

**Oplossen zorgzwaarteproblematiek cGGZ door  
invoering bandbreedtetarieven**



**10-11-2011**

**Marc Soeters  
Gerrold Verhoeks**

## Hoofdstuk 1 Inleiding

### Huidige situatie

Voor het grootste deel van de GGZ-instellingen die (ook) curatieve GGZ (cGGZ) leveren, geldt dat een representatie van zorgverzekeraars afspraken maakt met de instelling over de te realiseren budgetparameters en het daaruit volgende budget. Zorgverzekeraars lopen nog maar zeer beperkt financieel risico over de uitgaven aan cGGZ. Aanbieders van cGGZ declareren DBC's bij individuele zorgverzekeraars. De NZa stelt landelijke maximum DBC-tarieven vast. De totale inkomsten uit DBC's worden voor gebudgetteerde instellingen via een verrekening gelijk gemaakt aan het afgesproken budget. Voor de niet-gebudgetteerde instellingen in de tweede lijn en de eerstelijns GGZ-zorg dienen DBC's ook voor de bekostiging en is er geen afgesproken budget. Voor de eerstelijns psychologische zorg is er sprake van prestaties met vrije prijsvorming

### Eindperspectief

In het Regeerakkoord is vastgelegd: 'in de GGZ wordt volledige risicodragendheid van verzekeraars voor de curatieve GGZ inclusief invoering van prestatiebekostiging ingevoerd en wordt macronacalculatie voor de geneeskundige GGZ uiterlijk in 2015 afgeschaft.' In haar brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft de Minister aan dat op termijn mogelijk ook wordt overgegaan op vrije prijsvorming.

### Stappen per 2013

Doelstelling van de minister is om per 2013 prestatiebekostiging in de cGGz in te voeren mits in voldoende mate aan een aantal randvoorwaarden is voldaan:

- Budgettair beheersbaar systeem dat past binnen het beschikbare financiële kader
- Voldoende risicodragendheid van zorgverzekeraars
- Inzicht in kwaliteit en zorgzwaarte
- Voldoende sturingsmogelijkheden voor zorgverzekeraars
- Een goede en stabiele productstructuur
- Juiste DBC-tarieven
- Eenduidige diagnosestelling

### Zorgzwaarte en DBC-bekostiging

In de cGGZ worden, net zoals in andere zorgsectoren, patiënten behandeld met een lichte tot een zware zorgvraag. Het is van belang dat het bekostigingssysteem zowel het behandelen van patiënten met een lichte zorgvraag als het behandelen van patiënten met een relatief zware zorgvraag mogelijk maakt. Vanuit het publieke belang van toegankelijkheid is het immers van belang dat ook cliënten met een zware of afwijkende zorgvraag de zorg blijven ontvangen die zij nodig hebben. In deze notitie bezien we in hoeverre de DBC-bekostiging het behandelen van patiënten met een zware of een

afwijkende zorgvraag in de toekomst financieel voldoende mogelijk maakt. Indien dit (op onderdelen) onvoldoende het geval blijkt te zijn, doen wij concrete verbetervoorstellen en geven we aan welke randvoorwaarden daarbij gehanteerd moeten worden.

### **Opbouw rapportage**

Deze notitie kent de volgende hoofdstukopbouw:

Hoofdstuk 1	Inleiding
Hoofdstuk 2	De DBC-systematiek in de cGGZ
Hoofdstuk 3	Zorgzwaarteproblematiek in de cGGZ
Hoofdstuk 4	Oplossingsrichtingen voor zorgzwaarteproblematiek in de cGGZ
Hoofdstuk 5	Beoordeling mogelijkheid invoering vrijere tarieven in de cGGZ
Hoofdstuk 6	Concrete vormgeving vrijere tarieven in de cGGZ
Hoofdstuk 7	Advies

## Hoofdstuk 2 De DBC-systematiek in de cGGZ

### 2.1 DBC's in de cGGZ

De overheveling van de cGGZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) is samengegaan met de invoering van DBC's. Een DBC beschrijft het totale traject dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft, vanaf het eerste contact tot en met de behandeling die hieruit eventueel volgt. De DBC vormt de basis voor de declaratie bij de zorgverzekeraar.

De DBC-systematiek in de cGGZ werkt volgens een proces van registratie, validatie en afleiding. Het registratieproces start op het moment dat een patiënt zich bij de cGGZ-aanbieder meldt met een zorgvraag. Op dat moment wordt een zorgtraject geopend. De hoofdbehandelaar legt de primaire diagnose vast op basis van de DSM IV. De DSM IV is een internationaal classificatiesysteem voor psychische stoornissen. Tijdens het zorgtraject registreren de behandelaars alle activiteiten en verrichtingen die zijn ingezet om de zorgvraag te behandelen. In de cGGZ betreft dit met name de tijdsinzet van behandelaars. Als de DBC wordt afgesloten gaat de DBC door naar de validatie. Tijdens de validatie wordt de DBC gecontroleerd op een goede en volledige registratie. Daarna wordt tijdens de afleiding bepaald in welke productgroep de DBC terechtkomt. De productgroep is bepalend voor het tarief (zie paragraaf 2.2). Tot slot wordt de DBC-factuur gedeclareerd aan de zorgverzekeraar en worden de DBC-gegevens geleverd aan het DBC-informatiesysteem (DIS).

### 2.2 Productgroepen en tarifiering

Een DBC is in de cGGZ opgebouwd uit activiteiten en verrichtingen en de daaraan bestede directe en indirecte tijd. Voor intramurale zorg bestaat de DBC uit een behandelcomponent (conform reguliere behandelgroepen) in combinatie met een verblijfscomponent. Afhankelijk van de set van activiteiten en verrichtingen en de tijd die hieraan besteed is, wordt een bepaalde productgroep en verblijfsoort afgeleid. Aan de productgroepen en verblijfsoorten zijn tarieven verbonden, die jaarlijks door de NZa worden vastgesteld. Voor de bepaling van de productgroep (en het daarbij horende tarief) geldt dat vooral de tijdsinzet van behandelaars van belang is. Hoe meer minuten behandeling worden ingezet hoe hoger het tarief. Daarbij geldt een systeem van klassen/tijdranges. Niet ieder extra uur behandeltime levert een hoger tarief op. Pas als het aantal behandelminuten de grens van een klasse/tijdrange overschrijdt, kan een hoger tarief in rekening worden gebracht. Alle patiëntgebonden tijd (direct, indirect en reistijd) mag geregistreerd worden op een DBC en telt mee voor de afleiding naar een productgroep.

Het tarief verbonden aan een productgroep is gebaseerd op landelijke gemiddelden:

- Het gemiddelde binnen de tijdrange van een productgroep  
Het landelijk vastgestelde tarief van een productgroep is gebaseerd op de gemiddelde landelijke tijdsinzet van behandelaars in een productgroep. De werkelijke inzet van een cGGZ-aanbieder kan hier van afwijken.

