



Nederlandse
Zorgautoriteit

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk 0254867/0371998
Onderwerp Voortgangsrapportage van het programma doorontwikkeling productstructuur ggz/fz			Datum 30 augustus 2017

Geachte mevrouw Schippers,

Hierbij ontvangt u de derde voortgangsrapportage van het programma 'doorontwikkeling productstructuur ggz/fz'. Eind augustus 2016 ontving u de eerste en februari 2017 de tweede voortgangsrapportage. Deze derde voortgangsrapportage start met een samenvatting van de voorgaande rapportages. We lichten vervolgens de ontwikkelingen sindsdien toe. We informeren u, in het bijzonder over de stand van zaken met betrekking tot de pilotfase 2 alsook het traject rondom de bekostiging van het zorgclustermodel.

Samenvatting eerste en tweede voortgangsrapportage

Belangrijk doel van het programma 'doorontwikkeling productstructuur ggz/fz' is het verkrijgen van een betere relatie tussen de zorgvraag en de problematiek van de patiënt enerzijds en de bijbehorende kosten anderzijds. In 2015 is door alle partijen unaniem commitment uitgesproken om toe te werken naar een nieuwe productstructuur die geënt is op het zogenoemde 'Engelse model'. U heeft het advies van betrokken partijen hierover overgenomen en criteria benoemd waaraan de nieuwe productstructuur en de daaruit volgende bekostiging in voldoende mate moet voldoen. Op basis van toetsing aan deze criteria neemt u te zijner tijd een definitief besluit over de invoering van de productstructuur en de bekostiging.

Door een werkgroep van zorginhoudelijke experts is een voor de Nederlandse situatie toepasbare variant van het zorgclustermodel vertaald. Deze versie is in een eerste pilot in 2016 getoetst op volledigheid en (klinische) herkenbaarheid. De resultaten waren positief en zijn verwerkt in een tweede versie die nu getoetst wordt in pilotfase 2. Deze pilot levert naast de *zorgcluster*-gegevens ook *behandel*-gegevens op zodat het programma in staat is om daarmee allereerst de zorgclusters van een op praktijkgegevens gebaseerde inhoudelijke duiding te voorzien. Verder stellen deze gegevens ons in staat om analyses voor de bekostiging uit te voeren alsook te zijner tijd de impact van een overgang op het zorgclustermodel in kaart te brengen, zoals de financiële effecten van een overstap van db(b)c-bekostiging naar een bekostiging die gebaseerd is op het Zorgclustermodel.

In de laatste rapportage hebben we u bericht over de wens van het programma om de relatie met bijvoorbeeld zorgstandaarden te onderzoeken. Daarnaast zijn we ingegaan op de stappen die we zetten om een bekostigingsvorm te selecteren die recht doet aan de – ook door u – benoemde criteria. In onderstaande rapportage gaan we daarop nader in.

Kenmerk
0254867/0371998

Pagina
2 van 7

Pilots

Cruciaal onderdeel van de doorontwikkeling zijn de pilots. Met de pilots toetsen we de verschillende onderdelen van het model én betrekken we stap voor stap de verschillende 'gebruikers' van het zorgclustermodel. Hierboven hebben we kort de kern van pilotfase 2 geduid: we verzamelen gegevens over de zorgclusters én de bijbehorende behandeling. De data die pilotfase 2 oplevert, stelt ons in staat om:

- zorgclusters te voorzien van een beschrijving van de behandeling,
- inzicht te krijgen in de spreiding van de kosten, analyses uit te voeren ten behoeve van de bekostigingsvorm, en
- de impact van de overgang naar het zorgclustermodel in kaart te brengen, waaronder de relatie met bijvoorbeeld de aanspraken van de Zorgverzekeringswet.

