



# Bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg

2017



# Bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg

De tekst in dit document is vastgesteld op 24 januari 2017. Dit document is op 26 januari 2017 aangeboden aan de Tweede Kamer.



# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1	Zorgverzekeringswet op hoofdlijnen	5
1.2	Curatieve ggz	7
1.3	Leeswijzer	12
<b>2</b>	<b>De huidige praktijk van prestatiebekostiging</b>	<b>13</b>
2.1	Zorgverzekeraars moeten voldoende financieel risico dragen bij de zorginkoop	14
2.2	Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten ruimte hebben om te onderhandelen	16
2.3	Zorgverzekeraars hebben informatie nodig om zorgaanbieders te vergelijken	18
2.4	Initiatieven voor andere invulling zorginkoop	23
<b>3</b>	<b>Aanpassingen in het bekostigingsmodel</b>	<b>25</b>
3.1	Lopende activiteiten voor de verbetering van het bekostigingsmodel	25
3.2	Beschouwing: nemen aanpassingen geconstateerde beperkingen weg?	31
<b>4</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>32</b>
4.1	Conclusies	32
4.2	Aanbevelingen	33
<b>5</b>	<b>Reactie minister en nawoord</b>	<b>38</b>
5.1	Reactie minister van VWS	38
	<b>Bijlagen</b>	<b>45</b>
<b>1</b>	<b>Overzicht belangrijkste conclusies, aanbevelingen en reacties</b>	<b>46</b>
<b>2</b>	<b>Methodologische verantwoording</b>	<b>48</b>
<b>3</b>	<b>Afkortingen</b>	<b>51</b>
<b>4</b>	<b>Literatuur</b>	<b>52</b>
<b>5</b>	<b>Noten</b>	<b>57</b>



## 1 Inleiding

Dit onderzoek gaat over de bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg (curatieve ggz). De curatieve ggz is de op herstel gerichte zorg aan patiënten met een psychische stoornis. In de curatieve ggz worden ieder jaar meer dan één miljoen personen behandeld voor bijvoorbeeld een depressie, een verslaving of dementie. In de afgelopen jaren bedroegen de uitgaven aan de curatieve ggz ongeveer € 4 miljard per jaar.

### Korte beschrijving van het onderwerp

Sinds 2008 valt de curatieve ggz onder de Zorgverzekeringswet, net als andere curatieve gezondheidsdomeinen zoals de ziekenhuiszorg. Met de Zorgverzekeringswet is geregleerde marktwerking geïntroduceerd. Dit houdt, kort gezegd, in dat zorgverzekeraars concurreren om de gunst van de verzekerden en dat zorgaanbieders met elkaar concurreren bij het aangaan van contracten met zorgverzekeraars. De geregleerde marktwerking leidde ook tot een andere wijze van bekostigen. In de nieuwe bekostigingswijze staat niet langer het budget van de zorgaanbieder centraal, maar de kosten van de gehele behandeling van patiënten. Deze vorm van bekostiging, waarbij de behandeling het aanknopingspunt vormt voor de bekostiging, wordt prestatiebekostiging genoemd.

Prestatiebekostiging is in de curatieve ggz tussen 2008 en 2013 gefaseerd ingevoerd. Sinds 2008 werken de betrokken organisaties – de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en de patiëntenverenigingen – en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de verdere ontwikkeling van het huidige model van prestatiebekostiging. Bij de invoering van het bekostigingsmodel is door de minister namelijk aangegeven dat de bekostiging zich op termijn moet ontwikkelen tot een model van bekostiging op basis van outcome. Daarin vormt niet de behandeling zelf het aangrijpingspunt voor de bekostiging, maar de gerealiseerde behandeluitkomsten.

### Aanleiding en vraagstelling

Sinds de overgang naar prestatiebekostiging hebben veel ggz-instellingen problemen met de totstandkoming van hun jaarverantwoording. Wij rapporteerden hierover in onze verantwoordingsonderzoeken over 2014 en 2015 (Algemene Rekenkamer 2015 en 2016a). Wij constateerden dat problemen met de verantwoording in de curatieve zorg voor een belangrijk deel het gevolg zijn van een complexe manier van bekostigen. De problemen met de verantwoording waren voor ons aanleiding om de bekostiging van curatieve ggz vanuit een breder perspectief te bekijken. Voor dit rapport hebben we onderzocht in welke mate de huidige vorm van prestatiebekostiging werkt zoals beoogd. We besteden in ons

onderzoek verder aandacht aan de vraag of de voorgenomen aanpassingen van het bekostigingsmodel de mogelijk geconstateerde beperkingen weg kunnen nemen. In bijlage 2 staat informatie over onze onderzoeksaanpak.

In het vervolg van dit hoofdstuk beschrijven we eerst op hoofdlijnen de Zorgverzekeringswet (§1.1). Daarna gaan we in op enkele specifieke kenmerken van de curatieve ggz (§1.2). In §1.3 lichten we de structuur van dit rapport toe.

## 1.1 Zorgverzekeringswet op hoofdlijnen

### Uitgaven Zorgverzekeringswet

In het jaarverslag van het Ministerie van VWS over 2015 staat dat de totale uitgaven aan de zorg vanuit de Zorgverzekeringswet in 2015 ongeveer € 43 miljard bedroegen.<sup>1</sup> De financiering van deze uitgaven is voor de helft afkomstig van de inkomensafhankelijke Zorgverzekeringswetbijdrage die de Belastingdienst int en voor bijna 40% van de nominale premie die verzekerden betalen aan de zorgverzekeraar en van de verplichte eigen bijdragen en eigen betalingen van verzekerden. Ook het Ministerie van VWS draagt bij aan de financiering van de Zorgverzekeringswet zorg, onder andere met de rijksbijdrage ziektekosten kinderen. Vanuit deze middelen betalen de zorgverzekeraars de kosten van de zorg die onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet vallen, zoals de huisartsenzorg, de ziekenhuiszorg, de wijkverpleging en de curatieve ggz.

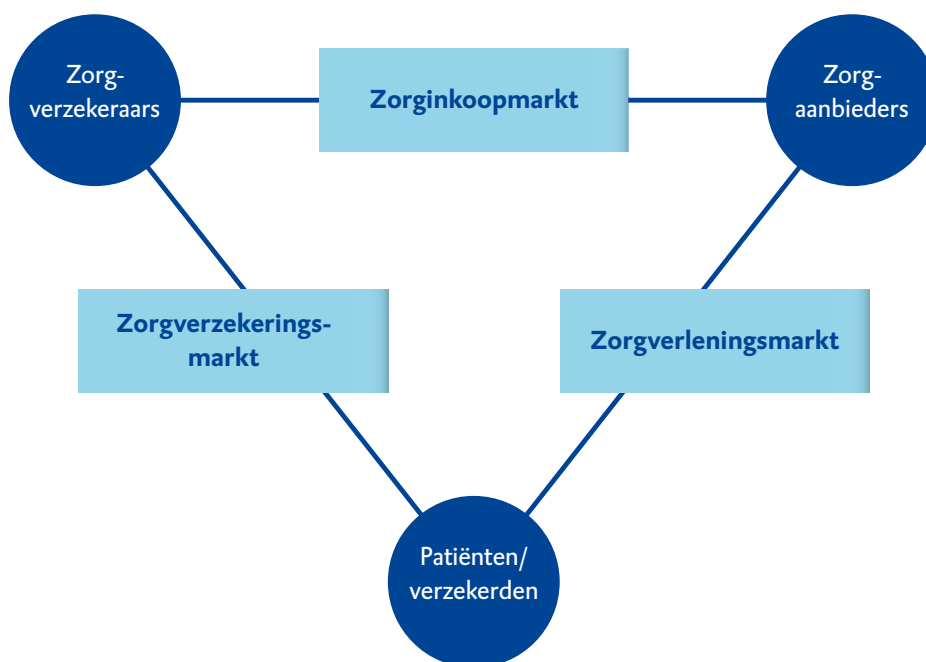
### Organisatie van het zorgstelsel: drie deelmarkten

De curatieve zorg wordt gefinancierd door een verzekeringsstelsel. Sinds 2006 is geregleerde marktwerking het centrale sturingsmechanisme in dit verzekeringsstelsel. Binnen het stelsel bestaan drie deelmarkten: de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt (zie figuur 1).

In dit onderzoek richten we ons op de zorginkoopmarkt: de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Op de zorginkoopmarkt treden zorgverzekeraars op als ‘zaakwaarnemers’ van hun verzekerden en zij willen zorg inkopen tegen een zo goed mogelijk prijs-kwaliteitverhouding. Omdat zorgverzekeraars niet verplicht zijn om met alle zorgaanbieders een contract te sluiten en het voor zorgaanbieders belangrijk is om inkoopafspraken te maken met zorgverzekeraars, hebben zorgaanbieders belang bij het leveren van zorg tegen een zo goed mogelijke prijs-kwaliteitverhouding. Dit stimuleert kwalitatief goede en doelmatige zorg. De zorginkoopmarkt wordt onder meer gereguleerd door het stellen van (maximum)tarieven en door de zorgplicht. De zorgplicht houdt in dat

zorgverzekeraars voldoende zorg moeten inkopen zodat verzekerden tijdige en kwalitatief goede zorg kunnen ontvangen.

### Het zorgstelsel kent drie deelmarkten



**Figuur 1** De deelmarkten tussen zorgverzekeraars, patiënten/verzekerden en zorgaanbieders

### Sturing door minister van VWS

De minister van VWS is verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg (VWS, 2004) en stelt de voorwaarden vast waarbinnen de partijen, patiënten/verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, hun taak uitvoeren.

De minister stimuleert deze partijen om invulling te geven aan de kaders waarbinnen zij hun taken moeten uitvoeren en om hierover onderling afspraken te maken. Dat betekent dat afspraken over de concrete invulling van (onderdelen van) beleid zo veel mogelijk tot stand moeten komen in overleg tussen alle partijen. Zij moeten bijvoorbeeld gezamenlijk invulling geven aan begrippen uit de regelgeving, zoals ‘kwalitatief goede zorg’, ‘doelmatige zorg’ en ‘gepaste zorg’. De minister zet indien nodig deze afspraken om in beleidsregels of laat ze opnemen in de toetsingskaders van de toezichthouders. Ook kan de minister nadere regelgeving opleggen wanneer partijen niet of niet snel genoeg tot uitwerking van (onderdelen van) het beleid komen.

## Overheidsorganisaties die bijdragen aan de werking van het zorgstelsel

Verschillende overheidsorganisaties voeren publieke taken uit die moeten bijdragen aan de goede werking van het zorgstelsel. De organisaties die een taak hebben in (het toezicht op) de bekostiging zijn:

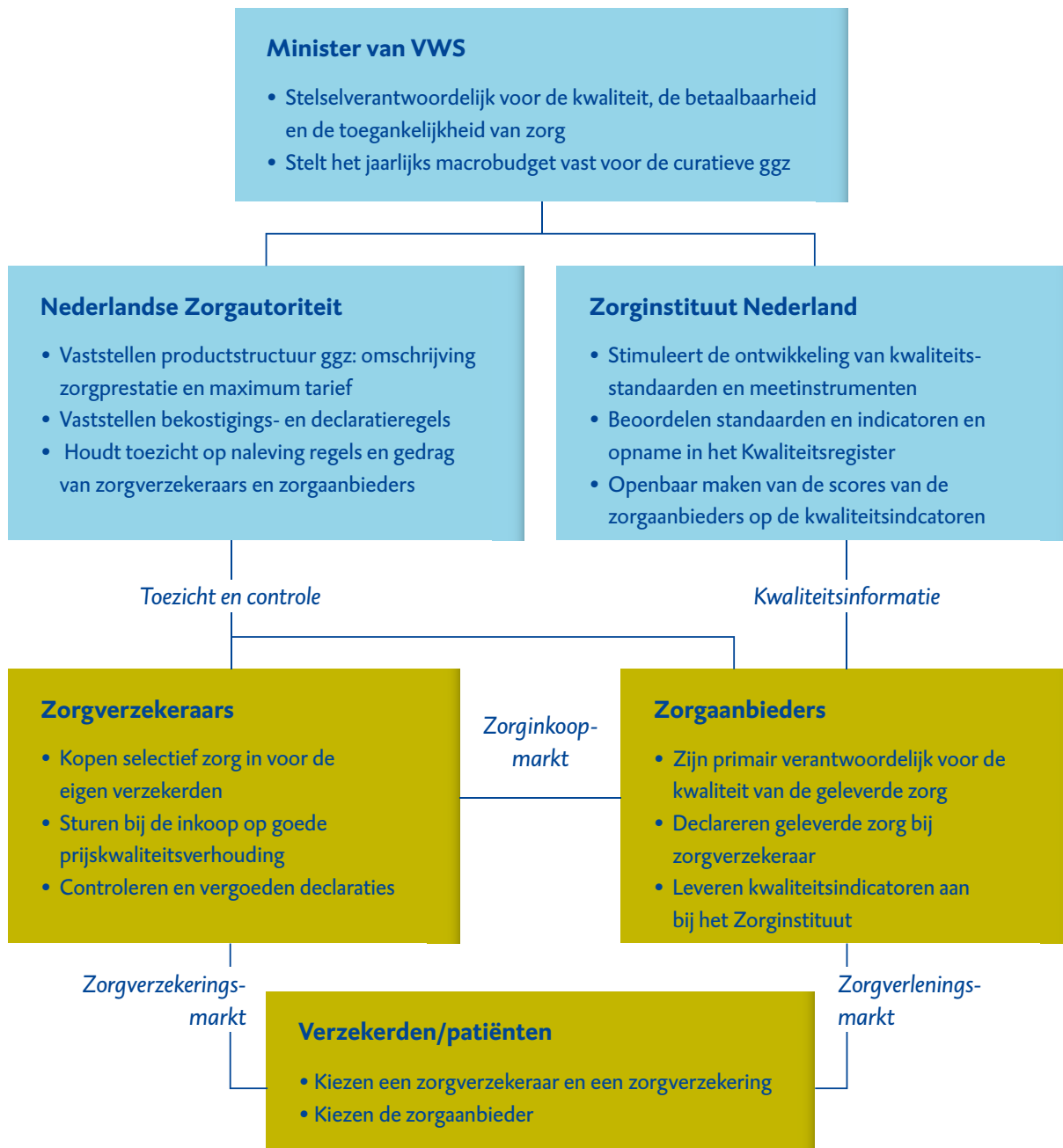
- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa ziet toe op een juiste ordening van de zorgmarkten. Ook stelt de NZa de productstructuur vast: de omschrijving van zorgprestaties en de eventuele (maximum)tarieven voor deze prestaties. De productstructuur is de basis van de bekostiging. Verder zet de NZa aanwijzingen van de minister van VWS om in beleidsregels en voert zij onderzoek uit naar het marktgedrag van alle partijen.
- Het Zorginstituut Nederland heeft tot taak om de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten in de zorg te stimuleren en te ondersteunen. Wanneer partijen gezamenlijk niet tot afspraken komen, kan het Zorginstituut zelf kwaliteitsstandaarden opstellen.

