

Vergaderjaar 2022–2023

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 650

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR LANGDURIGE ZORG EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 april 2023

Zoals toegezegd in het commissiedebat over de ggz van 2 november 2022, informeer ik uw Kamer met deze brief over de stand van zaken rondom het zorgprestatie­model in de ggz sector. In deze brief ga ik in op de eerste evaluatie van het zorgprestatie­model, het onderzoek naar de omzetontwikkeling in de ggz en ten slotte de motie van het lid van den Hil.¹ Over het oordeel van de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) over de uitvraag van ggz gegevens heb ik uw Kamer op 22 februari 2023 geïnformeerd.² Ook heb ik op 9 maart 2023 vragen van de leden Rajkowski en Van den Hil (beiden VVD) over de uitvraag van ggz gegevens beantwoord.³

Eerste evaluatie van het zorgprestatie­model (zpm)

Op 1 januari 2022 is het zorgprestatie­model ingevoerd. Het zorgprestatie­model draagt bij aan reële tarieven voor geleverde zorg, minder administratieve lasten voor behandelaren en ondersteunende afdelingen en een begrijpelijke factuur voor de patiënt. Met de invoering kunnen declaraties ook sneller worden verstuurd en verwerkt dan voorheen, waarmee sneller inzicht ontstaat in de ontwikkeling van de zorgkosten. Daarnaast zorgt het zorgprestatie­model samen met de zorgvraagtypering voor een betere match tussen zorgvraag en -aanbod. Deze zorgvraagtypering is namelijk de «taal» die gebruikt kan worden om de link te kunnen leggen tussen de zorgvraag en het zorggebruik van specifieke groepen patiënten. Die taal is hard nodig, juist zodat er gestuurd kan worden bij het inkopen van voldoende zorg voor complexere patiënten. Dit draagt bij aan een goede ggz, die toegankelijk is voor iedereen die haar nodig heeft.

¹ Kamerstuk 25 424 nr. 628.

² Kamerstuk 25 424 nr. 646.

³ Aangangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1797.

Door de partijen⁴ binnen het programma zorgprestatie­model is een eerste evaluatie van het zorgprestatie­model uitgevoerd.⁵ In de evaluatie is onderzocht in hoeverre de beoogde doelen van het zorgprestatie­model worden behaald.

Zoals uit de evaluatie blijkt, is de invoering van het zorgprestatie­model een grote operatie (geweest) voor (de backoffices van) de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het gereed maken van de elektronische patiënten­dossiers (EPD's) bij de zorgaanbieders heeft meer tijd gekost dan verwacht, met name bij de grote zorgaanbieders. Dit leidde ertoe dat aanbieders lange tijd niet hebben kunnen declareren. Inmiddels is deze declaratiestroom wel op gang gekomen. De schattingen zijn dat voor 2022 ongeveer 75% van de verwachte kosten inmiddels is gedeclareerd en uitbetaald.

Uit de evaluatie komt naar voren dat het zorgprestatie­model brede steun geniet van de betrokken partijen.⁴ Het wordt gezien als een verbetering ten opzichte van de dbc-systematiek. Net als ieder bekostigingsmodel kent ook het zorgprestatie­model sterke en zwakke kanten. In de evaluatie worden als sterke punten genoemd:

