



# De regulerende rol van de NZa in de ggz

Position paper

Gepubliceerd 23 maart 2023

## Inleiding

In Nederland kennen we grote zorgen over toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. De wachtlijsten zijn onacceptabel lang. Het is belangrijk dat mensen die hulp nodig hebben, die zorg ook daadwerkelijk krijgen. Op maat én op tijd. Dit position paper sluit vanuit de regulerende taak van de NZa aan op de position paper 'De rol van de NZa bij het terugdringen van de wachttijden in de ggz'.

Een nieuwe manier van bekostigen en inzicht hebben in de mate van zorg die nodig is zou moeten bijdragen aan het oplossen van deze ernstige problemen. Samen met alle vertegenwoordigers van de patiënten, beroepen in de ggz, zorgaanbieders en zorgverzekeraars is de NZa tot twee belangrijke oplossingen gekomen. Het zorgprestatiemodel en de daar onlosmakelijk aan verbonden zorgvraagtypering.

### Zorgprestatiemodel

- Passende zorg beter belonen
- Meer details zorginzet
- Sneller inzicht

### Zorgvraagtypering

- Link tussen zorgvraag en verwacht zorggebruik
- Gebruik in goed gesprek tussen aanbieder en verzekeraar
- Belangrijk gereedschap om IZA-doelen te halen, bijvoorbeeld voor wegwerken wachtlijsten

