



NZa  
t.a.v. mevrouw dr. M.J. Kaljouw  
[regulering@nza.nl](mailto:regulering@nza.nl)

Datum	Bijlage(n)
17 april 2019	1
Contactpersoon	Doorkiesnummer
Carolien van Bracht- Visser	06-115 894 36
Onderwerp	Ons kenmerk
Onderschrijven advies nieuwe bekostiging ggz en fz	00232728/2019

Geachte mevrouw Kaljouw, beste Marjan,

Wij danken de NZa voor de constructieve wijze waarop dit advies tot stand is gekomen. GGZ Nederland streeft naar een bekostigingsmodel dat kan bijdragen aan het versterken van de mentale gezondheid van mensen in een inclusieve en veilige samenleving. Wij onderschrijven dat het zorgprestatie model het in zich heeft om voor aanbieders van geestelijke gezondheidszorg een stabiele financieel basis te creëren waardoor er ruimte komt voor verder ontwikkeling van het werkveld. Graag dragen wij de komende tijd bij om het model wat nu op hoofdlijnen voorligt verder te ontwikkelen tot een bekostigingssystematiek waar betaald wordt voor goede zorg en zo min mogelijk geld wegsijpelt naar administratie en verantwoording en het veld de ruimte geeft voor innovatie.

### **Model positief beoordeeld, uitwerking cruciaal**

GGZ Nederland heeft het model getoetst op 6 criteria die wij als belangrijkste achten voor de bekostiging, zoals wij eerder ook hebben aangegeven in de consultatieronde in oktober 2018, zijnde

1. Reële relatie tussen behandelinzet en factuur
2. Geen perverse prikkels die ontstaan door 'een zaagtand'
3. Doorlooptijd verkorten, minimaal einde jaar afsluiten
4. Onplanbare zorg moet rendabel geleverd kunnen worden
5. Administratieve lasten moeten substantieel verminderen
6. Voorkomen trendbreuk in informatie

De eerste drie punten zijn eigen aan het model – op het moment dat de behandelsetting daar onderdeel van is - en zal dan een verbetering met zich meebrengen ten opzichte van het dbc systeem.

Het derde punt kan nog wel negatief beïnvloed worden door het nog uit te werken trajectnummer. Het is wat ons betreft niet acceptabel als de boeken, en dan dus met name de omzetsbepaling, niet aan het einde van het jaar gesloten kan worden. Wij kunnen dan ook nog niet instemmen met het concept van een trajectnummer.

Het trajectnummer is voor ons oud "dbc denken". Het is nog onvoldoende duidelijk wat het nummer toevoegt, waar het een antwoord op is en of dit het enige juiste antwoord is.





Wij denken dat het trajectnummer niet past in de ontwikkeling naar procesgerichte verantwoording en het advies van de taskforce Gepast gebruik. Graag gaan wij hier het gesprek over aan.

Wij zijn blij met de verrijking van het model met behandelsetting, zodat ook onplanbare en complexe zorg van bijvoorbeeld de EPA doelgroep rendabel geleverd kan gaan worden. De uitwerking hiervan is cruciaal. Wij vinden van belang dat het kostprijsonderzoek een belangrijk basis is voor de uitwerking van het de settings zodat wordt gekomen tot voldoende kosten homogene groepen. Met goed uitgewerkte behandelsettings kan de nodige tariefdifferentiatie worden vormgegeven zonder dat registratie van indirecte tijd hoeft plaats te vinden. GGZ Nederland heeft zich de afgelopen tijd reeds gebogen over een mogelijke indeling, waarbij wij de beste mogelijkheden zien in een uitwerking op organisatieniveau. Graag lichten wij onze ideeën toe in een persoonlijk gesprek.

We zien dat er kansen liggen om de administratieve lasten substantieel te verminderen. GGZ Nederland beschouwt het verlichten van de administratieve lasten als een harde belofte aan haar leden en diens behandelaren. In het meerjarenakkoord voor de FZ, hebben we niet voor niets getekend voor een vermindering van 25%. In het hoofdlijnenakkoord ggz hebben we in dezelfde lijnen afgesproken de lasten substantieel te verminderen. Dit betekent in ieder geval een einde aan het tijdschrijven. We willen de NZa vragen om hierin een leidende rol te pakken zodat we deze kansen gaan pakken. Dit vraagt namelijk van alle partijen een andere manier van denken over registratie en verantwoording. De valkuil is om te blijven hangen in dbc denken (openen en sluiten van trajecten, parallelle diagnoses, een minuut directe tijd van de regiebehandelaar in de diagnostieefase). Het is de uitdaging om het procesgericht verantwoordend vorm te geven en hier de regelgeving en ook werkwijze van alle partijen op aan te laten sluiten. Er kan dus enkel beoordeeld worden of de administratieve lasten substantieel afnemen, als helder is hoe de zorg gecontroleerd en verantwoord dient te worden. Ook signaleren wij het risico dat waar de NZa de ruimte wil geven, verzekeraars individueel alsnog administratieve lasten opleggen vanuit het vergoedingsmodel en inkoopvoorwaarden. Een aantal expliciete besluiten in dit model (zoals het stoppen met tijdschrijven) mogen niet via een achterdeur alsnog heringevoerd worden. We zien het als taak van de NZa als marktmeester om daarin sturend op te treden. En verder de balans te zoeken tussen het beperken van de eigen regelgeving voor bekostiging versus en het veld opzadelen met een enorme diversiteit aan regels voor vergoeding. Een voluit positief oordeel van de onafhankelijke partij die het model gaat toetsen op administratieve lasten, is voor ons randvoorwaarde voor implementatie.