- Een gemiddelde beroepenmix

Het landelijk vastgestelde tarief van een productgroep is gebaseerd op een gemiddelde beroepenmix van behandelaars. Bij de behandeling van een cliënt worden vaak meerdere beroepsgroepen ingezet, zoals psychiaters, psychotherapeuten, psychologen, (sociaal) psychiatrisch verpleegkundigen (spv'en), maatschappelijk werkers en activiteitenbegeleiders. De salaris- en opleidingskosten van deze behandelaars en hulpverleners verschillen. Hierbij wordt uitgegaan van (landelijke) gemiddelde kostprijzen per beroepsgroep en een norm voor de gemiddelde productiviteit. Het tarief van een productgroep gaat uit van een gemiddelde beroepenmix, zoals bijvoorbeeld: 10% inzet psychotherapeut, 40% psycholoog en 50% activiteitenbegeleider. Het tarief van een productgroep is daarmee een gewogen tarief. De werkelijke inzet van een cGGZ-aanbieder kan hier van afwijken.

### 3. Zorgzwaarteproblematiek in de cGGZ

#### 3.1 Definitie zorgzwaarteproblematiek

Zorgzwaarteproblematiek bakenen we af tot kenmerken van de patiëntenpopulatie. Onder zorgzwaarteproblematiek in de cGGZ verstaan wij in deze notitie de situatie waarin:

- een cGGZ-aanbieder een cliëntenpopulatie heeft met een aantoonbare bovengemiddelde zware of afwijkende zorgvraag als gevolg van bepaalde patiëntenkenmerken,
- waardoor een meer intensieve behandeling noodzakelijk is dan gemiddeld
- waarbij het bekostigingssysteem deze aanbieder voor behandeling van haar cliëntenpopulatie een vergoeding geeft op basis van een landelijk gemiddelde cliëntenpopulatie,
- waardoor de betreffende cGGZ-aanbieder structureel verlies maakt op de behandeling van de betreffende cliëntenpopulatie.

Het is van belang te benadrukken dat de zorgzwaarteproblematiek niet zozeer gaat over patiënten met een zware psychische aandoening, maar over patiënten die binnen een bepaalde productgroep meer zorg en/of een intensievere behandeling nodig hebben dan gemiddeld. Zorgzwaarteproblematiek kan op zichzelf dus ook spelen bij relatief lichte psychische aandoeningen.

Een grotere zorgzwaarte van een cliëntenpopulatie dan gemiddeld kan verschillende effecten hebben op de zorgverlening. Niet al deze effecten leiden automatisch tot zorgzwaarteproblematiek. Daar is pas sprake van als het bekostigingssysteem geen of onvoldoende rekening houdt met de hogere kosten als gevolg van een grotere zorgzwaarte.

Spiegelbeeldig is er ook sprake van zorg die lichter is dan wordt vergoed in de bekostiging. De kans dat zorgzwaarteproblematiek zich op instellingsniveau voordoet wordt daarmee voor reguliere aanbieders beperkt. Tegenover de patiënten met een zwaardere zorgvraag staan vaak ook patiënten met een lichtere zorgvraag.

In de volgende paragraaf geven we eerst een overzicht van de wijze waarop een grotere zorgzwaarte van een cliëntenpopulatie in de cGGZ-zorgverlening tot uitdrukking kan komen. Vervolgens geven we in paragraaf 4 aan welke elementen van zorgzwaarte wel en welke niet adequaat ondervangen worden in de DBC-systematiek in de cGGZ.

#### 3.2 Elementen van zorgzwaarte in de cGGZ

In de cGGZ kan een grotere zorgzwaarte van een cliëntenpopulatie de volgende gevolgen hebben voor de zorgverlening:

1. Intensievere behandeling dan gemiddeld  
Bij een zwaardere zorgvraag is het doorgaans noodzakelijk dat de cliënt intensiever en/of langer behandeld wordt dan de gemiddelde cliënt. Dat kan de vorm aannemen van een langere contactduur per behandeling dan gemiddeld (bijvoorbeeld: 90 minuten i.p.v. 60

minuten). Het is echter ook mogelijk dat meer behandelcontacten dan gemiddeld noodzakelijk zijn om een zelfde resultaat te behalen als bij een gemiddelde cliënt.

2. Meer patiëntgebonden indirecte tijd benodigd  
Bij een zwaardere zorgvraag van een cliënt wordt er vaak in verhouding meer patiëntgebonden indirecte tijd besteed dan gemiddeld. Bijvoorbeeld doordat er relatief veel overleg noodzakelijk is met andere behandelaars of met vertegenwoordigers uit het sociale systeem van de cliënt.
3. Betrokkenheid meerdere behandelaars (multidisciplinair team) benodigd  
Kenmerkend voor een zwaardere zorgvraag is vaak dat er sprake is van meerdere psychische aandoeningen, een combinatie van een psychische en een somatische aandoening of een combinatie van een psychische aandoening en sociale problematiek. Dit vereist de betrokkenheid van meer behandelaars dan bij een gemiddelde cliënt.
4. Afwijkend behandelprofiel met andere casemix van behandelaars noodzakelijk  
Bij een cliënt met een zwaardere zorgvraag dan gemiddeld wordt er vaak een van het gemiddelde afwijkend behandelprofiel gehanteerd. Dit komt er praktisch op neer dat de duurder beroepen (i.c. psychiater en psychotherapeut) verhoudingsgewijs meer tijd registreren op de DBC dan bij de gemiddelde cliënt. Ook is het soms noodzakelijk zeer ervaren en/of specialistische behandelaars in te zetten, die hogere salariskosten hebben dan bijvoorbeeld net afgestudeerde behandelaars binnen dezelfde beroepsgroep.
5. Meer niet-patiëntgebonden tijd benodigd  
Voor het behandelen van een cliënt met een zwaardere zorgvraag dan gemiddeld zijn soms specifieke kennis en/of vaardigheden vereist. Voorbeelden: gebarentaal voor de behandeling van doven met psychische problematiek, inzicht in de cultuur en kennis van de taal bij allochtonen met psychische problematiek, etc.. De behandelaars moeten opleidingen of cursussen volgen om zich die kennis en/of vaardigheden eigen te maken, hetgeen extra kosten met zich meebrengt.

### **3.3 Zorgzwaarteproblematiek in de cGGZ**

In deze paragraaf geven we aan welke elementen van zorgzwaarte uit de vorige paragraaf wel en welke niet adequaat ondervangen worden in de DBC-systematiek in de cGGZ. Als één of meer elementen van zorgzwaarte niet goed ondervangen worden in de DBC-systematiek kan er sprake zijn van zorgzwaarteproblematiek. Zoals uit hierna volgend overzicht blijkt bestaat de zorgzwaarteproblematiek in de cGGZ uit drie onderdelen:

1. Het tarief is ontoereikend voor behandeling van een cliëntenpopulatie waarbij een intensievere behandeling dan gemiddeld noodzakelijk is, maar waarbij de tijdrange van de productgroep niet wordt overschreden;
2. Het tarief is ontoereikend voor behandeling van een cliëntenpopulatie waarbij het behandelprofiel en de casemix van behandelaars duurder is dan het gemiddelde;
3. De DBC-systematiek biedt geen ruimte om meer niet-patiëntgebonden tijd dan gemiddeld te vergoeden.

