun eigen manier omgaan met de governance-uitdaging uit Hoofdstuk 2. Beide hoofdstukken bevatten eerst een omschrijving van hoe binnen het bekostigingsmodel om wordt gegaan met de governance uitdaging (paragraaf 3.1 en 3.2) en vervolgens een overzicht van de (verwachte) effecten van het bekostigingsmodel (paragraaf 4.1 en 4.2).

Hoofdstuk 5 bevat de beoordelingen van de individuele ontwerpcriteria (paragraaf 5.1) en een overkoepelende beoordeling van het ZPM (paragraaf 5.2). Het functioneren van het ZPM ten opzichte van alle tien de ontwerpcriteria wordt beoordeeld op basis van de bevindingen van dit onderzoek op een schaal van 1 (voldoet niet) tot 5 (voldoet volledig).

De rapportage sluit af met Hoofdstuk 0 waarin we aanbevelingen doen tot stimulerende maatregelen om het ZPM beter te laten functioneren en mitigerende maatregelen om geïdentificeerde risico's van het ZPM te beperken.

Hoofdstuk 7 bevat de bijlagen. Hierin is een uitgebreidere toelichting te vinden van de opzet van het huidige bekostigingsmodel (bijlage 7.1) en het ZPM (bijlage 7.2). Bijlagen 7.3 en 7.4 geven

een gedetailleerde omschrijving van de effecten van het huidige bekostigingssysteem en de verwachte effecten van het ZPM. Bijlage 0 bevat de literatuurlijst, in bijlage 7.6 wordt een overzicht van de geïnterviewde experts en hun expertisegebieden gegeven, en bijlage 7.7 omschrijft de leden van het projectteam.

### 1.3 Terminologie en afkortingen

In dit rapport gebruiken we enkele afkortingen en termen die we hieronder kort toelichten.

- ♦ **ggz:** Geestelijke gezondheidszorg. Het Zorgprestatiemodel betreft een bekostiging voor de ggz én forensische ggz. Omwille van leesbaarheid spreken we in deze rapportage over ggz. Hiermee bedoelen we dus, behalve waar anders aangegeven, de zorg binnen zowel generalistische basis ggz, specialistische ggz en forensische ggz;
- ♦ **gb-ggz:** generalistische basis ggz;
- ♦ **s-ggz:** specialistische ggz;
- ♦ **fz:** forensische ggz;
- ♦ **ZPM:** Zorgprestatiemodel, het nieuwe bekostigingsmodel voor ggz en fz dat in deze rapportage ex-ante geëvalueerd wordt;
- ♦ **DBC:** Diagnose Behandelcombinatie, huidig bekostigingsmodel voor s-ggz;
- ♦ **DBBC:** Diagnose Behandel Beveiligingscombinaties, huidig bekostigingsmodel voor fz;
- ♦ **Patiënt:** Binnen de ggz wordt zowel de term cliënt als patiënt gebruikt, waarbij het gebruik van cliënt gangbaarder is binnen de gb-ggz en patiënt binnen de s-ggz en fz. In deze rapportage gebruiken wij omwille van leesbaarheid steeds de term patiënt;
- ♦ **Betaalbaarheid:** De mate waarin de kosten van de zorg vanuit een maatschappelijk oogpunt nog financierbaar is. De omvang van deze kosten voor de ggz/fz wordt vastgesteld door de overheid;
- ♦ **Toegankelijkheid:** De bereikbaarheid van zorg voor alle Nederlanders. Aspecten die daarbij een rol spelen zijn de toegangstijden tot zorg of vervolgzorg, de beschikbaarheid van ggz-zorg voor alle verschillende zorgvragen en alle regio's in Nederland, de toegankelijkheid van ggz-zorg voor alle inkomens en ten slotte de toegankelijkheid van ggz-zorg voor mensen met een taalbarrière;
- ♦ **Kwaliteit:** De kwaliteit van zorg zoals geleverd door behandelaren binnen de ggz/fz die voldoet aan de hiervoor door de beroepsgroep vastgestelde normen;
- ♦ **Doelmatigheid:** De mate waarin het doel van de inspanning tegen zo min mogelijke kosten wordt bereikt;
- ♦ **Zorgvraagtypering:** Een systeem van vaststelling of de geleverde zorg ook past bij de benodigde zorg.



## 2 Bestuurskundig kader: de ggz als dubbele governance-uitdaging

Voordat we de ex ante evaluatie starten, bespreken we eerst het beleidsdomein van de ggz en fz. We kijken naar de ggz en fz vanuit een bestuurskundig perspectief. Hoe kunnen we de sector typeren en wat betekent dit voor de governance van de zorg in deze sector? We benaderen de bekostiging van de ggz/fz dus als bestuurskundig vraagstuk. Deze analyse verheldert welke actoren binnen het systeem bewegen en wat de beleidsrelaties tussen hen zijn en de analyse verheldert de gevolgen daarvan voor de governance van het systeem.

### 2.1 De actoren en beleidsrelaties binnen de ggz/fz

Het veld van de ggz/fz bestaat uit professionals die (hoog-)complexe en specialistische taken uitvoeren. De wijze waarop de taken worden uitgevoerd, is moeilijk van te voren te sturen. Gedurende de behandeling kan de werkelijke geestelijke gezondheid van de patiënt pas tot uiting komen en de zorgvraag van patiënten kan zelfs veranderen over de tijd. Het ZPM is gericht op het structureren van dit veld om zo bij te dragen aan rechtmatige, gepaste en doelmatige zorg.



*Figuur 1 Aansturing beleidstoepassing in de ggz, vereenvoudigde weergave*

Uiteindelijk gaat het bij de structurering van een veld om de aansturing van de beleidstoepassing. Dat gaat niet rechtstreeks. Het verloopt van beleidsmakers (overheid en zorgverzekeraars), soms via instellingen, naar de beleidsuitvoerder (een zorgverlener) naar de uiteindelijke beleidstoepassing 'op' een patiënt. Schematisch is zo'n model van de aansturing van de beleidstoepassing te tekenen zoals weergegeven in Figuur 1. In het bestuurskundig kader zijn voor deze actoren specifieke termen.

#### **Beleidsvorming en uitvoering van het zorgbeleid vinden plaats in verschillende lagen**

Tussen de lagen vindt als het ware een ruil plaats. De verzekeraar (in zijn rol van beleidsmaker) belooft de zorginstelling voor beleidstoepassing, bijvoorbeeld via een inkooprelatie, waarin een aantal voorwaarden worden gesteld. Een bestuurskundige vat die inkooprelatie als de plek van de formulering van het toe te passen beleid. De zorginstelling (human service organisation) geeft in ruil voor het beleid en de vergoeding iets terug: de beleidstoepassing. In de ggz/fz gaat het om de behandeling van een patiënt, volgens de voorwaarden zoals die in het beleid zijn gedefinieerd.

De zorg wordt vervolgens feitelijk uitgevoerd door de behandelaar (street-level bureaucraat). De zorginstelling geeft de behandelaar een bepaalde taak, bijvoorbeeld een caseload. Dit is de vertaling van het beleid zoals dat door de verzekeraar was vastgesteld binnen de instelling. Ook deze relatie kun je zien als een ruil: de instelling geeft een taak en een bijbehorende vergoeding (het beleid); de

behandelaar voert de behandeling uit (de beleidstoepassing). Hier wordt het beleid helemaal van boven uiteindelijk toegepast op een patiënt.

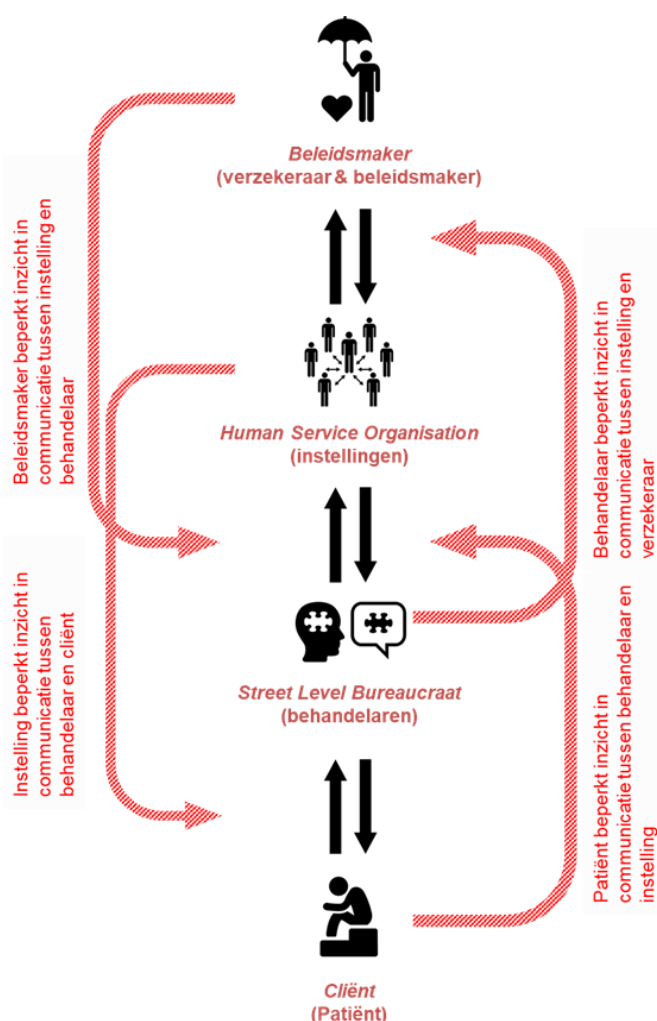
Bij vrijgevestigde behandelaars wordt de stap tussen verzekeraar (beleidsmaker) en instelling (human service organisation) overgeslagen. Dit maakt uit, want binnen een instelling krijgt een behandelaar meestal een salaris in ruil voor het uitvoeren van de taak. Een vrijgevestigde psychiater krijgt een vergoeding van de verzekeraar voor het leveren van de prestatie patiëntbehandeling. We zullen straks zien dat we dit kunnen opvatten als verschillende sturingsmechanismen met verschillende effecten.

De derde relatie is die tussen behandelaar en patiënt. Ook dit is te zien als een ruil: de behandelaar geeft behandeling; de patiënt werkt mee en brengt de informatie in over zijn of haar specifieke omstandigheden.

De vierde relatie is die tussen patiënt en verzekeraar. De patiënt betaalt iedere maand een premie voor haar verzekering. Hiermee verkrijgt zij recht tot zorg (natura) of vergoeding (restitutie). Wanneer de zorg gecontracteerd is door de verzekeraar zal deze relatie niet relevant zijn. Wanneer de afgenomen zorg niet gecontracteerd is, zal de patiënt baat hebben bij een restitutieverzekering aangezien deze polis dan een hogere vergoeding geeft. In het verleden hebben ongecontracteerde aanbieders van ggz zorg de patiënten actief gewezen op deze polissen.

## 2.2 Informatieasymmetrie in de ggz/fz

De verschillende lagen in de kolom hebben niet dezelfde informatie. De actoren hebben goed zicht op de laag waarbij ze zelf betrokken zijn, maar ze hebben vaak geen of minder inzicht in de informatie tussen lagen waarbij zij niet betrokken zijn. Dit heet informatieasymmetrie. Informatieasymmetrie is laag als je van boven goed kunt waarnemen wat iemand onderin de kolom doet en andersom; de informatieasymmetrie is hoog als dit moeilijk is te overzien. De mate waarin informatieasymmetrie bestaat is afhankelijk van de moeilijkheid van de taak die wordt uitgevoerd. In de ggz bestaat een grote mate van informatieasymmetrie, omdat het gaat om een moeilijke taak. Het is moeilijk om de taakuitvoering te overzien. Hieronder omschrijven we de informatieasymmetrie in de ggz en de effecten hiervan op de keten. Dit staat ook schematisch weergegeven in Figuur 2.



Figuur 2 Informatieasymmetrie binnen de ggz/fz

### Binnen de ggz/fz bestaat tweezijdige informatieasymmetrie

Om het concept informatieasymmetrie verder toe te lichten starten we met een makkelijk voorbeeld: de uitvoering van de AOW. In de AOW komt de informatie die nodig is om het beleid toe te passen vrijwel volledig van buiten: we weten hoe oud iemand is en wat het rekeningnummer is. Dat is eigenlijk de enige informatie die we nodig hebben om het beleid AOW te kunnen toe passen. Beide gegevens zijn beschikbaar vanuit een externe informatiebron, namelijk de basisregistratie personen. In de ggz is dat heel anders. Daar wordt de informatie die nodig is om het beleid toe te passen op de patiënt geproduceerd in de interactie tussen behandelaar en patiënt of tussen instelling (bij een intake) en patiënt. Dit maakt het voor de verzekeraar in zijn rol van belemaker moeilijk om voorbij de instelling te kijken naar de beleidstoepassing die plaatsvindt in de ruil tussen instelling en behandelaar en vervolgens die tussen behandelaar en patiënt. De instelling en behandelaar weten meer van de patiënt dan de verzekeraar weet van de patiënt. Intern geldt dit probleem ook. Het is voor de instelling moeilijk om voorbij de behandelaar te kijken naar de beleidstoepassing die plaatsvindt in de ruil tussen behandelaar en patiënt. De behandelaar weet meer van de patiënt dan de instelling van de patiënt weet.

Het informatieprobleem geldt ook andersom. Dit wordt tweezijdige informatieasymmetrie genoemd. De behandelaar weet namelijk beter dan de patiënt wat precies de taak is die de instelling van hem vraagt (het beleid). De instelling op zijn beurt weet beter dan de behandelaar wat het beleid is dat is vastgelegd in het inkoopdocument tussen verzekeraar en instelling.

### **Deze informatieasymmetrie zorgt ervoor dat controle op beleid moeilijk uit te voeren is**

In het AOW-voorbeeld is een beleidstoets relatief makkelijk uitgevoerd: we stellen vast of de persoon een bepaalde leeftijd had en kunnen vervolgens makkelijk vaststellen of die persoon terecht al dan niet een uitkering heeft ontvangen. De informatieasymmetrie is hier laag omdat alle actoren gemakkelijk een dergelijke beleidstoets kunnen uitvoeren. Binnen de ggz is juist beperkt inzicht in de beleidstoepassing binnen de andere lagen. Dit compliceert het toetsen of een behandeling juist en terecht is uitgevoerd. Binnen de ggz kan de beleidsmaker zelf nauwelijks zien wat de omstandigheden van de patiënt zijn; de beleidsmaker (verzekeraar) is op dit punt afhankelijk van de representatie van de patiëntomstandigheden door de instelling. De human service organisation (zorginstelling) is op ditzelfde punt afhankelijk van de street-level bureaucraat (de behandelaar). De street-level bureaucraat is op zijn beurt zelfs afhankelijk van de patiënt: wat is er nu precies met de patiënt aan de hand? Hierdoor ontstaat binnen de ggz ruimte om te zeggen: 'wij hebben aan de taak voldaan, want de omstandigheden van de patiënt voldoen aan de voorwaarden die in het beleid zijn gesteld' en deze stelling is moeilijk te toetsen.

### **Governance is de manier waarop men om kan gaan met de informatie-verhoudingen**

Er zijn verschillende manieren om de rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorg te sturen en te controleren. Dit noemen we governance. Dit kan op een heel open manier, dan ligt de controle en sturing vooral bij de beleidstoepassers (behandelaren, instellingen) zelf; of het kan juist vrij strikt, dan liggen controle en sturing meer bij de beleidsmakers (NZa, verzekeraars). Maar van belang is: governance is de manier waarop men omgaat met de informatie-verhoudingen. Met governance verander je niet de informatie-verhoudingen zelf. Die zijn grotendeels gegeven. De taak in de ggz/fz is erg moeilijk en daarom is de informatieasymmetrie groot. Het nieuwe ZPM en het bestaande bekostigingssysteem zijn twee verschillende governance-methoden om om te gaan met dezelfde informatie-asymmetrie van de ggz/fz. In de volgende paragraaf kijken we naar verschillende governance-methoden.

## **2.3 Drie manieren voor governance van beleidstoepassing**

### **Governance van beleidstoepassing is bedoeld om te beheersen en toe te passen**

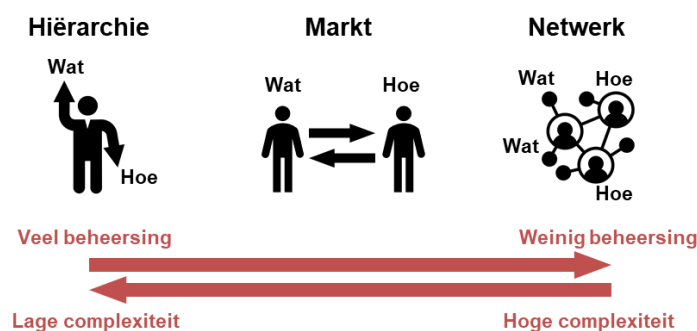
Beleidstoepassing bestaat uit twee elementen, namelijk, het woord zegt het al, beleid en toepassing. De governance van de beleidstoepassing kan zich dan ook op die twee elementen richten. De doelstelling van de beleidstoepassing is dat het beleid wordt waargemaakt in de toepassing. Bij deze doelstelling gaat het dus om de beheersing van de beleidstoepassing: we willen dat de toepassing lijkt op wat we hebben afgesproken in het beleid.

De andere doelstelling gaat juist om de toepassing. Beleidstoepassing is te zien als de toepassing van een regel op een casus. In de ggz is dat de patiënt. De toepassing bestaat eruit dat de informatie over de casus wordt gebruikt om vast te stellen of de casus al dan niet voldoet aan de voorwaarden die in de regel (het beleid) zijn gesteld. Dat is de doelstelling van responsiviteit. Bij

de beleidstoepassing gaat het om het bij elkaar brengen van deze twee dingen: het beleid en de toepassing. Dat bij elkaar brengen kan op drie manieren, dat bespreken we hierna.

### Governance van beleidstoepassing kan via hiërarchie, markt of netwerk worden ingericht

Er zijn drie basismethoden om de governance van de beleidstoepassing in te richten: hiërarchie, markt en netwerk. Deze governance-methoden hebben hun eigen *vorm* (ze sturen op een specifieke manier) en ze hebben hun eigen *vereisten* (er zijn specifieke dingen nodig om op deze manier te kunnen sturen). De passende methode van governance hangt af van de mate waarin we beheersing nastreven en de mate waarin we willen kunnen omgaan met complexiteit. Figuur 3 geeft dit schematisch weer. In dit hoofdstuk lichten we de verschillende methoden uitgebreider toe, in het volgende hoofdstuk passen we dit kader toe op de ggz.



Figuur 3 Governance van de beleidstoepassing, geordend naar complexiteit en beheersing

De hiërarchische governance bestaat uit taaksturing. De beleidsmaker vertaalt de beleidsdoelstelling in een bepaalde aanpak en legt die aanpak dwingend op aan de beleidstoepasser. Dat is de *vorm*. De *vereisten* van hiërarchische sturing zijn dat zowel de doelstelling als de aanpak beide door de beleidsmaker zelf kunnen worden geformuleerd. Dat betekent dat de complexiteit van de taak laag moet zijn of de beleidscapaciteit van de beleidsmaker hoog, want de beleidsmaker moet inderdaad kunnen overzien welke aanpak het beleidsprobleem oplost. Daar staat dan tegenover dat deze governance veel beheersing biedt. De AOW is hiervan een voorbeeld: een beleidsregel die formuleert welke aanpak de beleidstoepasser moet volgen (vorm) en inderdaad is het gemakkelijk te controleren of de beleidsregel inderdaad zo wordt toegepast (vereisten). In de ggz zou zulke taaksturing bijvoorbeeld zijn: ik wil dat u bij deze diagnose deze hoeveelheid tijd met de patiënt praat en daarbij de problematiek die in de diagnose is vervat bespreekt en bij deze diagnose dit medicijn voorschrijft (vorm). Het vereiste om een dergelijke vorm van taaksturing goed te laten werken is dat de beleidsmaker (verzekeraar, NZa) inderdaad overzien dat deze taakuitvoering een oplossing van het te behandelen probleem oplevert. Vanwege de moeilijkheid van de taak in de ggz/fz is dit niet waarschijnlijk, maar in de huidige ggz wordt wel in sommige gevallen de hoeveelheid te besteden tijd gestuurd. Dit is te zien als een element van taaksturing.

Vaak heeft de beleidsmaker niet voldoende beleidscapaciteit of is de (sociale) problematiek te ingewikkeld om zowel de doelstelling als de aanpak te formuleren. In dat geval moet de governance opschuiven naar de markt. In de markt zien we een taakverdeling tussen de beleidsmaker die een vraag formuleert en een beleidstoepasser die in antwoord op die vraag een prestatie levert (vorm). Marktsturing is sturing op prestatie. Je vraagt niet het volgen van een door de

beleidsmaker geformuleerde aanpak, maar alleen het resultaat van die aanpak. Dit ligt erg voor de hand bij het kopen van een appel: je bemoeit je niet met de vraag wanneer de boer de bomen water geeft, de grond ploegt en wanneer hij de appels plukt. Alleen het resultaat is van belang: of je een lekkere appel krijgt. De *vereisten* van marktsturing zijn dus niet dat de beleidsmaker de aanpak kan formuleren (die ligt bij de beleidsuitvoerder; de boer bepaalt wanneer hij oogst), maar *wel* dat hij zijn vraag kan formuleren (ik wil een lekkere appel). In de publieke sector zien we dit bijvoorbeeld bij het verzamelen van huisvuil. Het DBC-systeem in de ggz is in de basis gebaseerd op dit type sturing. In de basis zegt een DBC-systeem: we bepalen de diagnose (de vraag) en vergoeden de behandelaar of de instelling voor de afgeronde behandeling van een patiënt (het resultaat). Vandaar de naam 'diagnose-behandel-combinatie.' Deze vorm wordt in de ggz niet zuiver toegepast, omdat (1) de vraag niet helemaal helder is; (2) het afronden van een behandeling in veel gevallen eigenlijk niet haalbaar is, althans het vaak niet duidelijk is wanneer dit punt is bereikt en (3) omdat het moeilijk is te schatten hoeveel taakuitvoering eigenlijk nodig is om het resultaat te bereiken, zodat het moeilijk is om een prijs te bepalen.

Stel dat de beleidsmaker eigenlijk ook niet goed begrijpt wat hij wil hebben, dus niet kan voldoen aan het vereiste dat hij zijn vraag goed kan formuleren? Een appel of een hoeveelheid verzameld huisvuil is nog goed te definiëren, maar 'doen wat nodig is' of 'het leveren van maatwerk' in het sociale domein veel minder. In dat geval moeten we opschuiven naar netwerksturing. In netwerksturing zien we eigenlijk de decentralisatie van de beleidsvorming. De beleidsmaker gaat samenvallen met de beleidstoepasser. Sturing vindt plaats in de vorm van wederzijdse overtuiging, niet door de toepassing van een machtsmiddel (vorm). De beleidstoepassers hebben een rol als deskundigen en bepalen zelf op welke doelstelling de beleidstoepassing gericht moet zijn en wat de bijbehorende aanpak is. De *vereisten* die netwerksturing aan de beleidsmaker stelt zijn beperkt. De beleidsmaker hoeft geen beeld te hebben van de vraag en ook niet van de aanpak, want die volgen uit de wederzijdse overtuiging tussen de beleidstoepassers. Netwerksturing is dus van belang bij hoge complexiteit van de beleidstoepassing. Daar staat tegenover dat het de beheersbaarheid verlaagt. De mate van beheersing van de beleidstoepassing wordt bepaald door de mate van loyaliteit van de beleidstoepasser aan de doelstellingen van de beleidsmaker. Met andere woorden: de beleidsmaker is afhankelijk van de beleidstoepasser en er is niet meer één actor die hier de grip op houdt. Dit systeem van governance zien we in de huidige ggz ook terug, namelijk daar waar de DBC-systematiek een systeem ondersteunt van een regiebehandelaar en allerlei eromheen functionerende aanvullende behandelaren waarbij de hoeveelheid te besteden minuten bovendien niet in de diagnose-behandel-combinatie is gedefinieerd, maar pas bij de feitelijke behandeling wordt bepaald of aangepast. Het beleid (wat doen we, dus wie doet verschillende onderdelen van de behandeling en hoe lang zijn we daarmee bezig, dus wat koste het?) wordt hier de facto gemaakt door de behandelende instelling en daarbinnen de regiebehandelaar.