Met het behouden van de diagnosehoofdgroep zal er geen trendbreuk qua informatie plaatsvinden. Wel vinden we dat er nog goed gekeken moet worden naar de technische uitwerking hiervan. De huidige registratie met gebruik van een conversietabel is zeer kwetsbaar en DSM-iv is internationaal inmiddels sterk achterhaald.

### **Onvoldoende aandacht voor innovatie**

De zorgprestaties gaan uit van het oude behandelmodel, namelijk een behandelaar en een patiënt die elkaar spreken in een behandelkamer. Vooralsnog is dit ook het overgrote deel van het zorgaanbod. Maar de ontwikkelingen gaan hard, de behandelaar, verzorging of beveiliging worden vervangen door digitale middelen, zoals domotica, virtual reality of vormen van eHealth. Het businessmodel gaat dan verschuiven en zou juist de verminderde inzet van behandelaren moeten worden bekostigd in plaats van uurtje factuurtje. Een dergelijke bekostiging moet naast het zorgprestatiemodel komen.



## **Extra aandacht voor de forensische zorg**

We vragen extra aandacht voor de FZ bij de uitwerking, toetsing in de praktijk, de impactanalyses en het toetsen van de aannames. Er zijn namelijk essentiële verschillen tussen de ggz en fz. Zo verloopt de inkoop via aanbestedingen, kan intake en behandeling alleen plaatsvinden op basis van een plaatsingsbesluit. De noodzaak om dit in de bekostiging mee te nemen werd recent ook bevestigd door minister Dekker. Bovendien kent de FZ aanzienlijk meer indirecte tijd dan de ggz door eisen aan de registratie vanuit aanpalende regelgeving. Wij verwachten dat dit de komende jaren eerder toe zal nemen door wijziging in de wet en regelgeving. Ook deze inzet zal bekostigd moeten worden. Deze verschillen maken dat toets voor deze sector anders uit kan pakken.

## **Generieke basis-ggz mee als het model zich heeft bewezen**

Wij beluisteren bij onze leen twee mogelijke richtingen, namelijk de gb-ggz opnemen in het zorgprestatie-model of de basis-ggz erbuiten laten. Redenen voor dat laatste zijn dat de gb-ggz reeds een afgebakend geheel is met een eigen passende en toereikende bekostiging. Er is sprake van een paar tekortkomingen en er loopt reeds een traject om dit te verbeteren en men wil het resultaat daarvan afwachten. Bovendien wordt een toename van de administratieve last voorzien als zowel consulten als de basis-ggz producten een plek krijgen in het model. De charme van de basis-ggz met minimale verantwoording, ruimte voor maatwerk en ondernemerschap door de integrale prestaties gaat verloren met een bekostiging op basis van consulten

De insteek van GGZ Nederland is daarom om de GBGGZ binnen de ontwikkeling mee te nemen en daadwerkelijk te implementeren op het moment dat de nieuwe bekostiging zijn succes heeft bewezen.

## **Zorgvraagtypering vanuit de inhoud**

De zorgvraagtypering vinden we erg prominent naar voren komen in een stuk wat gaat over bekostiging. Dat het veld op zoek gaat naar een typering die helpt om de geestelijke gezondheidszorg beter te beschrijven vinden wij belangrijk. Hierin vinden we het belangrijk dat de er aandacht is voor de verhouding met in ieder geval de zorgstandaarden en ROM. Ook op dit onderwerp zijn wij zeer scherp op het aspect van de administratieve last voor behandelaren en de organisatie als geheel. Ook wij streven naar een betere herkenbaarheid en waar mogelijk voorspelbaarheid van de ggz en zullen ons hiervoor inzetten. Of en hoe zorgvraagtypering aan bekostiging gekoppeld wordt en wanneer is voor ons nog geen uitgemaakte zaak. Wij zijn dan ook blij dat de NZa dit als twee aparte sporen blijft benaderen, met aparte beslismomenten. Wij vinden van belang dat op korte termijn de bekostigingsmethodiek eerst aanzienlijk wordt verbeterd en dat daarmee ruimte wordt gecreëerd zodat op de lange termijn invulling te kunnen geven aan de ontwikkeling van zorgvraagtypering.