	Element van zorgwaarte	Afdoende ondervangen in DBC-systematiek (incl. toelichting)?
1.	Intensievere behandeling	<p>Nee</p> <p>Binnen de DBC-systematiek kan alle werkelijk bestede, patiëntgebonden tijd geregistreerd en bekostigd worden. Bij een cliëntengroep met een relatief zware zorgvraag kan echter de behandeling structureel boven de gemiddelde tijdsinzet uitkomen, maar wel binnen de tijdrange van een productgroep blijven. Het tarief is echter gebaseerd op de gemiddelde patiënt en gaat uit van het aantal minuten midden in de tijdrange. Een cGGZ-aanbieder die de betreffende cliëntengroep bedient komt dus moeilijk uit met het vastgestelde tarief. Met name voor zorgproducten in de laatste tijdrange geldt dat het verschil tussen het tarief (gebaseerd op de gemiddelde patiënt) en de kosten van een behandelde cliënt behoorlijk kunnen oplopen bij een cliënt met een zwaardere zorgvraag dan gemiddeld.<sup>1</sup> De laatste tijdrange kent namelijk een open einde voor wat betreft het aantal bestede minuten.</p> <p>Dit eerste element van zorgzwaarteproblematiek heeft vooral negatieve gevolgen voor de kleinere cGGZ-aanbieders die een specifieke doelgroep met een gemiddeld grotere zorgzwaarte bedienen. Indien deze aanbieders werken met een evidence based behandelprogramma dat standaard meer tijdsinzet vergt dan gemiddeld binnen een tijdsgrens kan dit tot zorgzwaarteproblematiek leiden. Het tarief gebaseerd op de gemiddelde cliënt volstaat voor hen niet, terwijl zij (in tegenstelling tot de grote cGGZ-aanbieders met een brede cliëntenpopulatie) niet de mogelijkheid hebben tot interne kruissubsidiëring.</p>
2.	Meer patiëntgebonden indirecte tijd benodigd	<p>Ja</p> <p>De verhouding directe en indirecte tijd staat binnen de DBC-systematiek niet vast. Dit betekent dat alle patiëntgebonden tijd (direct, indirect en reistijd) geregistreerd kan worden op een DBC en meetelt bij de afleiding naar een productgroep. Het kan wel zo zijn dat de extra benodigde patiëntgebonden indirecte tijd bijvoorbeeld meer overleg met externe partijen (mede) leidt tot zorgzwaarteproblematiek zoals beschreven bij 1 of 4.</p>
3.	Betrokkenheid meerdere behandelaars (multi-disciplinair team) benodigd	<p>Ja</p> <p>De DBC-systematiek biedt de mogelijkheid dat meerdere behandelaars tegelijk/op dezelfde dag de cliënt kunnen behandelen.</p>
4.	Afwijkend behandelprofiel met andere casemix van behandelaars noodzakelijk	<p>Nee</p> <p>Het tarief van een productgroep wordt bepaald op basis van een gemiddeld behandelprofiel met een gemiddelde casemix van behandelaars. Als er vanwege de zorgzwaarte van een cliëntenpopulatie sprake is van een afwijkend behandelprofiel en een afwijkende casemix van behandelaars en/of een hogere looninschaling (van meer ervaren personeel) dan volstaat het tarief dus niet.</p>
5.	Meer niet-patiëntgebonden tijd benodigd	<p>Nee</p> <p>De DBC-systematiek biedt geen ruimte om meer niet-patiëntgebonden tijd dan gemiddeld te vergoeden.</p>

<sup>1</sup> Het verschil tussen tarief en daadwerkelijke kosten bij zorgproducten in de hoogste tijdrange kan in de toekomst groter worden. In 2012 worden de tarieven van de hoogste tijdrange afgetopt.



### **3.4 Onderzoek, innovatie en kennisverspreiding**

In de gevoerde gesprekken met cGGZ-aanbieders werd aangegeven dat verschillende (onderdelen van) cGGZ-aanbieders een duidelijk aanwijsbare kennis- en expertisefunctie vervullen in de cGGZ. Bij die cGGZ-aanbieders wordt er naast behandeling ook relatief veel tijd besteed aan onderzoek, innovatie en kennisverspreiding. Deze functies worden niet apart vergoed binnen de DBC-systematiek, waardoor deze aanbieders te kort komen. Soms wordt dit probleem geschaard onder zorgzwaarteproblematiek. Dit is ons inziens niet terecht, aangezien zorgzwaarteproblematiek betrekking heeft op cliëntenkenmerken die maken dat een cliëntenpopulatie en daarmee de benodigde behandeling afwijkt van het gemiddelde. Wij beschouwen het op een adequate wijze bekostigen van een duidelijk aanwijsbare kennis- en expertisefunctie binnen de cGGZ als een apart vraagstuk. Overigens is het wel een gegeven dat de cGGZ-aanbieders met een expliciete kennis- en expertisefunctie vaak ook geconfronteerd worden met zorgzwaarteproblematiek. Vanwege hun kennis en expertise behandelen deze cGGZ-aanbieders relatief veel cliënten met een zware zorgvraag die naar hen worden doorverwezen vanuit de 2<sup>e</sup> lijn.

## Hoofdstuk 4 Oplossingsrichtingen voor zorgzwaarteproblematiek in de cGGZ

In het vorige hoofdstuk concludeerden we dat de volgende drie elementen van zorgzwaarte onvoldoende worden ondervangen binnen de huidige DBC-systematiek:

1. Het tarief is ontoereikend voor behandeling van een cliëntenpopulatie waarbij een intensievere behandeling dan gemiddeld noodzakelijk is, maar waarbij de tijdrange van de productgroep niet wordt overschreden;
2. Het tarief is ontoereikend voor behandeling van een cliëntenpopulatie waarbij het behandelprofiel en de casemix van behandelaars duurder is dan het gemiddelde;
3. De DBC-systematiek biedt geen ruimte om meer niet-patiëntgebonden tijd dan gemiddeld te vergoeden.

Er zijn op hoofdlijnen drie oplossingsrichtingen om de zorgzwaarteproblematiek in de cGGZ (deels) op te lossen.

### 4.1 Aanpassen productstructuur

#### Beschrijving

De eerste oplossingsrichting richt zich op het aanpassen van de productstructuur. Er zijn twee aan elkaar verwante mogelijkheden:

1. Binnen de productstructuur worden niet alleen tijdranges, maar ook zwaarteklassen op basis van cliëntkenmerken onderscheiden. Het tarief wordt bepaald op basis van de tijdrange en de zwaarteklasse.
2. Binnen de productstructuur wordt het mogelijk gemaakt om bij cliënten met bepaalde kenmerken een opslag op het tarief in rekening te brengen.