Deze doelen vereisen een dataset die voldoende representatief is en waarin de verschillende typen zorggebruikers en zorgaanbieders van de ggz en de fz vertegenwoordigd zijn. In de afgelopen periode hebben de NZa en betrokken organisaties van ggz-professionals en –instellingen, zorgverzekeraars en patiënten zich gezamenlijk gericht op de werving van de benodigde zorgaanbieders. Om de uitvoering van pilotfase 2 mogelijk te maken en te faciliteren hebben we verschillende initiatieven ontplooid variërend van het organiseren van informatiebijeenkomsten, aanbieden van e-learning en face-to-face training over het zorgclustermodel, tot het zorgen voor het zoveel mogelijk wegnemen van de ICT-belemmeringen.

Bij de vorige rapportage maakten we ons zorgen over het tijdig beschikbaar komen van de software-aanpassingen. Inmiddels is bekend dat het grootste deel van de leveranciers de aanpassingen heeft doorgevoerd of dit op korte termijn gaat doen. Naast het stimuleren van deelname en het wegnemen van belemmeringen op het gebied van de ICT, hebben we ons eveneens gericht op een financiële vergoeding voor de kosten en inspanningen van pilot-deelnemers: in overleg met uw ministerie is een vergoedingsregeling opgezet die door Zorgverzekeraars Nederland wordt uitgevoerd (via de kwaliteitsgelden ggz). Een groot aantal zorgaanbieders heeft toegezegd mee te doen aan de pilot. Helaas is het door deze aanbieders op dit moment toegezegde aantal zorgclusters nadrukkelijk onvoldoende in vergelijking met het aantal dat we op basis van de nu beschikbare informatie nodig denken te hebben. In onze vorige rapportage hebben we bericht dat – met het oog op de strakke planning van het programma – per 1 juli 2017 de benodigde groep aanbieders gestart moet zijn. Dit is helaas niet gelukt en brengt ons tot het volgende:

- Als programma zullen we de komende maanden alles op alles zetten om ervoor te zorgen dat er in de loop van september

alsnog voldoende deelnemers zijn en voldoende zorgclusters zijn toegezegd. We hebben in het laatste bestuurlijk overleg met alle betrokken partijen gesproken over de mogelijkheid van een *verplichte deelname* aan de pilot. Het spreekt vanzelf dat we dit middel als laatste mogelijkheid zien. Met betrokken partijen hebben we afgesproken dat we eind september de balans opmaken en indien nodig zullen overgaan tot het opleggen van een verplichting.

Kenmerk
0254867/0371998

Pagina
3 van 7

- Vanzelfsprekend zet dit veel druk op de planning van het programma. Echter, volgend jaar zomer zal blijken hoeveel gegevens we exact hebben om de besluitvorming op dat moment op te baseren en dus welke consequenties dit heeft voor (het jaar van) implementatie.
- In de tussenliggende tijd zoeken we als programma naar terugvalopties om de verlate start van veel pilot-deelnemers te kunnen ondervangen.

Pilotfase 2 richt zich op de *registratie* van zorgclusters en het *verzamelen* van bijbehorende gegevens. Eerder hebben we bericht dat we ook een *praktijktest* van een aantal andere onderdelen van het model willen uitvoeren: deze test richt zich onder andere op het beantwoorden van de vraag 'is de nieuwe productstructuur werkbaar voor zorg in- en verkoop?' en op het analyseren van de impact van alle bijbehorende AO/IC-processen bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. We verwachten dat deze pilot nuttige informatie zal opleveren voor de impact op administratieve lasten en de foutgevoeligheid van het systeem. Invoering van een nieuwe productstructuur per 2020 betekent dat we zullen moeten accepteren dat deze test tegelijkertijd met en dus naast de uitvoering van pilotfase 2 moet lopen.