## **Een zachte landing**

Een landelijke overgang in 2022 - mits aan de go / no go momenten wordt voldaan - zien wij als een uitdaging die we aan willen gaan. De eerste mijlpaal van het opleveren van de prestaties, settings, regels en controle- en verantwoordingsarrangement op 1 oktober 2019 nadert al snel en is een zeer belangrijke om de software op tijd klaar te hebben. Daarnaast vinden we een toets door behandelaren, die in de praktijk beoordelen of de indeling van prestaties ook werkbaar is, essentieel. Ons inziens moet dit nog voor 1 oktober. Andere belangrijke mijlpaal is dat het hele bekostigingssysteem in 2021 klaar is ten behoeve van de simulatie. We moeten daarvoor met elkaar nog veel werk verzetten de komende tijd. Wij hebben een lijst bijgehouden met punten die nog uitgewerkt dienen te worden in het model (zie bijlage 1).

Voor een zachte landing is zicht op de impact en eventueel nemen van dempende of corrigerende maatregelen van groot belang. We prijzen de NZa met het opnemen van een onafhankelijke toets op de aannames en dat er ruim aandacht zal zijn voor impactanalyses. Dit moet zowel de macro-effecten als impact op individuele aanbieders scherp in beeld brengen.

In dit kader waren wij ook blij met uw uitspraak tijdens het BO dat we weten dat er nog een heel traject aankomt met spannende onderwerpen en dat als we dingen tegen komen die zeer onwenselijk zijn, we moeten vertrouwen dat we hier samen de oplossing voor zoeken. Wij vinden het een randvoorwaarde dat gedurende het proces op de stopknop gedrukt kan worden als iets de verkeerde kant op dreigt te gaan. Het is een leertraject waarbij goede procesbegeleiding en professioneel projectmanagement belangrijke succesfactoren zijn.

Verder willen we in gesprek blijven over een vangnet op basis van de transitieprestatie en de verdere scenario's omtrent de overgang zoals het al dan niet hard afsluiten van dbc's. Wij zien de simulaties als instrument voor aanbieders en verzekeraars om de overgang goed voor te bereiden. We willen de NZa meegeven dat wij hier een belangrijk rol voor de NZa zien om een goed vangnet voor aanbieders vorm te geven. Dit kan niet enkel met een vrije prestatie worden afgedaan.

Wij gaan dus graag met de NZa en partijen de uitdaging aan om langs de lijnen van het zorgprestatie model te komen tot een nieuwe bekostiging die aanzienlijke verbeteringen zal moeten opleveren ten aanzien van de dbc systematiek. En dat nieuwe ontwikkelingen zoals de wet verplichte ggz daarmee goed bekostigd kunnen worden.

Met vriendelijke groet,



mevrouw drs. V.J.W.C. Esman-Peeters  
directeur GGZ Nederland

## Bijlage 1

Opsomming van de inhoudelijke aandachtspunten die nog een plek moeten vinden in het model en de prestaties

Aandachtspunten in brief benoemd:

- Trajectnummer
- Behandelsetting
- Registratie- en declaratie regels
- Diagnose hoofdgroep
- Innovatie niet zijnde de reguliere eHealth

Inhoudelijke aandachtspunten die niet zijn benoemd in deze brief maar al wel in eerdere brief en overleggen:

- Vak therapie niet in de verblijfsprestatie
- Een prestatie voor een ambulante dagprogramma, opname voorkomend of verkortend
- Beveiligingsniveau 4 voor de ggz ontbreekt. Deze worden nu ingekocht onder de beveiligde bedden regeling.
- Toerekening van indirecte tijd nog niet akkoord; de percentages die de NZa tot nog toe heeft gepresenteerd herkennen wij niet. Het voorstel voor MDO en juridische procedures is zeer administratief belastend en alsnog gebaseerd op tijdschrijven
- Uitwerking van groepsbehandeling
- No show
- Uitwerking acute ggz
- Uitwerking wet verplichte ggz
- Diagnostisch onderzoek
- Mensen in opleiding ook cf beroepstarieven registeren (cf msz)

Ten aanzien van de FZ

- In het rapport Tarifiering forensische zorg, Onderzoek naar de kosten voor het leveren van noodzakelijke forensische (gehandicapten) zorg van Arteria (2017) zijn punten aangegeven die niet in de huidige bekostiging zitten. In de Tweede Kamer is de motie aangenomen (DATUM) dat de ook de intake bekostigd dient te worden. Hiermee wordt de tijd bedoelt die aan een patiënt wordt besteed voorafgaand aan een plaatsingsbesluit. Voor afstemming in de keten is tijdige aanmelding, overleg en overdracht noodzakelijk voor een soepele overgang. Doordat dit onderdeel in de huidige financiering niet wordt bekostigd, drukt dit op de kosten. Op het moment dat de patiënt wordt opgenomen, wordt de geleverde zorg van de patiënt vergoed. Dit betekent dat geleverde zorg en andere werkzaamheden voor en na opname niet of onvoldoende worden bekostigd.
- De extramurale parameters van de FZ
- EVBG
- Financiering zorgcoördinatoren