- Het vergroten van transparantie. De factuur voor de patiënt wordt begrijpelijker en declaraties kunnen (sinds de verwerking van het zorgprestatie­model in de systemen van de zorgaanbieders) sneller worden verstuurd en verwerkt dan voorheen, waarmee ook sneller inzicht ontstaat in de ontwikkeling en vaststelling van de zorgkosten;
- Het normeren van de indirecte tijd⁶ waardoor de indirecte tijd niet meer geschreven hoeft te worden en de administratieve lasten op dit punt dalen. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de daling van de administratieve lasten op dit moment nog niet altijd zo wordt ervaren. De verlichting zit in het stoppen van de registratie van indirecte tijd, maar door onder andere de tijdelijke lastenverzwaring als gevolg van de implementatie van het zorgprestatie­model, het frequenter registreren van de (korte) contacten, het toevoegen van de zorgvraagtypering vragenlijst als verplichte handeling voor de behandelaar en dat er (nog) geen ruimte is geweest bij zorgaanbieders voor het optimaliseren van de registratieprocessen, maakt dat er nog niet overal een administratieve lastenverlichting wordt ervaren;
- De differentiatie naar beroep, type consult (diagnostiek/behandeling) en setting. In de dbc-systematiek leverde elke minuut zorg evenveel financiële middelen op waardoor er een prikkel was om zo goedkoop mogelijke zorg in te zetten. In het zorgprestatie­model zijn de tarieven gedifferentieerd naar het type beroep, waardoor deze prikkel is weggenomen. Het wegvallen van deze prikkel wordt gewaardeerd door de partijen.

Naast deze sterke punten is er ook waardering voor de manier waarop de bekostiging relatief beleidsneutraal is opgezet. De zorg die noodzakelijk wordt geacht en geleverd door de behandelaar, is de zorg die bekostigd wordt.

⁴ Binnen het programma zorgprestatie­model werken de volgende partijen samen: Zorgverzeke­raars Nederland (ZN), Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychothera­peuten (LVVP), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra(NFU), V&VN, Platform MEERGGZ, NZa, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), de Nederlandse ggz (dNLggz), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN).

⁵ Verkennende evaluatie zorgprestatie­model opgeleverd – Zorgprestatie­model.

⁶ De indirecte tijd van behandelaren zit verdisconteerd in de tarieven van de consulten. In tegenstelling tot de dbc systematiek hoeven behandelaren hun indirect patiëntgebonden tijd niet meer te schrijven.

Uit de evaluatie komen ook aandachtspunten. De aandachtspunten die de evaluatie benoemd zijn:

- Het normeren van indirecte tijd wordt als sterk punt, maar ook als aandachtspunt gezien. Omdat in het zorgprestatieproces de directe patiëntgebonden tijd via de consulten in rekening wordt gebracht, is er een prikkel om zoveel mogelijk directe tijd te besteden. Dit kan ten koste gaan van investeringen in netwerkzorg (indirecte tijd), zoals afstemming met het maatschappelijk domein.
- De prestaties in het zorgprestatieproces vergoeden de directe zorg die geboden wordt zonder daar (normerende) kaders bij te stellen. Ook hiervoor geldt dat het zowel als sterk punt als aandachtspunt geldt. Het is prettig omdat het aansluit bij professionele overwegingen. Het aandachtspunt is dat het zorgprestatieproces niet uit zichzelf normeert wat passende zorg is bij groepen patiënten. Hiervoor zijn aanbevelingen gedaan die in de volgende paragraaf staan benoemd.
- Er is geen prikkel om investeringen te doen in innovaties die de directe tijd verkleinen, omdat er dan minder of kortere consulten gedeclareerd mogen worden. Dit kan ten koste gaan van het financiële resultaat van de aanbieder. Om innovaties toch te stimuleren is er binnen het zorgprestatieproces een facultatieve prestatie. Via deze prestatie kunnen zorgaanbieder en -verzekeraar afspraken maken over een betaaltitel waarmee investeringen kunnen worden ondersteunt.