#### Toepasbaarheid

Hoewel aanpassing van de productstructuur op het eerste gezicht wellicht voor de hand ligt als het gaat om het oplossen van zorgzwaarteproblematiek is het op dit moment nog niet mogelijk deze oplossingsrichting te realiseren. Voor het bepalen van de zwaarteklassen of de voorwaarden voor de opslag op het tarief is het noodzakelijk inzicht te hebben in de cliëntkenmerken (en eventueel behandelkenmerken) die leiden tot een duurder behandeltraject dan gemiddeld. Op dit moment zijn er verschillende algemene kenmerken bekend die mede de zwaarte van de zorgvraag typeren en mogelijk van invloed zijn op het in te zetten behandeltraject. Voorbeelden hiervan zijn: leeftijd van de cliënt, suïcidegevaar, doorverwijzing, biografie van de cliënt, verslaving, lage SES, justitieel verleden, comorbiditeit, omgevingsfactoren, etc.. Tegelijkertijd is het zo dat een combinatie van factoren leidt tot een zwaardere zorgvraag en de combinatie kan sterk per cliënt verschillen. In elk geval bestaat er in het veld nog geen consensus op basis van welke kenmerken een inschatting gemaakt kan worden over het behandeltraject dat de cliënt zal doorlopen en welke kosten daarmee samenhangen. Ook DBC-Onderhoud concludeert, ondermeer na uitvoering van een analyse op de DIS-data, dat het probleem van zorgzwaarte op dit moment niet op te lossen is in de productstructuur GGZ (Eindnotitie 'Probleeminventarisatie Zorgzwaarte' d.d. 09-02-2011). Om dit in de toekomst wel mogelijk te maken stelt DBC Onderhoud dat het van belang is dat de voorspelbaarheid van het in te zetten behandeltraject wordt vergroot. Daarbij moet er landelijk draagvlak bestaan over de inhoud van zorg en de vertaling hiervan in landelijke richtlijnen/zorgpaden. Momenteel laat het ministerie van VWS onderzoek doen naar een objectieve maat voor zorgzwaarte. De resultaten van dit onderzoek worden

in de loop van 2012 verwacht. Het in de productstructuur opnemen van zwaarteklassen of een opslag op het tarief is daarmee niet realiseerbaar per 01-01-2013.

#### **4.2 Vaste tariefopslag of lumpsumvergoeding**

##### Beschrijving

Een tweede mogelijkheid vormt het door de NZa vaststellen van een aanvullende vergoeding voor cGGZ-instellingen waarvan vaststaat dat hun cliëntenpopulatie een hogere zorgzwaarte kent dan gemiddeld. De aanvullende vergoeding kan twee vormen aannemen:

1. Een lumpsumbedrag
2. Een vaste opslag op het tarief van alle geleverde DBC's

##### Toepasbaarheid

Het is bij deze oplossingsrichting niet strikt noodzakelijk dat er op patiëntniveau inzicht bestaat in zorgzwaarte (in tegenstelling tot de eerste oplossingsrichting). Tegelijkertijd moet de NZa wel op basis van objectieve kenmerken kunnen vaststellen welke cGGZ-instellingen zorgzwaarteproblematiek hebben en in aanmerking komen voor de aanvullende vergoeding. Ook moet de omvang van de vergoeding kunnen worden vastgesteld door de NZa. cGGZ-breed ontbreekt dat inzicht op dit moment, waarmee de tweede oplossingsrichting voor de gehele cGGZ-sector niet kan volstaan.

#### **4.3 Vrijere tarieven**

##### Beschrijving

Een alternatieve oplossing is dat de NZa vrijheid biedt aan veldpartijen om zelf op lokaal niveau tot maatwerk-oplossingen te komen in het geval er aantoonbaar sprake is van zorgzwaarteproblematiek. De vrijheid kan eruit bestaan dat voor de cGGZ vanaf 2013 bandbreedtetarieven of vrije tarieven gaan gelden. Hierbij is het van belang dat een bandbreedtetarief ook ruimte biedt voor een korting indien een cGGZ-aanbieder relatief lichtere zorg biedt dan gemiddeld wordt vergoed in de bekostiging.

##### Toepasbaarheid

cGGZ-aanbieders met zorgzwaarteproblematiek kunnen met vrijere tarieven een hoger prijs dan gemiddeld overeenkomen met de zorgverzekeraars, zodat de hogere kosten van behandeling van een cliëntengroep met een zware zorgvraag worden gedekt.

De eerste en tweede oplossing zijn op korte termijn niet haalbaar omdat er vooralsnog landelijk te weinig objectieve informatie beschikbaar is om de oplossingsrichting door te voeren. Dit roept de vraag op in hoeverre individuele cGGZ-aanbieders dan wel in staat zijn om op lokaal niveau zorgzwaarteproblematiek objectief aan te tonen tijdens de onderhandelingen met verzekeraars. In paragrafen 5.1 en 6.2 komen we hierop terug. Wel is het van belang erop te wijzen dat bij een systeem van vrijere tarieven cGGZ-aanbieders met een zorgzwaarteprobleem een maximale prikkel hebben om het zorgzwaarteprobleem aantoonbaar inzichtelijk te maken en de noodzakelijke informatie te verzamelen en op te leveren. Met introductie van vrijere tarieven biedt de NZa de veldpartijen de ruimte om maatwerkoplossingen te bewerkstelligen. Het is echter aan de cGGZ-aanbieder en de verzekeraar zelf om, in onderhandeling met elkaar, van deze ruimte gebruik te maken.

## Hoofdstuk 5 Beoordeling mogelijkheid invoering vrijere tarieven in de cGGZ

Vrijere tarieven kunnen bijdragen aan het oplossen van de zorgzwaarteproblematiek in de cGGZ. Alvorens over te gaan tot invoering van vrijere tarieven, moet worden afgewogen in hoeverre de markt voor cGGZ klaar is voor tarief liberalisering. Om dit te kunnen beoordelen toetsen wij de markt voor cGGZ hierna aan verschillende criteria (deze criteria zijn mede gebaseerd op het NZa visiedocument Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg).

### 5.1 Toetsingscriterium 1: Transparantie

**Inhoud criterium:** Er moet voldoende informatie over prijs, kwaliteit en zorgzwaarteverschillen beschikbaar zijn voor het voeren van tariefonderhandelingen tussen aanbieders en verzekeraars.

**Oordeel:** Aan deze randvoorwaarde wordt voldaan, maar wat betreft de informatie-uitwisseling tussen marktpartijen zijn verbeteringen mogelijk.