### **Bekostiging in de drie governance-methoden**

In zuivere vorm hangen de drie governance-methoden ook samen met drie verschillende dingen waarvoor wordt betaald en daarom is een bekostigingsmodel op te vatten als een governance-methode. Bij de hiërarchische governance of taaksturing hoort een vergoeding voor van *bovenaf* gespecificeerde 'input' (taakvervulling); bij marktsturing hoort een vergoeding voor van *bovenaf* gespecificeerde 'output' (taakresultaat); bij netwerksturing hoort een vergoeding voor van *onderaf* gespecificeerde input. Onbedoelde effecten van governance ontstaan als de gekozen governance-methode (vorm) niet past bij de vereisten of als er onhandige combinaties van elementen uit verschillende governance-methoden worden gemaakt.

### **Onbedoelde uitkomsten ontstaan bij het verkeerd toepassen van governance-methoden**

Als we niet aan de vereisten voldoen die horen bij de governance-methoden, dan ontstaan onbedoelde effecten. Een beleidsmaker die het marktmechanisme gebruikt, maar zijn vraag niet goed formuleert, krijgt te maken met de 'performance paradox': je krijgt wat je betaalt, maar dat is niet per se wat je nodig had. Een beleidsmaker die onterecht vertrouwt op de loyaliteit van de beleidstoepassers krijgt vooral aanbod-gestuurde zorg. Een beleidsmaker die hiërarchische sturing toepast, terwijl zijn kennis over de problematiek niet toereikend is, krijgt ofwel een slecht doelbereik (de regels worden gevolgd, maar de doelstelling raakt buiten beeld: 'als ik tien uur met een patiënt moet praten, dan praat ik tien uur') ofwel coping-gedrag, gedrag waarin bijvoorbeeld de interpretatie van regels wordt aangepast aan de omstandigheden ('ik schrijf deze uren op onder deze categorie, want zo kan de zorg toch doorgaan').

Kortom: hoe ingewikkelder de taak, dus hoe meer responsiviteit nodig is, hoe meer we moeten opschuiven van hiërarchie (beleidsmaker bepaalt wat en hoe), naar markt (beleidsmaker bepaalt wat; beleidstoepasser bepaalt hoe), naar netwerk (beleidstoepasser bepaalt wat en hoe). Daar staat uiteraard ook iets tegenover. Want hoe meer we opschuiven, hoe minder de beleidsmaker de beleidstoepassing kan beheersen. We zien hier dus een dilemma: in de governance-methoden die we tot onze beschikking hebben kunnen we streven naar meer beheersing (van netwerk naar markt naar hiërarchie) of naar meer responsiviteit (van hiërarchie naar markt naar netwerk).

We hebben het hierboven nog maar beperkt over de ggz gehad. We streven daar tegelijkertijd naar beheersing (de uitvoering mag niet al te veel kosten, moet rechtmatig zijn en moet passend zijn) en naar responsiviteit (geestelijke gezondheidszorg heeft pas zin als we de specifieke omstandigheden en gesteldheid van de patiënt in aanmerking nemen). Bij de ggz is dit governance-probleem extra lastig. In de volgende paragraaf bespreken we dat het nastreven van beheersing en responsiviteit tegelijkertijd lastig is in een sector (zoals ook de ggz) waarin de informatie-asymmetrie (zie paragraaf 2.2) hoog is. Dit noemen we een 'dubbele governance-uitdaging'.

## **2.4 Dubbele governance-uitdaging van ggz/fz**

We zijn er hierboven vanuit gegaan dat de beleidstoepassers (zorgverleners) loyaal zijn aan de doelstellingen van de beleidsmaker. Helaas is de realiteit ingewikkelder. Beleidstoepassers hebben ook eigen belangen en voorkeuren over hoe de beleidstoepassing (de zorg) eruit moet zien. De informatieasymmetrie tussen beleidsmaker, human service organisation, street-level bureaucaat en patiënt stelt de beleidstoepassers en de patiënt ook in staat om hun eigen belangen na te streven. Dit gebeurt binnen het door de beleidsmaker gestelde kader.

### **Governance methoden zijn geschikt, *afhankelijk van eigen belangen en complexiteit***

Dat betekent dat we de drie governance-methoden moeten ordenen op twee assen: in welke mate is er een probleem met complexiteit en in welke mate is er een probleem met de belangen van de beleidstoepassers? Deze assen en de verschillende governance-methoden staan schematisch weergegeven in Figuur 4.



*Figuur 4 Governance van de beleidstoepassing, geordend naar complexiteit en belang*

### **Afhankelijk van complexiteit en belangen is een bepaalde governance-methode geschikt**

In Figuur 4 zien we de drie governance methoden geplot op de omschreven assen. Een situatie laat zich hiërarchisch sturen als (1) de beleidstoepasser loyaal is aan de doelstelling (weinig belangenverschil) en (2) de beleidsmaker in staat is om taakvoorschriften te formuleren die het beleidsprobleem oplossen (lage complexiteit). Als de beleidstoepasser (1) niet loyaal is (er spelen belangenverschillen), maar (2) de beleidsmaker zijn eigen doelstelling wel goed kan formuleren (lage complexiteit), dan ligt marktsturing voor de hand. Het marktmechanisme is hier het mechanisme om een belangenverschil te overbruggen. Het is niet goed in staat om een probleem met hoge complexiteit te beheersen. Als andersom de beleidstoepassers (1) wel loyaal zijn aan de algemene doelstelling (weinig belangenverschil), maar (2) de beleidsmaker de sociale problematiek niet goed kan overzien (hoge complexiteit), dan ligt netwerkafstemming voor de hand.

### **De ggz/fz is complex én er spelen veel belangen: een dubbele governance uitdaging**

In de ggz/fz voldoen we helaas aan beide vereisten niet: de kennis van de beleidsmaker over de inhoudelijke problematiek van de ggz/fz is niet toereikend om passende uitvoeringsrichtlijnen te kunnen opstellen; en we kunnen er niet vanuit gaan dat de loyaliteit van de verschillende beleidstoepassers aan de doelstelling van de beleidsmaker volledig is. Er bestaan eigen perspectieven op de gewenste zorg en eigen belangen. De situatie waarin we ons bevinden, noemen we wel een “dubbele governance uitdaging”: het is én moeilijk om op basis van duidelijke inhoudelijke inzichten marktsturing toe te passen en zo een belangenprobleem te overbruggen én moeilijk om los van eigen belangen en eigen perspectieven tot afstemming over de inhoud van passende ggz-zorg te komen en zo het probleem van hoge complexiteit te overbruggen. Helaas hebben we voor die situatie niet een kant-en-klare governance-methode.



**Het huidige bekostigingsmodel en ZPM zijn twee governance-methoden die proberen antwoord te geven op de dubbele governance-uitdaging in de ggz**

We zien in de ggz een systeem van beleidstoepassing met grote informatieasymmetrie en een sterke rol voor de eigen perspectieven en belangen in de verschillende onderdelen van het beleidsdomein. Het is belangrijk om ons te realiseren dat een *andere governance* over de afstemmingsproblematiek in een beleidsdomein, die *afstemmingsproblematiek zelf* niet anders maakt. Dat betekent dat beide governance-aanpakken (de huidige bekostigingsystematiek en het ZPM) op te vatten zijn als antwoorden op de dubbele uitdaging die vervat is in het ggz-domein. De opzet en de effecten hiervan bespreken we in hoofdstuk 3 en 4.

**De hoofdlijn van de huidige bekostigingsystematiek is gecorrigeerde markt, gericht op doelmatigheid, zo zullen we zien in hoofdstuk 3; de hoofdlijn van het ZPM is netwerkafstemming, gericht op rechtmatigheid, zo zullen we zien in hoofdstuk 4.**

## 3 De huidige bekostiging: Governance en gevolgen

In dit hoofdstuk bespreken we hoe de huidige bekostiging omgaat met de dubbele governance uitdaging die in de ggz/fz bestaat. In paragraaf 3.1 omschrijven we de governance van het huidige bekostigingssysteem in de ggz/fz. In paragraaf 3.2 gaan we in op de gevolgen die dit met zich mee heeft gebracht op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van ggz zorg. Een uitgebreide toelichting van deze conclusies vindt u in bijlage 7.3.

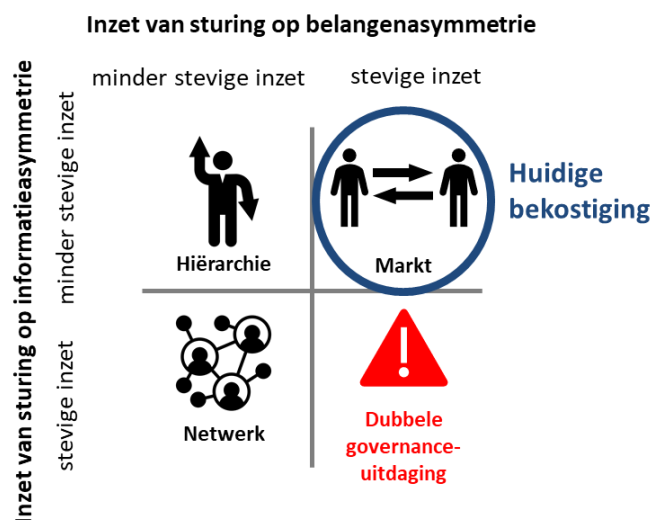
We gaan er in dit hoofdstuk vanuit dat de lezer bekend is met de werking van het huidige bekostigingssysteem van de ggz/fz. Bijlage 7.1 bevat we een beknopte toelichting van de huidige bekostiging (het DBC-systeem van de s-ggz, het DBBC-systeem van de fz en prestaties van de gb-ggz) mocht u nog niet bekend zijn met de huidige bekostiging.

### 3.1 Governance van het huidige bekostigingssysteem

Het fundament van de governance binnen het huidige systeem wordt gevormd door een diagnosestelling bij het eerste contact tussen de beleidsuitvoerder (behandelaar, instelling) en de cliënt (de patiënt). De diagnosestelling is de eerste stap van de beleidstoepassing binnen het huidige systeem. Het systeem zelf is te zien als het beleid. In de huidige systematiek zijn de beleidsvorming (het ontstaan van het DBC-systeem en de invulling ervan) en de beleidstoepassing (de diagnosestelling en uitvoering van de behandeling bij de patiënt) met elkaar vervlochten.

De enkelvoudige psychologische zorg (gb-ggz) is vertaald in verschillende afgebakende producten en de complexe zorgvraag (s-ggz) wordt gevormd door DBC's waarbij sommige diagnoses eveneens begrensd zijn in tijd. Hier wordt in de beleidsvorming een verband gelegd tussen de diagnoses die behandelaren kunnen geven en de bijbehorende behandeling. Zo bepaalt de diagnose het behandelproduct voor de patiënt.

In de s-ggz komt de invulling van het systeem van de DBC's (de beleidsvorming) voort uit de beleidstoepassing. Dat gebeurt op een specifieke manier, namelijk via het sturingsmechanisme van de markt (zie Figuur 5). In de markt is de beleidsmaker de vragende partij. Die positie wordt ingenomen door de verzekeraar. De beleidsuitvoerder is de aanbieder. Die positie wordt ingenomen door zorgaanbieders.



*Figuur 5 Huidige bekostiging is een marktmodel in de governance van de beleidstoepassing*

Het doel van de huidige systematiek was meer transparantie en eenduidigheid te krijgen over de combinatie van enerzijds de aard van de aandoeningen en anderzijds de zorginspanningen die daarbij horen. De aanbieder zou op deze wijze in staat zijn haar producten te formuleren en die van een passende prijs te voorzien. De verzekeraar op zijn beurt zou deze producten kunnen vergelijken met elkaar en de meest doelmatige keuze maken. De huidige systematiek was erop gericht dat bij een bepaalde prestatie (afroeden van de behandeling bij een bepaalde diagnose, de diagnose-behandelcombinatie) een bepaalde prijs kan worden bepaald.

De manier waarop de instelling tegemoetkwam aan de gevraagde prestatie bevindt zich – in overeenstemming met de marktlogica – grotendeels buiten het zicht van de verzekeraar. De prijs per prestatie staat centraal. Dit betekent bijvoorbeeld dat ook indirecte tijd binnen de huidige systematiek wordt vergoed en dat de nadruk in de sturing door de verzekeraar voornamelijk ligt op het bepalen van de totale prijs van het product. Dit gebeurt vooral doordat verzekeraars sturen op de gemiddelde kosten per patiënt of diagnose.

De verzekeraar vraagt kortom om een bepaalde prijs per product (beleidsvorming) en die prijs wordt bepaald op basis van prijsgemiddelde dat op zichzelf de uitkomst is van alle behandelingen op een bepaalde diagnose samen (beleidsuitvoering). Op die manier zijn beleidsvorming (wat mag het kosten?) en beleidsuitvoering (wat kost het?) vervlochten. Het is belangrijk om hier te zien dat geen van beide trajecten zicht biedt op de ‘echte’ prijs van een bepaalde behandeling. De prijs die wordt gerekend is het gevolg van de interactie van beleidsvorming (sturen op gemiddelde) en beleidstoepassing (geaggregeerde prijs van alle behandelingen samen). De beleidsvorming bepaalt de prijs in de beleidsuitvoering; de beleidsuitvoering bepaalt de prijs in de beleidsvorming.

Het gebruik van de huidige systematiek leidde tot een gesprek binnen de instellingen tussen instellingsmanagement (human service organisation) en professionals (street-level bureaucaat) en tussen professional en cliënt dat erop is gericht om de manier waarop de prestatie wordt geleverd te optimaliseren. Optimaliseren betekent dat de sturing door de verzekeraar in zijn rol van beleidsmaker (op prijsniveau, zie verder) door de beleidsuitvoerder (de instelling) wordt

beantwoord op zo'n manier dat de eigen bedrijfsvoering en de eigen inhoudelijke overwegingen van de instelling in zijn rol van beleidsuitvoerder gunstig wordt beïnvloed. Kortom, optimalisatie van de behandeling heeft bij deze toepassing van het sturingsmechanisme markt vooral betrekking op de optimalisering van de bedrijfsvoering; de optimalisering van de behandeling staat in de governance-methode verder op de achtergrond.

In abstracte zin is dit een *bedoeld* effect: in marktsturing laat men aan de beleidsuitvoerder (hier de zorgaanbieder) over om de eigen aanpak te optimaliseren om daarbij zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de vraagstelling van de beleidsmaker (hier de zorgverzekeraar en de overheid). De beleidsmaker stuurt daarbij op die deeldoelstellingen die specifiek van belang zijn voor de beleidsmaker (in dit geval de prijs van behandeling) en de beleidsuitvoerder beantwoordt die sturing op zo'n manier dat de eigen doelstellingen (de bedrijfsvoering en de daarmee samenhangende relatie tussen de prijs (vergoeding) en de kosten (arbeidskosten, uitvoeringskosten) van de behandeling; en de eigen zorgvisie en zorginhoudelijke overwegingen) worden gewaarborgd.

Maar hier ontstaan ook de onbedoelde effecten. In het marktmechanisme is van belang dat de beleidsmaker als vragende partij in staat is om zijn vraag goed te formuleren, omdat anders 'performance paradox' ontstaat: je krijgt wat je vraagt, maar dat is niet per se ook wat je wilde hebben. Als de beleidsmaker vraagt om uitvoering per patiënt die leidt tot optimalisering op de prijs en vervolgens op de eigen bedrijfsvoering en de eigen inhoudelijke overwegingen, dan is dat de kern van wat de beleidsmaker van de beleidsuitvoerder krijgt.

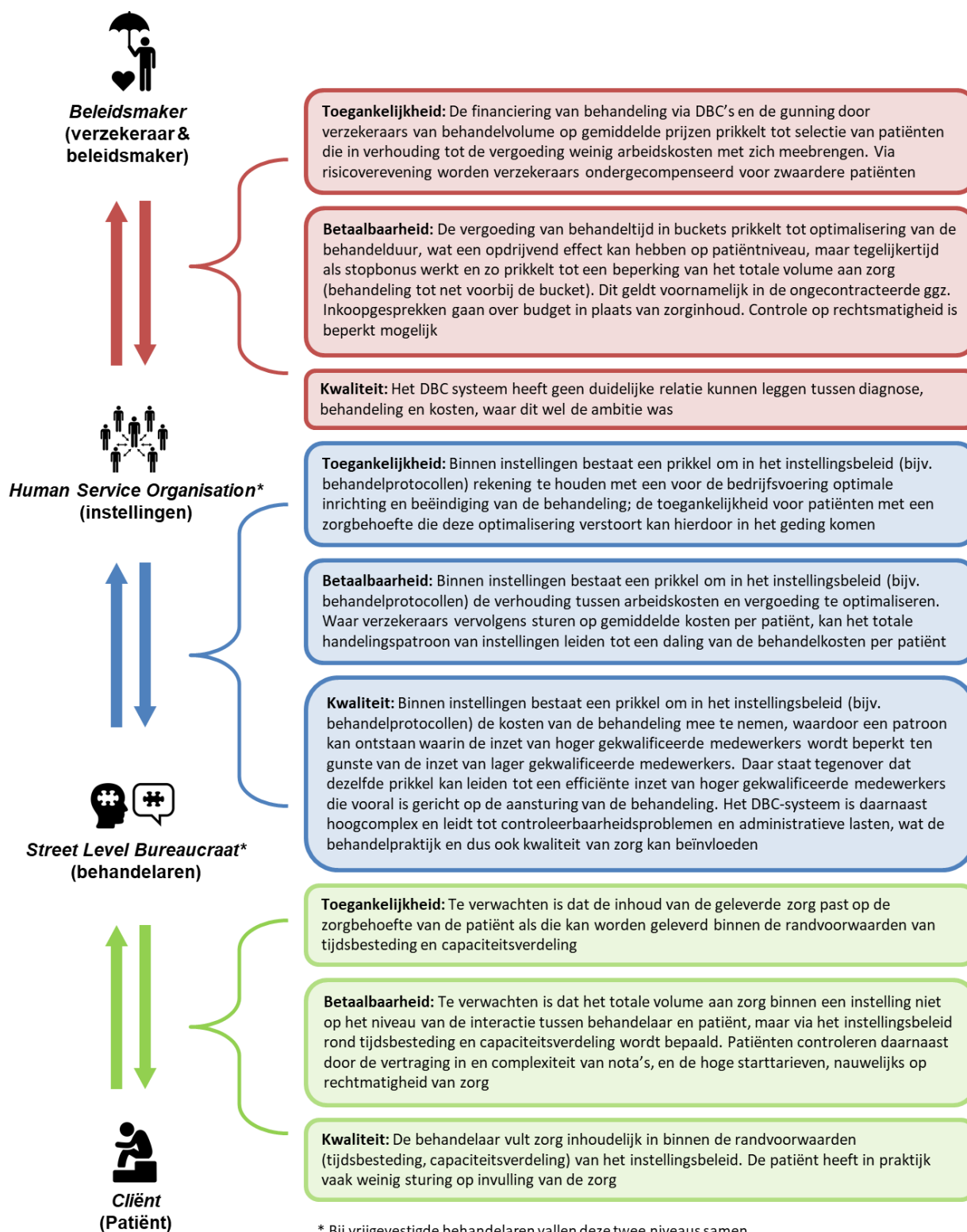
Zo heeft de interactie tussen beleidsmaker (zorgverzekeraars en overheid) en beleidsuitvoerder (zorgaanbieders) bijvoorbeeld geleid tot nadere protocollering van behandelingen. Dit gebeurde binnen instellingen in het overleg tussen instelling en behandelaren. De beleidsuitvoerder moet namelijk enige zekerheid hebben dat het inderdaad mogelijk is om het product voor de gestelde prijs kosteneffectief aan te bieden.

In de interactie met de patiënt is vervolgens de diagnose en de daarbij behorende therapeutische interventie centraal komen te staan. De patiënt ontvangt een duidelijk afgebakend product dat door de instelling of behandelaar op basis van zorginhoud en de DBC-bekostiging of gb-ggz producten is gestandaardiseerd. Wanneer de behandeling niet aanslaat bij de patiënt wordt er opnieuw een diagnose gesteld en wordt het daarbij behorende product aangeboden aan de patiënt.

De gevolgen van dit systeem bespreken we in de volgende paragraaf.

## 3.2 Gevolgen van de huidige bekostiging

De vorming van de DBC's en producten en de daaruit voortvloeiende ordening langs marktdenken hebben een aantal gevolgen gehad binnen de ggz/fz. Deze gevolgen zijn geclusterd aan de hand van drie thema's: gevolgen op het terrein van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Figuur 6 geeft een overzicht van de geïdentificeerde effecten van de bekostiging op deze terreinen voor alle relaties tussen actoren in de ggz/fz. We komen vervolgens tot een overkoepelende conclusie van het effect van de huidige bekostiging op de ggz/fz zorg. Een verdieping op en verdere toelichting van de hier gepresenteerde conclusies is te vinden in bijlage 7.3.



Figuur 6 Gevolgen van governance via huidige ggz/fz bekostiging

Zoals uit Figuur 6 blijkt zijn er een heel aantal gevolgen of prikkels die voortkomen uit de bekostiging van de ggz/fz. Een aantal van deze gevolgen was bedoeld, maar ook een heel aantal waren onbedoeld.

De belangrijkste hiervan zijn de moeilijk controleerbare uitvoering van de zorg (regie-behandeling met een veelheid aan aanvullende behandelaren eromheen), de onderbehandeling van complexe patiënten (vanwege de sturing op stepped care modellen binnen instellingen en de daaraan gekoppelde sturing op gemiddelde prijzen) en het zaagtandpatroon in de behandelduur bij vrijgevestigde behandelaren in de s-ggz (vanwege de stopbonus na het bereiken van een volgende bucket).

Deze gevolgen treden op als de beleidsmaker (verzekeraar) niet goed in staat is om de vraag goed te formuleren. Hierdoor is de beleidsuitvoerder (zorginstelling met daarbinnen de behandelaar; of de vrijgevestigde behandelaar) in staat om de vraagstelling van de verzekeraar de facto te herformuleren tot een aanbod dat wel degelijk past op de vraagstelling van de verzekeraar, maar niet per se op zijn onderliggende behoefte. Die onderliggende behoefte heeft de verzekeraar als vragende partij namelijk niet geformuleerd.

De aanbieder voldoet dan aan de vraagstelling door te optimaliseren op zijn of haar eigen afwegingen over de vormgeving van het aanbod. De aanbieder voldoet volledig aan de vraagstelling: hij of zij weigert niet en hij of zij pleegt ook geen fraude. Het gaat hier om een 'performance paradox,' een schijnbare tegenstelling: je vraagt iets en je krijgt wat je vraagt, maar je krijgt niet wat je hebben wilt of wat je nodig hebt. Die performance paradox doet zich voor waar de markt geen geëigend sturingsmechanisme is. De markt is geen geëigend sturingsmechanisme als er sterke informatieasymmetrie is tussen vrager en aanbieder omdat de uit te voeren taak te ingewikkeld is voor de vragende partij om te overzien. Dit geldt nadrukkelijk in de ggz en fz.

Er wordt dan ook op basis van de eigen expertise van instelling en behandelaar een individueel aanbod geformuleerd dat tegemoetkomt aan de door de verzekeraar en door de cliënt/patiënt gestelde vraag en dat gebeurt over het algemeen binnen redelijke grenzen. Maar tóch wordt de onderliggende behoefte niet precies beantwoord en dat blijkt uit het geaggregeerde patroon dat zichtbaar wordt als we het geheel aan behandelingen in de ggz bekijken. Dit geaggregeerde patroon laat de genoemde zaagtand zien, maar ook onderbehandeling van de EPA-doelgroep. Verzekeraars vragen doelmatigheid gegeven de diagnose. De achterliggende behoefte is de combinatie van kwalitatief goede, betaalbare, ook voor moeilijke doelgroepen toegankelijke en rechtmatige, althans controleerbare, zorg. Die achterliggende behoefte wordt maar deels waargemaakt in het huidige systeem.

Zorginstellingen en vrijgevestigde behandelaren leveren zorg die betaalbaar is en voldoet aan de diagnose en ze geven zorg die gegeven die randvoorwaarde zoveel mogelijk voldoet aan de eigen voorkeuren (inhoudelijke overwegingen rond typen patiënt, typen zorg, etc.) en belangen (financiële overwegingen rond de harde randvoorwaarden van de eigen bedrijfsvoering). Aanbieders voldoen wel degelijk aan de door de verzekeraar gestelde randvoorwaarden, het gaat hier niet om fraude. In tegendeel, het gaat om het gebruik van de ruimte die een aanbieder met een informatievoorsprong nu eenmaal heeft.