De evaluatie geeft ook meerdere aanbevelingen aan partijen. Deze aanbevelingen richten zich zowel op de korte als de lange termijn. Op de korte termijn wordt de aanbeveling om de kostendekking van de tarieven te onderzoeken al opgepakt door de NZa. Hierop kom ik later in deze brief terug. De andere aanbevelingen zijn om een visie te ontwikkelen op zorgvraagtypering. Deze aanbeveling wordt opgepakt binnen de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering. Voor de doorontwikkeling is een adviescommissie zorgvraagtypering ggz opgericht in opdracht van de NZa. Ook wordt vanuit de evaluatie geadviseerd om voor het normeren van zorg een gezamenlijk normenkader te ontwikkelen. Dit normenkader moet het vertrouwen van partijen versterken dat normering bijdraagt aan zinvolle prioritering van de zorg en niet ten koste gaat van de kwaliteit. De partijen binnen het programma zorgprestatieproces zien een normerende werking van de zorgvraagtypering op middellange termijn (2025/2026) voor zich. Deze normen (bijvoorbeeld bandbreedtes op groepsniveau) kunnen opgenomen worden in veldafspraken.⁷

Als laatste aanbeveling wordt richting het programma zorgprestatieproces aanbevolen de communicatie en opleiding te verbeteren. Het gaat dan om communicatie op bestuurlijk niveau en richting zorgprofessionals. Ook is de aanbeveling om de opleiding van mensen op de werkvloer te verbeteren om het zorgprestatieproces beter te leren kennen en toe te passen.

Onderzoek naar de omzetontwikkeling in de ggz

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft onderzoek laten doen naar de volume- en omzetontwikkeling in de ggz in de maanden januari tot en met september 2022. Ik heb tijdens het commissiedebat over ggz van 2 november 2022 toegezegd uw Kamer te informeren over de resultaten van dit onderzoek. Het onderzoeksrapport is bijgevoegd.

⁷ Startnotitie Adviescommissie Zorgvraagtypering, [www.https://adviescommissie.zorgprestatieproces.nl/](https://adviescommissie.zorgprestatieproces.nl/).

De uitkomsten van het onderzoek

Uit het onderzoek komt een gemiddelde daling van de bruto omzet van -4,6% naar voren ten opzichte van dezelfde periode in 2021. Dit betreft een combinatie van een lagere productie (-3,2%) en prijs-/vergoedingseffecten (-2,7%). Dit zorgt ervoor dat de bruto omzet bij de onderzochte instellingen gemiddeld -5,9% lager is dan in dezelfde periode vorig jaar. De transitieprestatie heeft dit effect enigszins gedempt waardoor het totale effect op de bruto omzet uitkomt op -4,6%. Het gaat hierbij om (gewogen) gemiddelden waarbij de spreiding van de uitkomsten tussen de onderzochte aanbieders groot is.

De productiedaling van -3,2% kent verschillende oorzaken. Zoals aangegeven in mijn brief van 9 mei 2022, is er onder andere sprake van een hoger ziekteverzuim en is het aantal no-shows toegenomen.⁸ De inzet van personeel niet in loondienst (PNIL) is gestegen waardoor het productieverlies enigszins wordt gedempt. De omzetzijde als gevolg van een lagere productie kan niet toegeschreven worden aan de invoering van het zorgprestatieproces.

De gemiddelde daling van de bruto omzet bedraagt -5,9% terwijl de daling van het volume gemiddeld -3,2% is. Het verschil (-2,7%) moet worden verklaard door een prijs-/vergoedingseffect. Er is sprake van minder omzet per activiteit. Dit zou gedeeltelijk gerelateerd kunnen zijn aan de introductie van het zorgprestatieproces, maar kan bijvoorbeeld ook komen door het niet volledig verwerken van de index in de prijzen⁹ en/of andere onderhandelingseffecten. Deze effecten konden door het onderzoeksbureau in de analyse niet worden onderscheiden. Een percentage voor welk deel van de omzetzijde het zorgprestatieproces bijdraagt aan de gemeten omzetzijde is dan ook niet te geven op basis van onderzoek.

Bij de introductie van het zorgprestatieproces is de indirecte tijd verdisconteerd in de tarieven. De huidige normering van de indirecte tijd in de tarieven is mogelijk niet meer passend bij de huidige situatie. De data waarop de indirecte tijd is gebaseerd stamt uit 2017. Hierdoor zou het kunnen dat het zorgprestatieproces bijdraagt aan de omzetzijde. De NZa is mede daarom een onderzoek gestart of de huidige tarieven nog aansluiten bij de praktijk. Hierop kom ik later in deze brief terug.