**Toelichting:**

- De DBC-systematiek (incl. de wijze van declareren) op zichzelf draagt weinig bij aan transparantie van kwaliteits- en zorgzwaarteverschillen. Het aantal minuten dat besteed is en door welke beroepsgroep valt niet af te lezen uit de prestatiebeschrijving. Ook zijn de prestatiebeschrijvingen nu gerelateerd aan de DSM-diagnose van de patiënt en niet aan de zwaarte van de zorgvraag. Zorgverzekeraars kunnen op basis van de prestatiebeschrijvingen geen onderscheid maken tussen cliënten met een lichte dan wel een zware zorgvraag.
- Een goede ontwikkeling is dat de marktpartijen zich hebben gecommitteerd aan een snelle invoering en monitoring via Routine Outcome Measurement (ROM). Naar verwachting zal dit de transparantie van kwaliteits- en zorgzwaarteverschillen sterk vergroten. Zie voor nadere informatie ook paragraaf 6.2.
- Hoewel de DBC-systematiek op zichzelf weinig informatie verschaft over verschillen in kwaliteit en/of zorgzwaarte kunnen cGGZ-aanbieders met zorgzwaarteproblematiek in de onderhandeling met verzekeraars op basis van eigen gegevens (buiten de productstructuur om) waarschijnlijk wel objectief aantonen dat er sprake is van een hogere zorgzwaarte bij de door hen behandelde cliëntenpopulatie. Andersom kunnen verzekeraars ook het initiatief nemen om afspraken te maken met de cGGZ-aanbieders over het aanleveren van informatie (buiten de productstructuur om). Een voorbeeld hiervan is dat bij de zorginkoop voor 2012 afspraken worden gemaakt over het op de declaratie vermelden van het aantal minuten dat is besteed aan een cliënt.

## 5.2 Toetsingscriterium 2: Markttoegang

Inhoud criterium: Er moeten voldoende aanbieders zijn en er moet sprake zijn van vrije markttoegang voor nieuwe aanbieders.

Oordeel: Aan deze randvoorwaarde wordt voldaan

Toelichting:

- Uit de NZa-monitor curatieve GGZ 2010 blijkt dat:
  - Er in de tweede lijn 183 gebudgetteerde GGZ-aanbieders en (minimaal) 14 niet-gebudgetteerde GGZ-aanbieders met WTZi-toelating zijn.
  - Er in de tweede lijn 408 vrijgevestigde psychiaters en 1.093 psychologisch zorgverleners werkzaam zijn.
  - Er 3.087 psychologisch zorgverleners werkzaam zijn in de eerstelijns GGZ en 140 overige zorgverleners (met name psychiaters en orthopedagogen).

In de cGGZ die door zorginstellingen wordt geleverd is sprake van een hoge marktconcentratie. Desondanks geldt voor de gehele cGGZ dat er sprake is van voldoende aanbieders.

- Uit de komende Marktscan GGZ van de NZa blijkt dat het aanbod van instellingen toeneemt. Het aantal toetreders sinds 2008 is hoog (ongeveer 20% van het totaal aantal aanbieders in 2009). Het marktaandeel van de nieuwe toetreders is echter nog beperkt (minder dan 2%). Van grote toetredingsdrempels lijkt steeds minder sprake te zijn.<sup>2</sup>
- Het huidige representatiemodel in combinatie met budgettering heeft een negatief effect op de toetredingsmogelijkheden. Binnen het representatiemodel is sprake van garantiebudgetten voor de grote aanbieders op de regionale markten, waardoor er minder ruimte is voor nieuwe toetreders.

## 5.3 Toetsingscriterium 3: Keuzemogelijkheden voor cliënten

Inhoud criterium: De cliënt moet eenvoudig een aanbieder kunnen kiezen en van aanbieder kunnen veranderen.

Oordeel: Aan deze randvoorwaarde wordt voldaan.

Toelichting: Zoals in paragraaf 5.2 aangegeven zijn er voldoende aanbieders en toetredingsmogelijkheden. Consumenten hebben daarmee voldoende keuzemogelijkheden.

---

<sup>2</sup> Boer & Croon, Van instituten naar ondernemingen in de ggz, 2011

#### 5.4 Toetsingscriterium 4: Marktgedrag van partijen

Inhoud criterium: Verzekeraars moeten een prikkel hebben om goed in te kopen.

Oordeel: Aanvullende maatregelen zijn noodzakelijk om per 2013 te voldoen aan deze randvoorwaarde.

Toelichting:

- Verzekeraars zullen alleen scherp met de cGGZ-aanbieders onderhandelen over het tarief als zij zelf substantieel risico lopen over de uitgaven aan cGGZ. Hiertoe dient de ex post nacalculatie verder te worden afgebouwd. Vanaf 2012 gaan verzekeraars meer risico lopen doordat de macro nacalculatie wordt afgeschaft en doordat bij de hogekostencompensatie het nacalculatiepercentage boven de drempelwaarde wordt verlaagd van 100% naar 90%. Ook de nacalculatie van kosten buiten de zogeheten bandbreedte wordt verlaagd van 100% naar 90%. Voor 2012 gaan zorgverzekeraars scherper inkopen ondermeer door ook niet-gebudgetteerde instellingen en vrije beroepsbeoefenaren in de de tweedelijns cGGZ onder een vorm van budgettering te brengen<sup>3</sup>. Voor de invoering van vrijere tarieven en het vormgeven van de budgettaire beheersbaarheid is het echter noodzakelijk dat in 2013 het financiële risico voor verzekeraars verder wordt vergroot (zodat er de facto een uitgavenplafond voor verzekeraars wordt ingevoerd).
- Het huidige representatiemodel verhoudt zich niet met de invoering van bandbreedtetarieven, waarbij van individuele verzekeraars wordt verwacht dat zij over het tarief onderhandelen met de cGGZ-aanbieders.

#### 5.6 Conclusie: noodzakelijke flankerende maatregelen

Aan de voorwaarden voor invoering van vrijere tarieven wordt voldaan mits twee flankerende maatregelen worden genomen:

1. Afschaffen representatiemodel

Bij de huidige budgetafspraken is het model van representatie nog noodzakelijk, maar bij prestatiebekostiging met vrijere tarieven niet meer. Gezien de beperking van het representatiemodel tot 'non-concurrentiële' markten is voortzetting van het representatiemodel niet zonder meer mogelijk. Onze inschatting is dat de NMa niet akkoord gaat met een representatiemodel tenzij dat absoluut noodzakelijk is. Bovendien bevat het representatiemodel niet de juiste prikkels om scherp zorg in te kopen, hetgeen een absolute voorwaarde is voor invoering van vrijere tarieven. Zie eventueel ook de analyse in paragraaf 4.2 van onze notitie 'Budgettaire beheersing bij invoering prestatiebekostiging cGGZ'. Wij adviseren dan ook het representatiemodel per 2013 af te schaffen.

---

<sup>3</sup> ZN brief aan VWS over ombuigingsmaatregel GGZ, augustus 2011

2. Verhogen risicodragendheid verzekeraars

Voor het scherp in kopen van zorg is het noodzakelijk dat verzekeraars voldoende financieel risico lopen over de uitgaven aan cGGZ. Hiervoor is aangegeven dat in 2012 belangrijke stappen worden gezet om de ex post nacalculatie af te bouwen. Wij zijn van mening dat de risicodragendheid van verzekeraars per 2013 verder moet worden opgevoerd om, vanuit het oogpunt van budgettaire beheersbaarheid, vrijere tarieven in te voeren. Als de risicodragendheid van verzekeraars per 2013 verder wordt opgevoerd achten wij de invoering van vrijere tarieven verantwoord. Zie eventueel paragraaf 4.3 van onze notitie 'Budgettaire beheersing bij invoering prestatiebekostiging cGGZ' voor een analyse waarom verdere verhoging van de risicodragendheid van verzekeraars per 2013 verantwoord is.