Er zijn ook behandelaren die nadrukkelijk kiezen binnen de ggz om geen relatie met de zorgverzekeraars aan te gaan. Op deze wijze hoeven zij zich niet te verantwoorden over de keuzes die zij maken in hun behandeling naar verzekeraars, maar alleen naar de patiënt. De omvang van

deze ongecontracteerde zorg binnen het DBC-systeem 6,9% van het geheel aan kosten binnen de ggz (in 2017).

Het ZPM is een reactie op de problemen die het huidige bekostigingssysteem met zich meebrengt. Die reactie moeten we ook weer plaatsen in het systeem van de ggz. De dubbele sturingsuitdaging van de ggz is dezelfde; de respons erop is anders. In het volgende hoofdstuk bespreken we op welke manier het ZPM de sturingsproblematiek van de ggz beantwoordt.

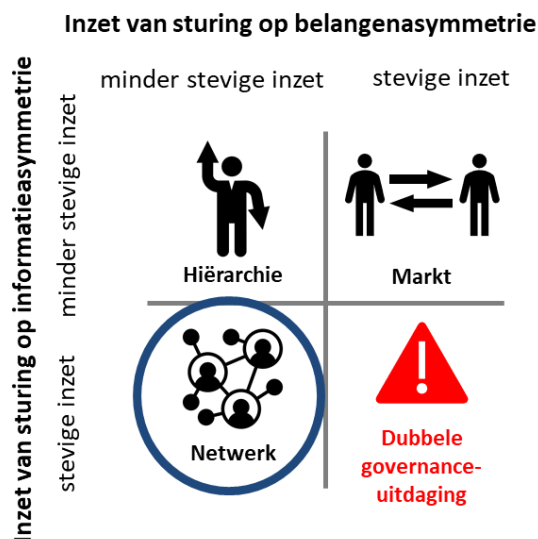
## 4 Het Zorgprestatie­model: Governance en gevolgen

In dit hoofdstuk bespreken we hoe het ZPM omgaat met de dubbele governance uitdaging van de ggz/fz bestaat. In paragraaf 4.1 gaan we in op de governance van het ZPM. In paragraaf 4.2 gaan we vervolgens in op de gevolgen die dit met zich mee heeft gebracht op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van ggz zorg. Een uitgebreide toelichting van hoe we tot deze zijn gekomen conclusies vindt u in bijlage 7.4.

We gaan er in dit hoofdstuk vanuit dat de lezer bekend is met de opzet van het ZPM voor de ggz/fz. Bijlage 7.2 bevat we een beknopte toelichting van de hoofdelementen van het ZPM ter achtergrond. Voor een uitgebreide uitleg van de huidige opzet van het ZPM verwijzen we de lezer naar de officiële website van het ZPM.

### 4.1 Governance van het Zorgprestatie­model

Het governance­model van het ZPM is meer gebaseerd op inhoudelijke verantwoording en het aantoonbaar maken van de geleverde inspanning door de instelling dan door een marktgerichte benadering. De governance is daarom meer te typeren als netwerksturing (zie Figuur 7). In netwerksturing zien we eigenlijk de decentralisatie van de beleidsvorming. De beleidstoepasser gaat feitelijk ook de rol van de beleidsmaker vervullen. In een dergelijk governance­model vindt sturing plaats in de vorm van wederzijdse overtuiging, niet door de toepassing van een machts­middel. Het overbruggen van informatieasymmetrie kan hierbij helpen.



*Figuur 7 Het ZPM is een netwerkmodel in de governance van de beleidstoepassing*

Deze beweging vindt plaats omdat gebleken is dat bij het huidige sturingsmechanisme van de DBC's de beleidsmaker (verzekeraar) en beleidstoepasser (zorginstelling) niet tot een goede de-



finitie van DBC's konden komen. De informatieasymmetrie tussen beleidsmaker en beleidstoepasser was te groot voor de toepassing van het marktmodel. Hierdoor werd de sturing vooral een sturing op gemiddelde prijzen (waarbij de groep waarvan het gemiddelde wordt genomen zwak gedefinieerd was). Op het niveau van de beleidsuitvoering tussen patiënt (cliënt) en behandelaren (street-level bureaucraten, al dan niet werkend in een instelling) had de diagnose weinig invloed op de feitelijke bepaling van de zorgvraag met de daarbij behorende behandel-tijd.

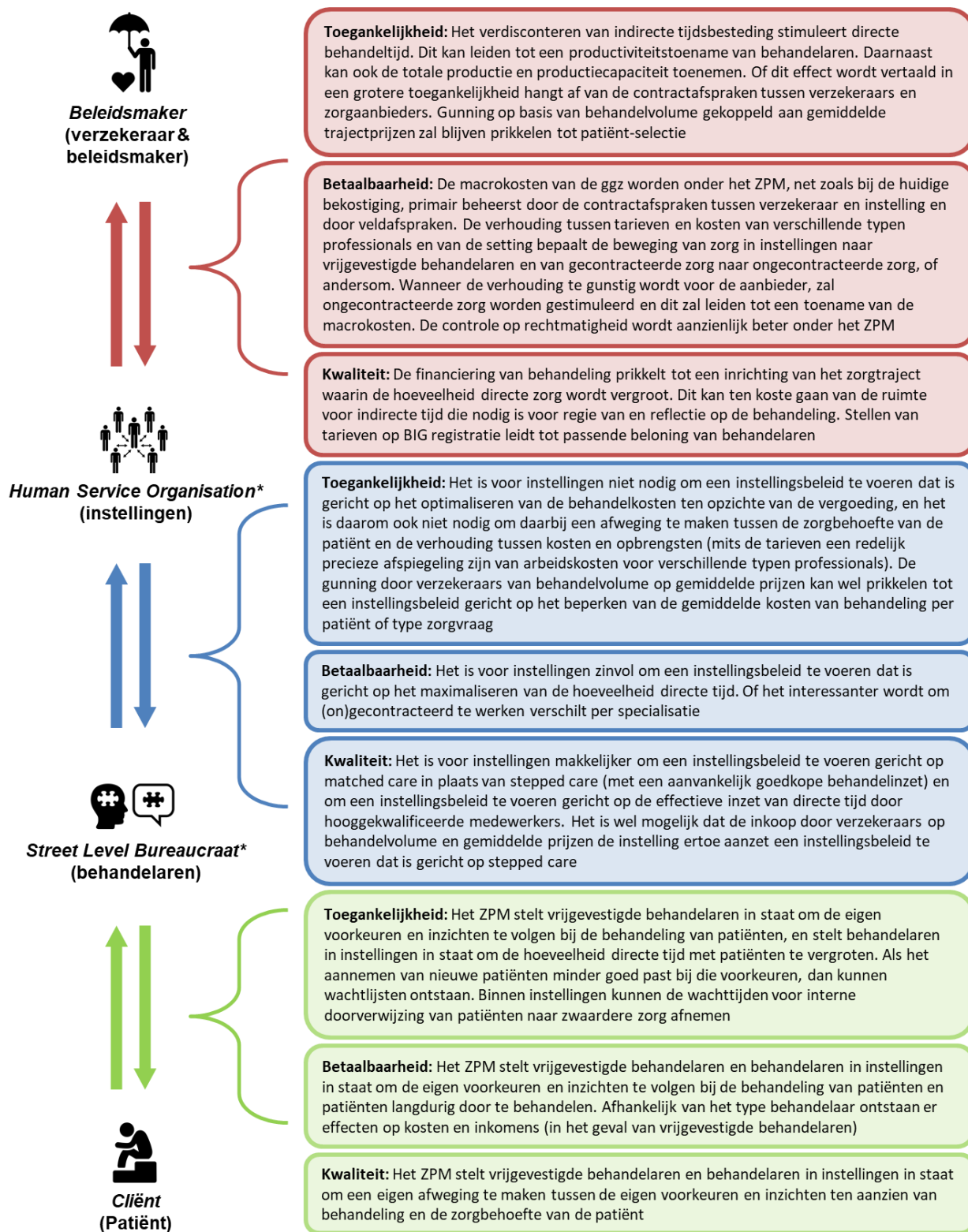
Het marktgestuurde systeem van de DBC's voldeed niet aan het vereiste dat er weinig informa-tieasymmetrie is tussen beleidsmaker en beleidstoepasser en de toepassing van de DBC-syste-matiek leidde, zoals eerder genoemd, daarom tot een aantal onbedoelde effecten, samen te vatten onder de noemer van de prestatieparadox. De belangrijkste zijn de moeilijk controleer-bare uitvoering van de zorg (regie-behandeling met een veelheid aan aanvullende behandelaren eromheen), de onderbehandeling van complexe patiënten (vanwege de sturing op stepped care modellen binnen instellingen en de daaraan gekoppelde sturing op gemiddelde prijzen) en het zaagtandpatroon in de behandelduur bij vrijgevestigde psychiaters (vanwege de stopbonus na het bereiken van een volgende bucket).

Het ZPM is een antwoord op de onbedoelde gevolgen die voortvloeien uit de toepassing van een marktmechanisme bij de sterke informatieasymmetrie in de ggz.

Het ZPM op zijn beurt zet sterk in op het potentiële rechtmatigheidsprobleem dat samenhangt met de moeilijk controleerbare uitvoering van zorg. In het ZPM worden trajecten in de ggz ge-toetst op feitelijke levering en op de vraag of de vergoeding past bij de setting waarbinnen deze zorg is geleverd. Dit is te zien als een respons op de gebrekkige controleerbaarheid van de recht-matigheid van de zorg in het huidige systeem. De keuze welke zorg wordt geleverd en waarom deze zorg wordt geleverd (doelmatigheid), is niet langer onderdeel van de sturingsystematiek van het ZPM zelf. De afstemming over doelmatigheid kan binnen deze systematiek plaatsvinden in de afstemming tussen de verzekeraar en de instelling die de zorg verleent. In de volgende paragraaf bespreken we of deze bedoelde gevolgen zich naar verwachting inderdaad zullen voordoen en of daarnaast andere (onbedoelde) gevolgen te verwachten zijn.

## 4.2 Mogelijke gevolgen van het Zorgprestatiemodel

De invoering van het ZPM zal leiden tot veranderingen in de geleverde zorg. Net als het huidige bekostigingssysteem en elk ander bekostigingssysteem zal het ZPM bedoelde en onbedoelde gevolgen hebben. De sturingsuitdaging is immers hetzelfde (dubbele governance-uitdaging: sterke informatieasymmetrie en eigen inhoudelijke voorkeuren en belangen in de uitvoering van de zorg). Figuur 8 geeft een algemeen overzicht van de mogelijke effecten bij de invoering van het ZPM tussen de verschillende actoren. Een uitgebreidere toelichting van deze conclusies is te vinden in bijlage 7.4. In dit hoofdstuk bespreken we de conclusie van de bedoelde en onbe-doelde effecten van bij invoering van het ZPM op de ggz/fz zorg.



\* Bij vrijgevestigde behandelaren vallen deze twee niveaus samen

Figuur 8 Mogelijke gevolgen van governance via ZPM

In de ggz werken hooggekwalificeerde behandelaren die zowel eigen expertise als eigen kennis hebben. Expertise verwijst naar de eigen, aan de professie gebonden inzichten rond toe te passen behandelingen bij bepaalde typen geestelijke gezondheidsproblematiek; kennis verwijst naar de eigen, aan de interactie met de patiënt gebonden informatie over hoeveel en welke behandeling een patiënt nodig heeft. Het is daarom erg moeilijk om de ggz te sturen. De beleidsuitvoerder weet meer dan de beleidsmaker wat er met een patiënt aan de hand is (kennis) en begrijpt meer dan de beleidsmaker wat je met patiënten moet doen (expertise).

In het huidige systeem werd dit probleem aangepakt met gebruik van een marktlogica en die riep onbedoelde effecten op, omdat niet afdoende rekening werd gehouden met deze informatieasymmetrie (zie de conclusie in hoofdstuk 3.2). Het ZPM is te zien als de tegenovergestelde aanpak. Het ZPM erkent volledig dat de instellingen en behandelaren de dragers zijn van expertise en informatie. Het model pakt de onbedoelde effecten aan van het huidige systeem door de behandelbeslissingen als uitgangspunt te nemen en niet langer te sturen op optimalisering van de relatie tussen diagnose en behandeling (hoe onvolkomen dat ook ging), maar in plaats daarvan de nadruk te leggen op het vastleggen van de feitelijk geleverde zorg. Dit vergroot de inzet van directe tijd bij patiënten en het vergroot het inzicht in wat behandelaren en instellingen doen, zodat de rechtmatigheid, althans de controleerbaarheid van de zorg in de ggz toeneemt. Maar het model stuurt niet in de beslissingen die behandelaren en instellingen nemen. Dit is dan meteen het potentieel zwakke punt en het laat zien waarom men het ZPM als een aan het DBC-systeem tegenovergestelde aanpak kan zien.

Het huidige systeem zet in op de beïnvloeding van de belangenafweging van behandelaren en instellingen, maar onderschatte de informatieasymmetrie. Het ZPM erkent de informatieasymmetrie, maar zet juist minder sterk in op de belangenafwegingen die door behandelaren en instellingen worden gemaakt. Wij denken dat dit tot een aantal nieuwe onbedoelde effecten zal leiden, namelijk tot het langduriger behandelen van bestaande patiënten, waardoor wachtlijsten voor nieuwe patiënten kunnen toenemen, terwijl wachtlijsten voor de interne doorverwijzing van bestaande patiënten kunnen afnemen. Daarnaast verwachten we dat de totale directe behandelcapaciteit in de sector zal stijgen, omdat dat is waar de vergoeding op is gericht. Het is een vergoeding van input, namelijk bestede tijd, waarbij de vraag welke tijdsbesteding zinvol is van onderaf wordt beantwoord. Het is dan ook, zoals in het model van netwerksturing (zie paragraaf 2.3), een vergoeding voor van onderaf gespecificeerde input. Het systeem als geheel is daarbij erg gevoelig voor de tariefstelling. Afhankelijk van de tariefstelling van de verschillende behandeltypen en -niveaus, en de vergoeding voor indirecte tijd en setting zal de zorg voor mensen met multiproblematiek af- of juist toenemen.

De zorginkoop zal dergelijke effecten maar deels kunnen mitigeren, omdat we verwachten dat die op ongeveer dezelfde manier zal verlopen als in het huidige systeem. In het huidige systeem gebeurt het via budgetplafonds en sturing op gemiddelde prijzen. In het ZPM verschilt de basis van de gehanteerde gemiddeldes van die in het DBC-systeem; geen diagnoses, maar een zorgvraagtypering. We verwachten dat het moeilijk zal zijn om ervoor te zorgen dat een zorgvraagtypering een sterke rol zal vervullen in het verbeteren van de inhoudelijke sturing in het inkoopproces. Dit geldt voor zorgvraagtypering bijvoorbeeld via het zorgclustermodel, maar het geldt ook voor het diagnose-systeem van de DBC's; het probleem bestaat ook bij het bestaande DBC-systeem. Bij zorgvraagtypering of een diagnose-gebaseerd systeem is een goede diagnostiek nodig zonder dat deze wordt beïnvloed door andere factoren dan de zorgbehoefte van de patiënt. De diagnostiek zal echter in het ZPM worden bepaald in dezelfde kolom van beleidsvorming en beleidsuitvoering als bij de DBC's. We achten de totstandkoming van een zorgvraagtypering een

precair proces waarvan niet duidelijk is hoe een feitelijke duiding van de zorgbehoefte zich zal onderscheiden van de belangen en zorgvisies die met verschillende typen behandeling gemoeid gaan. Het geaggregeerde beeld van de opgetelde individuele behandelingen is een van de belangrijke inputs voor de zorgvraagtypering, maar dit beeld komt tot stand in een systeem waarin de basis voor sturing op doelmatige en passende zorg zwak ontwikkeld is. Als er een adequate zorgvraagtypering zou bestaan, zou ook sturing op gepaste zorg beter mogelijk zijn, maar de basis voor de typering van de zorgvraag ligt juist in het geaggregeerde geheel van behandelingen waarvoor we gebrekkige sturing op passendheid vermoeden, terwijl het DBC enige sturing op doelmatigheid in zich droeg, waarbij we ons zeer bewust zijn van de onbedoelde. Zoals diagnoses zich ontwikkelen in interactie met een DBC-systeem, zo zullen zorgvraagtyperingen zich ontwikkelen in interactie met een ZPM-systeem. We hebben hier een Von Münchhausen-probleem, waarin de zorginkoop de zorguitvoering bepaalt, terwijl de zorguitvoering de zorginkoop bepaalt. Een versterking van de zorguitvoering vereist een versterking van de zorginkoop; maar een versterking van de zorginkoop vereist een versterking van de zorguitvoering.

In het volgende hoofdstuk geven we onze beoordeling van het verwachte functioneren van het ZPM aan de hand van de ontwerpcriteria die door de bestuurlijke commissie bekostiging ggz/fz zijn geformuleerd.

## 5 Beoordeling van het Zorgprestatie­model

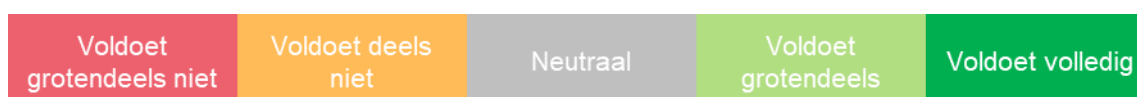
### 5.1 Beoordeling per ontwerp­criterium

Het ZPM gaat uit van 10 ontwerp­criteria (Figuur 9). Voor een uitgebreide toelichting op deze punten verwijzen we de lezer naar de officiële uitwerking van het ZPM. Het ZPM wordt in dit hoofdstuk beoordeeld aan deze ontwerp­criteria en op hun mogelijke werking in de praktijk. In hoofdstuk 0 doen we vervolgens aanbevelingen met stimulerende en mitigerende maatregelen die kunnen helpen om de uitwerking van het ZPM in de praktijk te verbeteren en specifiek de ontwerp­criteria die als onvoldoende beoordeeld zijn te verbeteren.



Figuur 9 Overzicht van de ontwerp­criteria van het ZPM

We scoren in dit hoofdstuk de ontwerp­criteria langs een 5-puntsschaal:



In de beoordelingstabel hieronder is per ontwerp­criterium een beoordeling op de 5-puntsschaal gegeven. Ook vergelijken we per ontwerp­criterium de werking van het criterium binnen het ZPM met de werking van binnen de huidige systematiek.

## Beoordelingstabel ontwerpcriteria Zorgprestatie-model



Voldoet grotendeels

### Eenvoudige prestaties, begrijpelijk voor de patiënt

De prestaties in het ZPM zijn voor het grootste deel eenvoudige prestaties. Ze zijn duidelijk afgebakend en helder geformuleerd. Wanneer er sprake is van een complexe behandelsetting voor de patiënt moeten zorgverleners hier actief rekening mee houden bij de inrichting van het zorgproces en de afhandeling van de vergoeding. De setting is mogelijk niet inzichtelijk via nota's of begrijpelijk voor de patiënt.

#### ZPM versus huidig

Ten opzichte van de huidige methodiek scoort het ZPM op dit onderdeel beter. De huidige gb-ggz prestaties zijn ook relatief eenvoudig voor de patiënt. De s-ggz DBC's zijn dit nadrukkelijk niet. Deze zijn complex en moeilijk te doorgronden voor patiënten.



Voldoet grotendeels

### Weerspiegelt daadwerkelijk geleverde zorg, controleerbaar voor patiënt

Doordat de consultstructuur eenvoudig is opgesteld, is die ook goed controleerbaar door patiënten. Sommige onderdelen van de ZPM-prestaties zijn iets lastiger controleerbaar. De patiënt kan bijvoorbeeld niet beoordelen of de setting voldoet aan alle eisen van de regelgeving. Hierdoor blijft enige onzekerheid in de rechtmatigheid van de nota bestaan.

#### ZPM versus huidig

De huidige methodiek weerspiegelt ook de daadwerkelijk geleverde zorg, maar doordat deze achteraf wordt gefactureerd aan de patiënt en omdat directe en indirecte tijd alle worden begrepen in de factuur, zonder onderbouwing over wanneer behandelingen hebben plaatsgevonden, is deze niet of nauwelijks te controleren door patiënten. Het ZPM scoort op dit ontwerpcriterium beter dan de huidige systematiek.



Voldoet deels niet

### Prijzen sluiten aan bij behandelinzet en benodigde setting

Het ZPM is ontwikkeld vanuit de gedachte dat prestaties en tarieven aansluiten bij de behandelinzet en de setting, zoals die in de behandeling is gekozen. Het risico in de praktijk is de doelmatigheid van de zorg: is de gekozen inzet wel nodig bij de zorgvraag? Het ZPM bevat een risico dat hooggekwalificeerde behandelaren te eenvoudige zorg gaan bieden en dat er teveel en te lang behandeld gaat worden. De vergoeding is dan inderdaad in overeenstemming met de uitgevoerde behandeling, maar is daarmee niet per definitie passend. De prijs sluit volledig aan bij de *gekozen* behandelinzet en setting, maar dit is niet noodzakelijkerwijs ook de *benodigde* inzet en setting. Een goed functionerende zorgvraagtypering is nodig om te bepalen of gekozen en benodigde behandelinzet overeenkomen.

#### ZPM versus huidig

De huidige methodiek gaat uit van prijzen die aansluiten op de verwachte behandeling bij een bepaalde diagnose. Ook hierin wordt rekening gehouden met de context

waarbinnen dit werk plaatsvindt. De aanbieders hebben hierin gestreefd naar optimalisatie van de inzet van behandelaren. De huidige methodiek zet instellingen ertoe aan om de keuze van de behandelsetting te optimaliseren op doelmatigheid en scoort op dit punt beter dan het ZPM (deelcriterium benodigde setting). Dit op zijn beurt kan echter leiden tot een patroon waarin de kosten van de behandeling lager zijn, soms beduidend lager, dan de DBC-vergoeding. De huidige systematiek scoort slechter dan het ZPM op het punt van aansluiting van de vergoeding bij de feitelijk geleverde zorg (deelcriterium behandelinzet).



Voldoet  
grotendeels

### **Structurele verlichting administratieve lasten, géén tijdsregistratie**

De geleverde ZPM-prestaties (besteding directe tijd) kunnen worden gegenereerd vanuit de agenda-afspraken van de verschillende behandelaren. Op deze wijze kan strategisch tijdschrijven gericht op de optimalisering van de hoeveelheid indirecte tijd op een DBC worden voorkomen. Daarnaast kunnen alle prestaties los in rekening worden gebracht bij de financiers van zorg. Binnen grote geïntegreerde instellingen zijn veel zorgprestaties en settings mogelijk, waarvoor administratie moet plaatsvinden, wat vooral transitiekosten met zich meebrengt. Voor gespecialiseerde instellingen neemt de administratieve last waarschijnlijk af ten opzichte van het DBC-systeem. Voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaren kan er een toename zijn van administratieve lasten door het vaker in rekening moeten brengen van zorgprestaties in vergelijking met de afrekening van een DBC, terwijl aan de andere kant snellere vergoeding kan plaatsvinden.

#### *ZPM versus huidig*

Binnen de huidige bekostiging ligt de administratieve lastendruk hoger aangezien er allerlei aanvullende eisen zijn gesteld aan het in rekening brengen van prestaties. Inmiddels is dit door de meeste instellingen geïntegreerd in administratieve protocollen waardoor de feitelijke belasting meevalt. Een overgang naar het ZPM zal transitiekosten met zich meebrengen. Daarnaast is bij iedere DBC een passende diagnose nodig. Dit zorgt voor noodzakelijke herbeoordeling van patiënten, die in het ZPM minder nodig is. Het ZPM lijkt daardoor beter te scoren dan de huidige methodiek bij dit inrichtingscriterium.



Maximale versnelling  
inzicht zorguitgaven,  
omzet en schade  
vergelijkbaar

5

Voldoet volledig

### Maximale versnelling inzicht zorguitgaven, omzet en schade vergelijkbaar

Het ZPM zorgt ervoor dat prestaties snel in rekening gebracht kunnen worden. Hierdoor zijn partijen in staat hun afspraken beter te monitoren en waar nodig bij te sturen gedurende het lopende jaar.