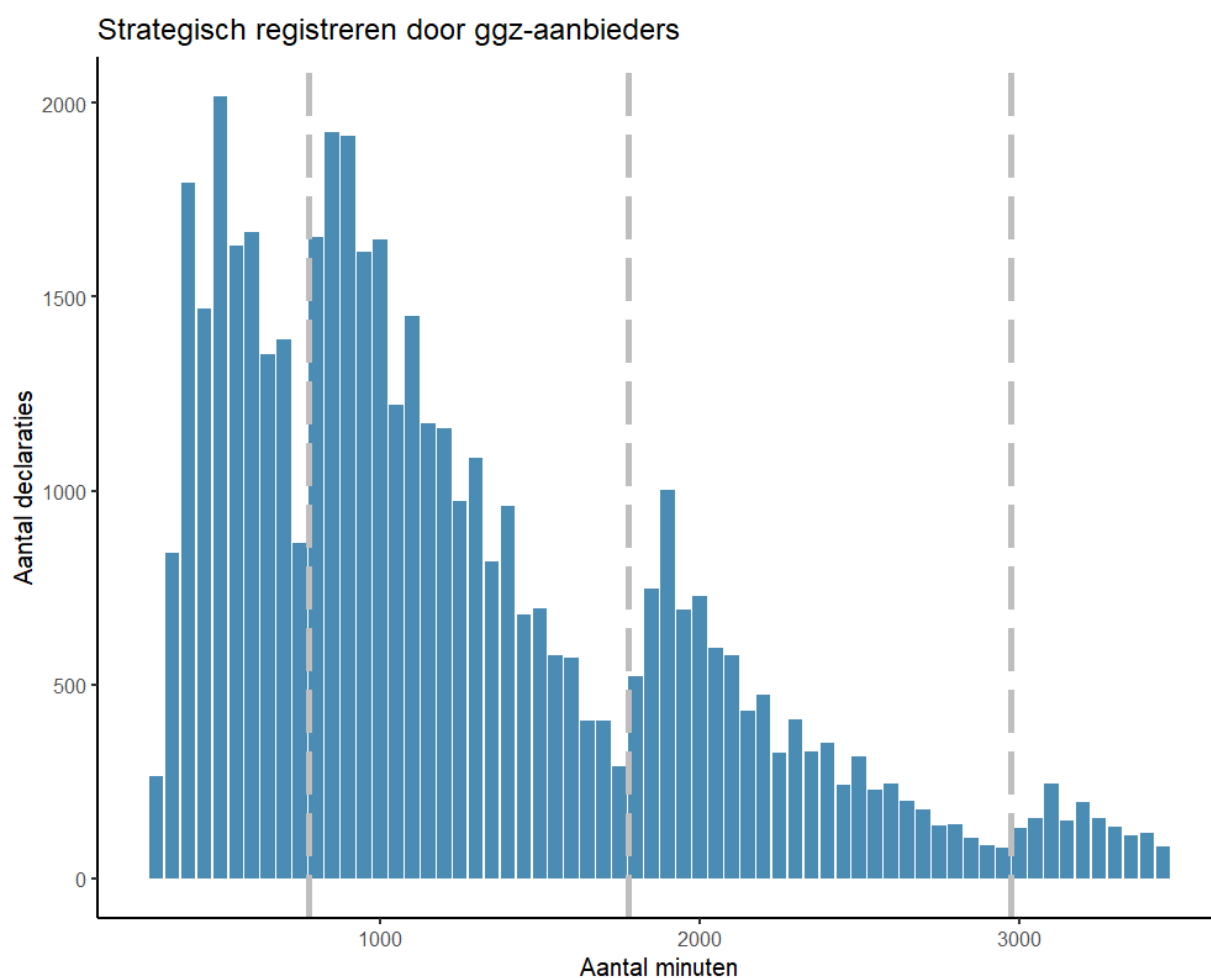
## Samen met partijen

Startpunt voor het ontwikkeltraject van het zorgprestatiemodel was het NZa-advies uit 2019<sup>i</sup>. De samenwerkende partijen in wat later het programma zorgprestatiemodel zou worden, onderschreven dit advies.

Wij constateerden dat de huidige dbc-systematiek binnen de g-ggz en de fz ongewenste effecten had op de werking van het stelsel. Zo sloten de dbc's onvoldoende aan op de geleverde zorg binnen een

gegeven behandelsetting en waren ze bijna niet onderscheidend voor de zorgzwaarte. De zorgvraag van de patiënt was niet zichtbaar. Ook bracht dit bekostigingssysteem hoge administratieve lasten met zich mee. Dit leidde af van waar het om gaat: waardevolle zorg voor de patiënt. Het dbc-systeem bevatte verkeerde prikkels voor strategisch declaratiegedrag, zoals het declareren van zorg vlak nadat een nieuwe tijds- en prijscategorie is bereikt. Het effect van deze prikkel zien we terug in onderstaande grafiek. Het aantal declaraties (blauwe balken) is groter vlak nadat een nieuwe tijds- en prijscategorie is bereikt (grijze stippellijnen) dan vlak daarvoor.

Daarnaast begreep de patiënt zijn nota niet, laat staan dat er een goede check op plaatsvond of de zorg feitelijk was geleverd. Het was uitgegroeid tot een complex systeem, met talloze regels en daardoor ook inflexibel en niet robuust om te anticiperen op innovaties. Ook leverde de lange doorlooptijd problemen op in de jaarrekeningen van zorgaanbieders en financiële verantwoordingen van zorgverzekeraars. Verder was de lange doorlooptijd van de dbc's een groot publiek probleem. Er was weinig en laat inzicht in de financiële uitputting van een gegeven jaar.



In het advies zijn tien ontwerpcriteria geformuleerd voor het nieuwe model, die door alle partijen zijn onderschreven:

1. Eenvoudige prestaties, begrijpelijk voor de patiënt
2. Weerspiegelt daadwerkelijk geleverde zorg, controleerbaar voor de patiënt
3. Prijzen die aansluiten bij behandelinzet en benodigde setting

4. Structurele verlichting administratieve lasten, géén tijdsregistratie
5. Maximale versnelling inzicht zorguitgaven, omzet en schade vergelijkbaar
6. Eenvoudige en duidelijke regels, ruimte voor innovatie
7. Stimuleert procesgerichte beheersing i.p.v. controle achteraf
8. Zelfde bekostiging voor jaar 1 en jaar 2/3 g-ggz, ontschotting
9. Basis voor sturen op gepaste en doelmatige zorg
10. Flexibel te combineren met doorontwikkeling zorgvraagtypering

## Zorgprestatie­model

Met het zorgprestatie­model kunnen we passende zorg beter belonen. Zorgaanbieders die patiënten met een complexe zorgvraag behandelen, krijgen door het zorgprestatie­model beter betaald omdat we de behandelkosten beter kunnen verdelen met het nieuwe systeem. Op die manier stimuleren we de behandeling van patiënten met complexe problemen, waardoor hun wachttijd korter wordt.

Het zorgprestatie­model is per 2022 ingevoerd. Dat is een grote stap in de goede richting. De eerste evaluatie eind 2022<sup>ii</sup> leert dat niemand terug wil naar de DBC's. Ondanks de ICT opstart problemen geniet het Zorgprestatie­model brede steun van de betrokken partijen. Sterk aan het Zorgprestatie­model is het vergroten van transparantie, het normeren van de indirecte tijd en het differentiëren naar beroep, type (diagnostiek/behandeling) en setting. Dit haalt de financiële prikkel weg om je als aanbieder te richten op de minder complexe patiënten en geeft ruimte om wachtlijsten voor complexe patiënten weg te werken. Dat wordt gewaardeerd.

