

Presentatie zorgprestatie­model voor GGZ. Het roer kan nog andermaal om



Afgelopen week, op 20 mei 2019, kondigde de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) mede namens twaalf veldpartijen [een nieuw bekostigingsmodel](#) voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) aan. Het nieuwe model heet [het zorgprestatie­model](#). Tot voor heel kort, namelijk tot in maart 2019 hield de NZa zich, tenminste voor de buitenwereld, bezig met dat zorgclustermodel naar Engels voorbeeld. Uit een [brief van minister Bruins aan de Tweede Kamer](#) op 19 maart j.l. blijkt dat de NZa tot dat moment bezig is met de ontwikkeling van het zorgclustermodel. De minister spreekt daarin over verbeteringen en een gefaseerd implementatie-pad. De aankondiging van het zorgprestatie­model is dan wel gepresenteerd op 20 mei 2019, maar draagt als datum (op de tweede pagina) 30 april. In een maand tijd lijkt het oude plan verlaten en een nieuw plan opgetuigd. Dat wijst erop dat veel, zo niet bijna alles, wat in de publicatie van de NZa staat, nog in de steigers staat en uitgewerkt moet worden. Het is dan ook reëel om te veronderstellen dat de grootste problemen met het vers beoogde model nog moeten komen. Even reëel is het om te veronderstellen dat het nu gelanceerde model ook weer niet het definitieve zal zijn.

Zorgclustermodel

De ontwikkeling van dat model naar Engels voorbeeld verliep niet onder een erg gunstig gesternte. Het was dan wel in het Verenigd Koninkrijk bedacht maar echter [nimmer in de praktijk gebracht](#)(2017). [De Algemene Rekenkamer](#) maakte in het tweede half jaar van 2017 ook gehakt van het zorgclustermodel. Vooral omdat dat erg sterk leunde op het gebruik van [ROM\(Routine Outcome Monitoring\)-data](#). De Algemene Rekenkamer vond dat het meetinstrument dat men koos (de ROM-data) om de verschillen in kwaliteit inzichtelijk te maken daarvoor ongeschikt was.

De knoet erover

Om het zorgclustermodel in de praktijk te testen waren pilot-testen nodig. Daar vond de NZa te weinig vrijwilligers onder de GGZ-instellingen en zelfstandige zorgverleners. [Men dreigde met dwang](#) en [paste die uiteindelijk ook toe](#). Wat zich wreekte, was dat men pas in een zeer laat stadium oog had [voor privacy en de uitvoerbaarheid](#) van het model.

Zorgprestatiemodel

[In grote lijnen geldt dat er binnen het zorgprestatiemodel vier typen prestaties](#) zijn: consulten, verblijfsprestaties, toeslagen en overige prestaties. Binnen de consulten wordt onderscheid gemaakt tussen diagnostiek en behandeling. Er zijn vijf tijdseenheden van 15 minuten tot 75 minuten. Ook geldt er een tarief voor groepsbehandelingen. De hoogte daarvan is afhankelijk is van het aantal cliënten in de groep. Voor elk van de acht BIG-beroepen gaan aparte tarieven gelden. Voor de niet BIG-beroepen wordt één (gemiddeld) tarief bepaald. Indirecte tijd zit in principe in het tarief inbegrepen, dus geen eindeloze tijdsregistratie meer van allerlei activiteiten buiten het cliëntcontact om. Ook wordt het strategisch declareren daardoor moeilijker.

Terug bij af

Ooit, voor het invoeren van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in 2008 als basis voor de rekeningen, declareerde men binnen de GGZ op basis van verrichtingen en ligdagen. Met het nieuw aangekondigde model zien dat nu weer terugkeren maar in een ander jasje. De NZa spreekt dan weer mooie woorden dat eenvoud en transparantie de basis vormen voor het zorgprestatie model. Om nog iets van het zorgclustermodel-fiasco te redden vertelt de NZa dat de input van de (afgedwongen) pilots van het zorgclustermodel gebruikt worden voor het nieuwe model.

Problemen

Met het nieuwe model zijn de problemen echt nog niet over. Eén van de grote veldpartijen [GGZ Nederland laat half april 2019 al weten](#) wat ze als problemen zien. De DBC's verlaat men, maar komt nu met de DSM-diagnosen (op hoofdgroepniveau) als ziekte definitie bij het declareren. De financiering mag niet een open-eind-constructie worden. Het mag niet leiden tot een stijging van de zorguitgaven en moet passen in het huidige Budgettair Kader Zorg. Een financiële impactanalyse kan pas worden uitgevoerd als de herijkte tarieven bekend zijn. Binnen het systeem met declaraties op DBC-basis, gebruikte men de zogenaamde [zorgvraagtypering](#). Die moet voor het nieuwe systeem verbeterd worden. [Zorgvraagzwaarte-indexatie \(Zvzi\)](#) en patiëntprofielen die gebruikt werden in het zorgclustermodel moeten in het nieuwe model behouden en uitgebouwd worden. Er is [niet voorzien in een wetenschappelijke evaluatie](#) over de gevolgen voor de kwaliteit en de populatie van de GGZ.

Even een wettelijke grondslag maken

Om een medisch persoonsgegeven als de DSM-diagnose te mogen verwerken is er een grondslag nodig. Die bestaat nu nog niet en wil men alsnog creëren door het ministerie van VWS te

verzoeken dit expliciet te construeren in de Regeling Zorgverzekering(artikel 7.2). Op grond van die regeling kan de NZa dan een informatieverplichting creëren voor zorgaanbieders om die diagnose-informatie aan te leveren aan zorgverzekeraars. Naar verwachting zal men een dergelijk regeling ook moeten optuigen voor de toekomstige doorontwikkelde zorgvraagtypering.([zie pagina 39 NZa-advies](#)).

Het roer kan nog andermaal om

Uit het bovenstaande moge blijken dat het denken over en bedenken van bekostigingsmodellen constant in beweging is. Bij elke bedachte “oplossing” blijken naderhand weer even grote, zo niet grotere problemen te ontstaan. Het lijkt mooi dat er een consensus is met 12 veldpartijen, maar de vraag is of ieder van die partijen zich realiseert waarvoor men het commitment heeft afgegeven. Veel van de bedachte zaken zijn nog in ontwikkeling. Het zorgclustermodel zou in 2020 gaan komen, maar werd het niet. Het zorgprestatie­model moet vanaf 2022 gaan werken. Het is net als bij het zojuist verlaten model zeer ambitieus en tegelijk onzeker.

Het roer kan dus best nog andermaal om.

W.J. Jongejan, 28 mei 2019

Voor de alinea “Zorgprestatie­model” werd gebruik gemaakt van een stuk tekst van Marco Essed op Linked in.