#### *ZPM versus huidig*

Het ZPM scoort veel beter dan de huidige bekostiging op dit criterium. In de huidige bekostiging hebben zowel instellingen als verzekeraars geen of erg laat inzicht in de feitelijke kostenontwikkeling in de zorg rond een patiënt en op instellingsniveau, met name binnen de s-ggz. Partijen waren niet in staat bij te sturen aangezien de looptijd van DBC's in veel gevallen meer dan 365 dagen duurde.



Eenvoudige en duidelijke  
regels, ruimte voor  
innovatie

6

Voldoet  
grotendeels

### Eenvoudige en duidelijke regels, ruimte voor innovatie

Het ZPM hanteert weinig tot geen regels over op welke wijze en onder welke condities een prestatie in rekening gebracht kan worden. Hierdoor zullen niet snel onrechtmatige prestaties in rekening gebracht worden maar loopt het ZPM wel een risico op beperkte doelmatigheid van prestaties. Doordat er geen grenzen aan behandelaars worden gesteld, wordt een groot risico op overbehandeling (te langdurige behandeling) van een gegeven patiënt geïntroduceerd.

De koppeling die gelegd wordt met ruimte voor innovatie ligt in het feit dat er geen additionele eisen aan de vormgeving van de behandeling worden gesteld, wat een pluspunt is van het ZPM. We verwachten hierbij een toename van innovaties die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg. Innovaties om de doelmatigheid van de zorg te bevorderen of patiënten niet in zorg te nemen worden door het ZPM minder sterk bevorderd. Nadere invulling van inkoopafspraken tussen verzekeraars en instellingen kunnen hier wel aan bijdragen.

#### *ZPM versus huidig*

Het ZPM scoort beter op dit criterium dan de huidige bekostiging. Doordat via de huidige bekostiging gepast gebruik bij een gegeven diagnose werd nagestreefd is er een complex administratief systeem ontwikkeld. Dit heeft geleid tot veel regelgeving en beperkingen in de vormgeving van behandelingen en in sommige gevallen tot het stimuleren van een langere doorlooptijd van behandelingen.





Voldoet volledig

### Stimuleert procesgerichte beheersing i.p.v. controle achteraf

Dit criterium hangt nauw samen met de voorgaande criteria. De criteria zetten in op kort-cyclisch factureren van eenvoudige prestaties met duidelijke regels. Hierdoor wordt een procesgerichte controle goed mogelijk. Hierdoor dalen de administratieve lasten voor zowel de meeste ggz-zorgverleners als voor de financiers.

Het zorgtrajectnummer zal te zijner tijd kunnen bijdragen aan procesgerichte beheersing door inzicht te geven in trajecten bij een bepaalde zorgvraag of diagnose. Dit maakt het mogelijk om inzichtelijk te krijgen hoe zorgtrajecten gemiddeld lopen en hierop voorspellingen te maken. Verzekeraars en zorgaanbieders kunnen deze inzichten betrekken bij de contractafspraken.

#### *ZPM versus huidig*

De huidige bekostiging scoort slechter op dit criterium vanuit de materiele en formele controles zijn dermate veel bevindingen gevonden in de afgelopen jaren waardoor de rechtmatigheid van de prestaties onder druk is komen te staan. Op dit moment zijn in de administratieve processen al veel verbeteringen doorgevoerd maar een procesgerichte controle is nog steeds moeilijk vorm te geven.



Voldoet volledig

### Ontschotting, zelfde bekostiging voor gb-ggz, fz jaar 1 en jaar 1/2/3/ g-ggz

Het ZPM zorgt voor ontschotting. Instellingen die vanuit verschillende settings werken, krijgen een eenduidig facturatie-systeem voor de prestaties die geleverd worden. Om maximaal baat te hebben bij de ontschotting zal ook op termijn de bekostiging van de Jeugd ggz en de Wmo langs de principes van het ZPM kunnen worden vormgegeven. Dit leidt tot een administratieve lastenverlichting van instellingen binnen de ggz en forensische zorg.

#### *ZPM versus huidig*

Het ZPM scoort beter op dit criterium dan de huidige systematiek omdat in die laatste verschillende betalingsvormen zijn ontwikkeld voor verschillende behandelsettings. De overdracht van patiënten gaat gepaard met nieuwe diagnosestellingen en dit vertraagt behandelingen.



Voldoet deels  
niet

### **Basis voor sturen op gepaste en doelmatige zorg**

Het ZPM zorgt voor sneller inzicht in de feitelijk uitgevoerde zorg door behandelaren. Het ZPM legt in haar ontwerpcriteria echter geen koppeling met de noodzaak of doelmatigheid van deze behandelingen. Verzekeraars kunnen na verloop van tijd via het zorgtrajectnummer zien wat de onderlinge verschillen zijn tussen aanbieders. Verzekeraars kunnen geconstateerde verschillen op termijn met zorgaanbieders bespreken. Aanbieders die niet-gecontracteerd zijn, hoeven deze gesprekken niet aan te gaan met de verzekeraar. Het is moeilijk voor de verzekeraar om bij die aanbieders de behandelpraktijk te beïnvloeden.

Doordat het ZPM uitgaat van de BIG-registratie en de setting als basis voor de bekostiging is het aantrekkelijk voor hoger gekwalificeerde behandelaren om enkelvoudige problematiek te gaan behandelen. De behandeling van deze patiënten levert per uur direct bestede tijd evenveel op als de behandeling van complexe patiënten per uur, terwijl voor complexe patiënten met een multi-dimensionele problematiek vaak een ingewikkelder setting nodig is en de behandeling daarom meer kosten (indirecte tijd) met zich kan meebrengen voor de behandelende instelling of vrijgevestigde psychiater. Dit risico zorgt ervoor dat de doelmatigheid van zorg onder druk komt te staan. De enkelvoudige problematiek kan namelijk ook worden behandeld onder regie van minder hoog gekwalificeerde behandelaren, waarvoor een lagere vergoeding geldt. Deze behandelingen zijn dan doelmatiger. Daarnaast geldt dat in het ZPM zelf geen prikkel bestaat voor de beëindiging van zorg.

De behandeling kan na verloop van tijd en onder invloed van voortgaande onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en behandelinstellingen gaan voldoen aan de zich ontwikkelende zorgvraagtypering (zie criterium 10), wat op zichzelf kan leiden tot een versterking van de doelmatigheid en passendheid van de zorg. Daar staat tegenover dat die typering op zijn beurt het gevolg is van het opgetelde handelen van de behandelaren samen en de inkoopbeslissingen van zorgverzekeraars samen. De zorgvraagtypering kent dus geen externe basis, maar is afhankelijk van wat het geheel aan behandelaren en financiers zal laten zien. Het is daarom in de feitelijke inkoop moeilijk om te sturen op passende zorg. De totstandkoming van een adequate zorgvraagtypering (criterium 10) kent hetzelfde probleem van moeilijke totstandkoming als de zorginkoop; het betreft namelijk hetzelfde fenomeen, maar dan in inhoudelijke termen.

#### *ZPM versus huidig*

De DBC's kennen eindtijden waarmee er geen opneinde financiering is en een stopbonus die enerzijds gezien kan worden als een prikkel tot strategisch gebruik van de vergoedingssystematiek (doorbehandelen van patiënten tot net na de bucket-grens), maar die anderzijds wel degelijk prikkelt tot het op enig moment beëindigen van een behandeling. Bovendien legt de huidige bekostiging geen relatie naar aard van professionals, waardoor bij instellingen een prikkel ontstaat om zo doelmatig mogelijk de inzet van professionals vorm te geven. Dit is deels een onbedoeld gevolg; hooggekwalificeerde behandelaren besteden relatief weinig tijd aan het direct zien van patiënten. Deels is het ook bedoeld; hooggekwalificeerde behandelaren worden daar ingezet waar ze de grootste toegevoegde waarde hebben, namelijk bij de regie van het behandeltraject.

Geaggregeerd kan dit zich vertalen in een grotere nadruk op doelmatigheid in het inkoopproces. De inzet op doelmatigheid op instellingsniveau vertaalt zich immers op geaggregeerd niveau in een gemiddeld prijsniveau voor een bepaalde behandeling. Dit systeem leidt tot een neerwaartse druk op de prijs bij een gegeven zorgwaartetypering (in het DBC-systeem de diagnose) en zo tot een neerwaartse druk op de zorgkosten.

Daar staat tegenover dat in het huidige systeem een meer inhoudelijke sturing op gepast gebruik bijna onmogelijk is vanwege de complexiteit van het systeem en de lange looptijd van veel DBC's. Daarnaast worden diagnoses binnen instellingen aangepast om zo te voldoen aan de regels van de DBC-methodiek. Hierdoor creëert het DBC-systeem het risico van het zo doelmatig mogelijk inzetten van professionals, waardoor het gevaar van onderbehandeling van patiënten kan ontstaan.

Binnen de gb-ggz leidt de productfinanciering van het DBC-systeem tot sturing op de doorlooptijd van de behandeling. Dit zorgt voor een goede beheersing van de kosten binnen dat domein. Experts en geïnterviewden geven evenwel aan dat hierdoor ook patiënten worden doorverwezen naar duurdere zorg die nog goed behandeld hadden kunnen worden binnen de gb-ggz. Op zo'n moment wordt door de toepassing van de regelgeving toch geen gepaste zorg geleverd.

We moeten constateren dat zowel het huidige systeem als het ZPM hun eigen, specifieke voor- en nadelen hebben als het gaat om de sturing op gepaste en doelmatige zorg.



Voldoet deels  
niet

### **Flexibel te combineren met doorontwikkeling zorgvraagtypering**

Het ZPM is goed te combineren met een zorgvraagtypering (zoals het Zorgclustermodel). Door het aantal behandelingen binnen een zorgtrajectnummer te koppelen aan een zorgvraag, krijgen zowel aanbieder als financier zicht op de omvang en de aard van zorg bij de zorgvraag.

In interviews werd aangegeven dat alleen uitgaan van de zorgvraag en niet langer van de medische diagnose het risico in zich heeft dat er te lang wordt behandeld op symptoombestrijding doordat onvoldoende naar onderliggende medische patronen wordt gekeken. Hier bestaat spanning tussen de door de patiënt ervaren zorgvraag, de medisch vast te stellen zorgbehoefte en overwegingen rond gepaste zorg.

Binnen dit onderzoek zijn we niet specifiek ingegaan op de achtergronden van het Zorgclustermodel, maar we hebben wel beoordeeld hoe een proces van zorgvraagtypering past in het ZPM.

Er is een aantal kanttekeningen te maken op het proces van zorgvraagtypering binnen de context van het ZPM. Op uitvoeringsniveau geldt dat professionals het proces om te komen tot een goede zorgvraagtypering discutabel vinden. Zo zijn antwoorden op vragen op patiëntniveau die een zorgvraag typeren manipuleerbaar door de behandelaar en de patiënt en is daarmee de uitkomst stuurbaar. Op geaggregeerd niveau leidt tot

---

dit een verstoring van het inzicht in de relatie tussen getypeerde zorgvraag en daarbij benodigde behandeling.

Op beleidsniveau is er een verband tussen de te verwachten omvang van de benodigde zorg gegeven een zorgvraagtypering enerzijds en de contractering van zorg anderzijds. Als aanbieders relatief makkelijk kunnen overgaan op ongecontracteerde zorg, maakt dat het minder mogelijk om in de zorgvraagtypering in te zetten op de passendheid van zorg. Immers, hoe sterker de zorgvraagtypering doorwerkt in de gemiddelde prijs van behandelingen bij een bepaalde zorgvraag, hoe groter de prikkel om zorg ongecontracteerd te leveren. Als zorgaanbieders zo de zorgvraagtypering makkelijk kunnen ontwijken, beperkt dit de ruimte voor de inzet op passendheid in de zorgvraagtypering. Het gaat hier nadrukkelijk om wat wel een tweede orde-effect genoemd wordt, een effect dat volgt uit de gedragsreacties op de interactie tussen de systematiek van contractering en de systematiek van de zorgvraagtypering.

Bij zorgvraagtypering is een goede diagnostiek nodig zonder dat deze wordt beïnvloed door andere factoren dan de zorgbehoefte van de patiënt. De diagnostiek zal echter worden bepaald in dezelfde kolom van beleidsvorming en beleidsuitvoering als bij de DBC's. We achten de totstandkoming van een zorgvraagtypering een precair proces waarvan niet duidelijk is hoe een feitelijke duiding van de zorgbehoefte zich zal onderscheiden van de belangen en zorgvisies die met verschillende typen behandeling gemoeid gaan. Het geaggregeerde beeld van de opgetelde individuele behandelingen is een van de belangrijke inputs voor de zorgvraagtypering, maar dit beeld komt tot stand in een systeem waarin de basis voor sturing op doelmatige en passende zorg zwak ontwikkeld is. Als er een adequate zorgvraagtypering zou bestaan, zou ook sturing op gepaste zorg beter mogelijk zijn, maar de basis voor de typering van de zorgvraag ligt juist in het geaggregeerde geheel van behandelingen waarvoor we gebrekkige sturing op passendheid vermoeden. Zoals diagnoses kunnen worden aangepast aan een DBC-systeem, zo kunnen zorgvraagtyperingen worden aangepast aan een ZPM-systeem. Omdat de stopbonus uit de DBC's verdwijnt, is de basis waarop zorgvraagtypering moet worden gedaan welbeschouwd zwakker dan de basis waarop voorheen zich het beeld van gemiddelde prijzen voor DBC's ontwikkelde.

Het belang van een goed functionerende zorgvraagtypering is voor het slagen en het beheersen van het ZPM van belang. Zonder functionerende zorgvraagtypering is er namelijk geen goed gesprek over gepast gebruik en begrenzing van de zorg mogelijk, terwijl ditzelfde goede gesprek de bron is waaruit een functionerende zorgvraagtypering zou moeten voortvloeien; een Von Münchhausen-probleem. Het is niet meteen evident welke actor of set van actoren belast zou kunnen worden met het onafhankelijk vullen van een systeem van zorgvraag-typering.

#### *ZPM versus huidig*

Het ZPM is ook te combineren met een zorgvraagtypering die uitgaat van het stellen van diagnoses zoals gebruikt wordt in het huidige DBC-model.

---



## 5.2 Overall beoordeling

Implementeren van het ZPM in de huidige opzet introduceert specifieke bedoelde effecten en brengt daarnaast ook risico's met zich mee. Hieronder geven we een overzicht van deze effecten en risico's (zie bijlage 7.4 voor een gedetailleerdere uitwerking).

Het ZPM zal leiden tot transparantie van geleverde zorg, prijzen die aansluiten bij de geleverde behandeling, vereenvoudiging van de administratie en verantwoording en tot een aanzienlijke versnelling van de beschikbare informatie voor alle partijen. Hierdoor wordt een groot deel van de huidige informatieasymmetrie sterk verbeterd. Deze opbrengst kan door veldpartijen worden gebruikt voor betere contractafspraken en veldnormen rondom de inzet van ggz zorg. Een ander sterk punt van het ZPM dat we zien is het expliciet belonen van de diagnostiek. Hierdoor ontstaat er ruimte voor de vormgeving van een zorgproces waarin meer nadruk komt op de diagnostische fase. Het verdisconteren van de indirecte tijd binnen de consulttarieven leidt ertoe dat de productiviteit van behandelaren toeneemt, wat als positief is te zien, omdat deze productiviteitstoename de kwaliteit en toegankelijkheid van de ggz zorg kan verbeteren. Dit zijn **belangrijke verbeteringen** ten opzichte van het huidige bekostigingssysteem.

We zien ook een aantal aandachtspunten die belangrijk zijn in de doorontwikkeling van het ZPM.

Net zoals onder het huidige bekostigingssysteem, is het binnen het ZPM ook lastig om te beoordelen of geleverde zorg ook de *benodigde* zorg was. Afhankelijk van de definitieve tarieven kunnen hooggekwalificeerde behandelaren relatief eenvoudige ggz/fz zorg gaan leveren of behandelen onder een te hoog gekwalificeerde setting (overbehandeling). Daarnaast kan het verdisconteren van indirecte tijd in tarieven bij specifieke specialisaties leiden tot niet-passende tarieven en tot vermindering van kwaliteit van zorg doordat er te weinig aandacht aan de regie van en reflectie op de behandeling wordt besteed (onderbehandeling).

Het ZPM stelt veldpartijen wel sneller dan het huidige bekostigingssysteem in staat om dit gesprek te voeren. Het ZPM normeert echter niet, dat moeten veldpartijen samen gaan vaststellen.

Het ZPM zelf stelt verder geen grenzen aan de duur van de behandeling. Gevoegd aan de financiering van feitelijk geleverde zorg (input), kan dit leiden tot het toenemen van de totale productie en productiecapaciteit. Het ZPM is daarom afhankelijk van een effectieve werking van een model van zorgvraagtypering (namelijk de vaststelling of de geleverde zorg ook past bij de benodigde zorg) en de kwaliteit van contractafspraken die partijen onderling met elkaar maken. De basis van het voor die afspraken noodzakelijke inzicht in *benodigde* zorg is de informatie over de *geleverde* zorg. Zonder onafhankelijke zorgvraagtypering, is te verwachten dat zorgfinanciers hierbij sturen op basis van informatie over de gemiddelde prijs behorende bij een bepaalde getypeerde zorgvraag, terwijl zorgaanbieders hierbij sturen op de zorgvisie en de randvoorwaarden die de bedrijfsvoering nu eenmaal stelt.

Aangezien het ZPM uitgaat van reële tarieven, zou het in theorie minder aantrekkelijk moeten worden voor behandelaren om te kiezen voor een ongecontracteerde relatie met zorgverzekeraars. Tegelijkertijd zijn er optimalisaties in de verhouding directe/indirecte tijd te verwachten en gelden er niet langer beperkingen in de behandelduur van de gb-ggz. De uitkomsten van deze optimalisaties kunnen ertoe leiden dat het interessant wordt om ongecontracteerd zorg te verlenen.

We zien dus zowel voordelen als aandachtspunten bij het implementeren van het ZPM. Om de werking van het ZPM te optimaliseren en de risico's te beperken doen we een aantal suggesties tot stimulerende en mitigerende maatregelen. Deze zijn uitgewerkt in het volgende hoofdstuk.

## 6 Aanbevelingen: Stimulerende en mitigerende maatregelen

Om de werking van ontwerpcriteria 3, 9 en 10 te versterken en de mogelijkheid van onbedoelde effecten vooraf te verkleinen, worden in dit hoofdstuk een aantal aanbevelingen aangereikt. De aanbevelingen hebben zowel een stimulerend (versterken van bedoeling ZPM, paragraaf 6.1) als een mitigerend (verkleinen ongepast gebruik, paragraaf 6.2) karakter.

### 6.1 Stimulerende maatregelen

De kracht van het ZPM is eenvoud, snelheid en transparantie. Zoals we in hoofdstuk 5 concluderen, hangt het succes van het ZPM onder andere af van het ontstaan van goede, van vertrouwen uitgaande, gesprekken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over gepast gebruik. In Figuur 10 hebben we een aantal doelen opgenomen met bijbehorende maatregelen om zo'n dialoog te bevorderen.

<b>Doel: Stimuleren gesprek over gepast gebruik (tussen verzekeraar en instelling, binnen instelling en tussen instelling en patiënten)</b>	<b>Doel: Koppelen van behandelprotocol aan zorgvraag</b>	<b>Doel: Versterken diagnostiek (om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen)</b>
<b>Mogelijke maatregelen:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Voorkomen afrekenen op resultaat of kwaliteit</li> <li>2. Benchmarking en spiegelinformatie</li> <li>3. Faciliteren van leer- en verantwoordingscyclus van aanbieder</li> <li>4. Delen van best practices over hele beroepsgroep, zowel door verzekeraars als behandelaren/ koepelorganisaties</li> <li>5. Gesprek stimuleren over recidieven en cliënten die herhaaldelijk met dezelfde zorgvraag een beroep doen op de ggz</li> <li>6. ...</li> </ol>	<b>Mogelijke maatregelen:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terugdringen aantal behandelmogelijkheden (gezamenlijk bepalen)</li> <li>2. Vastleggen van voorkeursbehandeling / veldnormen bij bepaalde zorgvragen</li> <li>3. Verder ontwikkelen van veldnormen</li> <li>4. ...</li> </ol>	<b>Mogelijke maatregelen:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnosestelling onafhankelijk van behandeltraject</li> <li>2. Stimuleren van onafhankelijke diagnosestelling door verhoging tarieven diagnoseconsult</li> <li>3. ...</li> </ol>

*Figuur 10 Overzicht stimulerende maatregelen*

#### **Doel: Gesprek over gepast gebruik stimuleren (tussen verzekeraar en instelling, binnen instelling, tussen instellingen en tussen instelling en patiënten)**

De werking van het ZPM heeft belang bij een goede dialoog over gepast gebruik tussen verzekeraar en instelling, instelling en behandelaar en behandelaar en patiënt (gesprek over de gepaste en gewenste behandeling, m.a.w. samen beslissen). We zien een aantal mogelijke maatregelen die dit gesprek kunnen stimuleren. Deze dialogen kunnen worden ondersteund door gegevens te delen over de zorgvraag van de patiënt, rondom de ingezette behandeling en over de resultaten van de behandeling. Het beschikbaar stellen van deze informatie binnen instellingen, tussen instellingen en tussen instelling en verzekeraar, maakt het mogelijk om van jezelf als instelling, of van andere instellingen te leren. Hierbij is het wel van belang dat resultaten niet worden gebruikt om af te rekenen, omdat hierdoor een prikkel ontstaat om (administratie van) resultaten te sturen en een gesprek op basis van vertrouwen in het geding komt.



Daarnaast kan er specifiek ingegaan worden op bijzondere patiëntengroepen (bijvoorbeeld de EPA-doelgroep). Een mogelijk voorbeeld hiervan is het uitbouwen van de afspraak dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de vraag van complexe patiënten bespreken aan regiotafels<sup>2</sup>. Binnen deze regiotafels kan gezamenlijk worden vastgesteld welke zorg nodig en passend is. Hiermee wordt voorkomen dat er achteraf verantwoording moet worden afgelegd of dat vanuit risico-overwegingen niet de passende zorg wordt ingezet.

Het is vervolgens mogelijk om instellingen en behandelaren die dit gesprek aangaan en laten zien dat ze hun behandelpraktijk daarmee verbeteren, te belonen in de contractering.

Het gesprek over gepast gebruik moet uiteindelijk leiden tot een gemeenschappelijke en gedeelde visie op de te leveren ggz/fz zorg tussen alle actoren, dit is onderdeel van het proces van de zorgvraagtypering, waarbij we ons ervan bewust moeten zijn dat de kennisbasis van de verschillende partijen die dit gesprek voeren ongelijk is. Een goed functionerend gesprek zorgt ervoor dat er meer vanuit begrip en kennis gecontracteerd kan worden, maar juist die verschillende kennisbasis maakt zo'n gesprek moeilijk.

#### **Doel: Koppelen van zorgvraag aan behandelprotocol**

Het gesprek over gepast gebruik heeft baat bij meer overeenstemming over wanneer welke behandeling voor welke zorgvraag wordt ingezet. Momenteel is er een grote behandelvariatie binnen de ggz/fz. Veldpartijen in de ggz kunnen voor de invoering van het ZPM behandelprotocollen koppelen aan de zorgvraag. Dit geeft de verzekeraar en de behandelaar houvast in het gesprek over gepast gebruik. Hiervoor is het wel nodig dat er overeenstemming is over welke verschillende typen zorgvragen er zijn en vervolgens welke behandeling bij welke zorgvraag het meest effectief en gepast is.

Een goede koppeling van zorgvraag en behandelprotocol zorgt ervoor dat wanneer er afgeweken wordt van het protocol, de behandelaar en instelling hierover de verzekeraar kan informeren en betrekken. Voor deze unieke situaties kan dan ook passende additionele financiering plaatsvinden.

Een goed functionerende zorgvraagtypering is hiervoor nodig. Die kan voorkomen dat het gesprek tussen verzekeraars en instellingen zich richt op gemiddelde prijzen van zwak gedefinieerde segmenten, zoals op dit moment in de DBC-systematiek.

#### **Doel: Versterken diagnostiek-fase binnen de ggz**

Een sterk onderdeel van het ZPM is het feit dat een diagnostisch consult een aparte vergoeding heeft. Hiermee ontstaat de mogelijkheid om de behandeling los te koppelen van het vaststellen van de zorgvraag. Dat wil zeggen: de behandelaar die het diagnostisch consult uitvoert en de zorgvraag vaststelt, is niet de behandelaar die de behandeling uitvoert. Objectiviteit van het vaststellen van de zorgvraag wordt hiermee vergroot. De patiënt kan vervolgens actief meegenomen worden in de verschillende behandelopties aan het eind van de diagnostische fase. Op deze wijze wordt de belangentegenstelling tussen verzekeraar en behandelaar geobjectiveerd en kan daarbinnen de behandeling plaatsvinden.