In beeld, het tarief voor zorg baseert het zorgprestatie­model op vier factoren. Ten eerste is er een setting waarin een patiënt wordt behandeld, dit kan bijvoorbeeld klinisch of ambulant en monodisciplinair zijn. Ten tweede bepaalt het beroep van de behandelaar de prijs van een consult, zo is het tarief van een consult van een psychiater hoger dan het tarief voor een verpleegkundig specialist. Als derde hangt het tarief af van het type consult, is er sprake van diagnose of behandeling. Als laatste wordt het tarief bepaald door de duur van het consult.



Uit de evaluatie komt ook naar voren dat er brede waardering is voor de manier waarop de bekostiging van de zorg relatief beleidsneutraal is neergezet. De zorg die noodzakelijk wordt geacht en geleverd door de behandelaar, is de zorg die bekostigd wordt. Daarmee is er in principe ruimte voor innovatie van de zorg en ligt de sleutel daarvoor bij de zorgaanbieder/behandelaar. De zorgverzekeraar kan dit stimuleren door passende contractafspraken te maken.

Breed gewaardeerd wordt ook de toegenomen transparantie. Die heeft positieve consequenties op twee niveaus. Op het niveau van de zorgverlening ondersteunt die het inzicht van de patiënt in de behandeling die heeft plaatsgevonden. Maar daarnaast geeft de toegenomen transparantie ook inzicht in geleverde zorg verbeterd, en kan daarmee het gesprek sterker worden tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en verzekeraars. Hier geldt wel dat de administratieve lasten als belangrijke aandachtspunten worden genoemd.

Naast waardering voor het zorgprestatie-model is er ook kritiek geweest, specifiek op de implementatie. Het heeft voor veel zorgaanbieders lang geduurd voordat ze konden declareren door problemen in de ICT-keten. Het declareren is inmiddels mogelijk vanuit alle ICT-systemen. Verzekeraars hebben hun rol gepakt in het bevoorschotten van de aanbieders en de declaratie-achterstand wordt op dit moment met grote snelheid weggewerkt. Daarnaast is er discussie geweest over de hoogte van de tarieven. De tarieven zijn bij invoering noodzakelijkerwijs gebaseerd op data vanuit het dbc-tijdperk. De NZa onderzoekt voor de zomer of het nodig is de tarieven aan te passen. Daarnaast voert de NZa een volledig nieuw kostprijsonderzoek uit op grond van de situatie in 2023.

Het is belangrijk dat we deze beweging naar passende zorg maken. Met het Zorgprestatie-model is het in de ggz beter mogelijk passende zorg te belonen. Zorgaanbieders die patiënten met een complexe zorgvraag behandelen, kunnen door het Zorgprestatie-model beter betaald krijgen omdat we de behandelkosten beter kunnen verdelen. Het is echter nog niet goed mogelijk de complexe patiënten te herkennen en in te delen in vergelijkbare groepen, daarom kunnen zorgaanbieders en verzekeraars nog niet goed overleggen over passende vergoedingen voor de behandeling.

## **Rol van zorgvraagtypering**

Met de invoering van het Zorgprestatie-model is ook de zorgvraagtypering ingevoerd als onlosmakelijk onderdeel van de oplossing voor de problemen waar de ggz voor stond en staat. Partijen uit de ggz hebben bij invoering hun steun uitgesproken voor het systeem van zorgvraagtypering. Waar complexe zorg al anders bekostigd wordt door beroep, setting en type consult was er geen 'taal' voor de zorgverzekeraar en zorgaanbieder om informatie uit te wisselen over de ernst van de zorgvraag van een patiënt, anders dan op basis van de diagnose. Het wordt breed gedeeld door experts in de ggz dat de diagnose geen geschikt middel is om een taal van de ernst van de zorgvraag te bepalen. Die taal is hard nodig, juist om afspraken te kunnen maken over gedifferentieerde vergoeding, het wegwerken van wachtlijsten en kwaliteit van zorg voor specifieke patiëntengroepen. De zorgvraagtypering kan die taal vormen. Met behulp van zorgvraagtypering, kan er echt werk gemaakt worden van de huidige lange wachttijden voor de meest complexe ggz-patiënten. Deze wachttijden zijn niet acceptabel. Er is geen geloofwaardig alternatief voor zorgvraagtypering voorhanden.