Bekostiging

Een tweede uitdaging voor deze periode is het vinden van een bij het zorgclustermodel passende bekostigingsvorm. In dit verband is een afwegingskader opgesteld. In de afgelopen periode hebben we als programma ons gericht op de rol van het begrip 'kostenhomogeniteit', één van de door u gestelde criteria. In onze eerdere rapportages hebben we aangegeven dat we verwachten dat een bekostigingsvorm gebaseerd op uitsluitend zorgclusters naar verwachting onvoldoende homogene groepen zal opleveren. De eerste data-analyses op basis van een eenmalige uitvraag van honos-data bij instellingen lijken dit te bevestigen. Tegelijk brengt een bekostigingsvorm waarbij prestaties op een lager niveau worden vastgesteld als uitdaging met zich mee hoe de relatie met het zorgcluster als zodanig behouden blijft en daarmee de voordelen van het zorgclustermodel voor bijvoorbeeld beheersing en sturing.

Het afwegingskader heeft als doel om – gegeven dit dilemma – *breder* en dus met *meer* criteria te toetsen welke bekostigingsvorm het meest geschikt lijkt. Daartoe hebben we een aantal criteria – die specifiek betrekking hebben op de *bekostiging* – geprioriteerd en toegepast op de op dit moment voor de hand liggende bekostigingsvormen. Naast kostenhomogeniteit kijken we bijvoorbeeld ook naar de noodzaak om een betere en snellere informatievoorziening (over de uitgaven aan de ggz en fz) te genereren. Onze voorlopige conclusies zijn als volgt:

- Prestaties op het niveau van zorgclusters hebben als belangrijk voordeel dat de (toets op de) *samenhang* tussen zorgvraag en zorglevering goed geborgd lijkt en (daarmee) ook de *beheersing van kosten* en de sturing op gepast gebruik van zorg eenvoudiger lijkt. Daarentegen is het – zoals hierboven geschetst – moeilijker om één passend tarief vast te stellen. Ook is het bij dit type prestaties moeilijker om een voor de patiënt begrijpelijke nota te realiseren.
- Prestaties op het niveau van zorgactiviteiten (die binnen zorgclusters plaatsvinden) brengen met zich mee dat de vergoeding *beter aansluit* op de werkelijk geleverde zorg. De daarop gebaseerde nota zal doorgaans begrijpelijker zijn voor de patiënt. Ook biedt deze bekostigingswijze – eenvoudiger dan bij prestaties op het niveau van zorgclusters – de mogelijkheid om *declaraties te versnellen* en daarmee ook de *informatievoorziening en transparantie te verbeteren*. Omgekeerd zal de *beheersing, de relatie met aanspraken* en de *sturing* in een dergelijke vorm meer aandacht vragen.

Kenmerk
0254867/0371998

Pagina
4 van 7

Als programma hebben we onderzocht of een combinatie van deze vormen mogelijk is. Een combinatie heeft potentie omdat het de mogelijkheid biedt om de voordelen van zorgactiviteiten (die op het vlak van de *declaratie, transparantie en informatievoorziening* liggen), te combineren met de voordelen van zorgclusters (die op het vlak van de *beheersing en sturing, de zorginkoop en contractafspraken* liggen).

In deze combinatie stellen we prestaties vast op het niveau van helder omschreven zorgactiviteiten die periodiek (bijvoorbeeld maandelijks) ook in rekening worden gebracht. Daarmee wordt voorkomen dat de declaratie en dus uitbetaling pas na een lange periode – zoals nu bij de DBC's – kan worden gedaan. Bij het bekostigingsmodel dat hiermee ontstaat sluit de vergoeding ook aan op de geleverde prestatie. Dat heeft niet alleen voordelen voor de zorgaanbieder en zorgverzekeraar maar brengt ook met zich mee dat een patiënt doorgaans beter in staat zal zijn om te controleren of de nota overeenkomt met de ontvangen zorg.