---

<sup>2</sup> Op 16 maart 2020 hebben zorgaanbieders en zorgverleners deze aanpak opgeleverd aan het Ministerie van VWS

Een nadeel van deze loskoppeling van diagnostiek en behandeling is dat de interactie tussen patiënt en behandelaar die medebepalend is voor het succes van de behandeling een extra keer wordt onderbroken. Daarnaast blijkt in de praktijk dat de zorgvraag zich pas laat in het behandelproces uit, of zich kan ontwikkelen gedurende een behandeltraject.

Tenslotte, door bovenstaande stimulerende maatregelen te benutten wordt het gesprek over welke behandelaar op welke wijze patiënten behandelt verder geobjectiveerd en verbeterd. Dit komt tegemoet aan de risico's van ontwerp criterium 3 en 9. Daarnaast geven partijen gezamenlijk verder vorm aan de ontwikkeling van een zorgvraagtyperingsmodel zodat deze voorspellend wordt voor de zorgverlening binnen de ggz/fz en zo gebruikt kan worden als ontwikkelings- en verantwoordingsinstrument (ontwerp criterium 10).

## 6.2 Mitigerende maatregelen

Naast stimulerende maatregelen hebben we ook een aantal mogelijke mitigerende maatregelen geïdentificeerd. Deze maatregelen kunnen worden vormgegeven binnen het ZPM. Deze maatregelen zijn bedoeld voor aanbieders die mogelijk niet passend met het ZPM omgaan. Het invoeren van deze maatregelen is nodig, maar moet zo minimaal mogelijk effect hebben op de aanbieders die wel passend met het ZPM omgaan (dit betreft het overgrote deel van de aanbieders).

<b>Doel: Setting beheersen</b>	<b>Doel: Doelmatigheid vergroten door prestaties te begrenzen in kosten en duur</b>	<b>Doel: Versterken tegenkracht verzekeraars</b>
<b>Mogelijke maatregelen:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uitbreiden eisen aan behandelsetting voordat prestaties in rekening gebracht mogen worden</li> <li>2. ...</li> </ol>	<b>Mogelijke maatregelen:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limiteren duur en omvang van prestaties bij bepaalde zorgvraag en/of settingen</li> <li>2. Prijsstelling directe tijd ook koppelen aan setting en niet aan BIG</li> <li>3. Degressieve beloning bij langere behandeling lager tarief</li> </ol>	<b>Mogelijke maatregelen:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contracteisen opnemen bij bepaalde settingen waar risico op oneigenlijk gebruik groot is</li> <li>2. Data analyse naar afwijkende patronen</li> <li>3. ...</li> </ol>

Figuur 11 Overzicht mitigerende maatregelen

### Doel: Setting beheersen

Binnen het ZPM kunnen nadere eisen worden geformuleerd aan de setting waarbinnen de zorg geleverd moet worden. Deze nadere eisen kunnen gelden voor een verplichte aanwezige functiemix, het doen/leveren van aanvullende diensten (verplicht leveren van crisiszorg en ANW), ervaringseisen aan behandelaren en eventuele contractverplichtingen met zorgverzekeraars.

Uitgangspunt kan ook zijn dat de huidige setting waarbinnen de zorg verleend wordt de setting wordt van het ZPM. Hiermee wordt de huidige ggz-praktijk in Nederland bevroren en kunnen nieuwe toetreders of mutaties van de setting door toezichthouders actief beoordeeld worden.

Door deze nadere eisen te formuleren kan voorkomen worden dat op een relatief eenvoudige wijze de behandelsetting van vrijgevestigd naar ambulant door aanbieders is te wijzigen en dat hierdoor onbedoeld de opbrengsten worden gemaximeerd.

**Doel: Doelmatigheid vergroten door prestaties te begrenzen in kosten en duur van de behandeling**

Het ZPM kent in haar huidige opzet geen begrenzing in kosten en duur van de behandeling. Via verandering van de tarieven van de behandeling is wel sturing mogelijk:

- ◆ Tarieven van consulten bij bepaalde behandelsettings maximeren tot een bepaalde hoogte en niet volledig koppelen aan BIG-registratie van de behandelaar;
- ◆ Tarieven vanaf het X-de consult in bepaalde behandelsettings verlagen met x% om doorbehandeling te ontmoedigen;
- ◆ Behandelduur hard begrenzen in bepaalde behandelsettings.

Door op deze wijze via de tarieven te sturen, wordt voorkomen dat het lonend is om enkelvoudige problematiek te lang te behandelen. In de tweede plaats wordt het op deze wijze ontmoedigd dat overgekwalficeerde behandelaren te eenvoudige zorg leveren.

**Doel: Versterken tegenkracht verzekeraars**

Het slagen van het ZPM hangt in sterke mate af van de beheersing door zorgverzekeraars via contractering en dialoog daarover. Het voorkómen van de ruimte voor ongecontracteerde zorg is dan relevant. Hier ligt ook een verband met de zorgvraagtypering (zie criterium 10). Als zorgaanbieders de zorgvraagtypering makkelijk kunnen ontwijken door zorg ongecontracteerd aan te bieden, beperkt dit de ruimte voor de inzet op passendheid in de zorgvraagtypering.<sup>3</sup>

Dit kan mogelijk worden gedaan door:

- ◆ Vergroten van de contracteisen rond de behandelsetting;
- ◆ Vaststellen van lage wettelijke tarieven met mogelijkheid om opslag te contracteren, zodat ongecontracteerd werken minder lonend is.

Alle mitigerende maatregelen worden nu gekoppeld aan de setting waarbinnen de behandeling plaatsvindt. Ze kunnen ook worden gekoppeld aan de zorgvraagtypering. Er kunnen bijvoorbeeld een aantal duidelijk afgebakende zorgvragen worden vastgesteld. En bij deze zorgvraaggroepen gelden de hierboven genoemde tariefbepalingen. Dit zou ontmoedigen dat aanbieders de zorgvraagtypering ontwijken door het ongecontracteerd aanbieden van zorg.

Het toepassen van een of meerdere van deze mitigerende maatregelen heeft impact op de werking van andere ontwerpcriteria. De eenvoud van het model zal afnemen en dit zou kunnen leiden tot een toename van de administratieve lasten.

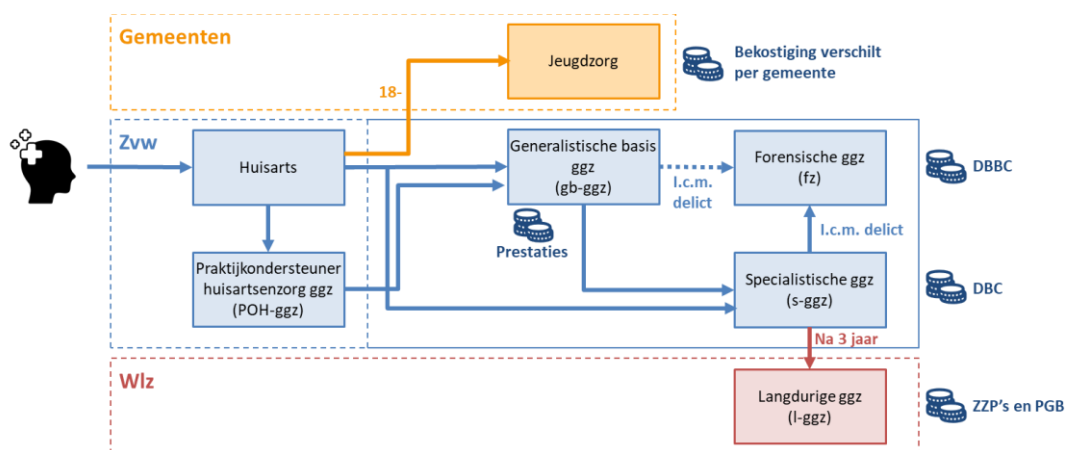
---

<sup>3</sup> Dit kan allereerst via het verkleinen van de vrije artsenkeuze, maar een dergelijke keuze is erg ingrijpend. Aangezien deze maatregel een complete stelselherziening tot gevolg heeft, worden nu een aantal aanbevelingen gedaan die zich beperken tot de ggz.

## 7 Bijlagen

### 7.1 Opzet huidige bekostiging

De huidige bekostiging van de ggz is verschillend voor de gb-ggz, de s-ggz en de fz. Figuur 12 geeft een overzicht van de schotten die momenteel bestaan in de ggz. Hieronder lichten we de huidige systematiek en de samenhang tussen deze typen ggz toe. De huisarts en POH-ggz (wat onder de huisarts bekostiging valt) vallen hierbij buiten de scope.



Figuur 12 Huidige schotten in de ggz met de bijbehorende bekostigingsvorm (versimpelde versie)

#### Generalistische Basis ggz (gb-ggz)

In de gb-ggz wordt momenteel gewerkt met prestaties die gebaseerd zijn op een gemiddelde behandelduur (kort, middel, intensief en chronisch). Elke prestatie heeft dus een maximumaantal minuten. Het aantal minuten binnen deze prestaties is gebaseerd op onderzochte patiëntprofielen. De behandelaar maakt bij intake een inschatting van het product dat benodigd is om de patiënt goed te behandelen.

De prestaties en de bijbehorende tarieven zijn gedifferentieerd naar:

- ◆ Onvolledig behandeltraject (behandeltraject eerder afgebroken om diverse redenen) of behandeltraject
- ◆ Behandeltraject (o.b.v. verwachte benodigde tijd): Kort, middel, intensief, chronisch en enkele verzekeraar-specifieke prestaties

Het type behandelaar en de behandelingsdiagnose worden momenteel niet meegenomen in de tarieven in de gb-ggz.

#### Specialistische ggz (s-ggz)

Binnen de s-ggz wordt gewerkt met Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) zoals deze ook in de ziekenhuiszorg gebruikt worden. Eerst wordt het type consult (diagnostiek, crisis, kortdurend

of langdurig) vastgesteld. Binnen langdurige DBC's wordt onderscheid gemaakt naar DSM-behandeldiagnose. Voor deze DBC wordt de directe en indirecte (tijd besteed aan behandeling van de patiënt die niet met de patiënt zelf is) tijd geschreven. Het totaal van deze minuten bepaalt in welke tijd-range de DBC valt. Hiernaast bestaan nog losse prestaties voor verblijf (onderscheid in tarieven op basis van zwaarte van het verblijf) en enkele specifieke verrichtingen. De verwachte behandeltime hoeft dus niet van tevoren worden ingeschat (zoals bij de gb-ggz het geval is). Een DBC wordt afgesloten bij afronding van het behandeltraject of na 365 dagen.

Daarnaast bestaan er specifieke verblijf-DBC's. Dit zijn tarieven per dag, gedifferentieerd naar zwaarte van het verblijf.

Voor specifieke verrichtingen (bijv. ECT) zijn overige prestaties gedefinieerd.

### **Forensische ggz (fz)**

Binnen de fz wordt met Diagnose Behandel Beveiligingscombinaties (DBBC's) gewerkt. Dit systeem is gelijk aan de s-ggz behalve dat er een beveiligingscomponent aan toegevoegd is.

### **Samenhang met andere zorgsectoren: Wlz**

Wanneer een patiënt 3 jaar binnen de Zorgverzekeringswet in de specialistische ggz behandeld wordt, krijgt hij/zij automatisch een indicatie door het CIZ (profiel ggz-B). De behandeling van de patiënt wordt dan verder binnen de Wlz gefinancierd. Deze indicatie wordt voor maximaal 3 jaar afgegeven.

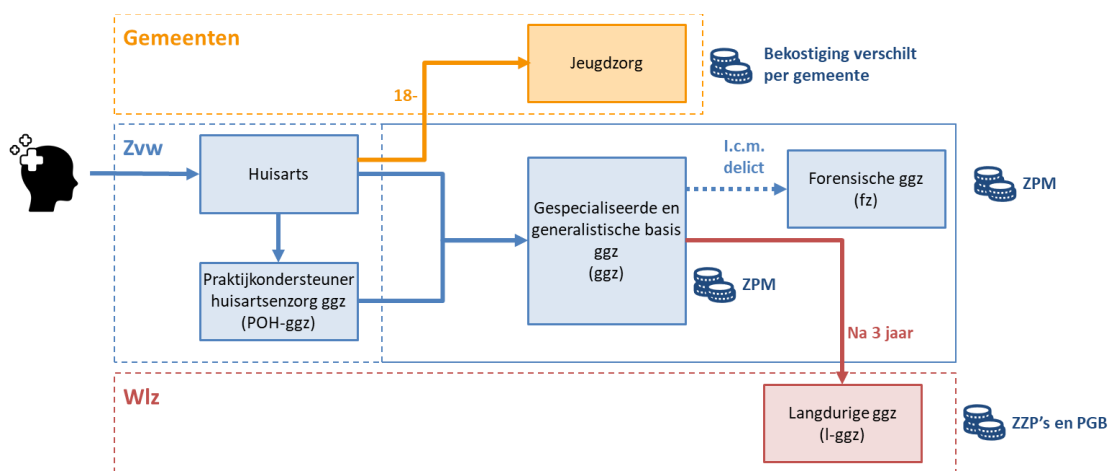
Recent heeft een wetswijziging plaatsgevonden die ggz-patiënten per 1 januari 2021 direct toegang verleent tot de Wlz. Deze indicatie wordt door het CIZ gegeven als een patiënt "blijvend behoefte [heeft] aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid".

### **Samenhang met andere zorgsectoren: Jeugdzorg**

Binnen de jeugdzorg wordt voor complexe zorg gewerkt met DBC's conform de DBC's in de zorgverzekeringswet. Bij lichte problematiek of kortdurende interventies hebben gemeenten veelal prestaties afgesproken die worden afgerekend op een vastgesteld uurtarief.

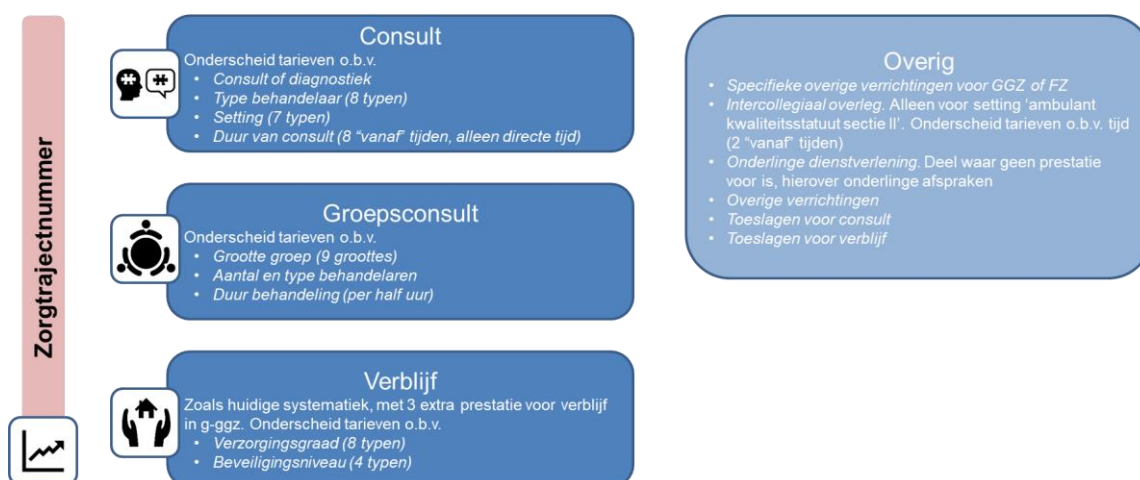
## 7.2 Opzet Zorgprestatie-model

Het ZPM tracht de bekostiging van de ggz te simplificeren en een deel van de bestaande schotten in de bekostiging weg te halen. In Figuur 13 is een versimpelde weergave van de schotten en bekostigingssystemen bij invoering van het ZPM te zien. Het ZPM beperkt zich tot gb-ggz, s-ggz en fz. Vergeleken met de huidige schotten (Figuur 12) is te zien dat de drie bekostigingssystemen van deze ggz takken worden vervangen door één systeem. Dit vindt allemaal binnen de Zvw plaats. In dit hoofdstuk gaan we verder in op hoe het ZPM bekostigingssysteem er in groten lijnen uitziet. De bekostiging van jeugdzorg (via gemeenten) en de langdurige ggz (uit de Wlz) verandert onder het ZPM niet en is al kort besproken in bijlage 7.1; huisarts en POH-ggz vallen buiten scope. We beperken ons hier tot het ZPM.



Figuur 13 Schotten en bekostiging van de ggz onder het ZPM (versimpelde versie)

Figuur 14 geeft een overzicht van de onderdelen van het ZPM. Hieronder lichten we deze verschillende onderdelen kort toe. Voor een volledige omschrijving van het ZPM in de huidige fase van ontwikkeling verwijzen we u naar de tussenrapportage gepubliceerd in maart 2020.



Figuur 14 Opzet van het ZPM (versimpelde versie)

## Consult

Aan de basis van het ZPM staan de consulten. Een consult wordt hier gedefinieerd als ‘direct zorginhoudelijk contact tussen zorgverlener en (forensische) patiënt of het systeem van de patiënt.’ Elk consult wordt los vastgelegd. Consulten worden gedifferentieerd naar type consult (diagnostiek of behandeling), type behandelaar, setting en duur van het consult (“vanaf” tijden). Hierbij is het uitgangspunt dat deze kenmerken bepalend zijn voor hoeveel indirecte tijd nodig is. Indirecte tijd is al verdisconteerd in het tarief en hoeft in het ZPM niet meer los geregistreerd te worden.

Wijzigingen ten opzichte van het huidige bekostigingsmodel zijn differentiatie van de vergoeding naar het type consult, type behandelaar en de setting. De tarieven van een consult hangen af van het type consult (diagnostiek of behandeling), het type behandelaar, de setting (bijv. ambulance, klinisch, forensisch) en de duur van het consult.

In het ZPM bepaalt niet het geheel van de DBC het niveau van de vergoeding per minuut, maar type consult, behandelaar en setting. Dat betekent dat een vergoeding aan een hooggekwalificeerde behandelaar alleen wordt betaald als hij of zij de patiënt daadwerkelijk voor het gedeclareerde tijdsblok heeft gezien. Dit wijkt sterk af van de basislogica van het DBC-systeem, waarin de diagnose voor de behandeling als geheel bepalend is voor de hoogte van de vergoeding per tijdsblok. In het DBC-systeem maakt het voor de vergoeding per tijdsblok niet uit of de hooggekwalificeerde regiebehandelaar de patiënt ziet of een lager gekwalificeerde behandelaar.

Daarnaast is het niet meer nodig om tijd op minuten (zoals momenteel in s-ggz) te registreren, maar volstaat registratie per kwartier, waarbij ook een tarief voor 5 minuten consultatie is opgenomen.

Ten derde verdwijnt het systeem van buckets dat in de ongecontracteerde ggz de vergoeding voor een behandeltraject bepaalde. Ook dit is een belangrijke afwijking van het DBC-systeem, omdat in het ZPM elke behandelminuut op een bepaald kwalificatieniveau even veel vergoeding oplevert, terwijl in het DBC-systeem de vergoeding in buckets wordt uitgekeerd, zodat de verhouding tussen arbeidskosten voor de instelling of ureinzet voor de vrijgevestigde behandelaar en ontvangen vergoeding sterk verbetert (voor de instelling of behandelaar) als een volgende bucket is bereikt.

Het vierde verschil is een vergoeding voor de kosten van een setting die is inbegrepen in de vergoeding van de tijdsinspanning van de behandelaar ter vervanging van de vergoeding van indirecte tijd. Binnen het ZPM worden verschillende behandelsettings gedefinieerd.

## Groepsconsult

Bij een groepsconsult werken één of meerdere behandelaren aan een groep patiënten en hier gaan zodoende andere prijzen mee gemoeid. Om te voorkomen dat elke behandelaar een volledig consult declareert, is voor groepsconsulten een aparte prestatie aangemaakt. De tarieven van het groepsconsult hangen af van de groeps grootte, het aantal en type behandelaar en de duur van het groepsconsult.

## Verblijf

Net zoals in de huidige bekostigingssystematiek wordt verblijf per dag gedeclareerd. Dagbesteding en vaktherapie worden niet meer los geregistreerd maar maken onderdeel uit van de prestatie. Tarieven van verblijfsprestaties in de fz worden bepaald op basis van de verzorgingsgraad en het beveiligingsniveau.

## Overig

Naast de standaard prestaties voor consult, groepsconsult en verblijf zijn er overige prestaties gedefinieerd. Hieronder vallen drie subtypes:

- ♦ *Onderlinge dienstverlening*: Onderlinge dienstverlening houdt in dat een zorgaanbieder een deel van de zorg verleent voor een patiënt van een andere zorgaanbieder. In principe wordt deze zorg door de verlenende zorgaanbieder gedeclareerd. Het deel van deze verleende zorg waar geen prestatie voor bestaat, kan bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd als onderlinge dienstverlening. Hiervoor moeten van tevoren specifieke afspraken zijn gemaakt tussen de zorgaanbieders en de zorgverzekeraar.
- ♦ *Intercollegiaal overleg*: Indirecte tijd is in principe verdisconteerd in het consult-tarief. De ene patiënt vraagt echter meer intercollegiaal overleg en dus meer indirecte tijd dan de ander. Wanneer meer indirecte tijd nodig is dan in het consult-tarief verwerkt is, kan beroep gedaan worden op deze prestatie “Intercollegiaal overleg”. Hierbinnen wordt onderscheid gemaakt tussen twee subprestaties: overleg vanaf 5 minuten en vanaf 15 minuten.

Andere voorwaarden voor het indienen van deze prestatie zijn dat de patiënt van tevoren is ingelicht over het feit dat zijn/haar zorgaanbieder contact zoekt met een andere zorgaanbieder ten behoeve van de patiënt. Het overleg moet worden vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier. De prestatie geldt verder alleen voor de setting ‘ambulant kwaliteitsstatuut sectie II.’

- ♦ *Overige zorgprestaties & toeslagen*: Het ZPM introduceert daarnaast nog drie overige prestaties voor zorg die niet onder consulten of verblijf valt. Dit betreft: overige verrichtingen, toeslagen consult en toeslagen verblijf.

## Zorgtrajectnummer

Parallel aan het hierboven omschreven prestatiemodel wordt voorgesteld om een zorgtrajectnummer te introduceren. Het zorgtrajectnummer faciliteert koppeling tussen een reeks prestaties dat vanuit dezelfde zorgvraag is ingezet. Het is een nummer uniek voor een zorgvraag van een patiënt dat in theorie levenslang actief kan zijn als de patiënt levenslang onder dezelfde zorgvraag behandeld wordt. Declaraties kunnen wel maandelijks worden ingediend, ook als het zorgtrajectnummer nog actief is.

Het zorgtrajectnummer moet een trendbreuk in informatie voorkomen door de relatie tussen consulten inzichtelijk te maken. Zonder deze relatie kunnen zorgverzekeraars niet volgen welke behandeling patiënten hebben gehad. Dat maakt het moeilijk om te toetsen op rechtmatigheid: Heeft de patiënt behandeling ontvangen? Is er behandeling uitgevoerd? Het zorgtrajectnummer is dus van groot belang voor het uitvoeren van rechtsmatigheidscontroles door verzekeraars.



Het nummer is niet bedoeld om te gebruiken bij doelmatigheidscontroles: Is de behandeling zo efficiënt mogelijk uitgevoerd? Paste de behandeling op de zorgbehoefte?

Een zorgtrajectnummer heeft een duidelijke start- en einddatum nodig om het traject af te bakenen. Waar de start relatief simpel te definiëren is (eerste consult gekoppeld aan de zorgvraag of opnieuw typeren van de zorgvraag), geldt dit niet voor de einddatum. Momenteel is nog niet uitgewerkt hoe de einddatum van het zorgtrajectnummer bepaald wordt.

Het zorgtrajectnummer leunt op het definiëren van de zorgvraag van de patiënt, aangezien een nieuw zorgtrajectnummer geactiveerd wordt wanneer de zorgvraag wijzigt. Hierbij is het dus van groot belang dat duidelijk is wat een zorgvraag inhoudt. Hier gaat zorgvraagtypering, wat parallel aan het ZPM uitgewerkt wordt, een belangrijke rol spelen. Hier wordt aan gewerkt maar dit moment is er nog geen duidelijke zorgvraagtypering en dus geen definitie van zorgvraag.