In het Zorgprestatie-model wordt de ernst en zwaarte van de zorgvraag van patiënten in kaart gebracht met zorgvraagtypering, het is een momentopname. De zorgvraagtypering helpt een verband te leggen tussen zorgvraag en inzet van zorg. Het systeem bestaat uit een scorelijst waarop de behandelaar scores opgeeft over de symptomen, problemen en functioneren van de patiënt. De opgegeven scores worden vertaald in een zorgvraagtype dat de behandelaar kiest, één van twintig categorieën. Het zorgvraagtype kan gebruikt worden om met bijvoorbeeld zorgverzekeraars in gesprek te gaan over wat

er nodig is voor de groepen patiënten die bij een zorgaanbieder onder behandeling zijn. Op deze manier kan zorgvraagtypering een eerlijke vergoedingen stimuleren voor zorg die zo goed mogelijk aansluit bij de zorgvraag van de patiënt. Zorgvraagtypering vergroot de klinische herkenbaarheid van de zorgbehoefte. Daarbij kan het gaan over zorgzwaarte, maar bijvoorbeeld ook over de kans op herstel of op stabiliteit, terugval of recidive.

### **Verder ontwikkelen zorgvraagtypering**

Zorgvraagtypering is een systeem dat we uit Groot Britannië hebben over genomen en getoetst in pilots. Het past nog niet altijd goed op de situatie in de Nederlandse ggz en moet op bepaalde vlakken verder worden onderzocht en ontwikkeld. Voor dat doel heeft de NZa een adviescommissie in het leven geroepen waarin alle partijen uit de ggz zijn vertegenwoordigd. De commissie heeft als hoofddoel te zorgen dat zorgvraagtypering het gepast gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg bevordert en een juiste allocatie van middelen ondersteunt. De commissie denkt na over toepassing van zorgvraagtypering in het gesprek tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, adviseert over het wegnemen van praktische knelpunten, doet data-onderzoek naar de werking van zorgvraagtypering en formuleert mogelijke verbeteringen.

Voor onderzoek en specifieke verbeteringen zijn gegevens nodig. Een deel van het onderzoek kan plaatsvinden op gegevens die bij de declaratie van zorg bij de verzekeraar worden verzameld, dit gaat vooral over de huidige werking van zorgvraagtypering en de link van zorgvraagtype met de zorginzet. Voor meer fundamenteel onderzoek, zoals de validiteit en betrouwbaarheid van de link tussen scorelijst, en zorgvraagtype enerzijds en zorginzet anderzijds zijn andere gegevens nodig. De NZa vraagt op verzoek van partijen data uit voor dit onderzoek. Deze gegevens zal de NZa verzamelen met een data-uitvraag van de scorelijsten, gekozen zorgvraagtype en behandelinzet, maar zonder direct herleidbare gegevens<sup>iii</sup>. De NZa kan dus niet achterhalen welke persoon bij de scorelijst hoort<sup>iv</sup>. Voorafgaand aan het opzetten van de data-uitvraag heeft de NZa haar plannen getoetst bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP)<sup>v</sup>. De AP geeft aan dat de dataverzameling door de NZa noodzakelijk en proportioneel is gegeven de grote opgave in de ggz en fz waar zorgvraagtypering een oplossing voor kan zijn<sup>vi</sup>.

Eind 2022 heeft de NZa tweemaal advies gehad van de adviescommissie over het gebruik van en mogelijkheden tot verbeteren van zorgvraagtypering. Wanneer uit dit advies blijkt dat zorgvraagtypering bruikbaar is om te gebruiken het gesprek tussen verzekeraar en zorgaanbieder, dan verwacht de NZa dat zorgvraagtypering in 2024 of 2025 voor het eerst kan worden ingezet in de contractbesprekingen in de ggz. De zorgvraagtypering staat al sinds 2022 op de declaratie vermeld.

Zo maakt de NZa samen met alle partijen echt werk van de huidige lange wachttijden voor de meest complexe ggz-patiënten.

---

<sup>i</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_274450\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_274450_22/1/)

<sup>ii</sup> <https://www.zorgprestatie.nl/shared/content/uploads/2022/12/20221205-Rapportage-tussentijdse-evaluatie-zorgprestatie.nl.pdf>

<sup>iii</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_706881\\_22/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_706881_22/)

<sup>iv</sup> <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/kamervragen/detail?id=2023Z02923&did=2023D09462>

<sup>v</sup> [https://puc.overheid.nl/doc/PUC\\_729424\\_22?exp=1](https://puc.overheid.nl/doc/PUC_729424_22?exp=1)

<sup>vi</sup> [https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/sites/default/files/atoms/files/eindbrief\\_nza\\_aanlevering\\_honos\\_gegevens\\_nieuw\\_stelsel\\_zorgvraagtypering\\_ggz.pdf](https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/sites/default/files/atoms/files/eindbrief_nza_aanlevering_honos_gegevens_nieuw_stelsel_zorgvraagtypering_ggz.pdf)