Naast de prestaties op het niveau van de activiteiten blijft de 'relatie' met het zorgcluster bestaan. Deze krijgt allereerst vorm door de zorginhoudelijke duiding van de zorgclusters: door per zorgcluster op hoofdlijnen een inhoudelijke beschrijving van de behandeling te geven, wordt duidelijk welke zorg wel en welke doorgaans niet past bij een zorgcluster. De zorgclusters bieden daarmee een belangrijk instrument aan spelers in het veld om afspraken te maken over en te sturen op 'gepaste zorg'. Ten tweede betekent dit model dat een 'grensbedrag' per zorgcluster vastgesteld moet worden. Kern van het zorgclustermodel is dat de behandelaar – indien mogelijk – met de patiënt op vaste tijdstippen een *review* doet en zich daarmee verantwoordt over het resultaat en over eventuele vervolgstappen. Het is de bedoeling dat het grensbedrag dezelfde werking heeft: het bereiken van het bedrag (via declaraties van de zorgactiviteiten) betekent dat de behandeling toe is aan de review en daaruit volgende verantwoording.

Zoals benoemd, worden op dit moment verschillende elementen van dit combinatiemodel uitgewerkt. Ik hecht eraan op te merken dat deze uitwerking nog geen definitieve keuze voor een bekostigingsvorm

inhoudt. De definitieve keuze hangt ook samen met de uitkomsten van bijvoorbeeld pilotfase 2 en zal pas september volgend jaar gemaakt kunnen worden. Tegelijkertijd zie ik de noodzaak om vooruitlopend daarop dit meest kansrijke model verder uit te werken en de praktijktest ook specifiek voor dit model in te zetten. Uitwerking van het *combinatiemodel* betekent overigens uitwerking van zowel de zorgactiviteiten als de zorgclusters, de meest uitgebreide vorm.

Kenmerk
0254867/0371998

Pagina
5 van 7

Inhoud

In de toelichting hierboven is het al een paar keer benoemd: de noodzaak van een zorginhoudelijke duiding van de clusters. Als programma hebben we ons de afgelopen periode bezig gehouden met deze duiding. Bij deze inhoudelijke duiding is de relatie met bijvoorbeeld zorgstandaarden van groot belang, we gaan daar verderop in deze brief nader op in.

Eveneens is in de afgelopen periode gewerkt aan de *(deel)prestaties*. Begonnen vanuit alle mogelijke interventies die de verschillende bronnen ons hebben aangereikt, koersen we nu aan op een overzichtelijke set van 6 prestatieniveaus. Differentiatie van deze niveaus zal naar verwachting leiden tot zo'n 30 (deel)prestaties die het geheel van de ggz en de fz beschrijven. Bij de opzet van deze prestaties is aandacht voor de specifieke rol van e-health.

Dit najaar werken we de prestaties verder uit en het daarvoor benodigde tariefmodel. Andere onderwerpen die in dit najaar van belang zijn, zijn de regels voor het 'op- en afschalen' die aangeven welk 'pad' een patiënt (waarschijnlijk) heeft binnen het zorgclustermodel. Op dit moment onderzoeken we ook de rol van de acute ggz.

Raakvlakken

Bij de uitwerking van het zorgclustermodel en de bijbehorende bekostiging, hebben we nadrukkelijk aandacht voor aanverwante (beleids)trajecten of ontwikkelingen. Het is van groot belang dat de verschillende ontwikkelingen in de ggz en fz niet conflicteren, in ieder geval dezelfde 'taal' spreken en vanzelfsprekend elkaar op termijn ook versterken. Dit vereist een zorgvuldige afstemming. Bij deze trajecten en ontwikkelingen zien we in het bijzonder de noodzaak van zorgvuldige afstemming met i) de aanspraken, ii) de zorgstandaarden, iii) andere uitkomstmaten en iv) de verevening. Ik ga nu in op de eerste twee, in het voorjaar van 2018 zal de relatie met uitkomstmaten alsook de verevening relevant worden.

