

## **Bijlage 2 Toelichting Standpunt op NZa-advies doorontwikkeling productstructuur**

### *Het Engelse model*

Een productstructuur die geënt is op het "Engelse model", kan op verschillende manieren bijdragen aan het waarborgen van de kwaliteit en doelmatigheid van de ggz (zoals toegelicht in het betreffende rapport bij het NZa-advies).

- In het model wordt gewerkt met circa 20 zogenaamde zorgclusters met "vaste evaluatiemomenten". Op deze evaluatiemomenten (of zo veel eerder als nodig is) wordt in samenspraak met de patiënt bepaald of en zo ja welk zorgcluster voor de volgende periode van toepassing is en dus of de behandeling moet worden beëindigd, opgeschaald, met dezelfde intensiteit moet worden voortgezet, of afgeschaald.
- De zorgclusters in het "Engelse model" (inclusief de vaste evaluatiemomenten) bieden verder ook de mogelijkheid om de zorgstandaarden die momenteel worden ontwikkeld hierbij aan te laten sluiten. Ook lijkt het mogelijk om desgewenst de generalistische basis ggz op een natuurlijke wijze in de zorgclusters op te nemen.

Het "Engelse model" biedt ook de mogelijkheid om tegemoet te komen aan de wens om de informatievoorziening over de macro-uitgaven te versnellen. Het is van belang dat een nieuw bekostigingsmodel in de ggz bijdraagt aan de structurele houdbaarheid van de ggz-uitgaven. Verder biedt het "Engelse model" volgens de betreffende rapportage bij het NZa-advies de mogelijkheid de administratieve lasten op termijn te verminderen doordat de noodzaak van het continu bijhouden van de tijdsbesteding (tijdschrijven) kan verdwijnen.

Onderdeel van het advies van de NZa over de productstructuur voor de gespecialiseerde ggz en de forensische zorg, is een implementatieplan dat gericht is op brede invoering van de nieuwe productstructuur per 2019. De NZa schrijft dat de betrokken partijen grote waarde hechten aan deze 'stip op de horizon' en unaniem hun steun hebben uitgesproken om de komende jaren toe te werken naar deze nieuwe productstructuur. Het implementatieplan voorziet in het uitvoeren van pilots en experimenten met een prototype van deze nieuwe productstructuur in de periode die loopt van maart 2016 tot en met december 2017. Begin 2018 kan dan de laatste hand worden gelegd aan de uitwerking van de productstructuur.

### *Reactie*

Bij de sectorbrede invoering van dbc-bekostiging in de ggz,<sup>1</sup> schetste ik een gewenst perspectief, waarbij in de productstructuur "minder nadruk" zou komen te liggen op tijdschrijven en "een betere koppeling" zou worden gemaakt tussen "diagnose, zorgvraag en behandeling (met een normatieve component) als eerste stap in de richting van outcomebekostiging" waarbij dan zou kunnen worden aangesloten bij "de kennis die ontwikkeld wordt over zorgpaden [...]". Het perspectief dat geschetst wordt in het NZa-advies sluit hierbij goed aan.

Uit het implementatieplan bij het NZa-advies blijkt dat op een later moment (rekening houdend met de resultaten van de aangekondigde pilots en experimenten) bepaald moet worden hoe de bekostiging van zorgclusters precies plaatsvindt. Ik zal de NZa verzoeken om, bij het uitwerken van de productstructuur, ernaar te streven deze op zo'n manier vorm te geven dat zorgpaden/genormeerde zorgactiviteiten de basis vormen van de bekostiging van de betreffende zorg, rekening houdend met de resultaten van de aangekondigde pilots en experimenten. Op die manier worden de productstructuur en de bekostiging dienstbaar gemaakt aan de levering van kwalitatief goede en doelmatige zorg.

De uitgewerkte productstructuur en de daaruit volgende nieuwe bekostiging moeten te zijner tijd – bij de definitieve besluitvorming daarover – in voldoende mate voldoen aan de volgende criteria:

- medisch herkenbaar zijn;
- geleverde zorg dient zodanig omschreven te zijn dat deze bruikbaar is voor de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- omschrijving op de declaratie moet begrijpelijk zijn voor verzekeren;
- bestaan uit kostenhomogene producten;
- bijdragen aan een verbetering van de prikkels voor het leveren van kwalitatief goede

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2011-2012, 25 424, nr. 160.