Vervolgacties

Zoals aangegeven door mijn ambtsvoorganger aan uw Kamer op 6 oktober 2020, kan de overgang naar het zorgprestatieproces samengaan met financiële herverdelingseffecten tussen zorgaanbieders.¹⁰ Omdat dit voorzien was, zijn er in 2021 passende afspraken gemaakt. Veldpartijen hebben bestuurlijk afgesproken gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor een financieel verantwoorde, zorgvuldige en macroneutrale overgang naar het zorgprestatieproces. Hierover heb ik uw Kamer op 4 november 2021 en 9 mei 2022 geïnformeerd.¹¹ Om uitvoering te geven aan de afspraken is er in de bekostiging ruimte gecreëerd. Om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te ondersteunen bij het maken van financiële transitieafspraken, heeft de NZa voor de jaren 2022 en 2023 een

⁸ Kamerstuk 25 424 nr. 608.

⁹ Het onderzoeksbureau schrijft in het onderzoek dat een paar instellingen in de toelichting op het aanleverformaat hun prijsindex hebben gedeeld. Deze was in deze gevallen inderdaad lager dan de index die de NZa heeft toegepast op de tarieven.

¹⁰ Voorhangbrief nieuwe bekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) van 6 oktober 2020.

¹¹ Kamerstuk 25 424, nr. 594 en Kamerstuk 25 494, nr. 608.

transitieprestatie met een vrij tarief geïntroduceerd. Onderdeel van de bestuurlijke afspraken is om deze transitieprestatie te gebruiken om voor iedere individuele ggz instelling zorgvuldig en verantwoord over te laten gaan naar het zorgprestatie model. In verschillende bestuurlijke overleggen die de afgelopen periode tussen de betrokken partijen hebben plaatsgevonden zijn deze eerder gemaakte bestuurlijke afspraken herbevestigd.

Naast een herbevestiging van de eerder gemaakte bestuurlijke afspraken zijn er aanvullende acties in gang gezet. De NZa heeft het onderzoeksbureau een vervolgoopdracht gegeven om partijen te ondersteunen in het maken van goede afspraken over de transitieprestatie om de overgang naar het zorgprestatie model zo zorgvuldig mogelijk vorm te geven. Op deze manier ondersteunt de NZa zorgaanbieders en -verzekeraars in de afronding van de contractering voor de jaren 2022 en 2023. Zorgaanbieders en -verzekeraars kunnen in hun (bilaterale) contractgesprekken afspraken maken over de inzet van de transitieprestatie en maken hier ook gebruik van.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft het besluit genomen dat zorgverzekeraars – waar nodig – relevante ggz-instellingen een vergoeding bieden voor personele meerkosten die ggz-instellingen ondervonden als gevolg van excessief verzuim door corona in 2022. Dit dient besproken te worden in het lokale overleg tussen de ggz-instelling en de (individuele) verzekeraar. De toepassing van de compensatie door verzekeraars wordt gemonitord en wordt – zo nodig – besproken in bestuurlijk overleg tussen dNLggz en ZN.

Naast de hierboven genoemde opdracht om zorgaanbieders en -verzekeraars te ondersteunen in het maken van afspraken over de transitieprestatie, is de NZa gestart met twee kostprijsonderzoeken naar de tarieven.

Kostprijsonderzoeken NZa

Het is de bevoegdheid van de NZa om te bepalen of er tariefaanpassingen in het zorgprestatie model nodig zijn op basis van gedegen onderzoek. Een onderzoek naar de tarieven moet zorgvuldig uitgevoerd worden op basis van onder andere de declaratiedata. Doordat de implementatie van het zorgprestatie model in de systemen van de zorgaanbieders meer tijd in beslag heeft genomen dan verwacht, heeft het ook langer geduurd voordat aanbieders facturen konden versturen naar de zorgverzekeraar en verzekeraars om deze facturen correct te verwerken. Daarom was het voor de NZa niet mogelijk om eerder onderzoek te doen naar de tarieven.