Naast wat het zorgtrajectnummer inhoudt en hoe het ingezet zal worden, zijn er ook al enkele gebruiksdoeleinden vastgesteld waar het zorgtrajectnummer niet voor gebruikt zal worden. Het ZPM gaat uit van bekostiging van de zorg per consult. Het is expliciet niet het voorstel om via het zorgtrajectnummer een trajectbekostiging in te voeren. Daarnaast is het zorgtrajectnummer niet ontworpen om te controleren op het correct registreren en declareren door zorgaanbieders.

## 7.3 Nadere uitwerking gevolgen van de huidige bekostiging

### Relatie tussen beleidsmaker en beleidsuitvoerder: verzekeraar en instelling

**Toegankelijkheid:** De financiering van behandeling via DBC's en de gunning door verzekeraars van behandelvolume op gemiddelde prijzen prikkelt tot selectie van patiënten die in verhouding tot de vergoeding weinig arbeidskosten met zich meebrengen. Via risicoverevening worden verzekeraars ondergecompenseerd voor zwaardere patiënten

#### **Binnen de gb-ggz zijn relatief lichte patiënten aantrekkelijker om te behandelen**

In de gb-ggz wordt gewerkt met producten met een maximaal aantal minuten en een gemiddeld tarief. Dit maakt het financieel aantrekkelijker om patiënten in behandeling te nemen met een behandelduur aan de ondergrens van het aantal minuten dat voor het gb-ggz product staat. Het behandelen van lichte, eenvoudige psychiatrische problematiek nam sterk toe er werden allerlei specifieke ondernemingen voor opgericht.

Dit kunnen we zien als een positief en als een negatief effect. De gb-ggz is moeilijk toegankelijk voor patiënten met een ingewikkelder problematiek, maar het vormt een voorziening met een vrij beperkte drempel voor patiënten met een relatief eenvoudige problematiek.

#### **Er is een prikkel om ernstige psychiatrische patiënten (EPA) niet in behandeling te nemen**

De overgang van ggz zorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de invoering van de DBC's leidde tot een sterke toename van het aanbod van zorg. Deze ontwikkeling had een groot aantal gevolgen voor de betaalbaarheid van zorg en de beschikbaarheid van behandelaars. De verzekeraar is grenzen gaan stellen aan de instellingen m.b.t. het volume en de kosten van behandeling.

Dit heeft onder andere consequenties gehad voor de behandeling van de EPA-doelgroep. EPA-zorg is vaak duurder, met name patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen en/of voor complexe problematiek waarbij ook autisme, verslaving en trauma aan de orde zijn. Als verzekeraars de behandelduur of de tijdsinspanning rond een behandeling verkort willen zien en instellingen daarop stuurt, en vervolgens instellingen in reactie daarop patiënten selecteren op lage verwachte behandelduur, dan is het geaggregeerde effect daarvan een lage gemiddelde prijs per patiënt. Die lage prijs op zijn beurt beperkt de ruimte voor instellingen om patiënten met een relatief ingewikkelde problematiek te accepteren. Zo kan een zichzelf versterkend effect ontstaan van beperktere behandelinzet, lagere prijzen en afnemende ruimte voor een ruimere behandelinzet.

#### **Er is een tekort aan hooggekwalificeerde behandelaren binnen instellingen**

Binnen de DBC-bekostiging is het aantrekkelijk om je als psychiater zelfstandig te vestigen i.p.v. te werken binnen instellingen. Aangezien de vraag naar zorg erg groot is, kan je door zelfstandige vestiging als behandelaar zelf regie voeren over welke patiënten je wil behandelen. De beloning voor deze zorg is voldoende en wordt door sommige (on)gecontracteerde zelfstandige aanbieders verder verhoogd door op het financieel juiste moment de behandeling te beëindigen. Dit perspectief kan ervoor zorgen dat bij instellingen een tekort aan hooggekwalificeerde behandelaren is ontstaan.

### **Inkomensverschillen spelen mogelijk een rol in toegankelijkheid van zorg voorafgaand aan behandeltraject; niet meer na start van een traject**

In de huidige bekostiging bestaat momenteel geen financiële prikkel voor patiënten om hun behandeling als die eenmaal is gestart om financiële redenen eerder af te breken, doordat vrijwel iedere gestarte behandeling binnen de ggz direct tot een volledige belasting van het verplichte eigen risico leidt. Hierdoor treedt er dus geen effect van inkomen op als een behandeling eenmaal is gestart. Wel kan er zorgmijding ontstaan voorafgaand aan de behandeling. Als een patiënt vóór behandeling ziet dat de kosten van het zorgtraject zal leiden tot het opgebruiken van het verplichte eigen risico, ziet de patiënt wellicht van behandeling af. Inkomensverschillen kunnen daarbij een rol spelen.

### **In het huidige ggz risicovereveningsmodel is historisch gebruik van DBC's leidend en worden zwaardere patiënten onder-gecompenseerd**

Het ggz risicovereveningsmodel bestaat momenteel uit twee kenmerken op basis waarvan een financiële uitkering aan verzekeraars wordt bepaald: diagnose kostengroepen (DKG-GGZ), farmaciegroepen (FKG-GGZ). Diagnose in termen van DSM blijkt niet voldoende voorspellend te zijn voor zorgvraag en benodigde behandeltrajecten, waardoor gekozen is om historisch zorggebruik, op basis DBC's, leidend te laten zijn als voorspeller voor verwachte kosten. Omdat DBC's lichtere en zwaardere patiënten met eenzelfde diagnose samenvoegen, is hierdoor een onder-compensatie van zwaardere patiënten in de risicoverevening ontstaan, wat leidt tot een prikkel tot minder inkopen van zwaardere zorg door verzekeraars. De FKG-GGZ klassen worden direct afgeleid op basis van medicatiegebruik zijn niet afhankelijk van het huidige bekostigingsstelsel.

**Betaalbaarheid:** De vergoeding van behandeluur in buckets prikkelt tot optimalisering van de behandeluur, wat een oprijvend effect kan hebben op patiëntniveau, maar tegelijkertijd als stopbonus werkt en zo prikkelt tot een beperking van het totale volume aan zorg (behandeling tot net voorbij de bucket). Dit geldt voornamelijk in de ongecontracteerde ggz. Inkoopgesprekken gaan over budget in plaats van zorginhoud. Controle op rechtsmatigheid is beperkt mogelijk

### **Vergoeding van behandeluur in buckets prikkelt tot optimalisatie van de behandeluur via het 'zaagtand effect'**

DBC's in de s-ggz zijn opgebouwd in minuten-mandjes (buckets) waarbij een volgend mandje een hogere vergoeding betekent. Dit maakt optimalisatie van het stopmoment van de behandeling (net na bereiken van het volgende mandje) aantrekkelijk. Er kan dan een hogere vergoeding worden gedeclareerd voor deze DBC, met een behandeluur aan de ondergrens van het aantal minuten van het mandje dat bij die vergoeding hoort. Dit wordt upcoding genoemd. Het zaagtand-patroon van vergoedingen dat het CPB karakteriseerde als een onbedoeld effect van de DBC-systematiek, is hiervan een uitkomst. Dit effect is sterker voor vrijevestigde behandelaren omdat zij veel inzicht hebben in de bestede minuten per patiënt en een direct persoonlijk financieel voordeel kunnen waarnemen. Bij instellingen hebben behandelaren vaak beperkt inzicht in de bestede minuten per patiënt en de bijbehorende buckets en ervaren behandelaren bovendien geen direct persoonlijk voordeel. Het CPB zag dan ook een sterker effect van de buc-

kets bij vrijgevestigde behandelaren dan bij behandelaren in instellingen. Wel kunnen we ervan uit gaan dat de aansturing van de zorg binnen instellingen mede de effecten van de vergoedings-systematiek op de bedrijfsvoering in aanmerking neemt. Het specifieke zaagtandpatroon is bij gecontracteerde instellingen niet te verwachten, omdat de inkoopafspraken van verzekeraars met instellingen gewoonlijk geen gebruik maken van deze buckets.

Als we de analyse van het CPB in aanmerking nemen, dan moeten we vaststellen dat beslissingen over het stoppen van de behandeling mede de bekostiging volgen i.p.v. alleen de beantwoording van de zorgvraag. Het is overigens te betwisten of we dit als een volledig onbedoeld effect moeten zien: de behandeling stopt net na het bereiken van de bucket, maar de behandeling stopt wel.

Tegenover de onbedoelde effecten staat dus, als positief effect op de betaalbaarheid van zorg, dat dit systeem werkt als een stopbonus op de zorg. Zo gauw een volgende bucket is bereikt, ontstaat een belang om de zorg te stoppen, behalve als de behandelaar inschat dat zoveel zorg nodig is dat ook een volgende bucket kan worden bereikt. Het zaagtand-patroon van vergoedingen laat dus evident zien dat het geaggregeerde handelen van behandelaren een belangen-gedreven element in zich draagt om de zorg tot een bepaald punt voort te zetten, maar tegelijkertijd moeten we constateren dat behandelaren door deze zelfde belangen worden gestimuleerd om op bepaalde (door het vergoedingensysteem bepaalde) momenten hun behandeling af te ronden.

### **De inzet van goedkopere producten wordt gestimuleerd**

De verzekeraar loopt financieel risico over de uitgaven van zorg. Dit risico vertaalt zij in doelmatig inkopen van zorg. Het inkoopbeleid van verzekeraars gaf daarmee bewust ruimte aan aanbieders die een goedkoper product bij een bepaalde diagnose konden aanbieden. Zij kregen meer zorgvolume dan aanbieders die voor dezelfde diagnose een duurder product inzetten. Hierdoor kunnen zorgverleners de prikkel voelen om hun producten zo te gaan aanbieden dat een lage gemiddelde prijs per product zichtbaar wordt.

### **Inkoopgesprekken gaan met name over budget (volume en gemiddelde prijs)**

Producten gebaseerd op de complexe diagnoses van het DBC-systeem bleken in praktijk niet toepasbaar als uitgangspunt voor inkoopgesprekken, omdat er te weinig homogeniteit was in de behandelingen die bij een diagnose hoorden. Hierdoor konden partijen niet goed op basis van DBC's onderhandelen, terwijl men toch onderhandelingen moest voeren over de te leveren zorg. Dit heeft ertoe geleid dat inkoopafspraken zich na invoering van het DBC-systeem minder op de zorginhoud zijn gaan richten en juist meer op het volume van patiënten en een gemiddelde prijs per patiënt. De ernst van de aandoening en de bijbehorende intensiteit en duur van de behandeling kwamen daardoor op de achtergrond. Wel komt het voor dat verzekeraar en instelling voor de berekening van de bereikte gemiddelde prijs de erg complexe patiënten buiten beschouwing laten. Het gaat dan om complexe patiënten die extreme zorgzwaarte hebben en daarmee de gemiddelde prijs omhoog zouden brengen.

Dit is in zichzelf positief voor de betaalbaarheid van de zorg, maar het kan negatieve effecten hebben op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Naast kwaliteit en toegankelijkheid, gegeven de zorgbehoefte, werd de prijs van de geleverde zorg, gegeven de diagnose, een relevant criterium op basis waarvan zorginstellingen de zorg inrichtten.

In de gb-ggz werkt de contractering in de praktijk anders. Verzekeraars onderhandelen een korting op het tarief en gunnen een hoeveelheid zorg die wordt begrensd door een plafond aan de totale zorg van de instelling. Binnen deze contractering wordt dus niet op gemiddelde zorgkosten per patiënt gestuurd, maar op het totale volume per instelling.

In de fz wordt de bekostiging, als er een veroordeling tot TBS is, niet gedaan door de zorgverzekeraar, maar door het Ministerie van Justitie. Omdat de veiligheidskwesties die spelen rond de behandeling van veroordeelde patiënten van overwegend belang zijn, volgt de financiering de feitelijk geleverde zorg en wordt er niet gestuurd op gemiddelde prijzen per patiënt. Voor de overige forensische zorg wordt door zorgverzekeraars vergelijkbaar met de s-ggz-zorg gecontracteerd.

### **Er is momenteel beperkt controle mogelijk op de rechtmatigheid van zorg**

De verantwoording over de rechtmatigheid van de geleverde zorg binnen het huidige systeem is eenvoudig voor de producten in de gb-ggz maar erg complex voor de DBC's van de s-ggz. Er zijn veel eisen gesteld aan de definities waarmee een DBC moet worden opgebouwd en daarnaast is de looptijd van de complexe zorg zo lang (tot 365 dagen) dat passende verantwoording in de praktijk niet mogelijk is. Ook is de relatie tussen de DBC-vergoeding en de feitelijk aan de patiënt geleverde zorg moeilijk te leggen omdat zowel de verzekeraar als de patiënt geen goed zicht hebben op hoe de prestatie geleverd wordt.

**Kwaliteit:** Het DBC systeem heeft geen duidelijke relatie kunnen leggen tussen diagnose, behandeling en kosten, waar dit wel de ambitie was

### **De ambitie van het DBC-systeem om relatie tussen diagnose, behandeling en kosten inzichtelijk te maken is niet gehaald; er zijn wel richtlijnen en zorgstandaarden ontstaan**

De ambitie van het DBC-systeem was om uiteindelijk door te groeien naar een systeem waarbij er een relatie zou ontstaan tussen diagnose, behandeling en kosten. Er zouden passende behandelprotocollen moeten ontstaan per diagnose, waardoor de kwaliteit van zorg zou worden gestimuleerd en via standaardisatie gewaarborgd. Die zijn er wel degelijk gekomen in de vorm van multidisciplinaire richtlijnen, nu gevolgd door zorgstandaarden, die vrij algemeen worden gevolgd. Maar in de praktijk is het niet zozeer de DSM-diagnose die ten grondslag ligt aan een DBC die de behandeling stuurt. De DBC is meer een classificatie geworden dan een inhoudelijke diagnose. Er lijkt een praktijk te zijn ontstaan waarbij op het niveau van de beleidsvorming de gemiddelde prijs van zorg leidend is en op het niveau van de beleidsuitvoering de behandeling wordt gericht op de optimalisering van de bedrijfsvoering. De DBC fungeert in zo'n systeem als niet veel meer dan het vehikel waarop gemiddelde prijzen worden berekend. Behandeling en bekostiging zijn met andere woorden uit elkaar gedreven geraakt.

Hierdoor hebben instellingen de neiging om een 'stepped care'-model te volgen. Men begint met relatief eenvoudige zorg en verwijst patiënten door naar duurdere zorg als de eenvoudiger zorg niet toereikend blijkt te zijn. Dit model leidt in veel gevallen tot adequate zorg tegen adequaat beperkte kosten. Maar juist bij complexe patiënten (o.a. EPA) komt het voor dat in de eerste fase van de zorg door niet afdoende gekwalificeerde zorgverleners een diagnose wordt gesteld die de patiënt naar het verkeerde zorgpad leidt. Daardoor wordt niet altijd de juiste behandeling gestart. Het duurt hierbij soms erg lang voordat de juiste diagnose gesteld wordt en de keuze voor het eerste zorgpad wordt gecorrigeerd.

## Relaties binnen de beleidsuitvoerder: instelling (HSO) en behandelaar (SLB)

**Toegankelijkheid:** Binnen instellingen bestaat een prikkel om in het instellingsbeleid (bijv. behandelprotocollen) rekening te houden met een voor de bedrijfsvoering optimale inrichting en beëindiging van de behandeling; de toegankelijkheid voor patiënten met een zorgbehoefte die deze optimalisering verstoort kan hierdoor in het geding komen

### **Instellingen optimaliseren hun behandelinzet en behandelmix mede in reactie op inkoopbeleid; dit kan de toegankelijkheid voor EPA-patiënten beperken**

Zoals we hierboven stelden, baseren instellingen en verzekeraars hun inkoopafspraken vaak op patiëntaantallen en gemiddelde prijs. Instellingen zijn in reactie op deze sturing van de verzekeraar mogelijk hun behandeling bij de diagnoses of patiënten-aantallen gaan optimaliseren. De verzekeraar is bereid om meer behandelvolume toe te kennen wanneer de instelling een lagere gemiddelde prijs kan laten zien, met het gemiddelde ofwel per patiënt, ofwel per diagnose, ofwel op basis van een combinatie daarvan. Omdat een deel van de zorg ook door lager opgeleide professionals gedaan kan worden (soms zelfs beter) en instellingen vanwege hun diverse samenstelling die mogelijkheid hebben, konden ze de gemiddelde prijs van een behandeling drukken door de inzet van relatief goedkoop zorgpersoneel. Bij vrijgevestigde behandelaren ontbreekt die mogelijkheid veelal. Als dit effect wordt versterkt doordat de vergoeding wordt aangepast aan de lagere prijs en instellingen vervolgens de prijs van de behandeling verder moeten drukken met het oog op de bedrijfsvoering, zorgt dit voor een goede toegankelijkheid voor patiënten met een minder complexe zorgvraag. De toegankelijkheid binnen een instelling voor de patiënten met een meer complexe zorgvraag, waaronder een deel van de EPA-doelgroep, voor wie benodigde behandelingen langer duren, complexer zijn en vragen om inzet van meer specialistische behandelaren, vermindert op die manier.

**Betaalbaarheid:** Binnen instellingen bestaat een prikkel om in het instellingsbeleid (bijv. behandelprotocollen) de verhouding tussen arbeidskosten en vergoeding te optimaliseren. Waar verzekeraars vervolgens sturen op gemiddelde kosten per patiënt, kan het totale handelingspatroon van instellingen leiden tot een daling van de behandelkosten per patiënt

### **Hooggekwalificeerde behandelaren treden als regiebehandelaren op waarbij een groot deel van de directe zorg door lager gekwalificeerd personeel wordt uitgevoerd**

Het is voor de bedrijfsvoering van een instelling optimaal om binnen de afspraken met de verzekeraar een prestatie te leveren tegen zo laag mogelijke kosten. Omdat alle behandel tijd tegen een binnen de DBC gedefinieerd tarief wordt vergoed, maar arbeidskosten van verschillende typen professionals verschillen, ontwikkelde zich een patroon waarin hooggekwalificeerde psychiaters (met hoge arbeidskosten) zijn gaan optreden als regiebehandelaar en lager gekwalificeerde professionals (met lagere arbeidskosten) de uitvoerende zorg voor hun rekening zijn gaan nemen. Een vrij beperkt deel van de behandel tijd bestaat daardoor uit tijd waarin de regiebehandelaren hun patiënten 'zien.'

Dit is een positief effect vanuit een kostenperspectief. Het draagt dus bij aan de betaalbaarheid van de zorg. Het kan ook bijdragen aan de kwaliteit van de zorg, omdat de hooggekwalificeerde medewerkers worden ingezet op die plek waar de meest veeleisende beslissingen moeten worden genomen, namelijk die rond de inrichting van het zorgtraject voor een patiënt.

Daar staat tegenover dat het gevaar bestaat dat het DBC-systeem een erg scheve verhouding stimuleert tussen de inzet van hooggekwalificeerde en lager gekwalificeerde medewerkers, ten gunste van inzet door de lager gekwalificeerde medewerkers. Het gunstige effect op de betaalbaarheid staat tegenover twee mogelijke minder gunstige effecten. Ten eerste is de kwaliteit van zorg in het geding als regiebehandelaren zo weinig tijd hebben om patiënten te zien dat ze zich geen goed beeld kunnen vormen van hun zorgbehoefte. Ten tweede is de rechtmatigheid of althans de controleerbaarheid van zorg in het geding als niet duidelijk is welke zorgverleners zorg hebben verleend rond een patiënt. De regiebehandelaar controleert welke minuten worden geschreven op de DBC, maar het is niet altijd duidelijk welke taakuitvoering door aanvullende zorgverleners met de minuten op de DBC correspondeert.

**Kwaliteit:** Binnen instellingen bestaat een prikkel om in het instellingsbeleid (bijv. behandelprotocollen) de kosten van de behandeling mee te nemen, waardoor een patroon kan ontstaan waarin de inzet van hoger gekwalificeerde medewerkers wordt beperkt ten gunste van de inzet van lager gekwalificeerde medewerkers. Daar staat tegenover dat dezelfde prikkel kan leiden tot een efficiënte inzet van hoger gekwalificeerde medewerkers die vooral is gericht op de aansturing van de behandeling. Het DBC-systeem is daarnaast hoogcomplex en leidt tot controleerbaarheidsproblemen en administratieve lasten, wat de behandelpraktijk en dus ook kwaliteit van zorg kan beïnvloeden

### **Behandelprotocollen worden ingericht op basis van de inhoud en daarbij wordt rekening gehouden met de daarbij behorende kosten**

De contracten met de verzekeraar zijn een belangrijke input voor de vormgeving van het instellingsbeleid en die hebben op die manier invloed op de organisatie van de zorg. Het breed ontstaan van een stepped care-model is hiervan een voorbeeld. Ook heeft dit bij sommige instellingen geleid tot een sterke protocollering van zorg. Op deze manier werkt het effect van de bekostigingssystematiek door in de relatie tussen instelling (HSO) en behandelaar (SLB). De protocollen wijzen op welke behandeling nodig is bij welke diagnose (het bedoelde effect van de DBC-systematiek), maar daarnaast hebben sommige instellingen protocollen ontwikkeld waarbij de vergoeding behorende bij een DBC vooraf in kaart is gebracht, waarna de uitvoering van de zorg op het bereiken van dit budget wordt gericht (het onbedoelde effect). Op die manier kunnen instellingen een marktprijs offeren die de verzekeraar acceptabel acht.

Kwaliteitsproblemen zijn hiervan het mogelijke gevolg, omdat zorg die zo is geprotocolleerd ook wordt ingezet bij patiënten die daar geen baat bij hebben, bijvoorbeeld patiënten die meer intensieve zorg nodig hebben of een onvoldoende inzet van hooggekwalificeerd personeel bij de diagnosestelling.

### **Huidige bekostiging stimuleert stepped care met diagnosestelling door lager gekwalificeerd personeel**

De instelling heeft er voor de eigen bedrijfsvoering belang bij om hooggekwalificeerde professionals met hoge loonkosten beperkt in het directe zorgproces in te zetten. Zo kunnen de arbeidskosten bij een behandeltraject worden beperkt met gelijke inkomsten. De te ontvangen vergoeding maakt immers geen onderscheid tussen de kosten van verschillende typen behandelaren. Dit betekent in de praktijk dat de intake en de diagnosestelling vaak door relatief goedkope, lager gekwalificeerde professionals wordt uitgevoerd. De instelling ondervindt een belang om

de patiënt een goedkoop product aan te bieden en om pas als dit product niet aansluit, een nieuw product met een nieuwe diagnose te openen. De huidige ggz is zodoende vormgegeven als een stepped care i.p.v. matched care-methode. Dit is vooral van belang voor de verwijzing: idealiter wordt eerst gekeken of het in de gb-ggz kan. Bij verwijzing naar de s-ggz zijn behandelingen niet op de hoogte van de verhouding tussen kosten en opbrengsten van een behandeling, zodat het niet in de verwachting ligt dat dit hun doorverwijsgedrag beïnvloedt. Wel is voor doorverwijzing de beschikbaarheid van meer specialistische zorg van belang. Als die laag is, mede vanwege overwegingen rond de bedrijfsvoering, beïnvloedt het beleid van de verzekeraar, via het instellingsbeleid rond de toedeling van capaciteit wel degelijk de behandeling van de patiënt.

### **Het DBC-systeem is hoog complex en dit leidt tot controleerbaarheidsproblemen**

In het DBC-systeem worden DBC's gevuld met zowel directe als indirecte tijd. Dit zorgt ervoor dat ook behandelingen worden toegeschreven aan DBC's die patiënten in de praktijk nog nooit hadden ontmoet of gezien. Dit toeschrijven van behandelminuten in verschillende patiënt dossiers leidt tot een complex bedrijfsproces en daarmee tot hoge administratieve lasten en beperkte mogelijkheden om de relatie tussen behandeling en kosten te reconstrueren. Dit is niet problematisch als de verzekeraar wil sturen op de gemiddelde prijs per patiënt en het past ook goed op de logica van het marktmechanisme; maar het is wel problematisch als andere doelstellingen (passendheid van zorg, rechtsgelijkheid, transparantie, rechtmatigheid) centraal staan. Uiteindelijk leidde deze bekostiging tot onvoldoende en te laat inzicht in de werkelijke prestaties die de ggz-sector leverde.

### **Het DBC-systeem is hoog complex en dit leidt tot hoge administratieve lasten**

In het DBC-systeem sluiten de verantwoordingsverplichtingen van de verzekeraars niet aan op die van de instellingen die de zorg leveren. Dit heeft geleid tot complexe correcties in de administratie met grote terugbetalingen als gevolg. Dit is niet problematisch als een instelling een administratief systeem heeft waarin elke behandelminuut is terug te geleiden naar een specifiek DBC-traject en de instelling reserves heeft om het tijdsverloop tussen gemaakte arbeidskosten en ontvangen vergoeding te overbruggen, maar instellingen waarin het administratieve systeem en de reserves niet aan deze eisen kunnen voldoen ondervinden belangrijke problemen. Het DBC-systeem vereist in ieder geval een administratief systeem dat behandelminuten kan teruggeleiden naar DBC-trajecten, wat administratieve kosten met zich meebrengt.

Het is overigens niet goed denkbaar dat welk systeem met een sluitende verantwoording dan ook kan worden uitgevoerd zonder een administratief systeem dat behandelinspanning en vergoedingstitel eenduidig aan elkaar koppelt.

### **Relatie tussen street-level bureaucraat en cliënt: behandelaar en patiënt**

**Toegankelijkheid:** Te verwachten is dat de inhoud van de geleverde zorg past op de zorgbehoefte van de patiënt als die kan worden geleverd binnen de randvoorwaarden van tijdsbesteding en capaciteitsverdeling

### **In instellingen worden secundaire taakaspecten bepaald door de instelling; soms worden ook primaire taakaspecten beïnvloed**

Voor behandelingen die binnen een instelling werken, geldt dat de behandelaar vaak behoorlijke autonomie heeft ten aanzien van de inhoud van de zorg (primaire taakaspecten), maar dat de



organisatie van de zorg (secundaire taakaspecten) gestuurd wordt via protocollen die door de instelling worden ontworpen. Bij het ontwerp van de protocollen zijn behandelaren over het algemeen betrokken. De behandelaar voert de protocollen uit met de patiënt. Ook de casemix en de trajecten van toedeling van patiënten zijn te zien als onderdeel van de secundaire taakaspecten. De behandelaren hebben dan ook weinig individuele invloed op de casemix en soms ook niet op wie ze op welk moment in de tijd zien. De instelling beïnvloedt zo de toegankelijkheid van zorg. Het gevolg hiervan is dat naast de zorgbehoefte van de patiënt ook de overwegingen van de instelling om de uitvoering van de zorg te optimaliseren relevant zijn.

Daar staat tegenover dat instellingen minder zicht hebben op de diagnosestelling en de uitvoering van de zorgverlening (primaire taakaspecten) op het niveau van de interactie tussen behandelaar en patiënt. We zien hier spanning tussen de sturing door de instelling (human service organisation) en de uitvoering door de professional (street-level bureaucaat), waarbij het niet altijd zo is dat de street-level bureaucaat in staat is om tegenover de invloed van de instelling de zorgbehoefte van de patiënt leidend te laten zijn bij de uitvoering van de zorg. Signalen over onvrede onder zorgverleners in instellingen illustreren dit punt.

**Betaalbaarheid:** Te verwachten is dat het totale volume aan zorg binnen een instelling niet op het niveau van de interactie tussen behandelaar en patiënt, maar via het instellingsbeleid rond tijdsbesteding en capaciteitsverdeling wordt bepaald. Patiënten controleren daarnaast door de vertraging in en complexiteit van nota's, en de hoge starttarieven, nauwelijks op rechtmatigheid van zorg

**Kwaliteit:** De behandelaar vult zorg inhoudelijk in binnen de randvoorwaarden (tijdsbesteding, capaciteitsverdeling) van het instellingsbeleid. De patiënt heeft in praktijk vaak weinig sturing op invulling van de zorg

### **De patiënt wordt meegenomen in behandelduur en protocollen maar kan hier in praktijk weinig op sturen**

De patiënt heeft minder/geen zicht op de beleidsmatige overwegingen die naast de inhoudelijke overwegingen plaatsvinden rondom zijn of haar behandeling. Met andere woorden, de patiënt zal zich minder bewust zijn van de mogelijke financiële overwegingen rond de financiering van de zorg die de behandelaar maakt, dan de behandelaar zelf. In de gb-ggz geldt dezelfde informatieasymmetrie, maar is de afweging door de behandelaar iets anders. In de gb-ggz is de hoeveelheid behandeling die de behandelaar mag uitvoeren begrensd en deze behandelduur wordt gewoonlijk aan patiënten gecommuniceerd. Binnen instellingen worden de protocollen aan de patiënt toegelicht. De patiënt is minder/niet in staat om deze behandelkeuzen te overzien en te wegen dan de behandelaar zelf en de patiënt heeft daarom in het overleg met de behandelaar over de behandeling een relatief zwakke positie.

### **Patiënten kunnen nauwelijks controleren op rechtmatigheid doordat zij laat inzicht hebben in nota's en hebben weinig belang bij controle vanwege hoge starttarieven**

In een ideaal bekostigingssysteem controleert de patiënt de rechtmatigheid en betaalbaarheid van zijn of haar nota's. Binnen de DBC-bekostiging is deze controle door de patiënt nauwelijks

mogelijk. Hiervoor zijn twee redenen. Ten eerste krijgt de patiënt zeer laat inzicht in de nota's: in het geval van s-ggz DBC's is dit na afloop van de behandeling of na 365 dagen, plus de verwerkingstijd van de verzekeraar. Bij de gb-ggz wordt de keuze van het product door de therapeut gemaakt op basis van de geïdentificeerde zorgvraag. De patiënt kan niet bepalen of deze keuze juist is. Ten tweede overstijgen vrijwel alle DBC's of producten direct het verplichte eigen risico van de patiënt, waarmee de prikkel tot beperken van kosten voor de patiënt vervalst. Binnen de NZa komen regelmatig klachten over de hoogte en de opbouw van de nota's. Het gevolg van het ontbreken van deze toets is dat zowel de doelmatigheid als de rechtmatigheid niet door de patiënt kan worden aangegeven. De patiënt zal om deze redenen bij ontevredenheid over de behandeling niet bijsturen.

## 7.4 Nadere uitwerking mogelijke gevolgen Zorgprestatie- del

### Relatie tussen beleidsmaker en beleidsuitvoerder: verzekeraar en instelling

**Toegankelijkheid:** Het verdisconteren van indirecte tijdsbesteding stimuleert directe behandeltijd. Dit kan leiden tot een productiviteitstoename van behandelaren. Daarnaast kan ook de totale productie en productiecapaciteit toenemen. Of dit effect wordt vertaald in een grotere toegankelijkheid hangt af van de contractafspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Gunning op basis van behandelvolume gekoppeld aan gemiddelde trajectprijzen zal blijven prikkelen tot patiënt-selectie

### Wijzigingen in inkoopafspraken en veldafspraken zijn nodig om het contracteren van passende zorg voor de EPA-doelgroep mogelijk te maken

Bij de bekostiging via DBC's hebben we eerder geconstateerd dat zorgverzekeraars en aanbieders contracteren op gemiddelde DBC-prijzen en volume (dus een maximum aan uitgaven) en behandelvolume gunnen aan instellingen met relatief lage prijzen per patiënt of diagnose. Deze contractering heeft geleid tot een prikkel bij de instellingen om een lage gemiddelde prijs bij de uitvoering van behandelingen te bereiken, wat er vervolgens toe kan leiden dat instellingen ook een prikkel voelen om die patiënten voor behandeling te selecteren voor wie ze lage behandelkosten verwachten. Hierdoor is het voor sommige instellingen minder aantrekkelijk om een duurdere doelgroep te behandelen, zodat contracten voor deze patiënten nauwelijks tot stand komen.

Wanneer de zorgverzekeraars en aanbieders hun contractering niet corrigeren voor deze onbedoelde effecten kan onder het ZPM hetzelfde effect ontstaan. Het ZPM biedt vergoeding van de directe zorg en differentieert de vergoeding naar behandelniveau, zodat de inzet van hooggekwalificeerde behandelaren redenerend vanuit het ZPM lonend is. Maar zorgverzekeraars zullen de zorgtrajecten van verschillende aanbieders met elkaar vergelijken en concluderen dat de ene zorgaanbieder patiënten goedkoper behandelt dan de andere, bijvoorbeeld omdat minder hooggekwalificeerde behandelaren worden ingezet.

Hierbij kan hetzelfde patroon optreden van contractering op lage gemiddelden en aanbod dat is gericht op het voldoen aan die doelstelling om volume gegund te krijgen. We denken dan ook dat er op dit punt aanvullende maatregelen nodig zijn in het ZPM: zorginstellingen die dergelijke zeer complexe patiënten behandelen zullen ook in het ZPM moeite hebben om ondersteunend bewijs te leveren dat de behandeling passend is.

Zowel op collectief niveau (beleidsvorming, totstandkoming zorgvraagtypering) als op individueel niveau (beleidstoepassing, toedeling van patiënten aan categorieën van zorgvraag) bestaat dit probleem. Onafhankelijke beleidsvorming en beleidstoepassing is een voor de hand liggende aanbeveling hier, maar wie de onafhankelijke actor kan zijn om beleidsvorming en beleidstoepassing te doen, is niet evident.

### Het effect op wachttijden hangt af van de exacte uitwerking van het ZPM

Door het ZPM vervalt de huidige begrenzing in behandelduur van gb-ggz producten en s-ggz DBC's en de stopbonus van de s-ggz DBC's. Hierdoor ondervinden behandelaren en instellingen

niet langer een prikkel om behandelingen af te ronden. Dit kan als gevolg hebben dat behandelaren de behandelfrequentie of behandelduur van bestaande patiënten vergroten. De vergoeding voor zorg aan een bestaande of aan een nieuwe patiënt is gelijk; er is géén bonus voor het aannemen van nieuwe patiënten en behandelingen voor nieuwe en bestaande patiënten worden gelijk vergoed. We gaan ervan uit dat behandelaren bij de keuze tussen nieuwe of bestaande patiënten over het algemeen een voorkeur hebben voor het doorbehandelen van hun bestaande patiënten omdat zij daarmee een relatie opgebouwd hebben. Deze twee gegevens gecombineerd doen ons verwachten dat de neiging om nieuwe patiënten aan te nemen onder de huidige opzet van het ZPM een aandachtspunt is. Hierdoor zouden de wachttijden voor nieuwe patiënten kunnen toenemen.

Daar staat tegenover dat het verdisconteren van indirecte tijd in de tarieven van het ZPM stimuleert om de hoeveelheid indirecte tijd te verminderen en het aandeel directe tijd juist te verhogen. Productiviteit wordt dus gestimuleerd, waardoor meer ruimte zou kunnen ontstaan voor nieuwe patiënten, en wachttijden kunnen afnemen. Daarnaast kent het ZPM geen begrenzing van de duur van behandeling binnen de gb-ggz, wat ervoor kan zorgen dat patiënten minder vaak worden doorverwezen naar een behandeling binnen de s-ggz. Hierdoor kunnen de wachttijden voor doorverwijzing van bestaande patiënten voor complexere zorg juist afnemen.

### **Het ZPM kan ertoe leiden dat het voor psychiaters aantrekkelijker wordt om in instellingen te werken**

Eerder beschreven we dat er onder het DBC-systeem een tekort aan hooggekwalificeerde behandelaren binnen instellingen is. Dit is mede doordat zelfstandigheid aantrekkelijk is door een heel aantal factoren zoals de regie op het werk en de werkuren, de zelfstandigheid en de opbrengsten. Door het wegvallen van de stopbonus van DBC's binnen het ZPM zal er naar verwachting een inkomensdaling optreden bij de meeste vrijevestigde psychiaters. Vrijgevestigde psychiaters zullen deze daling naar verwachting ten dele kunnen opvangen door de vrijval van indirecte tijd om te zetten in productieve uren. De beschikbaarheid van behandelingen begrenst die mogelijkheid. Het niveau van de verschillende tarieven is bepalend voor de te verwachten gedragsreactie: wanneer de inkomensdaling sterk is, kan het aantrekkelijk worden om als psychiater in loondienst te komen binnen een instelling. Door transformatie-effecten kan het ZPM leiden tot een herverdeling van capaciteit doordat loondienstverbanden binnen instellingen aantrekkelijker worden dan zelfstandig ondernemerschap. Voor vrijgevestigde psychologen is naar verwachting een minder groot inkomenseffect zichtbaar bij de overgang naar het ZPM, aangezien zij niet beloond werden op basis van DBC's maar op gb-ggz producten. Omdat daar geen of een zeer kleine stopbonus bestaat, zal ook het gedragseffect van het vervallen van die bonus beperkt zijn.

Niet alleen de tarieven van het ZPM op zichzelf zijn relevant, ook de salarissen die hooggekwalificeerde medewerkers ontvangen en de verhouding tussen de salarislasten en de tarieven die instellingen voor verschillende typen medewerkers betalen en ontvangen. Psychiaters in instellingen ontvangen momenteel salarissen die veelal hoger zijn dan het vergoedingstarief van het ZPM voor hen zal zijn. Instellingen willen desalniettemin een afdoende aantal hooggekwalificeerde medewerkers behouden en zullen waarschijnlijk bereid zijn om deze hoge salarislasten te betalen, omdat deze medewerkers het gehele zorgtraject dat een instelling aan een patiënt biedt organiseren (en eventueel verwerven). Dit ondersteunt het beeld dat er een prikkel kan zijn om in instellingen te gaan werken: de salarisbonus voor hooggekwalificeerde medewerkers

wordt betaald uit de opbrengst die binnen instellingen wordt gemaakt op de lager gekwalificeerde medewerkers.

Beide punten illustreren dat de werking van het ZPM sterk gevoelig is voor de precieze tarieven die zullen worden gerekend en/of de mogelijkheid om de setting te beïnvloeden.

Aanpassing van de tarieven zou een respons kunnen zijn. Verhogen van het tarief voor laaggekwalificeerde medewerkers en verlagen van het tarief voor hooggekwalificeerde medewerkers roept echter ook weer onbedoelde effecten op. Een 'te hoog' tarief voor laaggekwalificeerde medewerkers kan namelijk leiden tot een toename aan lager gekwalificeerd zorgaanbod, die moeilijker te beheersen is dan bij een 'te hoog' tarief voor hooggekwalificeerde medewerkers omdat dan ook de beperkingen verdwijnen van het beschikbare volume aan medewerkers.

Daarnaast is de vergoeding voor indirecte zorgkosten en de setting die is geïmpliceerd in de tarieven relevant. Een niet-gedifferentieerd tarief voor indirecte zorgkosten voor de groep hooggekwalificeerde behandelaren, leidt tot een minder groot financieel voordeel voor werken in een instelling in vergelijking met werk als vrijgevestigde, al kan de instelling dat in zijn salarisbeleid corrigeren. Ook binnen het ZPM kan men dit verwachte effect corrigeren. Zo is een aanvullende vergoeding voor de setting denkbaar: de in de vergoeding voor directe tijd begrepen vergoeding van indirecte tijd zou hoger kunnen zijn voor psychiaters in instellingen dan voor vrijgevestigde psychiaters.

**Betaalbaarheid:** De macrokosten van de ggz worden onder het ZPM, net zoals bij de huidige bekostiging, primair beheerst door de contractafspraken tussen verzekeraar en instelling en door veldafspraken. De verhouding tussen tarieven en kosten van verschillende typen professionals en van de setting bepaalt de beweging van zorg in instellingen naar vrijgevestigde behandelaren en van gecontracteerde zorg naar ongecontracteerde zorg, of andersom. Wanneer de verhouding te gunstig wordt voor de aanbieder, zal ongecontracteerde zorg worden gestimuleerd en dit zal leiden tot een toename van de macrokosten. De controle op rechtmatigheid wordt aanzienlijk beter onder het ZPM

### **Een aantal factoren beïnvloedt de macrokosten van de ggz/fz**

We zien een aantal veranderingen onder het ZPM die de macrokosten kunnen beïnvloeden:

#### *Directe en indirecte tijd*

1. Doordat indirecte tijd verdisconteerd zit in tarieven zal de indirecte tijd van behandelingen verkort worden en de directe tijd vergroten. Hierdoor ontstaat een prikkel om meer directe tijd en minder indirecte tijd per patiënt in te zetten (productiviteitsprikkel). Dit zal naar verwachting gebeuren in alle specialisaties in de ggz/fz. Deze toename van bestede directe tijd wordt begrensd door de behandelcapaciteit die beschikbaar is om daadwerkelijk in te zetten in directe uren (zie punt 2).
2. Bestaande beperkingen aan het volume van de capaciteit kunnen mogelijk de toename van geleverde directe zorg drukken. Er bestaat een prikkel in het beleid van instellingen (HSO's) en vrijgevestigde behandelaren (voor wie HSO- en SLB-niveau samenvallen) om de beschikbaarheid voor directe tijd te vergroten. Het is dus mogelijk dat het dempende effect van de beperking in capaciteit op de langere termijn afneemt.

### *Financiële stimulans om behandelduur te beperken*

3. Binnen de gb-ggz hebben producten een maximaal aantal minuten. Inzicht in hoe ver de behandeling in aantal minuten gevorderd is, kan stimuleren om het nut van de zorg te heroverwegen. In het ZPM valt deze begrenzing weg en daarmee ook de financiële stimulans om op de noodzaak van doorbehandelen te reflecteren en de financiële noodzaak om een behandeling af te ronden. Dit laat uiteraard onverlet dat behandelaren inhoudelijke overwegingen zullen maken. Maar het wegvallen van de financiële stimulans kan er wel toe leiden dat de behandelduur en dus de kosten per patiënt toenemen.
4. Binnen de s-ggz vervalt de logica van bekostiging in buckets. Van de huidige bucket-bekostiging zijn vooral bij niet-gecontracteerde zorg effecten zichtbaar. Afhankelijk van hoeveel minuten reeds besteed zijn met de patiënt, kan dit stimuleren tot afronden van behandeling of juist tot doorbehandelen (tot net na de grens van de volgende bucket). Deze stopbonus vervalt onder het ZPM.

### *Totstandkoming en functioneren van zorgzwaartemodel nodig voor inhoudelijke zorginkoop*

5. Voor de gecontracteerde zorg is vereist dat een zorgvraagtypering zal gaan functioneren als een middel voor verzekeraars om te sturen op gemiddelde behandelduur of -prijs bij een bepaalde zorgvraag. Een ideaal systeem van zorgvraagtypering corrigeert voor het botweg sturen op prijs. De totstandkoming van zo'n zorgzwaartemodel vereist dat dit systeem wordt gevuld met informatie over de bij een bepaalde zorgbehoefte te geven behandeling. De bron van die informatie is echter net als in het DBC-systeem het geaggregeerde handelen van instellingen en behandelaren enerzijds (behandelduur, behandelprijs) en het geaggregeerde handelen van verzekeraars anderzijds (vergoedingsniveau, gunning van volume). Een inhoudelijk adequate zorgvraagtypering is vereist voor een adequate sturing op doelmatigheid en passendheid van zorg, maar net als in het DBC-systeem zal de typering van zorgbehoefte de uitkomst zijn van het patroon van de daadwerkelijk geleverde zorg enerzijds en de vergoedingen anderzijds. Het is niet evident welke actor of set actoren de bron kan zijn van een zorgvraagtypering die niet gebonden is aan instellingen, behandelaren of financiers (dus aan beleidstoepassers en beleidsmakers). Hierbij is van belang om te beseffen dat de beleidsvorming (welk niveau van vergoeding voor welk type patiënt?) en beleidstoepassing (welke individuele patiënten delen we toe aan welke categorie?) beide van belang zijn en dat beleidsvorming en beleidstoepassing interfereren en elkaar als het ware vooronderstellen.

### **Macrokosten van de ggz/fz worden onder het ZPM primair beheerst door contractafspraken tussen verzekeraar en instelling**

Het ZPM bevat geen inherente stimulans tot kostenbeheersing en de beheersing van de macrokosten van de ggz/fz zal dus naar verwachting gebeuren in de afstemming tussen de zorgverzekeraar en de zorgverlener. Dit gebeurt bijvoorbeeld door budgetplafonds en andere inkoopmaatregelen. Dit kan soortgelijke onbedoelde effecten oproepen als in het DBC-systeem, zoals selectie binnen een diagnosegroep tegen duurdere patiënten door instellingen en vrijgevestigde behandelaren; neiging om patiënten te categoriseren voor een relatief zware zorgvraag; gunning van verzekeraars op gemiddelde prijs binnen een groep; uiteendrijven van inhoudelijke overwegingen over zorg en de zorgvraagtypering zoals bij de diagnoses in het DBC-systeem.

We concluderen op dit punt dat het ZPM meer dan de DBC-systematiek afhankelijk is van beheersing door afspraken en contracten tussen verzekeraars en zorgverleners.

### **Het wordt duidelijk beter mogelijk te controleren op rechtmatigheid doordat informatie veel sneller beschikbaar is**

Binnen het ZPM geldt niet langer dat een DBC-declaratie pas beschikbaar wordt na afronding van het behandeltraject of na 365 dagen. In plaats daarvan kan elk consult direct gedeclareerd worden. Dit leidt tot een grote versnelling van informatie over de zorg die verleend is voor alle partijen. Dit maakt het binnen het ZPM makkelijker om de rechtmatigheid van zorg te controleren en om de verantwoording hierover goed in te richten. De informatieachterstand die de verzekeraar momenteel heeft, wordt daardoor kleiner. Dit stelt de verzekeraar in staat de zorginstelling scherper te volgen in haar behandelpraktijk. Het is voor de verzekeraar meer dan onder het DBC-systeem ondubbelzinnig duidelijk welke activiteit binnen en instelling wordt uitgevoerd voor welk behandeltraject.

Het is mogelijk dat dit ook leidt tot de mogelijkheid en behoefte van verzekeraars om zorginhoudelijk meer te sturen om zo de betaalbaarheid van de ggz te optimaliseren. De ontwikkeling van zorgvraagtypering kan ertoe leiden dat zowel bij behandelaren als bij verzekeraars inzicht ontstaat in wat voor behandelingen adequaat zijn bij welke zorgbehoefte.

### **Er blijft een prikkel bestaan om te sturen op efficiënte zorgtrajecten**

De verzekeraar zal na verloop van tijd de zorgtrajecten van zorgverleners met elkaar gaan vergelijken en deze benchmarken. Dit kan binnen het ZPM makkelijker mede doordat informatie sneller beschikbaar is. Dit kan ertoe leiden dat zij gaat sturen op efficiënte zorgtrajecten. De aanbieder heeft er vanwege de gunning van behandelvolume belang bij deze efficiënte zorgtrajecten te kunnen bieden en zal ook met het oog op de eigen bedrijfsvoering zorgtrajecten rondom ggz graag zo doelmatig mogelijk aanbieden, waarbij naast bedrijfsvoering ook de zorgbehoefte een belangrijk uitgangspunt is. Deze onderhandeling verschilt naar verwachting niet zo met de onderhandelingen die plaatsvinden in de DBC-systematiek.

### **Instellingen zullen verbetering van liquiditeit en vermindering van financiële risico's zien**

Binnen het ZPM ontstaat een grote toename van inzicht in uitgevoerde behandeling en bijbehorende zorgdeclaraties. Hierdoor kunnen declaraties eerder uitbetaald worden, wat de afstemming tussen uitgaven en inkomsten binnen instellingen zal verbeteren. Door het verbeterde inzicht in de uitgevoerde behandelingen en de daarbij behorende kosten zullen financiële vraagstukken beter voorspeld kunnen worden, waardoor financiële risico's van instellingen afnemen.

### **Impact van ZPM op risicovereveningsmodel hangt af keuzes die nog worden gemaakt**

Het huidige risicovereveningsmodel hangt grotendeels op het DBC-model: de diagnose kostengroepen (DKG-GGZ) worden bepaald op basis van of iemand in de afgelopen jaren DBC's heeft gebruikt met een specifieke diagnose, en het achtereenvolgende jaren dat een DBC met die diagnose gedeclareerd is (om chroniciteit in te schatten). Onder het ZPM hoeven diagnoses niet meer geregistreerd te worden bij consulten en zal deze informatie op termijn komen dus vervallen. Om het risicovereveningsmodel goed te laten werken zal dus een andere parameter ingezet moeten worden waarmee toekomstige ggz kosten kunnen worden voorspeld. Een model van zorgvraagtypering is hiervoor een logische optie. Tot die tijd blijft de informatie over diagnose beschikbaar waardoor er geen effect verwacht wordt.

Het farmacie-kenmerk FKG-GGZ zal onder het ZPM niet wijzigen: deze is direct afhankelijk van medicatiegebruik, en daar worden qua registratie geen veranderingen verwacht.

**Kwaliteit:** De financiering van behandeling prikkelt tot een inrichting van het zorgtraject waarin de hoeveelheid directe zorg wordt vergroot. Dit kan ten koste gaan van de ruimte voor indirecte tijd die nodig is voor regie van en reflectie op de behandeling. Stellen van tarieven op BIG registratie leidt tot passende beloning van behandelaren

### **Er ontstaat meer ruimte om directe zorg te leveren, contractering beïnvloedt dit**

De kwaliteit van zorg binnen de ggz staat al geruime tijd los van de geformuleerde prestaties. Er is geprobeerd deze twee werelden aan elkaar te verbinden, maar het zorgveld is hier om uiteenlopende redenen niet volledig in geslaagd. Behandelingen en vergoeding via de DBC-systematiek zijn uit elkaar gedreven. Het ZPM gaat nadrukkelijk niet langer uit van deze verbinding maar gaat uit van de feitelijk geleverde directe zorg aan de patiënt zonder een resultaat (genezing, verbetering van de situatie van de patiënt) van deze inspanning te verlangen. Dit betekent dat de individuele prestaties (input, directe zorgverlening) centraal staan.<sup>4</sup> Dit kan leiden tot een op maat gemaakt zorgverleningsproces horende bij specifieke klantgroepen. Daarnaast is geredeneerd vanuit de systematiek van het ZPM de noodzaak tot optimalisatie van het zorgproces niet langer aanwezig. Dit kan leiden tot een verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Of dit daadwerkelijk zo uitpakt is onzeker, omdat kwaliteit van zorg ook sterk afhankelijk is van de contractering door zorgverzekeraars en zorgverleners. Wanneer gemiddelde kosten per patiënt centraal blijven staan in de bekostiging zal optimalisatie van de behandeling (verdeling van taken over verschillende behandelaren; duur van de behandeling) nog steeds belangrijk zijn om zorgvolume gegund te krijgen en dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van zorg. Binnen de DBC-systematiek vonden er ook optimalisaties in de doorlooptijd van behandelingen plaats. Deze zijn op basis van het ZPM niet langer noodzakelijk en ze zullen daarmee verdwijnen, behalve als sturing op de behandelduur onderdeel wordt van inkoopcontracten. Hiermee maakt het ZPM het in principe beter mogelijk om kwalitatief goede zorg te leveren, maar dit geldt vooral los van de manier waarop de bekostiging naar onze verwachting zal gaan plaatsvinden. Daar staat een ander effect tegenover: hoe strikter de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en instellingen op kosten zullen blijken te sturen, hoe meer een mogelijke beweging naar ongecontracteerde zorg is te verwachten.

Hier komt naar voren het dilemma tussen kwaliteit en kostenbeheersing dat bestaat in veel systemen voor de financiering van beleidstoepassing. De keuze van het ZPM binnen dit dilemma is min of meer omgedraaid aan die van het DBC, zoals we betoogden in de inleiding van dit hoofdstuk. Het zijn twee alternatieve reacties op hetzelfde dilemma, of zoals wij het uitdrukken twee verschillende methoden van governance om een antwoord te bieden op dezelfde dubbele governance-uitdaging.

---

<sup>4</sup> De term prestatie is bestuurskundig gezien oneigenlijk. Prestatie verwijst naar het resultaat van de behandeling. De vergoeding die het ZPM biedt is een vergoeding van activiteit, dus van input, namelijk directe tijd en een daarmee samenhangende vergoeding voor indirecte tijd, kwalificatieniveau en mogelijk setting. Welbeschouwd zou 'zorginputmodel' een betere term zijn om de aard van het ZPM te beschrijven. We volgen in dit rapport de terminologie van het model en duiden directe tijd dus aan als de prestatie waarvoor een vergoeding wordt geboden.



### **Het verdisconteren van indirecte tijd in tarieven kan bij specifieke specialisaties leiden tot te lage tarieven voor sectoren die veel indirecte tijd nodig hebben**

De prikkel tot toename van productiviteit door het verdisconteren van indirecte tijd in tarieven leidt ook tot risico's voor sectoren die gemiddeld meer indirecte tijd nodig hebben doordat zij bijvoorbeeld zeer specialistische zorg verlenen (zoals neuropsychologische (revalidatie-)zorg, topklinische zorg) voor PUK/PAAZ (waarvoor de hoeveelheid indirecte tijd niet per se volgt uit de specialistische aard van de behandeling) of specifieke doelgroepen behandelen (TBS-instellingen, verslavingszorg). Deze specifieke categorieën kunnen sterker geraakt worden door generieke opslagen voor indirecte tijd binnen het ZPM. Dit type aanbieders of patiëntgroepen zijn specifiekier dan de settings omschreven binnen het ZPM en zij zullen daardoor geen toegespitte verwerking van indirecte tijd in het tarief krijgen. Dit kan in de praktijk betekenen dat zij geen passende beloning ontvangen (teveel of te weinig). Dit kan vervolgens de kwaliteit van zorg beïnvloeden (onderbehandeling).

### **Gedifferentieerde tarieven op BIG registratie leidt tot passende beloning van behandelaren**

Onder het huidige bekostigingsmodel bestaat een prikkel om goedkoper personeel in te zetten. Die prikkel valt weg onder het ZPM. Door de hoogte van tarieven afhankelijk te maken van BIG registratie ontvangen zorgaanbieders een passend tarief voor behandelaren op verschillende kwalificatieniveaus. Dit maakt het onder het ZPM makkelijker om hooggekwalificeerde behandelaren in te zetten waar dit passend is.

### **Relaties binnen de beleidsuitvoerder: instelling (HSO) en behandelaar (SLB)**

**Toegankelijkheid:** Het is voor instellingen niet nodig om een instellingsbeleid te voeren dat is gericht op het optimaliseren van de behandelkosten ten opzichte van de vergoeding, en het is daarom ook niet nodig om daarbij een afweging te maken tussen de zorgbehoefte van de patiënt en de verhouding tussen kosten en opbrengsten (mits de tarieven een redelijk precieze afspiegeling zijn van arbeidskosten voor verschillende typen professionals). De gunning door verzekeraars van behandelvolume op gemiddelde prijzen kan wel prikkelen tot een instellingsbeleid gericht op het beperken van de gemiddelde kosten van behandeling per patiënt of type zorgvraag

### **Effect op toegankelijkheid is afhankelijk van mate waarin instellingen toegankelijkheidsbeleid actief vormgeven**

Instellingen hebben een belang om de patiëntenstromen zo goed mogelijk te plannen binnen hun instellingen. Het ZPM stelt ze in staat deze coördinatie op het niveau van de behandelaar vorm te geven. Dit kan leiden tot een vergroting van de toegankelijkheid, wanneer actief gestuurd wordt op volume en duur van de behandeling. De vergoeding die het ZPM biedt voor directe zorg aan een nieuwe patiënt is immers gelijk aan de vergoeding voor directe tijd aan bestaande patiënten. Anderzijds kan het ook leiden tot een verslechtering van de toegankelijkheid wanneer er binnen de instelling niet actief gestuurd wordt op de duur van een behandeling. De mate waarin instellingen zulk beleid zullen voeren zal ook afhangen van de contracten die verzekeraars en instellingen sluiten.

**Betaalbaarheid:** Het is voor instellingen zinvol om een instellingsbeleid te voeren dat is gericht op het maximaliseren van de hoeveelheid directe tijd. Of het interessanter wordt om (on)gecontracteerd te werken verschilt per specialisatie

### **De mate waarin het interessanter wordt om ongecontracteerde zorg te leveren hangt af van of de behandelaar momenteel binnen de s-ggz of gb-ggz behandelt**

We verwachten dat de effecten van het ZPM op ongecontracteerde zorg afhankelijk zijn van of de behandelaar met name een s-ggz of gb-ggz portefeuille heeft:

- ♦ s-ggz: De hoogte van de vergoeding van de ZPM-prestatie bepaalt of het voor een behandelaar financieel aantrekkelijk is om ongecontracteerd te werken. We verwachten een daling van de beloning (tarief x volume) van vrijgevestigde (ongecontracteerde) psychiaters door het wegvallen van de zaagtand effecten van de DBC-systematiek. Dit gaat gepaard met een inkomensdaling, waardoor het voor psychiaters in vergelijking met het huidige systeem interessanter wordt om gecontracteerd te gaan werken.
- ♦ gb-ggz: Voor vrijgevestigde behandelaren die momenteel behandelen binnen de gb-ggz zien we ten opzichte van de huidige bekostiging geen afname van beloning omdat er geen stopbonus bestaat. Wel zien we een mogelijkheid van een toename van behandelingen per patiënt en om indirecte tijd naar directe tijd om te zetten. Hierdoor wordt ongecontracteerde zorg voor deze groep aantrekkelijker dan in het huidige systeem.

Het grootste risico op het ontstaan van ongecontracteerde zorg ligt bij behandelaren die het optimum gaan opzoeken tussen behandelsetting (vergroten opslag indirecte tijd) en maximale directe tijd van behandelaren. Binnen zo'n onderneming wordt zoveel mogelijk opslag gegeneerd met zoveel mogelijk behandelminuten. Deze onderneming is hiermee in staat de door de verzekeraar bij ongecontracteerde zorg opgelegde eigen betaling door verzekerden over te nemen van patiënten.

**Kwaliteit:** Het is voor instellingen makkelijker om een instellingsbeleid te voeren gericht op matched care in plaats van stepped care (met een aanvankelijk goedkope behandelinzet) en om een instellingsbeleid te voeren gericht op de effectieve inzet van directe tijd door hooggekwalificeerde medewerkers. Het is wel mogelijk dat de inkoop door verzekeraars op behandelvolume en gemiddelde prijzen de instelling ertoe aanzet een instellingsbeleid te voeren dat is gericht op stepped care

### **Stepped care wordt gestimuleerd bij gecontracteerde aanbieders en matched care bij ongecontracteerde aanbieders**

Als we uitgaan van contractering op gemiddelde prijs per patiënt of zorgvraag, blijft het voor gecontracteerde zorg interessant om stepped care uit te voeren waarbij niet altijd uitgegaan wordt van de behoefte van de individuele patiënt. Bij niet-gecontracteerde zorg kan gekozen worden voor een matched care-principe aangezien de prestaties en de daarbij behorende kosten direct in rekening gebracht kunnen worden. Het risico bij deze zorg is andersom juist overbehandeling: de behandeling kan onnodig lang worden gemaakt omdat er een voordeel ontstaat voor het behandelen van bestaande patiënten. Bij bestaande patiënten is te verwachten dat de

behandelaar minder indirecte tijd nodig heeft, terwijl de vergoeding van indirecte tijd wel als opslag in het consulttarief zit.

#### Relatie tussen street-level bureaucraat en cliënt: behandelaar en patiënt

**Toegankelijkheid:** Het ZPM stelt vrijgevestigde behandelaren in staat om de eigen voorkeuren en inzichten te volgen bij de behandeling van patiënten, en stelt behandelaren in instellingen in staat om de hoeveelheid directe tijd met patiënten te vergroten. Als het aannemen van nieuwe patiënten minder goed past bij die voorkeuren, dan kunnen wachtlijsten ontstaan. Binnen instellingen kunnen de wachttijden voor interne doorverwijzing van patiënten naar zwaardere zorg afnemen

#### **Directe-zorgcapaciteit komt vrij die nu aan indirecte zorg wordt besteed; de begrenzing van het zorgvolume hangt af van de beschikbaarheid van behandelaren**

Binnen het ZPM wordt de behandelaar niet langer begrensd in het leveren van zorg en zal hij of zij naar verwachting patiënten langer behandelen en mogelijk de contactfrequentie vergroten. Het sterkst kan dit plaatsvinden binnen de gb-ggz waar de behandeling nu nog is begrensd (in de definitie van producten) waardoor behandelaren de behandelingen moeten beëindigen. Er zal een neiging bestaan om tijd die voorheen als indirecte tijd werd geboekt vrij te maken en zo aan te wenden dat die als directe tijd te boeken is. De totale capaciteit voor directe zorg van de ggz kan toenemen. De mate waarin dit mogelijk is, is afhankelijk van de werkelijk beschikbare capaciteit van behandelaren. Geboekte tijd moet immers zichtbaar zijn in het daadwerkelijk zien van patiënten. Een bedoeld en inderdaad te verwachten effect van het ZPM is dat indirecte tijd wordt vrijgemaakt voor direct met de patiënt te besteden tijd.

Dit kan als gevolg hebben dat de aanwending van middelen verschuift van specialistische zorg voor zover daar veel indirecte tijd benodigd is voor de behandeling naar lichtere problematiek voor zover daarvoor minder indirecte benodigd is.

Daarnaast is de verwachting dat meer patiënten binnen de gb-ggz kunnen blijven die nu naar de s-ggz zouden gaan, omdat de behandelduur binnen de gb-ggz minder aan beperkingen onderhevig is. Dit zou kunnen betekenen dat de s-ggz meer ruimte krijgt voor “zwaardere” ggz-patiënten. Dit vereist op zijn beurt dat verzekeraars behandelvolume in de s-ggz niet langer aan instellingen gunnen op basis van lage gemiddelde behandelkosten per patiënt in de s-ggz.

We denken dat verzekeraars inderdaad minder sterk op gemiddelde behandelkosten zouden kunnen gaan gunnen, maar alleen onder de voorwaarde dat zorgvraagtypering op een goede manier tot stand komt. Het Zorgclustermodel is geen onderdeel van deze evaluatie, maar wel de vraag of het ZPM een goede invulling van zorgvraagtypering toelaat. Het is van belang dat de invulling van zorgvraagtypering anders verloopt dan bij de invulling van de DBC-systematiek (zie de bespreking van ontwerpcriterium 10 in hoofdstuk 5).

Bij het bereiken van de maximale werkelijke capaciteit van behandelaren, moeten er afwegingen gemaakt worden of een patiënt doorbehandeld wordt of dat er een nieuwe patiënt geaccepteerd wordt. Afhankelijk van de keuzes die hier gemaakt worden, neemt de toegankelijkheid van de ggz toe of af. We verwachten hier dat behandelaren en instellingen ertoe zullen neigen liever bestaande patiënten door te behandelen dan nieuwe patiënten te accepteren, wat leidt tot het

toenemen van wachtlijsten voor nieuwe patiënten, maar mogelijk tot het afnemen van wachtlijsten voor interne doorverwijzing.

### **Toegankelijkheid van zorg op basis van inkomen verandert niet door invoering van ZPM**

De patiënt krijgt in het ZPM veel sneller zicht op de kosten van de behandelingen die hij/zij heeft gehad doordat elk consult direct gedeclareerd kan worden. De verwachting is echter dat net zoals onder het DBC-model, ook binnen het ZPM de tarieven relatief hoog zullen zijn waardoor enkele zittingen al het volledige beroep doen op het verplichte eigen risico. Dit betekent dat het probleem van zorgmijding binnen het ZPM en het DBC-systeem ongeveer gelijk zal zijn. Voor aanvang van de behandeling kunnen de zorgkosten een belemmering vormen voor het zoeken van zorg. Na aanvang van de behandeling zijn de kosten van de zorg niet langer relevant voor de patiënt, omdat het eigen risico vrijwel meteen na aanvang al is opgebruikt. Het is mogelijk dat het volledig mijden van zorg binnen het ZPM minder vaak voorkomt, omdat de basis van de zorgvraag de ervaren problematiek is.

**Betaalbaarheid:** Het ZPM stelt vrijgevestigde behandelaren en behandelaren in instellingen in staat om de eigen voorkeuren en inzichten te volgen bij de behandeling van patiënten en patiënten langdurig door te behandelen. Afhankelijk van het type behandelaar ontstaan er effecten op kosten en inkomens (in het geval van vrijgevestigde behandelaren)

**Kwaliteit:** Het ZPM stelt vrijgevestigde behandelaren en behandelaren in instellingen in staat om een eigen afweging te maken tussen de eigen voorkeuren en inzichten ten aanzien van behandeling en de zorgbehoefte van de patiënt

### **Inkomenseffecten voor behandelaren en instellingen verschillen per ggz sector**

De NZa heeft in haar advies al doorgerekend wat de bekostiging betekent voor de verschillende sectoren van de ggz. Het sterkste effect dat de NZa ziet is bij de vrijgevestigde psychiaters. Wij verwachten voor deze groep ook een inkomensdaling bij invoering van het ZPM. Het inkomenseffect is vooral het gevolg van het wegvallen van de zaagtand werking in de DBC-structuur. Daar staat tegenover dat de prikkel om de behandeling van een bestaande patiënt te stoppen daarmee verdwijnt. Hier ligt ook een potentiële mogelijkheid voor vrijgevestigde psychiaters om het inkomenseffect te dempen.

Het verschil in hoogte van de vergoeding naar kwalificatieniveau en van de in de vergoeding voor directe zorg opgenomen vergoeding voor indirecte zorg heeft een tegengesteld effect. Dit kan in strijd zijn met het streven naar optimale zorg voor patiënten met multi-problematiek. Juist voor deze patiënten is afstemming tussen verschillende behandelaren vaak nodig, maar de bekostiging stimuleert dit niet. Er is althans geen aanvullende vergoeding voor dergelijk werk. Differentiatie naar setting van de vergoeding voor indirecte tijd kan ertoe leiden dat het inkomensvoordeel van ongecontracteerde vrijgevestigde behandelaren ten opzichte van behandelaren in instellingen afneemt. Dit kan leiden tot een bijdrage aan de kwaliteit van de zorg voor patiënten met multi-problematiek, omdat de behandeling daarvan beter tot zijn recht komt in instellingen, althans vereist dat verschillende typen behandelaren een deel van de behandeling op zich nemen. Dergelijke aanvullende maatregelen zijn nodig bij de verdere uitwerking van het

ZPM om het bedoelde effect te bereiken dat de zorg door hooggekwalificeerde psychiaters ten goede komt aan de behandeling van mensen met ernstige en complexe problematiek.

## 7.5 Literatuurlijst

Hieronder geven we een overzicht van de titels van de geraadpleegde literatuur. Sommige literatuur betreft interne documentatie van het ZPM programmteam en dus niet openbaar beschikbaar.

- ◆ Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg ggz 2019 t/m 2022 (*Rijksoverheid, 11 juli 2018*)
- ◆ Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2019 t/m 2021 (*Rijksoverheid, 13 juli 2018*)
- ◆ Kamerbrief over reactie op advies van de NZa over bekostiging van geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg (*Tweede Kamer, 2 juli 2019*)
- ◆ Advies Zorgprestatiemodel ggz en fz (*NZa, openbaar advies, 30 april 2019*)
- ◆ Tussenrapportage Zorgprestatiemodel ggz & fz (*Zorgprestatiemodel, openbare rapportage, 2 maart 2020*)
- ◆ Financiële prikkels en de effecten op de publieke belangen: Bijlage bij de uitwerking van het Zorgprestatiemodel (*NZa, openbare rapportage, 2 maart 2020*)
- ◆ Voorlopige resultaten pilot Zorgclustermodel (*Zorgprestatiemodel programmteam, 2 maart 2020*)
- ◆ Inrichting zorgprestaties ggz & fz (*Zorgprestatiemodel programmteam, concept februari 2020*)
- ◆ Douven R, Remmerswaal M, Mosca I. Unintended effects of reimbursement schedules in mental health care. *CPB Discussion paper 292. Den Haag: CPB; 2014.*
- ◆ Voorlopige impactanalyse Zorgprestatiemodel o.b.v. fictieve maximale omzet (*NZa, interne memo, 28 januari 2020*)
- ◆ Factsheet Zorgtrajectnummer (*Zorgprestatiemodel programmteam, concept 14 april 2020*)
- ◆ Blijk van vertrouwen: Anders verantwoord voor goede zorg (*Raad Volksgezondheid & Samenleving, mei 2019*)
- ◆ Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde ggz 2016-2019 – macro-cijfers (*Vektis, 25 september 2019*)
- ◆ Jacobs et al. (2018) Funding approaches for mental health services: Is there still a role for clustering? *BJPsych Advances.*
- ◆ Jacobs et al. (2019) Measuring the activity of mental health services in England: Variation in categorising activity for payment purposes. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research.*
- ◆ Jacobs et al. (2016) Funding of mental health services: Do available data support episodic payment? *Centre for Health Economics, University of York*
- ◆ Bannink, Duco (2019). *Besturen zonder wij.* Amsterdam: VU University Press.

## 7.6 Geïnterviewde experts

De informatie in dit hoofdstuk is afkomstig van experts met kennis over verschillende aspecten van de ggz/fz. Hieronder weergegeven we wie er geïnterviewd zijn en wat hun expertisegebied is. Deze experts zijn niet betrokken bij de ontwikkeling van het ZPM en konden zodoende onafhankelijk met ons spreken.

<b>Geïnterviewde</b>	<b>Expertisegebied</b>
<b>Sebastiaan Baan</b>	Directeur grote gb-ggz instelling
<b>Tonny Beernink</b>	Controller bij forensische zorgverlener
<b>Marleen Heijsteeg</b>	GZ-psycholoog, vrijgevestigd
<b>Eric van der Hijden</b>	Onderzoeker VU Talma Instituut & strategisch adviseur zorginkoop bij een zorgverzekeraar
<b>Rowena Jacobs</b>	Hoogleraar gezondheidseconomie, gespecialiseerd in de gezondheidseconomie van ggz en fz
<b>Xander Koolman</b>	Associate professor VU Talma Instituut
<b>Jan Kremer</b>	Voorzitter Zorginstituut Kwaliteitsraad
<b>Rens van Oosterhout</b>	Voormalig manager Zorginkoop en bekostiging zorginnovatie bij een zorgverzekeraar
<b>Vincent Pelgröm</b>	Beleidsmedewerker NZa
<b>Marijke van Putten</b>	Voormalig bestuurder s-ggz, psychiater
<b>Jan Swinkels</b>	Psychiater (niet-praktiserend), (emeritus) hoogleraar Psychiatrie, bestuurder
<b>Arjan Vasen</b>	Jurist NZa
<b>Dominique Vijverberg</b>	Directeur AKWA (Kwaliteitsstandaarden ggz)

## 7.7 Samenstelling onderzoeksteam

### Dr. Duco Bannink (projectleider)



Duco Bannink is universitair hoofddocent bestuurskunde gespecialiseerd in de governance van de gezondheidszorg. Daarnaast is hij als projectleider Integratie van zorg binnen het Talma Zorgprogramma verantwoordelijk voor een onderzoeksprogramma over samenwerking en afstemming in de zorg. Zijn onderzoek betreft met name de afstemming van zorg tussen de Zvw, Wlz en Wmo. Hij heeft veel ervaring op het vlak van kwalitatieve ex-ante beleidsevaluaties.

### Jan-Luuk de Groot, MSc (projectsecretaris)



Jan-Luuk de Groot werkt grotendeels als zelfstandig adviseur zorginkoop. Hij is daarnaast als externe docent verbonden aan de Vrije Universiteit, waar hij lesgeeft over zorginkoop in het algemeen en de inkoop van ggz in het bijzonder. Hij heeft vele jaren ervaring bij verschillende zorgverzekeraars. Tot recent werkte hij bij VGZ, onder meer als directeur innovatie waar hij medeverantwoordelijk was voor de beleidsontwikkeling ten aanzien van de ggz. Hij adviseert onder andere gemeenten rondom de inkoop van de gespecialiseerde Jeugd ggz.

### Hilde Taverne, MSc (projectonderzoeker)



Hilde Taverne werkt bij gezondheids-economisch adviesbureau Equalis. Zij heeft een achtergrond in onderzoek naar neurobiologische processen achterliggend aan psychiatrische aandoeningen zoals psychoses en verslaving aan het AMC Amsterdam en aan de Universiteit van Cambridge (UK). Bij Equalis werkt zij op kwantitatieve als kwalitatieve projecten op onderwerpen in de gehele zorgsector. Zo heeft zij ervaring op het gebied van bekostigingssystemen in de zorg, effectmetingen van interventies en samenwerkingsverbanden en risicovereveningsprojecten voor verzekeraars en de overheid.