## Hoofdstuk 6 Concrete vormgeving vrijere tarieven in de cGGZ

### 6.1 Vormgeving en reikwijdte vrijere tarieven

#### Advies voor bandbreedtetarieven in plaats van vrije tarieven

Tariefliberalisering geeft ruimte om bij de zorginkoop beter rekening te kunnen houden met doelmatigheid, kwaliteit en zorgzwaarteverschillen. Uit de beoordeling in hoofdstuk 5 blijkt dat met flankerende maatregelen kan worden voldaan aan de toetsingscriteria voor tariefliberalisering. Voor een belangrijk deel van de sector betreft het echter een grote overgang van een situatie met budgetten en vastgestelde tarieven naar tariefliberalisering. Om partijen in hun rol te kunnen laten groeien adviseren we om bandbreedtetarieven in te voeren en niet per 01-01-2013 reeds over te gaan op volledig vrije prijsvorming.

#### Reikwijdte bandbreedtetarieven

We adviseren daarbij om de bandbreedtetarieven voor alle DBC's mogelijk te maken. Dit heeft drie redenen:

1. Zorgzwaarteproblematiek kan zich in theorie bij elke DBC voordoen. Er is geen informatie waaruit blijkt dat bepaalde zorgzwaarteproblematiek zich bij specifieke DBC's of deelsectoren niet voordoet.
2. De noodzaak van budgettaire neutraliteit heeft als consequentie dat wat een deel van de aanbieders extra krijgt, bij een ander deel van de aanbieders moet worden gekort. Vanuit dat oogpunt achten wij het niet verstandig om de bandbreedte te richten op specifieke DBC's of specifieke cGGZ-aanbieders met zorgzwaarteproblematiek. De bandbreedte moet ook (negatief) kunnen worden toegepast bij aanbieders die relatief lichte zorgvragen behandelen.
3. De bandbreedte kan met deze vormgeving ook worden aangewend voor de financiering van de zorgzwaarteproblematiek door de overige DBC's van een aanbieder (zonder zorgzwaarteproblematiek) een hoger tarief te bieden.

#### Hoogte bandbreedtetarieven

We adviseren een bandbreedte van -30% tot +10%. Een dergelijke bandbreedte zal in veel situaties voldoende ruimte bieden voor het bevorderen van doelmatigheid en kwaliteitsverbetering, alsmede voor het oplossen van zorgzwaarteproblematiek. De positieve ruimte in de bandbreedte kan worden aangewend om te belonen voor een hogere kwaliteit en het oplossen van zorgzwaarteproblematiek. De negatieve ruimte in de bandbreedte kan worden aangewend om doelmatigheid te realiseren en om aanbieders die relatief lichte zorgvragen behandelen een lager tarief dan gemiddeld te geven.

#### Uitzonderingen op reguliere bandbreedte

De keerzijde van een beperkte bandbreedte is dat in zeer specifieke situaties de genoemde bovengrens van de bandbreedte onvoldoende zal zijn om een adequate oplossing te bieden voor zorgzwaarteproblematiek. Het betreft vooral zorgzwaarteproblematiek bij enkele, relatief kleine, aanbieders die zijn gespecialiseerd in complexe problematiek. De specialisatie heeft twee consequenties:



1. Door de specialisatie behandelen deze instellingen relatief veel patiënten die zijn doorverwezen door andere GGZ-instellingen. Bij doorverwijzingen door andere cGGZ-aanbieders is de kans groot dat het juist patiënten met een relatief zware zorgvraag betreft.
2. Door de specialisatie levert de cGGZ-aanbieder relatief weinig andere DBC's die (eventueel met een toeslag uit de bandbreedte) het negatieve resultaat zouden kunnen compenseren.

Op grond van een quick scan stellen we vast dat er bij enkele specifieke aanbieders sprake kan zijn van zorgzwaarteproblematiek die niet kan worden opgelost met eerder genoemde bandbreedte van 10%.

#### Extra hoge bandbreedte voor 3 tot 7 cGGZ-aanbieders

Het is denkbaar dat de NZa voor deze beperkte groep een beschikbaarheidsbijdrage toekent op grond van de Aanvulling Instrumenten Bekostiging WMG (zie ook paragraaf 4.2). Dit betekent dat de NZa bepaalt welke cGGZ-aanbieders extra geld krijgen in verband met zorgzwaarte en ook hoeveel deze aanbieders krijgen. Er is hiervoor op dit moment in zeer beperkte mate informatie beschikbaar.

In lijn met de reguliere bandbreedte adviseren we daarom om een zeer beperkt aantal aanbieders de mogelijkheid te bieden van een grotere bandbreedte. Het gaat naar verwachting om circa 3 tot 7 gespecialiseerde cGGZ aanbieders. De grotere bandbreedte moet deze aanbieders de mogelijkheid geven om met zorgverzekeraars te onderhandelen over een hoger tarief om de zorgzwaarte te compenseren. Het is echter niet vanzelfsprekend dat deze aanbieders vervolgens ook een hogere prijs krijgen. Zorgaanbieders zullen zorgverzekeraars met objectieve informatie moeten overtuigen dat een hogere prijs gerechtvaardigd is. Als deze aanbieders daadwerkelijk een gespecialiseerde derdelijns instelling zijn, dan hebben ze ook een zekere marktmacht om zorgverzekeraars hiertoe te bewegen.

We zien een hogere bandbreedte voor enkele gespecialiseerde aanbieders als een haalbare oplossing op korte termijn die veldpartijen in staat stelt om op lokaal niveau extreme zorgzwaarteproblematiek op te lossen. Wellicht is het op termijn mogelijk om zorgzwaarte op te nemen in de productstructuur. De hogere bandbreedte kan dan in de toekomst komen te vervallen. Ook is het denkbaar dat de (hogere) bandbreedte op langere termijn niet meer relevant is omdat in de hele sector vrije tarieven worden ingevoerd.

We stellen voor dat cGGZ-aanbieders een verzoek tot een extra hoge bandbreedte kunnen indienen bij de NZa. De NZa zal daarbij als eis kunnen stellen dat de aanbieder in hoge mate gespecialiseerd is en dat de aanbieder mede door deze specialisatie een zeer hoog aantal doorverwijzingen heeft vanuit andere cGGZ-instellingen. Doorverwijzingen vanuit andere cGGZ-instellingen zien we als een belangrijke aanwijzing voor zorgzwaarte.

Op grond van een quick scan op basis van budgetinformatie en DBC-opbrengsten van aanbieders schatten wij in dat de bandbreedte voor 3 tot 7 aanbieders tot maximaal 50% zal moeten bedragen. Komende half jaar kan dit eventueel nader worden onderzocht. Het budgettaire risico van deze grotere bandbreedte voor 3 tot 7 aanbieders achten we beperkt. We schatten de zorgzwaarteproblematiek voor deze 3 tot 7 aanbieders in totaal in op circa € 10 a 15 mln. Indien zorgverzekeraars de zorgzwaarteproblematiek voor deze zorgaanbieders volledig compenseren, dan moeten ze uitgaande van budgettaire neutraliteit circa 0,25% à 0,375% besparen bij de overige cGGZ aanbieders. Dit lijkt een realistische opgave (zie budgettaire beheersing).

### Budgettaire beheersing

Een systeem van bandbreedtetarieven kan macrobudgettair neutraal worden ingevoerd. Hierbij veronderstellen we dat er binnen de huidige budgetsystematiek geen sprake is van zorgzwaarteproblematiek. Instellingen zijn onder de huidige budgetsystematiek immers niet structureel verlieslatend. Dit betekent dat er op macro-niveau voldoende financiële middelen beschikbaar zijn en er alleen sprake is van een verdelingsprobleem: cGGZ-aanbieders met een populatie met een lichtere zorgvraag dan gemiddeld in de productgroep krijgen binnen de DBC-systematiek een te hoge vergoeding ten opzichte van de budgetsystematiek. CGGZ-aanbieders met een zwaardere zorgvraag dan gemiddeld in de productgroep krijgen binnen de DBC-systematiek een te lage vergoeding ten opzichte van de budgetsystematiek. Indien de ex post compensaties in de risicoverevening worden afgeschaft (zie paragraaf 5.6) hebben zorgverzekeraars een sterke financiële prikkel om uitgaven te beperken tot het voor hun relevante uitgavenplafond. Zorgverzekeraars zullen bij een deel van de cGGZ-aanbieders lagere tarieven dan de huidige tarieven van de productgroepen gaan afspreken om de cGGZ-aanbieders met zorgzwaarteproblematiek financieel te kunnen accommoderen met een hoger tarief.

## **6.2 Benutten bandbreedtetarieven door contractpartijen**

### Beschikbare informatie over zorgzwaarte

Willen contractpartijen de ruimte die bandbreedtetarieven bieden effectief benutten voor het oplossen van zorgzwaarteproblematiek, dan zal op lokaal niveau de zorgzwaarte van de cliëntenpopulatie van een cGGZ-instelling inzichtelijk moeten worden gemaakt. Uit enkele interviews met aanbieders blijkt dat aanbieders zichzelf in staat zien om op basis van eigen informatie zorgverzekeraars inzicht te bieden in hun zorgzwaarteproblematiek. Daarnaast is de benchmark GGZ uitgevoerd door de Stichting Benchmark GGZ (SBGGZ) van belang. De SBGGZ is een trusted third party (TTP) binnen de GGZ. Met de Benchmark Rapportage Module (BRaM) kunnen GGZ-instellingen onderzoeken hoe hun behandelresultaten zich verhouden tot het landelijk gemiddelde. Voor zorgverzekeraars biedt BRaM een handvat bij het overleg met zorgaanbieders over de kwaliteit van de geboden zorg. Op basis van de gegevens die SBGGZ ontvangt van de deelnemende cGGZ-instellingen is een redelijk beeld te verkrijgen van de zorgzwaarte van een cliëntenpopulatie van een instelling in vergelijking met andere cGGZ-instellingen.

### Vier variabelen relevant voor inzicht in zorgzwaarte

Met name de volgende vier variabelen lijken voor het in kaart brengen van de zorgzwaarte van een individuele cliënt relevant:

1. De ernst van de primaire aandoening
2. Comorbiditeit
3. Niveau van functioneren
4. Behandelhistorie

Voorgaande variabelen kunnen eventueel aangevuld worden met kenmerken als justitieel verleden en lage SES. De eerste drie hiervoor genoemde variabelen (i.c. 'ernst van de primaire aandoening', 'comorbiditeit' en 'niveau van functioneren') zijn inzichtelijk te maken op basis van de gegevens die

de SBGGZ ontvangt. De variabele 'behandelhistorie' kan niet inzichtelijk worden gemaakt op basis van de gegevens van de SBGGZ.

#### Benutten van beschikbare informatie bij onderhandelingen

Aanlevering van gegevens bij de SBGGZ gebeurt door de deelnemende cGGZ-instellingen op het niveau van de individuele patiënt. Om een beeld te krijgen van de gemiddelde zorgzwaarte van een cliëntenpopulatie van een cGGZ-instellingen moeten de aangeleverde gegevens voor de drie hiervoor genoemde variabelen geaggregeerd worden. Het geaggregeerde beeld kan vervolgens door de zorgverzekeraars vergeleken worden met het gemiddelde landelijke beeld. Deze vergelijking maakt inzichtelijk in hoeverre er bij een cGGZ-instelling sprake is van zorgzwaarteproblematiek. Op basis van die gegevens is echter niet direct een tarief af te leiden. Hiervoor kan een zorgverzekeraar vragen dat een cGGZ-instelling inzicht biedt in zijn kostprijzen.

#### Deelname cGGZ-instellingen aan benchmark GGZ en bestuurlijk akkoord

GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland hebben de volgende afspraken gemaakt over het aanleveren van gegevens door GGZ-instellingen aan de SBGGZ:

- Eind 2012 vindt bij 60 – 65 % van de DBC's een voormeting (bij start behandeling) plaats;
- Eind 2014 vindt bij 80% van de DBC's een voormeting plaats;
- Eind 2014 vindt bij 50% van de DBC's zowel een voor- als een nameting (na afronding behandeling) plaats.

Hoewel het er momenteel op lijkt dat deze afspraken mogelijk nog niet gerealiseerd gaan worden, is de ambitie duidelijk gericht op een deelname van alle instellingen binnen de cGGZ. Hierbij moet wel worden aangetekend dat de vrijevestigden nog niet mee doen.

In een eventueel af te sluiten bestuurlijk akkoord moeten partijen ook afspraken maken over de informatie die aanbieders zullen leveren aan verzekeraars om goede tariefonderhandelingen en lumpsum afspraken mogelijk te maken. In elk geval moeten partijen bevestigen dat reeds eerder gemaakte afspraken over deelname van cGGZ-instellingen aan de benchmark GGZ daadwerkelijk gerealiseerd gaan worden. Daarnaast zouden partijen kunnen afspreken hoe informatie over de vierde variabele 'behandelhistorie' verkregen en uitgewisseld kan worden.

#### Toekomstige contractering en zorgzwaarte bij Achmea Zorg & Gezondheid

Omdat de zorgvraag van GGZ-cliënten erg divers is, gaat Achmea Zorg & Gezondheid gedifferentieerder inkopen. Ten behoeve van de zorginkoop voor 2012 heeft Achmea daarom de cGGZ-sector onderverdeeld in vier deelmarkten voor volwassenen en ouderen en vier deelmarkten voor kinderen en jongeren. De stappen die Achmea Zorg & Gezondheid zet als het gaat om gedifferentieerd inkopen op basis van deelmarkten dragen bij aan het op termijn selectief gaan inkopen en betalen van de juiste prijs voor de juiste zorg. Het laatste betekent dat Achmea Zorg & Gezondheid eerst de prijs corrigeert voor de zorgzwaarte van de patiënt en vervolgens inkoopt volgens de methode Pay for Performance. Daarbij wordt de cGGZ-aanbieder beloond voor een bepaalde 'performance', uitgedrukt in een aantal kwaliteits- en doelmatigheidsindicatoren. Dit betekent dat er, op basis van de zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie en prestatie op (onder andere) de ROM-indicatoren, een opslag of afslag komt op de prijs voor de verleende zorg.

Op termijn inkopen volgens de Pay for Performance methode is alleen mogelijk als:

- Kwaliteits- en doelmatigheidsverschillen inzichtelijk worden. Achmea Zorg & Gezondheid hecht mede in dat kader veel belang aan de inzet van Routine Outcome Monitoring (ROM). Over het aanleveren van gegevens voor de landelijke benchmark zijn afspraken gemaakt tussen GGZ Nederland en ZN. Achmea Zorg & Gezondheid beloont zorgaanbieders die het afgesproken branchegemiddelde in 2012 overstijgen.
- Zorgzwaarteverschillen inzichtelijk worden. Momenteel zet Achmea Zorg & Gezondheid in samenwerking met een aantal zorgaanbieders een onderzoekstraject op om inzicht te verkrijgen in zorgzwaarte. Daarbij voorziet een inhoudelijk kennisplatform (met daarin hoogleraren psychiatrie) Achmea Zorg & Gezondheid van advies.

(Bron: Zorginkoopprocedure 2012 curatieve GGZ-aanbieders binnen representatie. Naar een toekomstbestendige GGZ. Achmea Zorg & Gezondheid, 2011)

## 7. Advies

### Zorgzwaarteproblematiek in de cGGZ

Onder zorgzwaarteproblematiek in de cGGZ verstaan wij de situatie waarin:

- een cGGZ-aanbieder een cliëntenpopulatie heeft met een aantoonbare bovengemiddelde zware of afwijkende zorgvraag als gevolg van bepaalde patiëntenkenmerken,
- waardoor een meer intensieve behandeling noodzakelijk is dan gemiddeld
- waarbij het bekostigingssysteem deze aanbieder voor behandeling van haar cliëntenpopulatie een vergoeding geeft op basis van een landelijk gemiddelde cliëntenpopulatie,
- waardoor de betreffende cGGZ-aanbieder structureel verlies maakt op de behandeling van de betreffende cliëntenpopulatie.

Drie elementen van zorgzwaarte worden onvoldoende ondervangen binnen de huidige DBC-systematiek:

1. Het tarief is ontoereikend voor behandeling van een cliëntenpopulatie waarbij een intensievere behandeling dan gemiddeld noodzakelijk is, maar waarbij de tijdrange van de productgroep niet wordt overschreden;
2. Het tarief is ontoereikend voor behandeling van een cliëntenpopulatie waarbij het behandelprofiel en de casemix van behandelaars duurder is dan het gemiddelde;
3. De DBC-systematiek biedt geen ruimte om meer niet-patiëntgebonden tijd dan gemiddeld te vergoeden.

### Oplossingsrichtingen

Hoewel aanpassing van de productstructuur op het eerste gezicht wellicht voor de hand ligt als oplossing van zorgzwaarteproblematiek, is het op dit moment nog niet mogelijk deze oplossingsrichting te verwezenlijken. Voor aanpassing van de productstructuur is het noodzakelijk inzicht te hebben in de cliëntkenmerken (en eventueel behandelkenmerken) die leiden tot een relatief duur behandeltraject. Dat inzicht bestaat momenteel nog onvoldoende.

Een tweede mogelijkheid vormt het door de NZa vaststellen van een aanvullende vergoeding (lump sum of vaste opslag op het tarief per geleverde DBC) voor cGGZ-instellingen waarvan vaststaat dat hun cliëntenpopulatie een hogere zorgzwaarte kent dan gemiddeld. Bij deze oplossing moet de NZa op basis van objectieve kenmerken kunnen vaststellen welke cGGZ-instellingen te maken hebben met zorgzwaarteproblematiek en in aanmerking komen voor de aanvullende vergoeding. Ook moet de omvang van de vergoeding kunnen worden vastgesteld door de NZa. cGGZ-breed ontbreekt bij de NZa dat inzicht op dit moment, waarmee de tweede oplossingsrichting voor de gehele cGGZ-sector niet kan volstaan.

Wij adviseren daarom een alternatieve oplossingsrichting te volgen. Bij deze oplossingsrichting geeft de NZa veldpartijen de mogelijkheid om zelf tot maatwerkoplossingen te komen in het geval er

aantoonbaar sprake is van zorgzwaarteproblematiek. Wij adviseren de NZa daartoe vrijere tarieven te introduceren.

#### Vormgeving vrijere tarieven

Wij adviseren de NZa de vrijere tarieven als volgt vorm te geven:

Vormgevingsaspect	Advies
Tariefvorm	Bandbreedtetarieven
Reikwijdte	Alle DBC's in de cGGZ
Tariefhoogte	Een bandbreedte van: -30% tot + 10%
Uitzonderingsbepaling	Voor circa 3 tot 7 zeer gespecialiseerde cGGZ-aanbieders met veel doorverwezen cliënten geldt een hogere bovengrens van de bandbreedte: maximaal 50%.
Flankerende maatregelen	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Afschaffen van het representatiemodel</li><li>2. Verhogen van de risicodragendheid van verzekeraars door de ex post vereveningsmechanismen verder af te bouwen</li></ol>

#### Benutten bandbreedtetarieven door contractpartijen

Wij adviseren de NZa zich te beperken tot het via introductie van bandbreedtetarieven scheppen van de mogelijkheid voor de contractpartijen om op lokaal niveau gezamenlijk een oplossing te vinden voor zorgzwaarteproblematiek. Het is vervolgens aan partijen zelf om adequaat gebruik te maken van deze mogelijkheid. Daarbij zien wij geen rol weggelegd voor de NZa. Voor het adequaat benutten van de ruimte is het noodzakelijk dat de cGGZ-aanbieders op lokaal niveau de zorgzwaarte van hun cliëntenpopulatie inzichtelijk weten te maken richting zorgverzekeraars. Op basis van de gegevens die SBGGZ ontvangt van de deelnemende cGGZ-instellingen is een redelijk beeld te verkrijgen van de zorgzwaarte van een cliëntenpopulatie van een instelling in vergelijking met andere cGGZ-instellingen. Het is in dat kader noodzakelijk dat reeds eerder gemaakte afspraken over deelname van cGGZ-instellingen aan de benchmark GGZ daadwerkelijk gerealiseerd gaan worden. Wij adviseren dat in een eventueel bestuurlijk akkoord voor de cGGZ deze afspraken worden bevestigd. Daarnaast adviseren wij dat partijen in het bestuurlijk akkoord vastleggen hoe informatie over de 'behandelhistorie' verkregen en uitgewisseld kan worden, aangezien dit een belangrijke indicator voor zorgzwaarte kan zijn.