Het eerste onderzoek van de NZa is een productiviteitsonderzoek. Dit onderzoek wordt dit jaar uitgevoerd en kan leiden tot een aanpassing van de tarieven voor 2024. In het productiviteitsonderzoek wordt onderzocht of de productie waarvan is uitgegaan bij de huidige tarieven nog klopt. Het richt zich met name op de vraag of de (genormeerde) indirecte tijd binnen de consulten nog aansluit bij de praktijk en dus of de huidige tarieven nog aansluiten bij de praktijk.

Het tweede onderzoek is een nieuw kostenonderzoek om actuele en kostendekkende tarieven te bepalen die per 2026 ingaan. De huidige tarieven zijn gebaseerd op gegevens uit 2017. In de jaren daarna is wel geïndexeerd, maar daarnaast zijn ook zaken veranderd die invloed kunnen hebben op de tarieven. Eventuele tariefaanpassingen die voortkomen uit de twee kostenonderzoeken moeten worden opgevangen binnen het financiële kader voor de ggz in het IZA.

Motie van het lid van den Hil¹²

De door uw Kamer aangenomen motie van het lid van den Hil (VVD) roept op om zo spoedig mogelijk los te komen van de DSM-indeling bij de bekostiging van zorg en toe te werken naar een zorgvraagtypering. Ik informeer uw Kamer hierbij over de uitvoering van deze motie.

Op dit moment speelt de DSM-indeling¹³ al een beperktere rol in de bekostiging dan voorheen in de dbc-systematiek. Het voornemen van de NZa is om de DSM geen rol meer te laten spelen in de bekostiging. In 2022 en 2023 staat de DSM hoofdgroepdiagnose nog op de factuur. Het nieuwe systeem van zorgvraagtypering moet de functies van de DSM-diagnosehoofdgroep gaan overnemen na een transitiefase van twee jaar. Deze transitiefase is bedoeld om de overgang van de huidige typering naar de nieuwe typering te kunnen faciliteren. De DSM-hoofdgroepdiagnose heeft in deze transitiefase nog een functie in de inkoop- en controle op rechtmatigheid. De NZa is voornemens de verplichting om de DSM hoofdgroepdiagnose op de factuur te laten vermelden per 2024 los te laten, waarna de DSM dus geen rol meer zou hebben in de bekostiging. Hierover is de NZa in gesprek met partijen. Daarnaast werken partijen aan de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering, in lijn met de motie van het lid van den Hil. Hierover heb ik uw Kamer – zoals hiervoor aangegeven – eerder geïnformeerd.¹⁴

Tot slot

Het is goed dat er een onderzoek naar de omzettingontwikkeling in de ggz is uitgevoerd. Ik vind het belangrijk dat het gesprek over de tarieven van het zorgprestatie-model op basis van feiten wordt gevoerd. Het onderzoek, in opdracht van de NZa, naar de omzettingontwikkeling in de ggz draagt hier aan bij. Eerder hebben de betrokken partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en NZa) bestuurlijk al afgesproken om gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor een zorgvuldige overgang naar het zorgprestatie-model. Ik vind het belangrijk dat de partijen samen deze verantwoordelijkheid blijven nemen, en dat zij steeds meer en beter gebruik maken van de handvatten die het zorgprestatie-model daarvoor aanreikt. De evaluatie en het onderzoek naar de omzettingontwikkeling dragen bij aan een goede doorontwikkeling van het zorgprestatie-model.

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,
C. Helder

¹² Kamerstuk 25 424 nr. 628.

¹³ DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Het is een classificatiesysteem waarin internationale afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis op basis van (nieuwe) wetenschappelijke inzichten.

¹⁴ Kamerstuk 25 424 nr. 646.