- *Aanspraken*: het Zorginstituut is in de afgelopen periode op uw verzoek een onderzoek gestart dat er allereerst op gericht is om te onderzoeken hoe de toeleiding naar zorgclusters zich verhoudt tot de (huidige) verzekerde aanspraken en vervolgens als doel heeft om te onderzoeken of de 'gedachte van het zorgclustermodel' zelf bruikbaar is voor de (formulering van de) aanspraken. Het Zorginstituut verwacht binnenkort het eerste deel van het onderzoek op te leveren en zal meerdere adviezen formuleren om een goede aansluiting tussen de toeleiding naar zorgclusters en de verzekerde aanspraken te garanderen. Als programma zijn we reeds aan de slag gegaan met deze adviezen. We hechten eraan om in de komende periode nauw

samen te werken met het Zorginstituut bij het vervolgonderzoek zodat we inzicht hebben in de rol van de aanspraken en de mogelijkheid van het zorgclustermodel daarbij vóórdat besluitvorming plaatsvindt over het Zorgclustermodel.

Kenmerk
0254867/0371998

Pagina
6 van 7

- *Zorgstandaarden*: bij de hierboven toegelichte uitwerking van de zorgclusters en van de prestaties is het van eminent belang dat er een hechte relatie is met zorgstandaarden. We hebben als programma geconstateerd dat we op dit moment helaas nog geen gebruik kunnen maken van deze bron omdat er nog geen definitieve en gepubliceerde stoornis-specifieke standaarden beschikbaar zijn. Voor de verdere ontwikkeling van de clusters en prestaties is samenwerking met het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz (hierna: NKO), de organisatie die de zorgstandaarden ontwikkelt, van groot belang. De komende periode willen we als programma gebruiken om met het NKO een aantal inhoudelijke scenario's te ontwikkelen. Deze moeten duidelijk maken hoe de nog te publiceren standaarden ingezet kunnen worden om de zorgclusters te versterken en van de 'normering' door en vanuit de sector te voorzien.

Planning en conclusie

De bij het programma betrokken partijen geven in de komende periode hoge prioriteit aan de werving voor pilotfase 2. Het tijdig verkrijgen van de behandelgegevens is cruciaal voor het behalen van de planning. In de komende periode willen we – deels vooruitlopend op de gegevens uit de pilots – het zorgclustermodel, de bekostiging en de relatie met andere trajecten in de ggz en fz verder uitwerken. Ik noem met het oog daarop de belangrijkste thema's die voor ons liggen en de volgorde waarin we deze uitwerken:

<i>3^e kwartaal 2017</i>	<i>4^e kwartaal 2017</i>
Pilotfase 2: vergroten deelname	Rol acute ggz
Relatie met zorgstandaarden	Model voor tariefbepaling
Uitwerken (deel)prestaties	Informatiestromen en gegevensverstrekking
Opzetten privacy-toets	Functie van het zorgtoewijzingsproces

<i>1^e kwartaal 2018</i>	<i>2^e kwartaal 2018</i>
Relatie met aanspraken, uitkomstindicatoren	Implementatieplan
Vertaling kostprijzen naar tarieven	Verantwoordingsarrangement en spelregels
Grensbedragen	Impactanalyses
Uitvoering van de praktijktest	Verwerken eerste resultaten pilots

Ik hecht eraan op te merken dat de planning gegeven de eerder genoemde vertraging rondom pilotfase 2 en de hoeveelheid werk die voor ons ligt, zonder meer ambitieus is.

Verdere uitwerking van de hierboven genoemde thema's is nodig om het model *concreter* te maken en daarmee ook meer licht te werpen op belangrijke onderwerpen als de privacy-bestendigheid en de uitvoerbaarheid in de praktijk.

Deze onderwerpen zullen eveneens nauw verband houden met en invloed hebben op de haalbaarheid van de planning. De impact op planning en implementatie zal in de loop van 2018 zichtbaar worden en betekent dat we als programma voortdurend (moeten) zoeken naar alternatieven of terugvalopties. Vanzelfsprekend informeren we u daarover in volgende voortgangsrapportages.

Kenmerk
0254867/0371998

Pagina
7 van 7

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur