

JGGZR 2018/5-6 Nieuw bekostigingsmodel ggz 2020

19-12-2018

Nieuw bekostigingsmodel ggz 2020

Al jaren bestaat er vanuit zorgaanbieders en de zorgverzekeraars de behoefte om de bekostiging in de ggz te verbeteren. Dit heeft met name te maken met de vraag om een bekostigingsmodel, waarbij de zorgvraag van de patiënt beter aansluit bij de daadwerkelijke kosten van de behandeling. Dit heeft ertoe geleid dat vanaf 2020 een volledig nieuw bekostigingsmodel zal worden ingevoerd op basis van zogeheten zorgclusters. Binnen dit nieuwe model is het (onder meer) de bedoeling dat de zorgvraag van de patiënt centraal komt te staan. De bekostiging van de basis-ggz, de gespecialiseerde ggz en de forensische zorg wordt binnen dit model bovendien geharmoniseerd. De bekostiging op basis van Diagnose Behandel Combinaties (dbc's) en zorgzwaarteprestaties voor de bekostiging van de ggz behoren daarmee tot het verleden. In dit artikel wordt voor de gespecialiseerde ggz en de basis-ggz een overzicht geboden van de huidige bekostigingsstructuur, de redenen die (met name) geleid hebben tot het voornemen het huidige bekostigingssysteem te wijzigen en de belangrijkste uitgangspunten voor het nieuw in te voeren bekostigingsmodel.

Huidige bekostiging ggz

Voor de bekostiging van de ggz zijn verschillende vormen te onderscheiden, te weten: poh-ggz (praktijkondersteuner-huisarts-ggz), basis-ggz, gespecialiseerde ggz (inclusief crisis-ggz), langdurige ggz en forensische zorg.

De huidige bekostiging voor de gespecialiseerde ggz onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de forensische zorg vindt sinds 1 januari 2008 plaats door middel van dbc's. De zorgvraag van de patiënt wordt bepaald aan de hand van de DSM-diagnose. Aan de te onderscheiden diagnoses zijn verschillende tijdsklassen gekoppeld op basis van de tijdsinzet van de behandelaars. Verschillende losse diensten (zoals bijvoorbeeld een consult en therapie) kunnen samen een dbc-pakketje vormen dat geregistreerd en gedeclareerd kan worden door de zorgaanbieder. De prijzen voor een dbc zijn gebaseerd op gemiddelden. Het aantal behandelingen of de daadwerkelijk bestede tijd is dus niet altijd van invloed op de prijs van de dbc. Bij de generalistische basis-ggz onder de Zvw wordt voor de bekostiging gebruikt gemaakt van zogenoemde patiëntprofielen die aansluiten bij de zorgvraag van de patiënt. De te onderscheiden prestaties zijn kort, middel, intensief of chronisch. De tarieven verschillen per zorgpakket. De behandelinhoud staat overigens los van de bekostiging. De behandelaar bepaalt deze behandeling en registreert dit. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken vervolgens afspraken over de prijs, het volume en de kwaliteit van deze producten.

Knelpunten huidige bekostigingsstructuur

De huidige bekostigingsstructuur kent een aantal onoverkomelijke bezwaren die hebben geleid tot de invoering van een geheel nieuw bekostigingsmodel. De doelstelling binnen het nieuwe bekostigingsmodel is om de bezwaren zoveel mogelijk weg te kunnen nemen. Hierna volgt een beknopt overzicht van de meest in het oog springende bezwaren ten aanzien van de huidige bekostiging.

Bekostiging laat lang op zich wachten

In de gespecialiseerde ggz kan het lang duren voordat de geleverde zorg daadwerkelijk bekostigd wordt. Een dbc kent een doorlooptijd tot één jaar, maar kan ook over dit jaar heen lopen. Hierdoor kan het dus maandenlang duren voordat een zorgaanbieder voor de verleende zorg daadwerkelijk de betalingen

ontvangt. Dit kan vervolgens zorgen voor een lagere liquiditeit van de zorgaanbieder aan het einde van het boekjaar en maakt het moeilijker voor zorgverzekeraars om tussentijds te sturen op de kosten. Pas nadat een dbc is gesloten, kan namelijk de zorg gedeclareerd worden.

Geen representatief kostprijsonderzoek

Het kostprijsonderzoek op basis waarvan de huidige tarieven worden bepaald dateert uit 2012. Sindsdien is er veel veranderd in de zorg. De basis-ggz is in 2014 ingevoerd en met de invoering van de Jeugdwet in 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk geworden voor de jeugd-ggz. Bovendien is het kostprijsonderzoek uit 2012 omstreden. Hierover is inmiddels diverse malen door zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders geprocedeerd. De uitkomst hiervan is, kort gezegd, dat de kwaliteit van het kostprijsonderzoek onoverkomelijke gebreken vertoont. De Nederlandse Zorgautoriteit is daarom gehouden een oplossing hiervoor te zoeken. Gebleken is dat de problemen dusdanig zijn dat aanpassing van het kostprijsonderzoek uit 2012 geen optie is. Tegen deze achtergrond is daarom besloten in 2018 te starten met een nieuw kostprijsonderzoek die de grondslag moet vormen voor de tarieven per 2020.

Diagnose is leidend voor de zorgvraag

In het huidige model is de diagnose bepalend voor de kwalificatie van de zorgvraag van de patiënt. In de praktijk blijkt de diagnoseclassificatie onvoldoende de zwaarte van de zorgvraag en daarmee de omvang van de behandeling te bepalen. De zorgvraag van de patiënt is daardoor niet per definitie het uitgangspunt in de huidige bekostigingsstructuur.

Veel administratieve lasten

Het systeem van bekostiging op basis van dbc's is complex. Daarnaast worden de administratieve lasten bij de bekostiging van de registratie en de (continue) verantwoording van de dbc's als hoog ervaren door zorgaanbieders.

Privacy patiënt onvoldoende gewaarborgd

Binnen de huidige bekostigingsstructuur wordt de diagnose van de patiënt gekoppeld aan de te declareren dbc. Met name binnen de ggz is dit niet onomstreden. De zorg wordt doorgaans door de zorgaanbieder in rekening gebracht ten laste van de zorgverzekeraar. Doordat de dbc is gekoppeld aan de diagnose, kan de zorgverzekeraar kennisnemen van de diagnose van de verzekerde patiënt. Dit heeft er uiteindelijk toe geleid dat expliciet in de wet is opgenomen dat de patiënt een verklaring kan ondertekenen waarin de patiënt verklaart bezwaar te hebben tegen het vermelden van de bij de patiënt gestelde diagnose bij de declaratie.

Nieuw bekostigingsmodel

Het nieuwe model is bedoeld voor de ggz die onder de Zvw valt. Dit is de basis-ggz en de gespecialiseerde ggz (inclusief verblijf in het tweede en derde jaar). Daarnaast geldt het model ook voor de forensische zorg. Hiermee wordt de bekostiging van de ggz meer geharmoniseerd. Het model geldt niet voor de langdurige ggz op grond van de Wet langdurige zorg en de huisartsenzorg (poh-ggz).

Het nieuwe bekostigingsmodel is ontleend aan het Engelse model, dat is gebaseerd op zogeheten zorgclusters. Dit model classificeert een patiënt op basis van complexiteit en zwaarte van de zorgvraag. Het nieuwe model bestaat uit 21 verschillende zorgclusters. Ieder zorgcluster is gekoppeld aan een bepaalde zorgvraagomschrijving van de patiënt en is begrensd in tijd voor de behandelduur en geld. Deze zorgclusters zijn onder te verdelen in drie 'superclusters', bestaande uit (1) zorgvraag zonder verontrustende psychotische symptomen, (2) zorgvraag met verontrustende psychotische symptomen of wanen en (3) zorgvraag rondom neurocognitieve problematiek. De regiebehandelaar beoordeelt aan de hand van een toeleidingsinstrument welk zorgcluster geïndiceerd is voor de patiënt in kwestie. Onderdeel

hiervan is de invulling van een vragenlijst (met dertien vragen) over de ernst van de klachten in de voorafgaande twee weken met daarnaast een aanvullend deel (met zes vragen) die gaan over de problematiek van langer dan twee weken geleden. Deze vragen worden beantwoord met een score van nul (geen probleem) tot en met vier (ernstig probleem). Per zorgcluster is vervolgens vastgelegd hoe op elke vraag moet of kan worden gescoord om in een bepaald zorgcluster te vallen. Tussentijds en na afloop van de behandeling evalueert de regiebehandelaar de effecten van de behandeling met de patiënt. De evaluatietermijn is afhankelijk van het zorgcluster en kan uiteenlopen van 4 weken tot 12 maanden. Dit kan vervolgens leiden tot afronding van de behandeling, voortzetting van de behandeling of de start van een nieuwe behandeling.

Tot slot

De afgelopen tijd is het nieuwe bekostigingsmodel getest in een pilot. Aan de hand van die uitkomsten wordt het model verder verbeterd. Of het nieuwe bekostigingsmodel daadwerkelijk de beloofde verbeteringen zal laten zien ten opzichte van de huidige bekostiging moet worden gezien. Het vooropstellen van de zorgvraag van de patiënt en de mogelijkheid om maandelijks te declareren lijkt een stap in de goede richting. Of de hantering van de 21 verschillende zorgclusters bijdraagt aan een betere typering van de zorgvraag van de patiënt is nog maar de vraag. De patiëntenpopulatie binnen de te onderscheiden zorgclusters kan nog steeds bijzonder ver uiteenlopen en daarmee ook de zorgvraag van de patiënt. Daarnaast is over de waarborging van de privacy van de patiënt evenals over de kwaliteit van het nieuwe kostprijsonderzoek nog weinig bekend. Gelet op de relatief korte termijn waarbinnen het nieuwe model in werking zou moeten treden, namelijk met ingang van 2020, lijkt er nog meer dan genoeg werk aan de winkel. Gelet op het feit dat over het huidige kostprijsonderzoek veelvuldig is geprocedeerd, ligt het op de weg van de Nederlandse Zorgautoriteit ditmaal een gedegen onderzoek te doen waar zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars mee uit de voeten kunnen. Een kostprijs die een reële vergoeding biedt voor de verleende zorg vormt immers de basis van elk (nieuw) bekostigingsmodel.

Mr. L.J. (Lidewij) Bergsma

Advocaat bij de sectie gezondheidzorg van Dirkzwager legal & tax.