- (effectieve) en doelmatige zorg;
- leiden tot een verbetering van de sturingsinformatie voor zorgaanbieders en verzekeraars;
  - voldoen aan de wet- en regelgeving op het gebied van privacybescherming;
  - bijdragen aan een verlaging van de ervaren administratieve lastendruk;
  - leiden tot vervroegde declaratiemogelijkheden voor zorgaanbieders en leiden tot het versneld beschikbaar komen van kwalitatief goede, definitieve schadelastinformatie op macroniveau;
  - macrobudgettaire beheersbaar zijn en minstens passen binnen de dan geldende kaders;
  - invoering van de nieuwe productstructuur mag niet leiden tot een grotere fouten- of fraudegevoeligheid van het bekostigingssysteem;
  - invoering van de nieuwe productstructuur moet bijdragen aan het voorkomen van nieuwe jaarrekeningenproblematiek, of mag in elk geval niet leiden tot/ bijdragen aan nieuwe jaarrekeningenproblematiek.

Het advies van de NZa en de daarbij behorende rapportages bieden op dit moment een reëel perspectief dat bij invoering ook daadwerkelijk in voldoende mate aan deze criteria kan worden voldaan. Ik zal uiteindelijk op basis van een toetsing aan deze criteria, een definitief besluit nemen over de invoering van de nieuwe productstructuur en bekostiging. Ik zal ook tijdens de uitvoering van het implementatieplan go/no go momenten inlassen gebaseerd op deze criteria.

#### *Versnelling van de informatievoorziening*

In maart 2015 heb ik de NZa gevraagd om ook opties uit te werken voor het versnellen van de informatievoorziening over de macro-uitgaven via het verkorten van de (maximum)doorlooptijden van de huidige dbc's in de ggz en de forensische zorg.

Het rapport waarin de NZa deze opties heeft uitgewerkt, heb ik bijgevoegd bij het advies van de NZa dat ik kort geleden aan de Tweede Kamer heb aangeboden.

De NZa schrijft dat deze opties naar verwachting een negatieve invloed hebben op de haalbaarheid van de tijdsplanning van invoering van de nieuwe productstructuur. De NZa vindt dat een dermate groot nadeel dat de NZa adviseert de (maximum)doorlooptijden in de huidige productstructuur nu niet te verkorten. De NZa heeft daarnaast ook de effecten van doorlooptijdverkorting van ggz-dbc's in beeld gebracht op een aantal andere criteria, waaronder de effecten op de administratieve lasten en de kans op (nieuwe) jaarrekeningenproblematiek. Hieruit blijkt dat – hoewel een verkorting van de (maximum)doorlooptijd van ggz-dbc's op termijn tot minder administratieve lasten en een verkleining van de kans op nieuwe jaarrekeningenproblematiek kan leiden – op korte termijn hiervan juist het tegenovergestelde effect te verwachten is. De NZa schrijft dat bij zo'n verkorting "een intensieve implementatieperiode doorlopen moet worden", met een "groot" risico op nieuwe jaarrekeningenproblematiek en waarbij "meer administratieve lasten" (tijdelijk) "niet te vermijden" zijn. Ik neem dit advies van de NZa over.

Het versneld beschikbaar komen van definitieve schadelastinformatie op macroniveau wil ik dus realiseren via de implementatie van de nieuwe productstructuur. Eventuele tussenstappen in het versneld declareren en het versnellen van de informatievoorziening zijn alleen wenselijk als ze op een inhoudelijk logische manier binnen dit implementatietraject inpasbaar zijn (rekening houdend met de eerder genoemde criteria). Verder zie ik kansen om een verbetering en versnelling van de informatievoorziening over de macro-uitgaven te realiseren door het initiatief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en GGZ Nederland om een zogenaamde 'productiemonitor' op te zetten. Daarmee wordt beoogd een beter inzicht te krijgen in het "onderhandenwerk" van ggz-aanbieders. Over de bruikbaarheid hiervan voor het verbeteren en versnellen van de informatievoorziening ben ik in gesprek met ZN en GGZ Nederland.