### 1.2 Curatieve ggz

#### Uitgaven aan curatieve ggz

De minister van VWS stelt jaarlijks een macrobudget vast voor de uitgaven aan curatieve ggz. Tussen 2009 en 2011 stegen de uitgaven aan de curatieve ggz van € 3,7 miljard naar € 4,3 miljard. Sindsdien zijn de uitgaven aan de curatieve ggz iets gedaald en stabiliseren ze zich rond € 4,1 miljard. De uitgaven zijn de afgelopen jaren binnen de door de minister van VWS gestelde budgettaire kaders gebleven (VWS 2016a).

## Partijen en hun verantwoordelijkheden voor prestatiebekostiging



Figuur 2 Overzicht met de belangrijkste actoren



## **Twee vormen van curatieve ggz**

De curatieve ggz bestaat uit twee soorten zorg: generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz. In de generalistische basis-ggz worden patiënten behandeld met lichte tot matige niet-complexe psychische stoornissen. De gespecialiseerde ggz is bedoeld voor de behandeling van complexe stoornissen. Ongeveer 75% van de patiënten in de curatieve ggz ontvangt gespecialiseerde zorg. Omdat deze zorg relatief duur is, gaat het overgrote deel van alle uitgaven aan de curatieve ggz daar naartoe, in 2014 was dit 93,7% van de uitgaven (NZa, 2016a).

## **Bij de curatieve ggz betrokken partijen**

De bij de curatieve ggz betrokken partijen zijn de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de patiënten. Alle partijen hebben koepelorganisaties die hun belangen vertegenwoordigen bij elkaar en bij de minister. Onder de zorgaanbieders zijn ongeveer 570 instellingen die geestelijke gezondheidszorg bieden. Ongeveer 290 daarvan bieden alleen curatieve ggz aan, de andere instellingen combineren dit bijvoorbeeld met langdurige ggz of jeugd-ggz. Daarnaast zijn er circa 4000 zelfstandig werkende behandelaren, de zogenoemde vrijgevestigde behandelaren. Er is een sterke concentratie op de zorgverleningsmarkt: de 36 grootste instellingen besteden gezamenlijk 70% van de totale uitgaven aan ggz (NZa, 2016a).

## **Invoering van prestatiebekostiging**

De invoering van prestatiebekostiging in de curatieve ggz was een voorwaarde om op de zorginkoopmarkt de juiste prikkels te krijgen om samenhangende en doelmatige zorg rondom de patiënt te organiseren. De invoering moest bijdragen aan de transitie van een aanbod gereguleerd zorgstelsel naar een meer vraaggestuurd systeem van ggz (VWS, 2012a).

De minister van VWS heeft bij de invoering van prestatiebekostiging in de curatieve ggz aangegeven dat het bekostigingsmodel stapsgewijs verder ontwikkeld moest worden. Figuur 3 geeft de belangrijkste stappen weer. Hierna beschrijven we de periodes in de ontwikkeling van prestatiebekostiging.

## Stapsgewijs werkt de minister van VWS toe naar outcomebekostiging



**Figuur 3** Tijlijn met stappen in het bekostigingsmodel voor de curatieve ggz

### 2006 tot 2013: transitieperiode naar volledige prestatiebekostiging

Het opstellen van de goede productstructuur met diagnose-behandelcombinaties (dbc's) heeft in de curatieve ggz enige jaren in beslag genomen en de bekostiging op basis van die productstructuur is gefaseerd ingevoerd. Vanaf 2008 werden alleen nieuwe zorgaanbieders en vrijgevestigde behandelaren geheel bekostigd op basis van dbc's. De bestaande instellingen hebben zich vijf jaar, van 2008 tot 2013, kunnen voorbereiden op de overstap naar volledige bekostiging op basis van dbc's. Tot 2013 hanteerden deze instellingen daardoor twee bekostigingsstelsels naast elkaar: één op basis van de oude systematiek (bekostiging op basis van budgetten) en één op basis van dbc's (bekostiging op basis van declaraties op patiëntniveau). Tot 2013 werden instellingen achteraf gecompenseerd voor eventuele verschillen tussen beide stelsels. Dit betekent dat tot 2013 het grootste deel van de curatieve ggz nog via een vorm van budgetbekostiging werd gefinancierd.

### 2013 tot heden

Sinds 2013 wordt de curatieve ggz volledig gefinancierd via prestatiebekostiging. De generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz hebben elk een eigen productstructuur (zie figuur 4). In de generalistische basis-ggz is de structuur opgebouwd uit zorgprestaties. In een zorgprestatie is de zorgvraagzwaarte (zorgvraagzwaarte legt een relatie tussen een patiënt en ziektekenmerken en de benodigde behandelinzet) verwerkt en bestaat uit vier zorgprestaties: kort, midden, intensief en chronisch.

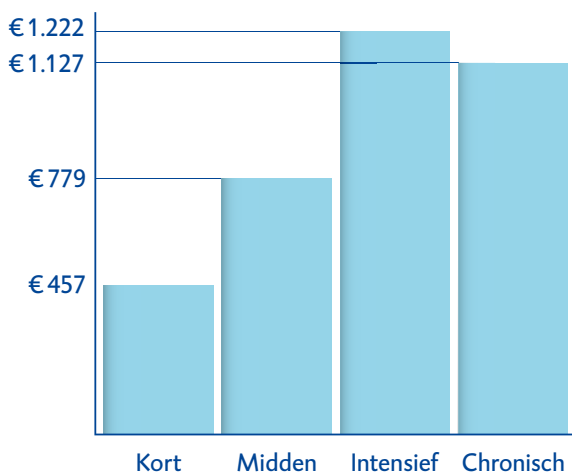
De productstructuur van de gespecialiseerde ggz bestaat uit dbc's waarin diagnosehoofd-groepen, zoals persoonlijkheidsstoornissen en angststoornissen, zijn gekoppeld aan behandelactiviteiten. De behandelactiviteiten zijn ingedeeld in tijdvakken van minuten en, indien van toepassing, verblijfsdagen.

De NZa heeft maximumtarieven vastgesteld voor de vier zorgprestaties en voor iedere dbc. In het vervolg van dit rapport gebruiken we de term 'behandeling' voor een zorgprestatie of een dbc.

### De twee productstructuren in de curatieve ggz

#### Generalistische basis-ggz

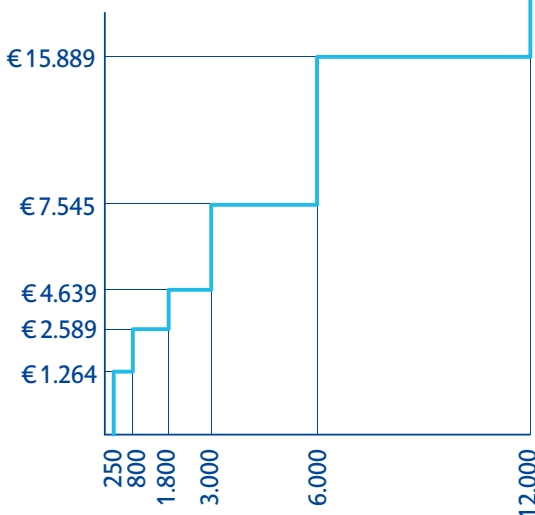
Maximum tarief:



Type zorgprestatie  
De diagnose, behandelduur en zorgvraag  
zijn in de zorgprestaties verwerkt

#### Gespecialiseerde ggz

Maximum tarief:



Duur van de behandeling van  
angststoornissen (in minuten)

**Figuur 4** Opbouw van de productstructuur in de generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz

Bij de invoering van prestatiebekostiging gaf de minister aan dat het bekostigingsmodel op dat moment niet het eindmodel voor de bekostiging van de curatieve ggz zou zijn (VWS, 2012a). De invoering van prestatiebekostiging moest zorgverzekeraars en zorgaanbieders om te beginnen meer stimulansen en mogelijkheden geven om afspraken te maken over doelmatiger behandelingen en over het verbeteren van kwaliteit van zorg. De minister en veldpartijen maakten in een bestuurlijk akkoord afspraken over vervolgstappen die de prikkels en de transparantie van het systeem verder zouden verbeteren, zoals de



ontwikkeling van een productstructuur waarin minder nadruk ligt op de tijdsbesteding en waarin de zorgvraagzwaarte van patiënten is verankerd.

### **Voornemens tot 2019**

De betrokken organisaties geven invulling aan de met de minister afgesproken vervolgstappen door in projecten te werken aan een nieuwe productstructuur en aan zorgstandaarden. De betrokken organisaties willen deze projecten vóór de zorginkoop voor het jaar 2019 gereed hebben, dus begin 2018. Hoofdstuk 3 gaat uitgebreid in op deze projecten.

### **Beoogd eindmodel: outcomebekostiging**

Het beoogde model van outcomebekostiging betekent dat zorgverzekeraars de betaling van de zorg mede laten afhangen van de uitkomsten van zorg. Eind 2015 gaf de minister aan dat er bij het ontwikkelen van de productstructuur gestreefd moet worden naar de situatie waarin zorgstandaarden de basis vormen van de bekostiging en dat de bekostiging zoveel mogelijk gekoppeld kan worden aan effectiviteitsmetingen (VWS, 2015a).

## **1.3 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 gaan we in op de werking van het huidige model van prestatiebekostiging. We gaan na in welke mate de voorwaarden aanwezig zijn om de zorginkoopmarkt te laten functioneren zoals beoogd. In hoofdstuk 3 beschrijven we de belangrijkste activiteiten die momenteel worden uitgevoerd om een vernieuwde versie van prestatiebekostiging in te voeren. Hoofdstuk 4 bevat onze conclusies en aanbevelingen. Het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 5, bevat de bestuurlijke reactie van de minister van VWS en ons nawoord.

## 2 De huidige praktijk van prestatiebekostiging

Zoals in het vorige hoofdstuk toegelicht, zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor het inkopen van de benodigde zorg voor hun verzekerden. Voor het begin van ieder kalenderjaar onderhandelen zorgverzekeraars met de afzonderlijke zorgaanbieders over de inkoop van zorg. In theorie maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders dan afspraken over de prijs die zorgverzekeraars per afgeronde behandeling vergoeden. Zorgverzekeraars willen kwalitatief goede en doelmatige zorg voor hun verzekerden inkopen, terwijl zorgaanbieders zich van elkaar willen onderscheiden op bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg. De bedoeling is dat hiermee op de zorginkoopmarkt een dynamiek tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ontstaat die kwalitatief goede en doelmatige zorg stimuleert.

Deze dynamiek kan alleen ontstaan wanneer op de zorginkoopmarkt aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Deze voorwaarden hebben wij afgeleid van de randvoorwaarden die de minister van VWS heeft geformuleerd bij de indiening van het voorstel voor de invoering van prestatiebekostiging. In bijlage 2 lichten wij onze keuze voor deze voorwaarden toe. We zijn nagegaan in welke mate op de zorginkoopmarkt aan de volgende drie voorwaarden is voldaan:

1. Zorgverzekeraars moeten voldoende financieel risico dragen bij de zorginkoop.
2. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten ruimte hebben om te kunnen onderhandelen.
3. Zorgverzekeraars hebben informatie nodig om prestaties van zorgaanbieders te kunnen vergelijken.

Onze belangrijkste bevindingen over deze voorwaarden zijn:

1. De zorgverzekeraars zijn sinds 2012 steeds meer financieel risico gaan dragen bij de inkoop van zorg in de curatieve ggz (toelichting in § 2.1).
2. De ruimte om te onderhandelen is toegenomen, maar wordt nog beperkt gebruikt. In de praktijk wordt bijna 95% van de zorguitgaven gedaan volgens een contract met een financieel plafond. Dit betekent dat er vooraf geen prijs per afgeronde behandeling is afgesproken, maar een maximumbedrag tot waar de declaraties van de zorgaanbieders worden vergoed (toelichting in § 2.2).
3. Er is door de invoering van de dbc-productstructuur in de specialistische ggz veel meer informatie beschikbaar gekomen over de curatieve ggz: zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben afspraken gemaakt over kwaliteitsindicatoren en hierbij vastgelegd dat deze indicatoren worden vastgesteld met de Routine Outcome Monitoring. ROM is de

methodiek waarmee in de ggz regelmatig metingen gedaan worden van de toestand van de patiënt. Echter, de informatie die met ROM wordt verkregen, heeft beperkingen en is van onvoldoende kwaliteit om te dienen als sturingsinformatie bij de zorginkoop (toelichting in § 2.3).

## 2.1 Zorgverzekeraars moeten voldoende financieel risico dragen bij de zorginkoop

### Uitgangspunt model

Het uitgangspunt van prestatiebekostiging is dat alle partijen binnen het zorgstelsel de verantwoordelijkheid hebben om bij te dragen aan kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg. De rol van de zorgverzekeraar is tegen een zo scherp mogelijke prijs zo goed mogelijke zorg in te kopen, om op die manier de totale zorguitgaven te beheersen. Hiervoor is het, als prikkel, noodzakelijk dat zorgverzekeraars financieel risico dragen voor hun zorguitgaven. Wanneer de zorguitgaven achteraf hoger uitvallen dan de financiële middelen die zij vooraf hebben ontvangen, moeten zij dan ook het verschil opvangen uit eigen middelen. Mogelijk zijn zij daardoor genoodzaakt om het jaar erna de premie voor de basisverzekering te verhogen. Dat zullen de zorgverzekeraars naar verwachting onwenselijk vinden, omdat op de zorgverzekeringsmarkt verzekerden hun keuze voor een zorgverzekeraar in praktijk vooral baseren op de hoogte van de premie (NZa, 2015a). Hierdoor ontstaat, in opzet, voor zorgverzekeraars de prikkel om hun uitgaven te beheersen en om doelmatige zorg in te kopen, dat wil zeggen zorg met een goede prijs-kwaliteitverhouding.

Om te begrijpen in welke mate zorgverzekeraars in de praktijk risicodragend kunnen zijn voor de zorguitgaven, is het nodig om eerst in te gaan op het systeem van risicoverevening.

### Risicoverevening is nodig voor een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars

Als de zorgverzekeringsmarkt niet gereguleerd zou zijn, zouden zorgverzekeraars hun risico's kunnen beheersen door vooral verzekerden aan te trekken met een gunstig gezondheidsprofiel en door verzekerden met een ongunstig profiel en hoge kosten juist te weren, dan wel hen een veel hogere premie in rekening te brengen. Om risicoselectie door zorgverzekeraars te voorkomen en de toegankelijkheid van de zorg voor iedereen zeker te stellen, zijn in de Zorgverzekeringswet een acceptatieplicht opgenomen en een verbod op premiedifferentiatie.

Om zorgverzekeraars financieel te compenseren voor verschillen in het gezondheidsprofiel van hun verzekerden, is een systeem van risicoverevening ingevoerd. Door risicoverevening hoeft een zorgverzekeraar in principe geen concurrentienadeel te ondervinden van een

eventuele oververtegenwoordiging in zijn bestand van verzekerden met grote risico's op hoge zorgkosten, maar heeft hij ook geen voordeel van een eventuele oververtegenwoordiging van verzekerden met lage risico's en lage kosten. Zo ontstaat er tussen de zorgverzekeraars in opzet een gelijk speelveld. De omvang van het vereveningsbedrag wordt gebaseerd op gegevens over de verzekerden, zoals leeftijd, geslacht, woonadres en zorggebruik in voorgaande jaren.

### **Risicodragendheid zorgverzekeraars toegenomen door aanpassing risicovereveningsmodel**

Tot 2013 corrigeerde het model voor risicoverevening nog onvoldoende voor de gezondheidsprofielen van verzekerden. Het was daardoor nodig dat zorgverzekeraars achteraf alsnog werden gecompenseerd voor te grote verschillen tussen de verwachte uitgaven en de werkelijke uitgaven. Door deze compensatie droegen zorgverzekeraars in de praktijk nauwelijks financieel risico bij de inkoop van curatieve ggz. In 2012 is een begin gemaakt met het stapsgewijs afbouwen van de compensatie achteraf, waardoor voor zorgverzekeraars de prikkel voor doelmatig inkopen groter is geworden.

In het Regeerakkoord 2012 werd aangekondigd dat zorgverzekeraars vanaf 2017 financieel risicodragend zouden worden voor de inkoop van de curatieve ggz (Kabinet-Rutte II, 2012). Koepelorganisatie Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven dat het huidige vereveningsmodel de hoge kosten van specifieke patiëntgroepen nog onvoldoende kan compenseren, bijvoorbeeld voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (zie tekstkader hieronder). Zij vinden het daarom nog te vroeg om met ingang van 2017 volledig financieel risicodragend te zijn. De minister van VWS heeft, na aanvullend onderzoek, aanpassingen in het model aangebracht waardoor zorgverzekeraars voor meer patiënten met verwachte hoge kosten een betere compensatie ontvangen (VWS, 2016b).

#### **Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening**

De term ernstige psychische aandoeningen (EPA) wordt in de ggz gebruikt om een specifieke groep patiënten aan te duiden. Het veld spreekt van EPA bij langdurige psychische problemen zoals psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, depressies en verslavingsproblemen die gepaard gaan met ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren en in het sociaal en maatschappelijk verkeer (Projectgroep Plan van Aanpak EPA, 2014). Naast psychische zorg is ondersteuning nodig in andere levensdomeinen zoals wonen, werk en inkomen, sociale relaties, participatie en persoonlijk herstel. De omvang van de groep EPA-patiënten wordt geschat op 160.000 personen. De zorguitgaven aan deze groep zijn relatief hoog en worden geschat op € 3,3 miljard, waarvan € 1,17 miljard vanuit de Zorgverzekeringswet (Vektis, 2013). Dit is ongeveer een kwart van de jaarlijkse uitgaven aan curatieve ggz.

## Financiële plafonds dominant bij de inkoopcontracten

In de praktijk sluiten zorgverzekeraars en zorgaanbieders overwegend contracten af waarin afspraken zijn gemaakt over financiële plafonds. In 2013 viel 94,5% van de totale uitgaven onder een dergelijk contract (NZa, 2016a). Deze invulling van de zorginkoop is niet in lijn met de theorie achter het bekostigingsstelsel: die stelt dat de uitgaven worden beheerst doordat zorgverzekeraars tegen een zo scherp mogelijke prijs zo goed mogelijke zorg inkopen. In de praktijk blijkt dat zorgverzekeraars niet kunnen inkopen op prijs en kwaliteit, omdat zij onvoldoende informatie hebben, bijvoorbeeld over de kwaliteit van de zorg. In plaats daarvan onderhandelen zorgverzekeraars met zorgaanbieders over de hoogte van financiële plafonds tot waar de declaraties van de zorgaanbieders worden vergoed. Op deze manier zorgen de zorgverzekeraars ervoor dat op macroniveau de uitgaven aan curatieve ggz worden beheerst.

De zorgaanbieders geven aan dat de financiële plafonds voor hen betekenen dat het niet vanzelfsprekend is dat declaraties worden vergoed die boven het afgesproken plafond uitkomen. Hierdoor lopen zij financiële risico's die in de praktijk lastig te beheersen zijn. Pas bij het einde van de behandeling wordt namelijk duidelijk wat de uiteindelijke hoogte van het te declareren bedrag is. Omdat behandelingen doorgaans een periode van enkele maanden beslaan, blijft het lang onduidelijk of het totaal aan vergoedingen onder het financiële plafond van de verschillende zorgverzekeraars blijft. Verder hebben zorgaanbieders niet altijd invloed op de instroom van patiënten. De crisisopvang is bijvoorbeeld door de aard ervan moeilijk te voorspellen en te beheersen.

Het werken met financiële plafonds betekent voor de patiënt dat zij voor zorg niet altijd terecht kunnen bij de zorgaanbieder van hun keuze. Zorgaanbieders die het plafond hebben bereikt van de zorgverzekeraar waarbij de patiënt is verzekerd, kunnen de patiënt dan doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft. Als een patiënt dat niet wil, komt hij of zij op een wachtlijst bij de zorgaanbieder van zijn of haar keuze.

## 2.2 Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten ruimte hebben om te onderhandelen

### Uitgangspunt model

Voor een goed functionerende inkoopmarkt hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders ruimte en mogelijkheden nodig om te kunnen onderhandelen over de hoeveelheid zorg en de prijs van zorg. Omdat de NZa alleen het maximumtarief per dbc of zorgprestatie heeft vastgesteld, is er in opzet nog voldoende ruimte om bij de zorginkoop over de prijs te



onderhandelen. De minister van VWS verwachtte dat hierdoor de verschillen tussen zorgaanbieders in kwaliteit van de geboden zorg tot uiting zouden komen in verschillen in de afgesproken prijs voor zorg (Tweede Kamer, 2012).

### **Nog vrijwel geen onderhandelingen over de prijs per dbc of zorgprestatie**

De aanwezige onderhandelingsruimte op de zorginkoopmarkt wordt in de praktijk nog maar beperkt benut (iBMG, 2014; KPMG, 2014; NZa 2016a). De partijen maken geen contractafspraken over ‘de prijs van een dbc of zorgprestatie’ en over de maximale hoeveelheid dbc’s of zorgprestaties die de zorgverzekeraar inkoop, maar ze maken afspraken over het financiële plafond tot waar de zorgaanbieder declaraties krijgt vergoed (zie ook § 2.1). Door het gebruik van een plafond wordt de prijs van de zorg niet vooraf vastgesteld bij de contractonderhandelingen, maar achteraf bepaald als alle declaraties die onder het plafond vallen, zijn verwerkt (NZa, 2016a). Dat zorgverzekeraars op grote schaal werken met financiële plafonds, komt vooral door de beperkte aanwezigheid van relevante sturingsinformatie. In § 2.3 gaan wij uitgebreid in op het ontbreken van deze informatie. Evaluatieonderzoeken noemen nog twee verklaringen waarom de onderhandelingsruimte nog maar beperkt kan worden gebruikt, namelijk de scheve machtsverhouding op de zorginkoopmarkt en de verplichting voor zorgverzekeraars om ook niet-gecontracteerde zorg te vergoeden (iBMG, 2014; KPMG, 2014; NZa 2016a). Op deze twee verklaringen gaan we hieronder in.

### **Scheve machtsverhoudingen op de zorginkoopmarkt**

Voor gelijkwaardige onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is idealiter sprake van evenwichtige machtsverhouding op de zorginkoopmarkt. Op de zorginkoopmarkt voor de curatieve ggz is dit echter niet het geval. Aan de aanbodkant zijn er enkele grote instellingen die samen een groot deel van de patiënten behandelen. In 2013 was circa 70% van de totale ggz-uitgaven (curatieve en langdurige ggz samen) geconcentreerd bij 36 instellingen (NZA, 2016a). De zorgverzekeraars moeten deze grote instellingen vrijwel altijd contracteren, omdat zij anders niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Ook hebben deze instellingen een informatievoorsprong op de zorgverzekeraars als het gaat om de noodzaak, effectiviteit en kwaliteit van een behandeling. Ze hebben daardoor op de inkoopmarkt een sterkere onderhandelingspositie dan de zorgverzekeraars (iBMG, 2014; KPMG, 2014; CPB, 2015). Dat geldt niet voor de duizenden vrijgevestigde behandelaren en instellingen met een relatief kleine omzet. Op dat deel van de zorginkoopmarkt staan juist de zorgverzekeraars sterker. Zorgverzekeraars voeren geen onderhandelingsgesprekken met deze zorgaanbieders, maar bieden hen een standaardcontract aan

met een vaste prijs per afgeronde behandeling en een maximering van het aantal declareerbare uren (NZa 2015b).

### **Verplichting om ook niet-gecontracteerde zorg te vergoeden**

Iedere verzekerde heeft recht op een vergoeding voor de zorg waarvoor hij of zij is verzekerd. Dit recht geldt óók als de verzekerde naar een zorgaanbieder gaat waar de zorgverzekeraar geen contract mee heeft afgesloten. Artikel 13 van de Zorgverzekeringswet borgt namelijk dat iedere verzekerde naar een zorgaanbieder van eigen keuze mag gaan. Wel kan de zorgverzekeraar beslissen dat bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder de vergoeding lager is dan de gemiddelde marktprijs.<sup>2</sup> De vergoeding mag echter niet zo laag zijn dat het restbedrag dat de verzekerde zelf moet betalen, zo groot is dat er eigenlijk geen sprake meer is van keuzevrijheid (het zogenoemde ‘hinderpaalcriterium’). De Hoge Raad heeft daarover bepaald “dat een vergoeding van 75-80% van het marktconforme tarief als een breed gedragen praktijknorm kan worden beschouwd voor een vergoeding die geen feitelijke hinderpaal oplevert, en een vergoeding van 50% als vergoeding van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet worden gezien als hinderpaal” (Hoge Raad, 2014). Het gaat bij vergoedingen aan niet-gecontracteerde zorgaanbieders maar om een beperkt deel van de totale uitgaven. Het ging de afgelopen jaren over circa 3,5% van de uitgaven (NZa, 2016a).

## **2.3 Zorgverzekeraars hebben informatie nodig om zorgaanbieders te vergelijken**

### **Uitgangspunt model**

Om te kunnen onderhandelen over de prijs en kwaliteit, is het nodig dat de zorgverzekeraars over informatie beschikken waarmee zij de zorgaanbieders kunnen vergelijken.

### **Meer inzicht in patiëntgegevens**

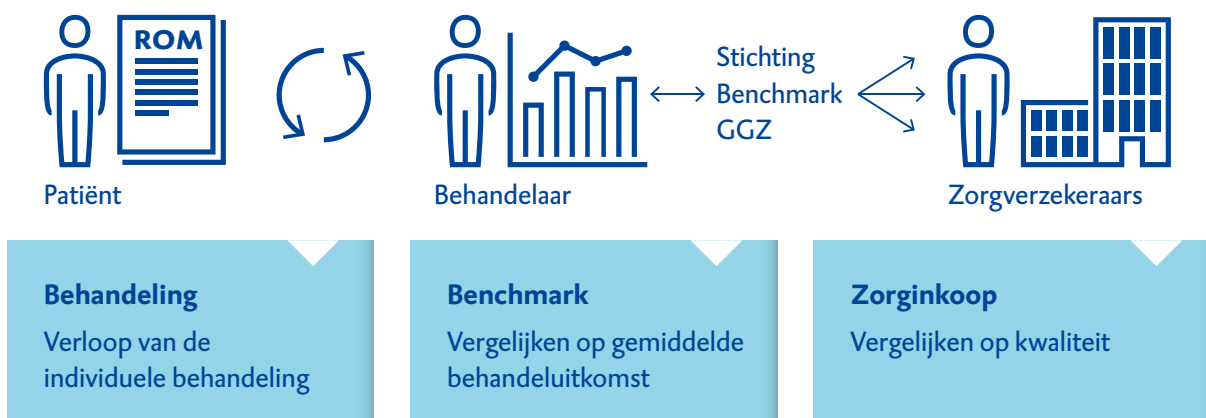
In de praktijk zien we dat er sinds de invoering van prestatiebekostiging meer gegevens over de curatieve ggz beschikbaar zijn gekomen. Dit komt vooral door de dbc-productstructuur. Aan deze dbc's zijn namelijk patiëntgegevens gekoppeld die landelijk worden verzameld. Hierdoor is er nu meer informatie over bijvoorbeeld de meest voorkomende diagnoses, de gemiddelde duur van een behandeling of opname en over de kosten hiervan. Ook is het nu mogelijk om opvallende verschillen tussen zorgaanbieders en tussen regio's te onderzoeken, bijvoorbeeld verschillen in de mate waarin bepaalde stoornissen in regio's voorkomen. Dit is belangrijke informatie die de zorgverzekeraars kunnen gebruiken bij de zorginkoop (Vektis, 2015).

## Eén taal voor kwaliteit van de zorg

In 2010 hebben de koepelorganisaties GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland in een bestuurlijk akkoord afgesproken dat alle ggz-instellingen de uitkomsten van behandelingen van individuele patiënten systematisch zouden gaan meten en dat ze deze gegevens landelijk zouden verzamelen om benchmarkinformatie te verkrijgen (GGZ-NL en ZN, 2010). De partijen zagen de uitkomsten van behandelingen als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de zorg. In dit akkoord is ook afgesproken dat de instellingen hiervoor hetzelfde meetinstrumentarium zouden gaan gebruiken, namelijk de Routine Outcome Monitoring (ROM). Hierdoor is er één taal voor het meten van kwaliteit gekomen.

Het principe van ROM is dat structureel en regelmatig de klachten, het functioneren en het welbevinden van de behandelde patiënt worden gemeten. Het meetinstrumentarium van ROM bestaat uit vragenlijsten die wetenschappelijk gevalideerd zijn voor specifieke ziektebeelden en patiëntengroepen. Deze vragenlijsten worden door de patiënt ingevuld en aangevuld met beoordelingen van de behandelaar. De ROM werd al enige jaren toegepast in de behandelpraktijk voordat die vanaf 2010 door het afgesloten bestuurlijk akkoord een verplichtend karakter kreeg en ook voor andere doelen en op grotere schaal werd toegepast. In onderstaand figuur 5 staan de drie toepassingen van ROM: behandeling, benchmark en zorginkoop.

### Routine Outcome Monitoring: één instrument, drie doelen



**Figuur 5** De drie toepassingen van Routine Outcome Monitoring

## Kwaliteitsinformatie heeft belangrijke beperkingen

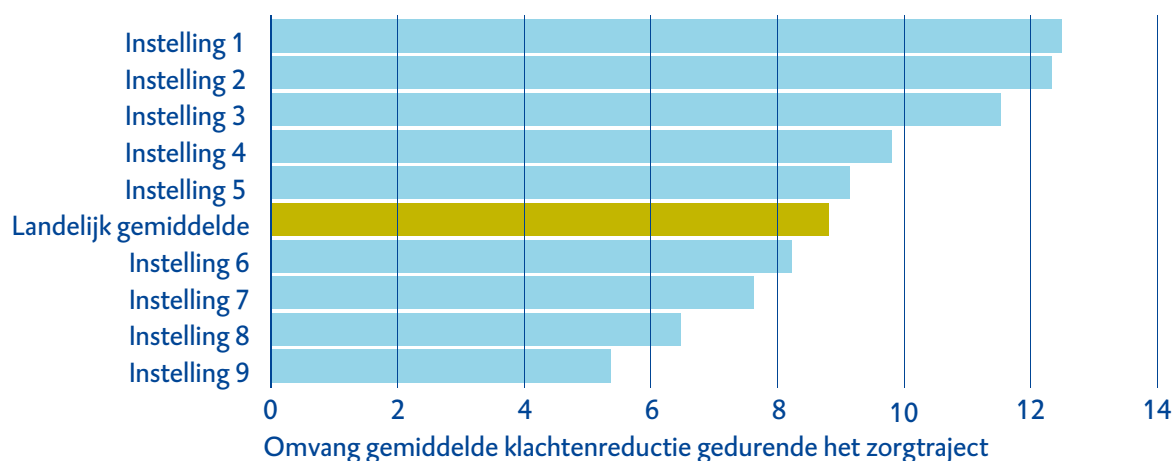
- Informatie over de behandeling

Het doel van ROM is de behandelaar informatie te geven over het verloop van de behandeling en op basis daarvan beslissingen te nemen over de verdere behandeling. De ROM wordt gebruikt als aanvullende informatie bij het professionele oordeel van de behandelaar over het verloop van de behandeling. De behandelaar neemt regelmatig bij de patiënt de ROM-vragenlijst af en zet de scores af tegen het behandeldoel van de individuele patiënt. De uitkomsten van ROM zijn per definitie subjectief. Het zijn immers zelfrapportages van patiënten over onderwerpen zoals bijvoorbeeld het ervaren niveau van functioneren en gevoelens van angst of depressie.

- Gebruikswaarde benchmarks

Sinds 2010 leveren zorgaanbieders de ROM-scores versleuteld aan bij de Stichting Benchmark ggz (SBG).<sup>3</sup> Het doel van de benchmark is om de kwaliteit van de zorg in de ggz te verbeteren door transparantie te bieden over behandeluitkomsten. De SBG stelt met de aangeleverde ROM-scores de 'gemiddelde behandeluitkomst' per zorgaanbieder vast. Behandeluitkomsten worden gebaseerd op de met ROM gemeten klachtenreductie bij patiënten. Individuele patiënten geven voorafgaand van de behandeling aan in welke mate zij klachten hebben. Aan het eind van de behandeling geven zij dit nog een keer aan. Het verschil tussen het aantal klachten in de voor- en nameting is de gerealiseerde behandeluitkomst. De gemiddelde behandeluitkomst van een zorgaanbieder wordt vervolgens berekend door alle individuele behandeluitkomsten op te tellen en te delen door het aantal patiënten. In de benchmark worden de zorgaanbieders op de kwaliteitsindicator 'gemiddelde behandeluitkomst' gerangschikt. Figuur 6 geeft een voorbeeld van een geanonimiseerde rapportage over de gemiddelde behandeluitkomst van een beperkte groep instellingen. In de figuur is te zien dat er grote verschillen tussen zorgaanbieders zijn op deze indicator.

## De gemiddelde behandeluitkomst kan aanzienlijk verschillen per instelling



**Figuur 6** Geanonimiseerd voorbeeld van verschillen tussen instellingen in gemeten behandeluitkomsten.

Naast het subjectieve karakter van de ROM-score, beperkt ook de onvolledigheid van de gegevensverzameling de gebruikswaarde van de benchmark. Voor het vaststellen van de behandeluitkomst is namelijk zowel de voor- als de nameting per patiënt nodig. Eind 2015 leverden de instellingen voor 47% van alle behandeltrajecten deze beide scores aan. De SBG verwacht dat een percentage tussen de 50 tot 70% haalbaar is. Een deel van de scores zal altijd ontbreken omdat sommige patiënten de Nederlandse taal onvoldoende beheersen of niet bereid zijn om een vragenlijst over hun symptomen of functioneren in te vullen. Ook zal er uitval van gegevens zijn omdat patiënten de behandeling voortijdig beëindigen.

Een andere belangrijke beperking voor de gebruikswaarde van de benchmark is dat de zorgaanbieders niet zonder meer onderling vergelijkbaar zijn. Op basis van de gegevens zoals die in figuur 6 staan, kan namelijk niet de conclusie worden getrokken dat instelling 1 de beste kwaliteit zorg levert en instelling 9 ondermaatse kwaliteit, omdat instelling 1 gemiddeld de grootste klachtenreductie heeft gerealiseerd. Het maakt voor de te verwachten behandeluitkomst waarschijnlijk veel uit of een behandelaar werkt met een aan cocaïne verslaafde hoogopgeleide, werkende persoon of met een aan drugs verslaafde dakloze persoon. De zorg voor de laatste patiënt is waarschijnlijk complexer en veelomvattender. Bovendien geldt dat zorgaanbieders per definitie laag scoren op de gemiddelde behandeluitkomst als zij veel werken met patiënten waar de individuele behandeldoelen niet op

grote klachtenreductie gericht zijn, maar bijvoorbeeld op het voorkomen van terugval of zelfs op het beperken van de gevolgen van een terugval. Om te voorkomen dat in de vergelijking van zorgaanbieders appels met peren worden vergeleken, is er een maat nodig die corrigeert voor deze verschillen.

Er wordt daarom sinds 2013 gewerkt aan een zorgvraagzwaarte-indicator waarmee de gerealiseerde behandeluitkomsten kunnen worden gecorrigeerd. De zorgvraagzwaarte-indicator beoogt de behandelinzet op basis van patiëntkenmerken te verklaren. Op dit moment is de zeggingskracht van de indicator op patiëntniveau nog zeer beperkt, namelijk 6,5%. Dit betekent dat verschillen tussen patiënten in de geleverde behandelinzet voor 6,5% van de behandelminuten kunnen worden verklaard vanuit kenmerken van de patiënt. Er is geen zicht op verdere versterking van de zeggingskracht. Bij de ontwikkeling van het model blijken variabelen zoals opleidingsniveau, sociaaleconomische klasse of behandelminuten in het voorgaande jaar nauwelijks verklarende waarde aan het model toe te voegen.

Een andere manier om de uitkomsten te corrigeren, is de methode van subgroepselectie of casemixcorrectie. Bij subgroepselectie wordt een groep met dezelfde hoofddiagnose geselecteerd als subgroep en binnen deze subgroep wordt gezocht naar patiëntkenmerken die de behandelinzet kunnen verklaren. Door casemixcorrectie toe te passen, wordt de behandeluitkomst gecorrigeerd op basis van de relevante kenmerken (SBG, 2016b). Analyses op dit niveau geven op dit moment een verklarende waarde van bijna 40% van de behandelinzet van de groep. Dit is een redelijke score, maar nog steeds onvoldoende om alleen op basis van deze informatie conclusies te kunnen trekken. Casemixcorrectie kan vanwege de statistische analyses die gedaan moeten worden op de scores alleen worden toegepast bij zorgaanbieders waarvan de patiëntenpopulatie per hoofddiagnose groot genoeg om er conclusies aan te verbinden is en de patiënten niet te veel van elkaar verschillen. Hierdoor zijn de scores van kleine zorgaanbieders en vrijgevestigde behandelaren vrijwel niet te corrigeren voor het verschil in patiëntenpopulatie en is het gebruik van de benchmark als instrument voor deze groepen beperkt.

Zoals gezegd is het doel van de benchmark het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. In de benchmark is de 'gemiddelde behandeluitkomst' een belangrijke indicator voor kwaliteit. Er is echter geen methodologische basis voor het baseren van de kwaliteit van de zorg op de behandeluitkomsten van individuele behandeltrajecten. De gemiddelde behandeluitkomst die een zorgaanbieder realiseert, geeft een smalle invulling aan het begrip kwaliteit. Er wordt als alleen naar de 'gemiddelde behandeluitkomst' wordt gekeken bijvoorbeeld

aan voorbijgegaan dat behandeldoelen niet direct gericht hoeven te zijn op volledig herstel. Bovendien meet de indicator het resultaat direct na een behandeltraject, waardoor het herstel op de lange termijn buiten beschouwing blijft. In de geestelijke gezondheidszorg is juist herstel op de lange termijn een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de zorg. Zo kunnen patiënten met een acute psychose snel verbeteren, maar is het belangrijker dat de behandeling is gericht op het goed functioneren van deze patiënt op de lange termijn.

- **Onderhandelingen over zorginkoop**

In het bestuurlijk akkoord van 2010 is ook afgesproken dat zorgverzekeraars toegang hebben tot de benchmarkinformatie bij SBC. Zorgverzekeraars willen hiermee inzicht krijgen in kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders en ze willen deze informatie gebruiken bij de onderhandelingen over de zorginkoop. In de context van deze onderhandelingen wegen alle hiervoor genoemde beperkingen van het gebruik van ROM – subjectiviteit, onvolledigheid en onvergelijkbaarheid van de scores – extra zwaar door in de bruikbaarheid van de informatie. Er moet voldaan worden aan hoge eisen van betrouwbaarheid, volledigheid en vergelijkbaarheid van de uitkomsten als zorgverzekeraars hieraan conclusies kunnen en willen verbinden over de kwaliteit van zorgaanbieders, en als deze informatie consequenties kan hebben voor de zorginkoop. Bovendien is het een reëel gevaar dat als zorgverzekeraars gaan handelen op basis van informatie van slechte kwaliteit, dit strategisch gedrag bij zorgaanbieders uitlokt. Uiteindelijk kunnen door het strategisch gedrag de ROM-scores vervuild raken en daardoor ook niet meer bruikbaar zijn in de behandelsetting en voor de benchmark.

## 2.4 Initiatieven voor andere invulling zorginkoop

In ons onderzoek zijn we diverse initiatieven tegengekomen waarbij partijen er bewust voor kiezen om af te wijken van de reguliere manier van zorg inkopen. Het gaat dan meestal om initiatieven van één zorgverzekeraar met één zorgaanbieder. De wens om te experimenteren met zorginkoop lijkt vooral voort te komen uit de behoefte bij zorgverzekeraars aan meer inzicht in de kwaliteit van zorgaanbieders en uit de behoefte bij zorgaanbieders aan flexibeler manieren om te kunnen omgaan met de financiële plafonds. Hieronder beschrijven we ter illustratie kort enkele van deze initiatieven om een breder beeld te geven van de wijze waarop zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar onderhandelen.

### **Uitzonderingen op financiële plafonds**

Ggz-instelling Arkin heeft met een zorgverzekeraar afgesproken om onder voorwaarden voor bepaalde zorgvragen de financiële plafonds los te laten. Zo hebben ze bijvoorbeeld afgesproken dat voor crisisbehandelingen geen financieel plafond geldt. Deze behandelingen worden over het algemeen gegeven aan patiënten met zware en complexe problemen. Ze verkeren in een noodsituatie en een instelling als Arkin kan deze patiënten daarom niet weigeren.

### **Meerjarige overeenkomsten met inhoudelijke doelstellingen en experimenten**

Ggz-instelling Vincent van Gogh en zorgverzekeraar VGZ hebben een meerjarige overeenkomst gesloten (die in 2017 ingaat) met afspraken over 21 experimenten waarin op innovatieve manieren wordt gewerkt aan betere zorg (Vincent van Gogh en VGZ, 2015). In één van deze projecten wordt geëxperimenteerd met bekostiging van zorg op het snijvlak van bekostigingsstelsels. Dit experiment houdt een intensiever traject van diagnosticeren in waarin huisartsen de mogelijkheid krijgen om eerst een specialist te consulteren. Op dit moment is dat formeel niet mogelijk: het eerst consulteren van een specialist wordt niet vergoed, omdat er nog geen formele diagnose is gesteld. De verwachting is dat door de consultaties minder patiënten doorstromen naar de gespecialiseerde ggz.

### **Aanbestedingsronde**

Zorgverzekeraars experimenteren met manieren om de informatie-uitwisseling met zorgaanbieders en hun daarop gebaseerde selectie onder die zorgaanbieders beter en efficiënter vorm te geven. Zo heeft zorgverzekeraar Zilveren Kruis voor de verslavingszorg in de gespecialiseerde ggz een ‘aanbestedingsronde’ georganiseerd. Om mee te doen, moesten de zorgaanbieders aangeven hoe zij doelmatiger, meer klantgerichte en betere zorg wilden leveren. Met de geselecteerde zorgaanbieders is Zilveren Kruis een contract aangegaan voor twee jaar zonder plafonds voor de verslavingszorg, maar met afspraken over het aantal patiënten dat een behandeling voltooit en over de toename van het aandeel patiënten dat na een behandeling van de verslaving af is of begeleid is naar gereguleerd gebruik (Zilveren Kruis, 2015).



## 3 Aanpassingen in het bekostigingsmodel

In hoofdstuk 2 hebben we beschreven dat voor de goede werking van prestatiebekostiging nog onvoldoende wordt voldaan aan de benodigde voorwaarden. Er lopen op dit moment verschillende activiteiten die zijn gericht op de verdere verbetering van prestatiebekostiging. In dit hoofdstuk brengen we deze activiteiten in kaart.

Onze belangrijkste bevindingen zijn:

- De veldpartijen werken in 2016 aan een grote aanpassing van het bekostigingsstelsel. Dit betekent dat – vanaf 2019 – de bekostiging en daarmee de zorginkoop plaatsvindt op basis van het zogeheten zorgclustermodel. Om dit model te realiseren, moeten betrokken partijen nog een groot aantal stappen zetten. Het gaat dan bijvoorbeeld om het ontwikkelen van een nieuwe productstructuur en het ontwikkelen van zorgstandaarden.
- Voor een goed werkende prestatiebekostiging moet er informatie zijn die de prestaties van zorgaanbieders inzichtelijk maakt. In de huidige activiteiten is nog weinig aandacht voor de kwaliteit van deze informatie.

In dit hoofdstuk gaan we in op de lopende activiteiten (§ 3.1) en de mate waarin deze de bestaande beperkingen ondervangen (§ 3.2).

### 3.1 Lopende activiteiten voor de verbetering van het bekostigingsmodel

Er zijn door koepelorganisaties van zorgaanbieders en patiënten verschillende activiteiten opgestart die aanpassingen tot gevolg hebben voor de opzet en de werking van het huidige bekostigingsmodel. Deze activiteiten staan in de 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie' (VWS, 2015b). Waar mogelijk faciliteert de minister van VWS deze activiteiten. De minister wil de aanpassingen begin 2018 ingevoerd hebben, zodat het nieuwe bekostigingsmodel gebruikt kan worden voor de zorginkoop voor 2019. Vanaf dan:

- werken zorgaanbieders volgens een nieuwe set zorgstandaarden met bijbehorende kwaliteitsindicatoren;
- is er een nieuwe productstructuur waarop de zorginkoop in de curatieve ggz wordt gebaseerd;
- mogen zorgaanbieders alleen kosten declareren als zij een Kwaliteitsstatuut hebben en een contract hebben afgesloten met SBG.

Hierna gaan we in op de inhoud van deze activiteiten.

### **Nieuwe set zorgstandaarden**

De Zorgverzekeringswet schrijft voor dat zorgaanbieders zorg moeten leveren volgens 'professionele standaarden'. De betrokken organisaties vonden dat de bestaande kwaliteitsstandaarden onvoldoende invulling gaven aan wat de professionele standaarden moesten borgen: patiënten krijgen de juiste zorg, op de juiste plek, door de juiste persoon en de zorg wordt doelmatig en in goede samenhang verleend. Om die reden is in 2012 in het eerste bestuurlijke akkoord voor de ggz afgesproken om een kwaliteitsprogramma op te zetten voor de ontwikkeling van nieuwe zogenoemde zorgstandaarden (VWS, 2012b). Eind 2017 willen de betrokken partijen zorgstandaarden gereed hebben voor de meest voorkomende aandoeningen, inclusief een set bijbehorende kwaliteitsindicatoren. Het gaat om 18 zorgstandaarden voor specifieke aandoeningen en om 24 algemene procesbeschrijvingen.

Een zorgstandaard beschrijft voor de hele zorgketen wat goede en doelmatige zorg is, inclusief de daarbij behorende kwaliteitsindicatoren, uitgaande van de zorgvraag van de patiënt en de fase in het herstelproces (Kwaliteitsnetwerk GGZ, 2016). Een zorgstandaard dient vergezeld te gaan van een samenvatting, een implementatieplan en een voor de patiënt toegankelijke versie (zie figuur 7).

De minister van VWS heeft aangegeven dat idealiter zorgstandaarden, periodieke effectiviteitsmetingen (zoals ROM) en bekostiging op elkaar aan dienen te sluiten. Hiervoor is het nodig dat in de zorgstandaarden normen worden vastgelegd. De partijen moeten in overleg tot overeenstemming komen over wat de voorkeursoptie voor meest doelmatige zorg is bij een bepaalde diagnose. Een andere norm waar de minister om vraagt, is om in iedere zorgstandaard criteria op te nemen voor het op- en afschalen van zorg. Voor de koppeling met de bekostiging is het noodzakelijk dat in de zorgstandaarden zoveel mogelijk genormeerde zorgactiviteiten worden gedefinieerd. Bij het ontwikkelen van normen voor het op- en afschalen van zorg kan volgens de minister ROM een belangrijke rol spelen (VWS, 2016e).

## Een zorgstandaard bestaat uit verschillende onderdelen



**Figuur 7** Onderdelen van een zorgstandaard

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, een samenwerkingsverband dat opgericht is door veldpartijen, voert de regie over de projecten die moeten leiden tot deze zorgstandaarden. Per zorgstandaard is een projectgroep geïnstalleerd met direct betrokken partijen (patiënten, huisartsen, psychologen). Zorgverzekeraars maken geen vast onderdeel uit van de projectgroepen, maar ze zorgen er zelf voor dat zij bij de projecten betrokken zijn. Conceptversies van de standaarden worden aan de afzonderlijke achterbannen voorgelegd voor commentaar. De projectgroep moet tot consensus komen over de inhoud van de standaard. De zorgstandaarden worden, na toetsing door het Zorginstituut Nederland, als kwaliteitsstandaarden opgenomen in een openbaar register. Vanaf dat moment moeten zorgaanbieders deze standaarden naleven op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Het kwaliteitsprogramma is opgenomen in de Meerjarenagenda van het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut Nederland, 2015). Het Zorginstituut Nederland

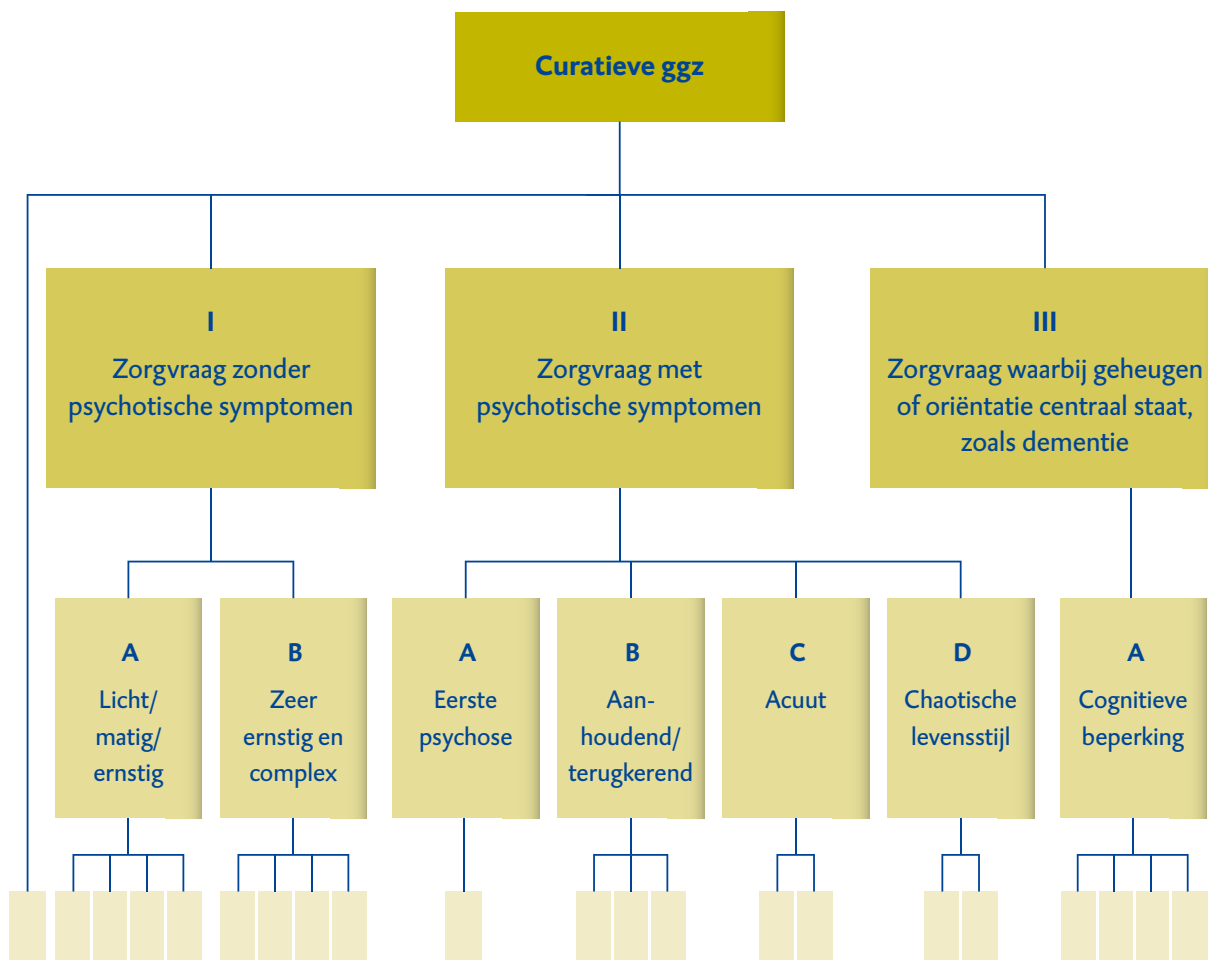
heeft de bevoegdheid om in te grijpen of besluiten te nemen als de betrokken organisaties eind 2017 niet tot resultaat zijn gekomen.<sup>4</sup> Het programma startte in 2014 en in augustus 2016 was er één standaard gereed voor implementatie, namelijk de generieke standaard voor landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, basis-ggz en gespecialiseerde ggz.

### Nieuwe productstructuur

Al bij de invoering van prestatiebekostiging gaf de minister van VWS aan dat de productstructuur verder moest worden ontwikkeld. De NZa werkt samen met veldpartijen op verzoek van de minister van VWS aan deze nieuwe productstructuur, die gebaseerd is op het bekostigingsmodel dat in Engeland wordt gebruikt: het 'Engelse model', ofwel het Zorgclustermodel. In figuur 8 is dat model schematisch weergegeven. De komende jaren worden elementen uit het model ontwikkeld en getest voor de Nederlandse praktijk. Eind 2017 beslist de minister van VWS over de invoering van de nieuwe productstructuur. De minister heeft twaalf voorwaarden geformuleerd waaraan de nieuwe productstructuur moet voldoen (VWS, 2015a). Wij staan stil bij drie van deze voorwaarden. De productstructuur:

- moet leiden tot verbetering van de sturingsinformatie voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- moet bijdragen aan de ervaren administratieve lastendruk en mag niet bijdragen aan problemen bij de jaarverantwoording van zorgaanbieders;
- moet leiden tot het versneld beschikbaar komen van definitieve informatie over de uitgaven op macroniveau.

**De nieuwe productstructuur legt een relatie tussen diagnose, zorgvraag en behandeling**



**Figuur 8** Schematische weergave nieuwe productstructuur (NZa, 2016b)

• **Verbeterde sturingsinformatie**

De belangrijkste verbetering die de nieuwe productstructuur voor de bekostiging moet opleveren, is dat er een relatie wordt gelegd tussen diagnose, zorgvraag en behandeling. De huidige dbc-productstructuur geeft namelijk alleen informatie over de hoofddiagnose en over het aantal bestede behandelminuten. In de nieuwe productstructuur deelt de behandelaar de patiënt voor de start van de behandeling in bij een van de volgende hoofdclusters: (I) geen psychotische symptomen, (II) psychotische symptomen of (III) symptomen die gerelateerd zijn aan het geheugen of aan de oriëntatie (zie figuur 8). Daarna volgt een verdere indeling, gebaseerd op de zorgvraagzwaarte van de patiënt (NZa, 2016b). Voor het

vaststellen van de zorgvraagzwaarte wordt een vragenlijst van de ROM gebruikt. Daarna, zo is de bedoeling, volgt de behandeling op basis van de geldende zorgstandaarden. In de nieuwe productstructuur worden ook vaste evaluatiemomenten ingevoerd. Op een evaluatiemoment bepaalt de behandelaar of de behandeling beëindigd wordt, of dat de patiënt opnieuw wordt ingedeeld in hetzelfde of in een ander zorgcluster. De evaluatiemomenten bevorderen doelmatige zorg. Die momenten en de criteria voor het op- en afschalen van zorg zijn een onderdeel van de zorgstandaarden. Ook bij de evaluaties wordt gebruikgemaakt van de ROM.

- Administratieve lasten en problemen met jaarverantwoording

Uit onderzoek dat de NZa heeft laten uitvoeren, blijkt dat het declaratieproces zoals dat sinds de invoering van prestatiebekostiging bestaat, door de zorgaanbieders wordt ervaren als een grote administratieve last (TNS, 2015). De behandelaren geven aan dat zij de declaratieregels veel, veranderlijk, gedetailleerd en ingewikkeld vinden. In ons onderzoek naar de problemen met de jaarverantwoording in de curatieve ggz bleken de gedetailleerde declaratieregels een belangrijke oorzaak voor de vertraging in de controle van de declaraties. De controle is mede hierdoor een arbeidsintensief proces geworden dat extra inzet van zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders vergt (Algemene Rekenkamer, 2015). Het is nog onduidelijk hoe de nieuwe productstructuur gaat bijdragen aan het verminderen van de ervaren administratieve lasten en de problemen met de jaarverantwoording van zorgaanbieders.

- Versneld beschikbaar komen van definitieve financiële informatie

Een voorwaarde waaraan de nieuwe productstructuur moet voldoen, is dat er sneller informatie beschikbaar moet komen over de totale uitgaven aan de curatieve ggz. Door de huidige dbc-productstructuur zijn de definitieve uitgaven pas drie jaar na een kalenderjaar bekend. Bij de ontwikkeling van de nieuwe productstructuur wordt gekeken naar mogelijkheden voor tussentijdse of versnelde declaraties.

### **Kwaliteitsstatuut**

Vanaf 1 januari 2017 is het hebben, laten registreren en naleven van een Kwaliteitsstatuut wettelijk verplicht voor alle zorgaanbieders in de curatieve ggz (VWS, 2016c). Uit deze verplichting volgen nieuwe voorwaarden voor bekostiging van de curatieve ggz. Twee elementen uit het model zijn namelijk op verzoek van de minister van VWS door de NZa aangewezen als voorwaarden om verzekerde zorg te mogen declareren. Vanaf 1 januari 2017 mogen alleen nog die behandelaren zorg declareren die in het Model

Kwaliteitsstatuut als beroepsgroep worden genoemd en vanaf 2018 is vereist dat alle zorgaanbieders een contract hebben met SBG over het aanleveren van ROM-scores.

### 3.2 **Beschouwing: nemen aanpassingen geconstateerde beperkingen weg?**

De nieuwe zorgstandaarden en de nieuwe productstructuur zijn in 2016 nog volop in ontwikkeling. Inmiddels zijn wel de contouren van de zorgstandaarden en van de productstructuur zichtbaar. In deze paragraaf gaan we in op de vraag in welke mate de voorgenomen aanpassingen van het bekostigingsmodel de beperkingen wegnemen zoals in hoofdstuk 2 verwoord.

#### **Zorgverzekeraars moeten voldoende financieel risico dragen bij de zorginkoop**

De beschreven activiteiten hebben geen invloed op de mate waarin zorgverzekeraars risicodragend zijn voor de inkoop van curatieve ggz. De minister had al aangekondigd dat de zorgverzekeraars vanaf 2017 volledig risicodragend zullen zijn.

#### **Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten ruimte hebben om te onderhandelen**

De scheve machtsverhoudingen op de zorginkoopmarkt en de verplichting voor zorgverzekeraars om niet-gecontracteerde zorg te vergoeden, zullen bij ongewijzigd beleid ook in de toekomst de optimale werking van de zorginkoopmarkt belemmeren.

#### **Zorgverzekeraars hebben informatie nodig om zorgaanbieders te vergelijken**

Er is in de verdere ontwikkeling van het bekostigingsmodel geen aandacht voor de door ons gesignaleerde beperkingen van de beschikbare kwaliteitsinformatie. Deze informatie is subjectief, onvolledig en de scores zijn onvergelijkbaar en daardoor niet bruikbaar voor de zorginkoop. Het belang van ROM wordt zelfs groter in het voor 2019 beoogde nieuwe model van prestatiebekostiging. ROM wordt gebruikt voor het vaststellen van het passende zorgcluster voor patiënten in de productstructuur en de ROM moet een rol gaan spelen bij het evalueren en het op- en afschalen van zorg.

## 4 Conclusies en aanbevelingen

De minister van VWS wil met de invoering van prestatiebekostiging in de curatieve ggz bijdragen aan kwalitatief goede en doelmatige zorg. Prestatiebekostiging moet ervoor zorgen dat op de zorginkoopmarkt tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder een dynamiek ontstaat die dit stimuleert. In dit onderzoek zijn we nagegaan hoe het huidige bekostigingsmodel in de curatieve ggz functioneert. Ook hebben we gekeken naar de activiteiten die betrokken partijen uitvoeren om het bekostigingsmodel verder te ontwikkelen en in hoeverre die bijdragen aan het ondervangen van de beperkingen van het huidige bekostigingsmodel. In de volgende paragrafen presenteren we onze conclusies (§ 4.1) en onze aanbevelingen (§ 4.2).

### 4.1 Conclusies

*Door de invoering van prestatiebekostiging is er meer informatie beschikbaar gekomen over de curatieve ggz*

De invoering van prestatiebekostiging heeft gezorgd voor meer transparantie in de curatieve ggz. Er is op patiëntniveau veel meer informatie beschikbaar dan ten tijde van het oude bekostigingsmodel. Door prestatiebekostiging is nu bekend hoeveel patiënten zijn behandeld, voor welke stoornis, en wat de kosten van deze behandeling zijn geweest. Deze informatie geeft zorgverzekeraars en zorgaanbieders aanknopingspunten om concrete afspraken te maken over (de omvang van) de te leveren zorg. Het veld heeft kwaliteitsindicatoren vastgesteld en afgesproken dat deze met het ROM-instrumentarium worden gemeten. Bovendien is er een landelijke benchmark gemaakt. Al deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat in de curatieve ggz meer aandacht is gekomen voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

*De onderhandelingen op de zorginkoopmarkt zijn vooral gericht op de beheersing van uitgaven en nog niet gebaseerd op een vergelijking van de kwaliteit van zorgaanbieders*

Voor de goede werking van prestatiebekostiging is informatie nodig waarmee zorgaanbieders vergeleken kunnen worden op de kwaliteit van hun zorgprestaties. Het ontbreken van deze informatie is een belangrijke reden dat prestatiebekostiging nog niet heeft geleid tot de gewenste dynamiek op de zorginkoopmarkt. In de praktijk zijn de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vooral gericht op afspraken over de financiële plafonds waarbinnen de zorgaanbieders zorg verlenen. De huidige bekostiging heeft hierdoor nog steeds kenmerken van budgetbekostiging.



*De minister van VWS en de betrokken organisaties hebben hoge verwachtingen van het nieuwe model van prestatiebekostiging*

In 2019 wil de minister van VWS een aangepast model van prestatiebekostiging invoeren. Om dit te realiseren, moeten eind 2017 de zorgstandaarden gereed zijn voor implementatie en moet de productstructuur begin 2018 beschikbaar zijn voor gebruik bij de zorginkoop 2019. De partijen hebben hoge verwachtingen van de haalbaarheid van het gekozen tijdpad. Het is de vraag of dit een realistisch tijdpad is. Zowel de ontwikkeling van de nieuwe productstructuur, als het opstellen van de zorgstandaarden zijn omvangrijke projecten die afstemming met de werkvloer en zorgvuldige besluitvorming vereisen.

De minister van VWS heeft aangegeven dat de ROM-metingen een belangrijke rol moeten gaan spelen in het nieuwe model van prestatiebekostiging. Het gebruik van ROM kent echter beperkingen. De ROM-metingen zijn subjectief en onvolledig, en zorgaanbieders zijn aan de hand van de uitkomsten niet te vergelijken. Het is alleen zinvol om in de bekostiging gebruik te maken van op ROM gebaseerde informatie, wanneer deze informatie sterk verbetert. Pas als er goede en vergelijkbare informatie beschikbaar is, kan kwaliteit een rol gaan spelen bij de zorginkoop. Of deze kwaliteit van de informatie op korte termijn aanzienlijk zal verbeteren, moet echter nog blijken. Er is de afgelopen jaren al veel energie gestoken in het kunnen voorspellen van uitkomsten van behandelingen en in het corrigeren voor verklaarbare verschillen in behandeluitkomsten. De geboekte vooruitgang is vooralsnog beperkt.

## 4.2 Aanbevelingen

De betrokken partijen werken voortvarend aan een nieuwe invulling van het bekostigingsmodel. De zorgstandaarden en de productstructuur bieden mogelijkheden om het inzicht over de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te vergroten. Dit inzicht is nodig om in de curatieve ggz blijvend te werken aan de verbetering van de zorg.

Het is echter niet vanzelfsprekend dat de zorgstandaarden en productstructuur ook gaan bijdragen aan een beter functionerende zorginkoopmarkt. Met de voorgenomen aanpassingen zal er meer informatie beschikbaar komen. De uitdaging is echter vooral om informatie te verzamelen die door zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders als zinvol wordt ervaren. Anders bestaat het risico dat er een arbeidsintensief systeem van informatievoorziening wordt opgezet dat in de praktijk weinig gaat bijdragen aan de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Om dit te voorkomen is het onder meer van belang dat er samenhang is tussen de zorgstandaarden en de productstructuur. Een behandeling die in een zorgstandaard als effectieve zorg is benoemd, moet dan ook een passende vergoeding

krijgen vanuit de productstructuur. Daarnaast is het van belang dat betrokken partijen rekening houden met de beperkingen van op ROM gebaseerde kwaliteitsindicatoren. Bij het uitwerken van hun voornemens dienen de betrokken partijen met een realistische blik te kijken naar zowel de mogelijkheden tot verdere verbeteringen als naar de aanwezige beperkingen.

Onze aanbevelingen zijn in lijn met de uitkomsten van een internationale studie van The World Bank naar ervaringen met prestatiebekostiging in de publieke sector (Moynihan & Beazley, 2016). Deze studie geeft aan dat er een gat is tussen de wens om kwaliteitsindicatoren te gebruiken in de bekostiging en de problemen die er zijn bij het objectief en betrouwbaar vaststellen van deze indicatoren. Voor de verdere ontwikkeling van prestatiebekostiging geven de opstellers een aantal richtinggevende adviezen. Zij geven aan dat prestatiemetingen één onderdeel zijn om de bekostiging op te baseren, maar dat deze moeten worden aangevuld met andere informatie. Ook stellen zij dat de tijd moet worden genomen om te komen tot de benodigde verandering van gedrag en om te leren en verbeteren op basis van ervaring.

Op grond van ons onderzoek bevelen wij de minister van VWS het volgende aan.

#### Aanbeveling 1

*Neem voldoende tijd om te komen tot realisatie van een samenhangend en effectief bekostigingsmodel*

Het opstellen van zorgstandaarden en een nieuwe productstructuur is geen eenvoudige opgave. Het zal een uitdaging zijn om in deze sector met een grote diversiteit aan zorgaanbieders te komen tot breed gedragen standaarden voor kwalitatief goede zorg en hier kwaliteitsindicatoren en normen aan te koppelen. Het is belangrijk om in de zorgstandaarden aan te blijven sluiten bij de kwaliteitsbeleving van behandelaren. Anders ontstaat het risico dat er een bureaucratisch proces ontstaat dat ver af staat van wat behandelaren als zinvol en werkbaar ervaren en dat niet bijdraagt aan doelmatige zorg.

Daarnaast moet bij het opstellen van zorgstandaarden de geboden zorg niet geïsoleerd benaderd worden, maar is aandacht gewenst voor de afstemming met andere partijen buiten de curatieve ggz wanneer dit nodig is voor het herstelproces van een patiënt. Vooral bij patiënten met EPA staat in de behandeling eerder het leren omgaan met een aandoening dan het 'herstel' van de aandoening centraal. Deze groep heeft hiervoor vaak ook ondersteuning van buiten de curatieve ggz nodig, bijvoorbeeld in de vorm van werk, huisvesting en financiën.

## Aanbeveling 2

*Bepaal tijdig welke verantwoordingsinformatie past bij het nieuwe bekostigingsmodel*

De verantwoordingsinformatie die zorgaanbieders in het nieuwe bekostigingsmodel moeten aanleveren, moet aansluiten op de afspraken in de zorgstandaarden en de zorgclusters van de productstructuur. Wij vragen expliciet aandacht om bij de uitwerking van het bekostigingsmodel voor 2019 in een vroeg stadium vast te stellen welke verantwoordingsinformatie zorgaanbieders aan zorgverzekeraars gaan verstrekken en hoe deze informatie gecontroleerd gaat worden. Dit is belangrijk om nieuwe problemen bij de controle van de jaarrekeningen van instellingen te voorkomen.

## Aanbeveling 3

*Houd rekening met beperkingen van de meetbaarheid en vergelijkbaarheid van de behandeluitkomsten*

Er zijn grenzen aan de mogelijkheden om de zorg in de ggz inzichtelijk te maken in objectief meetbare indicatoren. Het gaat dan bijvoorbeeld om beperkingen die voortvloeien uit het subjectieve karakter van de gegevens of uit de waarde van de metingen die de behandelinzet van patiënten moeten voorspellen. De betrokken partijen zullen zelf in de praktijk moeten nagaan waar die grenzen liggen.

Wij kunnen ons voorstellen dat deze grenzen per aandoening verschillen. Voor enkelvoudige niet-complexe aandoeningen, zoals pleinvrees, is het waarschijnlijk mogelijk om een passende behandeling uit te werken en de te verwachte behandeluitkomst te voorspellen. Voor dergelijke aandoeningen is het waarschijnlijk ook mogelijk om informatie over de behandeluitkomsten te gebruiken om de zorgaanbieders te vergelijken op gerealiseerde behandeluitkomsten. Voor complexe en langdurige aandoeningen is het lastiger om een passende behandeling te beschrijven en te voorspellen welke behandeling leidt tot welke behandeluitkomsten. Dit maakt ook het vergelijken van zorgaanbieders voor deze aandoeningen, waarmee in de praktijk een aanzienlijk deel van de uitgaven in de curatieve ggz gemoeid zijn, niet eenvoudig.

Bovendien hangen de gerealiseerde behandeluitkomsten bij de patiënten met complexe aandoeningen niet alleen samen met de geleverde zorg, maar ook met andere factoren zoals de woonsituatie en het wel of niet hebben van werk. Om patiënten met dergelijke aandoeningen te ondersteunen, is het vaak nodig dat meerdere partijen in het sociale domein met elkaar samenwerken. Het is dan niet mogelijk om de gerealiseerde verbetering bij een patiënt toe te schrijven aan de behandeling van één van de betrokken zorgverleners.

Hiermee zien wij een risico dat voor een substantieel deel van de uitgaven het bekostigingsmodel niet goed aansluit op de behandelpraktijk.

#### Aanbeveling 4

*Wij bevelen de minister van VWS aan om het Zorginstituut Nederland een expliciet oordeel te laten geven over de kwaliteit van de nieuwe set kwaliteitsindicatoren.*

We vinden het belangrijk dat de minister van VWS en de betrokken partijen oog houden voor de beperkingen van de ROM en de indicatoren die hierop zijn gebaseerd. Voorkomen moet worden dat de sector tijd gaat steken in het verzamelen van gegevens die uiteindelijk onvoldoende bruikbaar blijken te zijn in de bekostiging. Daarom bevelen we de minister van VWS aan om het Zorginstituut Nederland te vragen een expliciet oordeel te geven over de kwaliteit van de nieuwe set kwaliteitsindicatoren. Het beoordelen van de kwaliteitsindicatoren is een al bestaande taak van het Zorginstituut Nederland. Zij moeten, voordat een kwaliteitsindicator wordt opgenomen in het Kwaliteitsregister, beoordelen of het meetinstrument waarmee de indicatoren worden gemeten, voldoet aan de voorwaarden: inhoudsvaliditeit, vergelijkbaarheid en statistische betrouwbaarheid. Mocht het meetinstrument niet voldoen aan de gestelde eisen, dan bevelen wij de minister van VWS aan de veldpartijen te informeren over de gevolgen hiervan voor het gebruik van de indicatoren in het zorginkoopproces.

#### Aanbeveling 5

*Neem de tijd voor eventuele doorontwikkeling naar outcomebekostiging en geef veldpartijen eerst voldoende tijd en ruimte om ervaring op te doen met het bekostigingsmodel van 2019, en spreek op basis van deze ervaringen een realistisch tijdpad af voor de mogelijke invoering van outcomebekostiging.*

De minister van VWS noemde de verbetering van de productstructuur een noodzakelijke tussenstap op weg naar outcomebekostiging. Zij gaf daarbij aan dat outcomebekostiging alleen mogelijk is wanneer er standaarden zijn voor de behandeling en als hier concrete uitkomstmaten aan gekoppeld kunnen worden.

De nieuwe zorgstandaarden en de aangepaste productstructuur hebben grote gevolgen voor het veld. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zullen in de praktijk en al doende moeten nagaan in welke mate de zorgstandaarden richtinggevend zijn in de zorg en welke informatie bruikbaar is om de zorgaanbieders te vergelijken. Daarnaast is het op dit moment nog de vraag of het überhaupt mogelijk zal zijn om voor alle aandoeningen een

koppeling te maken tussen de zorgvraag van de patiënt, de behandeling van de zorgstandaard, normen voor de uitkomst van zorg én de bekostiging.

#### Aanbeveling 6

*Wij bevelen de minister van VWS aan om veldpartijen aan te moedigen te experimenteren met nieuwe contractvormen en de lessen die hieruit volgen te gebruiken bij de verdere ontwikkeling van de bekostiging.*

Op initiatief van zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt geëxperimenteerd met het maken van concrete inkoopafspraken in plaats van het vaststellen van financiële plafonds en met een andere invulling van het onderhandelingsproces. Deze initiatieven lijken voort te komen uit de wederzijdse wens om de bekostiging beter aan te laten sluiten bij de kwaliteit van de geleverde zorg. De minister van VWS en de veldpartijen moeten er voor zorgen dat zij maximaal profijt hebben van deze experimenten door de lessen die hieruit voortkomen, te gebruiken voor de verdere ontwikkeling van prestatiebekostiging in de ggz.

## 5 Reactie minister en nawoord

### 5.1 Reactie minister van VWS

De minister van VWS heeft op 13 januari 2017 op ons onderzoek gereageerd. Haar reactie geven wij hieronder integraal weer. Deze brief is ook opgenomen op de website [www.rekenkamer.nl](http://www.rekenkamer.nl). We sluiten dit hoofdstuk af met ons nawoord.

“Geacht college,

Op 8 december 2016 stuurde u mij het conceptrapport ‘Bekostiging curatieve geestelijke gezondheidszorg’. U vroeg mij om op dit conceptrapport te reageren en daarbij specifiek aan te geven welke maatregelen zullen worden getroffen naar aanleiding van uw conclusies en aanbevelingen. Graag stuur ik u hierbij mijn reactie op uw conceptrapport.

Uw rapport is het resultaat van een grondige analyse met betrokkenheid van diverse deskundigen. In uw rapport geeft u een heldere beschrijving van het zorgstelsel en een goed beeld van het functioneren van de zorginkoop in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de rol van prestatiebekostiging daarbinnen. U concludeert dat de invoering van prestatiebekostiging heeft gezorgd voor meer transparantie in de geneeskundige ggz. Tegelijkertijd concludeert u dat de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vooral gericht zijn op beheersing van de uitgaven en nog niet gebaseerd zijn op een vergelijking van de kwaliteit van zorgaanbieders. U schrijft ook dat er hoge verwachtingen zijn van het nieuwe model van prestatiebekostiging dat door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) samen met de sector wordt ontwikkeld als onderdeel van de door de sector opgestelde ‘Agenda voor gepast gebruik en transparantie’. U signaleert daarbij dat dit omvangrijke en complexe projecten zijn die afstemming met de werkvloer en zorgvuldige besluitvorming vereisen. Met het oog op dit proces doet u mij diverse aanbevelingen. Op hoofdlijnen onderschrijf ik uw conclusies en aanbevelingen en zie ik deze als een ondersteuning van mijn beleid. Hieronder zal ik dit toelichten en specifiek op uw afzonderlijke conclusies en aanbevelingen ingaan.

#### **Conclusie 1: Meer transparantie en aandacht voor kwaliteit**

Bij de sectorbrede overstap naar prestatiebekostiging in de ggz had ik destijds een getrapte doelstelling voor ogen, te weten: (1) het geven van een impuls aan al lopende ontwikkelingen op het gebied van transparantie, (2) het mede daardoor ontwikkelen van de juiste prikkels

in het zorgstelsel<sup>1</sup> en (3) de totstandkoming van samenhangende, kwalitatief goede en doelmatige zorg rondom de patiënt als gevolg van die prikkels (zie Kamerstukken 25 424, nrs. 160 en 175). Samengevat is het doel van prestatiebekostiging dus dat de transparantie in het zorgstelsel wordt vergroot en dat er mede daardoor een dynamiek ontstaat die de totstandkoming van kwalitatief goede en doelmatige zorg stimuleert.

Ik onderschrijf uw conclusie dat de sectorbrede overstap naar prestatiebekostiging heeft gezorgd voor meer transparantie in de geneeskundige ggz. Er is nu op patiëntniveau veel meer informatie beschikbaar dan ten tijde van het oude bekostigingsmodel. Het gaat daarbij niet alleen om informatie over de omvang van de geleverde zorg, maar ook over het zorgproces (zoals over de mix van behandelaren en de verhouding tussen directe en indirecte behandeltime) en over de zwaarte van de zorgvraag (met adequate aandacht voor de bescherming van de privacy van de patiënt, zie Kamerstuk 25 424, nr. 291). Ook onderschrijf ik uw constatering dat daarnaast de aandacht in de sector voor kwaliteit aanzienlijk is toegenomen. Onder andere de door de sector opgestelde 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie' maakt dat zichtbaar (Kamerstuk 25 424, nr. 292). De actiepunten uit die agenda grijpen zowel aan bij structuurfactoren, procesfactoren als uitkomstfactoren van zorgkwaliteit.

### **Conclusie 2: Zorginkoop vooral gericht op uitgavenbeheersing**

Uw constatering dat de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor een groot deel gaan over financiële plafonds en nog niet gebaseerd zijn op een vergelijking van de kwaliteit van zorgaanbieders, vind ik herkenbaar. Dat laat onverlet dat er op beperkte schaal praktijkvoorbeelden uit de zorginkoop zijn (deels ook genoemd in uw rapport) waarbij kwaliteitsvergelijking plaatsvindt.<sup>2</sup> Uit deze en andere praktijkvoorbeelden blijkt dat binnen de zorginkoop ook nu al nuttige gesprekken over zorgkwaliteit kunnen plaatsvinden op basis van structuur en procesfactoren van kwaliteit, ook als er daarbij nog geen of alleen beperkt gebruik wordt gemaakt van informatie over behandeluitkomsten. Ik verwacht dat met de uitvoering van de maatregelen uit de 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie' het gesprek over kwaliteit tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars een grote impuls zal krijgen.

1 Voor het bereiken van de juiste prikkels en dynamiek in het stelsel, was ook de afbouw van de ex post compensaties voor verzekeraars noodzakelijk.

2 Zie bijvoorbeeld de Marktscan GGZ 2014 deel B (NZa). Zie hiervoor een actueel voorbeeld: <https://www.skipr.nl/actueel/id28849-samen-op-zoek-naar-de-beste-depressiezorg-.html>.

### Conclusie 3: Hoge verwachtingen van nieuwe bekostiging

De verwachtingen van de sector en mij ten aanzien van de nieuwe bekostiging staan niet op zichzelf, maar hangen samen met het veel bredere maatregelenpakket uit de 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie', die partijen hebben opgesteld en waar de nieuwe bekostiging onderdeel van is.

#### Aanbevelingen voor het vervolgproces

1. *Neem voldoende tijd om te komen tot een nieuwe bekostigingsmodel*

U beveelt mij aan om voldoende tijd te nemen om te komen tot een nieuwe bekostiging en goede zorgstandaarden en kwaliteitsindicatoren. Ik onderschrijf het belang van een realistische planning die ruimte biedt aan een zorgvuldige aanpak. Het is cruciaal dat hiervoor voldoende tijd wordt genomen en dat de nieuwe bekostiging efficiënt, effectief en goed uitvoerbaar is. Een expliciete toets op administratieve lasten en draagvlak is daarbij essentieel. Tegelijkertijd hecht ik er aan dat bij de planning rekening wordt gehouden met het belang om goede maatregelen zo snel als verantwoord mogelijk is in te voeren en daarbij het perfecte niet de vijand te laten worden van het goede.

De NZa bewaakt in overleg met de sector dat de planning realistisch is en blijft en houdt mij hiervan via voortgangsrapportages op de hoogte. Afgelopen najaar heeft de NZa laten weten dat, in verband met de vereiste zorgvuldigheid, invoering van de nieuwe bekostiging per 2019 niet realistisch is en dat de eerst mogelijke ingangsdatum opschuift naar 2020. De Tweede Kamer heb ik hier op 14 december 2016 over geïnformeerd (Kamerstuk 25 424, nr. 337). De NZa zal dit begin 2017 nader toelichten in haar eerstvolgende voortgangsrapportage.

Ik ben het eens met uw opvatting dat het belangrijk is dat mensen met ernstige psychische aandoeningen een integrale behandeling krijgen, waarbij de psychische aandoening wordt behandeld en er ook aandacht is voor een goede woonomgeving, voldoende begeleiding aan huis en dagbesteding/betaald werk. Een praktische benadering hiervan is mijns inziens van belang. Een nauwe samenwerking tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten is hiervoor nodig. Er worden in 2016 en 2017 43 zorgstandaarden opgeleverd, waaronder de generieke module 'Ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)'. In die module, waar nu aan wordt gewerkt, bestaat aandacht voor de zorg, taken en verantwoordelijkheden binnen verschillende stelsels en bekostigingssystemen.<sup>3</sup> Deze integrale aanpak

3 Zie: <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/generieke-module-epa/>



is ook te zien bij de aanpak van personen met verward gedrag, waarbij de aandacht gericht is op het organiseren van een sluitende aanpak, over domeinen heen.

2. *Bepaal tijdig de verantwoordingsinformatie bij de nieuwe bekostiging*

U doet deze aanbeveling om nieuwe problemen bij de controle van de jaarrekeningen van instellingen te voorkomen. Ik onderschrijf deze aanbeveling. Aan de NZa heb ik meegegeven, dat de nieuwe bekostiging moet bijdragen aan het voorkomen van nieuwe jaarrekeningen-problematiek, of in elk geval niet mag leiden tot bijdragen aan nieuwe jaarrekeningen-problematiek (zie bijlage bij Kamerstuk 25 424, nr. 292).

3. *Houd rekening met beperkingen van de meetbaarheid en vergelijkbaarheid van de behandeluitkomsten*

Ik ben het met u eens dat bij het gebruik van ROM (Routine Outcome Measurement) zorgvuldig te werk moet worden gegaan, met name in relatie tot de bekostiging. Zowel als benchmarkinstrument (om van te leren) als in de relatie tussen cliënt en zorgverlener zijn er diverse voorbeelden van zinvol gebruik van ROM.<sup>4</sup> Partijen in de ggz hebben in het model kwaliteitsstatuut opgenomen dat zij de effectiviteit van de behandeling regelmatig meten. Het ROM-instrumentarium en de bijbehorende uitkomstindicatoren zijn echter nog niet geschikt om de basis te vormen van de nieuwe bekostiging. Daarvoor zal ROM dan ook niet worden gebruikt. De kern van de nieuwe bekostiging is dat zo veel mogelijk een link zal worden gelegd tussen de (zwaarte van de) zorgvraag van de cliënt en de bijbehorende behandeling op basis van zorgstandaarden. Wel wil ik ervoor zorgen dat er vanuit de nieuwe bekostiging geen belemmeringen zullen zijn om bij de zorginkoop (geleidelijk) meer gebruik te gaan maken van uitkomstgegevens, mede op basis van ROM, naarmate dat inhoudelijk verantwoord is. Daarom heb ik de NZa laten weten dat ik eraan hecht dat het bekostigingsmodel (zo veel mogelijk) zo wordt vormgegeven dat een koppeling met uitkomstmaten zoals ROM mogelijk is.

Tegelijkertijd moet er verder worden gewerkt aan de verbetering van ROM. De Wetenschappelijke Raad van Stichting Benchmark GGZ (de beheerder van het ROM-instrumentarium) voert een onderzoeksagenda uit voor de verbetering van de vergelijkbaarheid van ROM-gegevens. Hierbij wordt aan diverse aspecten aandacht besteed, waaronder ook aan de door u genoemde casemixcorrectie.

4 Zie bijvoorbeeld de uitkomsten van het 'Doorbraakproject ROM': <https://doorbraakrom.trimbos.nl> en <http://www.ggznieuws.nl/home/doorbraak-rom-succesvolle-resultaten-clienten-en-behandelaars/>

Dit alles laat onverlet dat betrokken partijen – overeenkomstig uw aanbeveling – steeds zelf moeten (blijven) nagaan en benoemen waar de grenzen van het zinvolle gebruik van ROM-gegevens liggen, wat de zeggingskracht is en wat de tekortkomingen zijn van ROM-informatie. Omdat zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars als patiënten vertegenwoordigd zijn in Stichting Benchmark GGZ (SBG), ligt bij SBG een belangrijke taak, die zij ook al heeft opgepakt. SBG heeft in 2016 een evaluatieonderzoek<sup>5</sup> laten uitvoeren, waaruit onder andere blijkt dat een herijking nodig is van “de stip op de horizon” wat betreft kwaliteitsverbetering in de GGZ, het gebruik van ROM en de rol van SBG daarbij. SBG werkt nu samen met de bij SBG betrokken partijen aan de implementatie.

Uw opvatting dat beperkingen van ROM-gegevens het risico met zich meebrengen dat voor een substantieel deel van de uitgaven het bekostigingsmodel niet goed aansluit op de behandelpraktijk, deel ik niet. Zoals toegelicht is het nieuwe bekostigingsmodel niet gebaseerd op uitkomstmetingen, maar op de zorgvraag van de patiënt. Verder wordt de aansluiting van de nieuwe bekostiging op de behandelpraktijk bewaakt door de NZa en de betrokken organisaties uit de sector.

#### 4. *Laat Zorginstituut kwaliteit nieuwe kwaliteitsindicatoren beoordelen*

Ik zie deze aanbeveling als ondersteuning van mijn beleid. Het uitgangspunt van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ is dat alle opgeleverde producten en instrumenten worden opgenomen in het Kwaliteitsregister van het Zorginstituut, conform het daarvoor geldende Toetsingskader. Het beoordelen van de kwaliteitsindicatoren is al een taak van het Zorginstituut en toetsing gebeurt zoals staat beschreven in het Toetsingskader. Alleen als de kwaliteitsindicatoren voldoen aan het Toetsingskader worden ze opgenomen in het Register.

#### 5. *Neem de tijd voor eventuele doorontwikkeling naar outcomebekostiging*

Deze aanbeveling neem ik over. Voordat na 2020 nieuwe, majeure aanpassingen in de bekostiging kunnen worden gedaan, zal eerst voldoende ervaring moeten worden opgedaan met de bekostiging die partijen per 2020 willen invoeren.

5 <https://www.sbggz.nl/Nieuws/Nieuws-detail?ContentItem=56600ab9-5a66-48f5-8a73-1a11c7f30d3d>

6. *Moedig partijen aan te experimenteren met nieuwe contractvormen en gebruik lessen die hieruit volgen bij verdere ontwikkeling bekostiging*

Ik zie deze aanbeveling als een ondersteuning van mijn beleid. Op 6 februari 2015 heb ik het programma 'Kwaliteit loont' gepresenteerd met daarin 21 maatregelen om te komen tot kwalitatief betere zorg die betaalbaar blijft (Kamerstuk 31 765, nr. 116). Een aantal actiepunten hieruit is gericht op het creëren van meer ruimte voor innovatieve contracten. Over de voortgang hiervan heb ik de Tweede Kamer op 3 november 2016 geïnformeerd in de Derde voortgangsrapportage Kwaliteit loont (Kamerstuk 31 765, nr. 247). De NZa kijkt bij de ontwikkeling van de nieuwe bekostiging ook hoe het nieuwe model zo goed mogelijk ten dienste kan staan van een contractering op basis van kwaliteit, kosten en doelmatigheid.”

## 5.2 Nawoord Algemene Rekenkamer

Voor drie onderwerpen vragen wij aandacht naar aanleiding van de positieve reactie van de minister.

### Verantwoordingsinformatie

De afgelopen jaren is de controle van de jaarrekeningen van zorginstellingen problematisch verlopen, mede doordat in de regelgeving lastig te operationaliseren begrippen waren opgenomen. Om problemen in het verantwoordingsproces te voorkomen, hebben wij de minister aanbevolen om reeds bij het uitwerken van het bekostigingsmodel te doordenken welke verantwoordingsinformatie zorgaanbieders aan zorgverzekeraars gaan verstrekken en hoe deze informatie zal worden gecontroleerd. De minister volstaat in haar reactie met de melding dat zij aan de NZa heeft meegegeven dat het nieuwe bekostigingsmodel moet voorkomen dat er nieuwe verantwoordingsproblemen ontstaan. Onze aanbeveling reikt verder.

Gezien de ervaringen in het verleden is het van belang dat de betrokken partijen bij het opstellen van het nieuwe bekostigingsmodel tijdig uitwerken hoe het verantwoordings- en controlearrangement eruit komt te zien.

### Kwaliteitsindicatoren

Voor het beoordelen van nieuwe kwaliteitsindicatoren wijst de minister op de bestaande taak van het Zorginstituut en op het opgestelde Toetsingskader. Dit instituut beoordeelt de kwaliteitsindicatoren voordat ze worden opgenomen in zijn openbare register.

Zorginstellingen zijn vervolgens verplicht om de gegevens over deze kwaliteitsindicatoren aan te leveren bij het Zorginstituut dat deze gegevens openbaar maakt met als doel de transparantie over de geleverde zorg te vergroten en/of de zorginkoop te ondersteunen. We brengen onder de aandacht dat er momenteel in het openbare register kwaliteitsindicatoren zijn opgenomen die zijn gebaseerd op de ROM. In ons rapport geven wij aan dat de gebruiksmogelijkheden van deze indicatoren voor het vergelijken van de kwaliteit van instellingen beperkt zijn. Daarom hebben wij aanbevolen om nieuwe kwaliteitsindicatoren expliciet te beoordelen op de mogelijkheden om instellingen betekenisvol te vergelijken en daarmee de zorginkoop te ondersteunen. De minister is niet ingegaan op dit deel van de aanbeveling.

### **Bekostiging van de behandeling van mensen met een ernstige psychische aandoening**

De minister is het met ons eens dat de mensen met een ernstige psychische aandoening een integrale behandeling moeten krijgen, waarin er naast de behandeling van de aandoening ook aandacht is voor wonen, begeleiding en dagbesteding of werk.

In ons rapport signaleren we dat, wanneer sprake is van een behandeling waarbij verschillende domeinen betrokken zijn, het lastig is om de gerealiseerde klachtenreductie toe te schrijven aan één van de betrokken partijen. Dit kan problemen opleveren bij het inrichten van de nieuwe bekostiging van de curatieve ggz. De minister geeft aan onze opvatting over dit risico niet te delen. Zij wijst er op dat de nieuwe bekostiging niet is gebaseerd op uitkomstmetingen, maar op de zorgvraag van de patiënt en dat de NZA en de betrokken organisaties uit de sector bewaken dat de nieuwe bekostiging aansluit op de behandelpraktijk.

Naar onze mening is het van belang de uitdagingen op dit terrein niet te onderschatten. We wijzen in dit kader ook op de conclusies van het Aanjaagteam Verwarde Personen die in dit kader relevant zijn. Zij concluderen over de huidige bekostiging: "Prikkelers zijn gericht op afgebakende en specialistische interventies van organisaties en niet op de 'hele persoon'. Er zijn onvoldoende mogelijkheden voor integrale financiering van multiproblematiek en voor domeinoverstijgend informatie delen. Ook vraagt 24/7 beschikbare en aanwezige zorg om financiering naar voorzieningen en beschikbaarheid, in plaats van alleen individugebonden financiering. De noodzaak om dit landelijk te regelen is groot (Aanjaagteam Verwarde Personen, 2016)."



1

2

3

4

5



## Bijlagen

- 1 Overzicht belangrijke conclusies, aanbevelingen en reacties
- 2 Methodologische verantwoording
- 3 Afkortingen
- 4 Literatuur
- 5 Noten



## Bijlage 1

### Overzicht belangrijkste conclusies, aanbevelingen en reacties

Hoofdconclusie	Aanbeveling	Reactie minister van VWS
Door de invoering van prestatiebekostiging is er meer informatie beschikbaar gekomen over de curatieve ggz.		
De onderhandelingen op de zorginkoopmarkt zijn vooral gericht op de beheersing van uitgaven en nog niet gebaseerd op een vergelijking van de kwaliteit van zorgaanbieders.	Wij bevelen de minister van VWS aan om veldpartijen aan te moedigen te experimenteren met nieuwe contractvormen en de lessen die hieruit volgen te gebruiken bij de verdere ontwikkeling van de bekostiging.	Het creëren van ruimte voor innovatieve contracten is een actiepoint uit het programma 'Kwaliteit loont'.
De minister van VWS en de betrokken organisaties hebben hoge verwachtingen van het nieuwe model van prestatiebekostiging.	Neem voldoende tijd om te komen tot realisatie van een samenhangend en effectief bekostigingsmodel.	De beoogde invoering van de nieuwe bekostiging schuift een jaar op. Beoogde invoering is nu 2020.
	Bepaal tijdig welke verantwoordingsinformatie past bij het nieuwe bekostigingsmodel.	De NZa moet bij het ontwikkelen van de nieuwe bekostiging voldoen aan de door de minister gestelde voorwaarde dat nieuwe jaarrekeningenproblematiek moet worden voorkomen.
	Houd rekening met beperkingen van de meetbaarheid en vergelijkbaarheid van de behandeluitkomsten.	ROM is niet geschikt om de basis te vormen van de nieuwe bekostiging. Wel moet de bekostiging ruimte bieden dit te ontwikkelen. De SBG werkt aan verbetering van de ROM en partijen moeten samen zelf de grenzen van zinvol gebruik van ROM bepalen.
	Wij bevelen de minister van VWS aan om het Zorginstituut Nederland een expliciet oordeel te laten geven over de kwaliteit van de nieuwe set kwaliteitsindicatoren.	Dit behoort tot de taken van het Zorginstituut.

Hoofdconclusie	Aanbeveling	Reactie minister van VWS
	Neem de tijd voor eventuele doorontwikkeling naar outcome-bekostiging en geef veldpartijen eerst voldoende tijd en ruimte om ervaring op te doen met het bekostigingsmodel van 2019, en spreek op basis van deze ervaringen een realistisch tijd-pad af voor de mogelijke invoering van outcomebekostiging.	Er zal eerst voldoende ervaring moeten worden opgedaan met het nieuwe bekostigingsmodel alvorens er nieuwe majeure aanpassingen kunnen worden gedaan.

## Bijlage 2

### Methodologische verantwoording

#### Operationalisatie belangrijke begrippen

Wij hebben het toekomstperspectief voor prestatiebekostiging en de stapsgewijze opbouw naar outcomebekostiging als referentiekader genomen om de stand van zaken te beoordelen. Om een oordeel te kunnen geven over de stand van zaken, was het nodig om het begrip ‘goede werking van prestatiebekostiging’ te operationaliseren. Wij hebben gekozen voor de invulling dat prestatiebekostiging goed werkt als de gewenste dynamiek tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op zorginkoopmarkt aanwezig is. De dynamiek hebben we vertaald in drie voorwaarden die we hebben afgeleid van de beleidstheorie.

Deze voorwaarden zijn afgeleid van de randvoorwaarden voor prestatiebekostiging die de minister heeft genoemd bij de invoering van prestatiebekostiging (VWS, 2011 en VWS, 2012a). Deze randvoorwaarden waren opgesteld als criteria voor een verantwoorde invoering van prestatiebekostiging. Het gaat om:

1. Er moet inzicht zijn in kwaliteit en zorgvraagzwaarte;
2. Het systeem moet budgettair beheersbaar zijn;
3. Zorgverzekeraars moeten voldoende sturingsmogelijkheden hebben;
4. Zorgverzekeraars moeten voldoende risicodragend zijn;
5. De productstructuur moet stabiel zijn en de goede tarieven hebben;
6. Er moet een eenduidige diagnosestelling zijn.

Van deze randvoorwaarden hebben we drie voorwaarden afgeleid die aanwezig moeten zijn, wil de bekostiging bijdragen aan de gewenste dynamiek op de zorginkoopmarkt. Die zijn:

1. De zorgverzekeraar moet een prikkel hebben om op de uitgaven te letten.

Deze voorwaarde is afgeleid van twee randvoorwaarden: *zorgverzekeraars moeten voldoende risicodragend zijn* (randvoorwaarde 4) en er moet sprake zijn van een *budgettair beheersbaar systeem* (randvoorwaarde 2).

2. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieders moeten ruimte hebben om te onderhandelen. Deze voorwaarde is afgeleid van de randvoorwaarde *zorgverzekeraars moeten voldoende sturingsmogelijkheden hebben* (randvoorwaarde 3).

3. De zorgverzekeraar moet informatie hebben om prestatie van zorgaanbieders te kunnen vergelijken.



Deze voorwaarde is een specificering van de randvoorwaarde *inzicht in kwaliteit en zorgvraagzwaarte* (randvoorwaarde 1). De aanwezigheid van deze informatie draagt alleen bij aan de gewenste dynamiek op de zorginkoopmarkt, als de informatie vergelijkbaar is.

### Normen

De normen waaraan we getoetst hebben, hebben we afgeleid uit wet- en regelgeving, Tweede Kamerstukken, de basisnormnotities van de Algemene Rekenkamer over ministeriële verantwoordelijkheid en over beleidsonderzoek.

- De minister is verantwoordelijk voor de inrichting van het bekostigingsmodel en is verantwoordelijk voor een verantwoorde en beheerste overstap naar een nieuwe wijze van bekostiging (VWS, 2012a).
- De minister moet zich ervan vergewissen dat het innen, beheren en besteden van publiek geld en de taakuitvoering rechtmatig en doelmatig is gebeurd.
- De ambities van beleid moeten in balans zijn met tijd, mensen en middelen en geld.
- Kwaliteitsindicatoren moeten voldoen aan de eisen voor inhoudsvaliditeit, populatievergelijkbaarheid, registratiebetrouwbaarheid en de statistische betrouwbaarheid (Algemene Rekenkamer, 2013).

### Dataverzameling

Voor dit onderzoek hebben wij de voornaamste beleidsdocumenten over de invoering van prestatiebekostiging in de ggz bestudeerd. Hieruit hebben we de achterliggende beleidstheorie van prestatiebekostiging afgeleid. Op basis hiervan hebben we vastgesteld hoe prestatiebekostiging in theorie zou moeten bijdragen aan de dynamiek op de zorginkoopmarkt en hoe prestatiebekostiging in theorie bijdraagt aan kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg.

Wij hebben verschillende methodes gebruikt om vast te stellen hoe in de praktijk invulling wordt gegeven aan het bekostigingsmodel. Een belangrijke bron van data was de reeks marktscans ggz van de NZa. In deze marktscans brengt de NZa tweemaal per jaar alle ontwikkelingen in de ggz samenhangend in beeld. De NZa beschikt ook over de meest recente cijfers over aantallen patiënten, wachttijden, diagnoses en uitgaven. Ook hebben we gebruikgemaakt van evaluatieonderzoeken naar (onderdelen van) de uitvoering van de Zorgverzekeringswet.

We hebben verder gesprekken gevoerd met medewerkers van sleutelorganisaties rond de bekostiging van de ggz. Wij hebben één of meerdere gesprekken gevoerd met:

- Directie Curatieve Zorg van het Ministerie van VWS;
- Zorgverzekeraars Nederland;
- GGZ Nederland;
- Nederlandse Zorgautoriteit;
- Zorginstituut Nederland;
- Stichting Benchmark GGZ;
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ;
- Het bestuur van een grote ggz-instellingen in Noord-Brabant;
- Een organisatie voor ambulante hulpverlening in Zuid-Holland;
- De afdeling zorginkoop van een grote ggz-instelling in Zuid-Holland.

Aan het eind van de dataverzamelingsperiode hebben wij een bijeenkomst georganiseerd met sleutelfiguren uit het veld. Deelnemers aan die bijeenkomst waren:

- *Prof. dr. E. (Edwin) de Beurs*, directeur bij de Stichting Benchmark GGZ en deeltijd hoogleraar ROM en Benchmarking aan de Universiteit Leiden.
- *Dr. J.A.A.M. (Ronnie) van Diemen - Steenvoorden*, inspecteur-generaal Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- *Prof. dr. R.T.J.M. (Richard) Janssen*, hoogleraar gezondheidseconomie Tilburg.
- *Prof. dr. P.L. (Pauline) Meurs*, voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving en hoogleraar Bestuur van de Gezondheidszorg aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.
- *Drs. J.V. (Jeroen) Muller*, voorzitter van de Raad van Bestuur van Arkin.
- *Prof. dr. J.J. (Jim) van Os*, hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie en hoofd van de afdeling Psychiatrie en Psychologie van het Maastricht Universitair Medisch Centrum.
- *Drs. R. (Roxanne) Vernimmen*, voorzitter van de Raad van Bestuur van Altrecht.

## Bijlage 3

### Afkortingen

dbc	diagnose-behandelcombinatie
ggz	geestelijke gezondheidszorg
GGZ-NL	GGZ-Nederland
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
ROM	Routine Outcome Monitoring
SBG	Stichting Benchmark Geestelijke gezondheidszorg
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport

## Bijlage 4

### Literatuur

Aanjaagteam Verwarde Personen (2016). *Doorpakken*. Eindrapportage aanjaagteam Verwarde Personen. Den Haag.

Algemene Rekenkamer (2013). *Indicatoren voor kwaliteit in de zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 33 585, nrs. 1–2. Den Haag: Sdu.

Algemene Rekenkamer (2015). *Resultaten verantwoordingsonderzoek 2014*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI). Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 34 200 XVI, nr. 2. Den Haag: Sdu.

Algemene Rekenkamer (2016a). *Resultaten verantwoordingsonderzoek 2015 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI)*. Rapport bij het jaarverslag. Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 34 475 XVI, nr. 2. Den Haag: Sdu.

Algemene Rekenkamer (2016b). *Zorgakkoorden. Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4*. Den Haag [actualiseren]

CPB (2015). *Vijf aanknopingspunten voor doelmatigheid in de curatieve zorg*. CPB Policybrief, 2015/12. Den Haag: CPB.

Gezondheidsraad (2013). *Publieke indicatoren voor kwaliteit van curatieve zorg. De stand van de discussie*. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatienummer 2013/29.

GGZ-NL en ZN (2010). *Bestuurlijk Akkoord tussen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland over nadere afspraken inzake transparantie van de kwaliteit van zorg en het financieren van onder handen werk*. d.d. 5 juli 2010.

Hoge Raad (2014). *Zaaknummer 13/04365*. ECLI:NL:HR:2014:1646. Uitspraak van 11 juli 2014.

iBMG (2014). *Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?* Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam - instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

Kabinet-Rutte II (2012). *Bruggen slaan*. Regeerakkoord VVD-PvdA. Brief aan de Tweede Kamer van de informateurs kabinet-Rutte II. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 33 410, nr. 15, Den Haag.

KPMG (2014). *Evaluatie Zorgverzekeringswet*. Eindrapportage september 2014. Eigen beheer.

Kwaliteitsnetwerk GGZ (2016). *Model Zorgstandaard 2.1*. Utrecht: eigen beheer.

Moynihan Donald & Ivor Beazley (2016). *Toward Next-Generation Performance Budgeting. Lessons from the Experiences of Seven Reforming Countries*. Washington: The World Bank.

NZa (2012). *Marktscan Geestelijke gezondheidszorg. Weergave van de markt 2008–2011*. Utrecht: NZa.

NZa (2013). *Marktscan en beleidsbrief Geestelijke gezondheidszorg. Weergave van de markt 2008–2012*. Utrecht: NZa.

NZa (2014a). *Marktscan en beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg. Deel A: Betaalbaarheid en wachttijden 2009–2014*. Utrecht: NZa.

NZa (2015a). *Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2015*. Utrecht: NZa.

NZa (2015b). *Marktscan en beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg. Weergave van de markt 2014*. Utrecht: NZa.

NZa (2016a). *Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg 2015 Deel A: Betaalbaarheid en wachttijden*. Utrecht: NZa.

NZa (2016b). *Handleiding zorgclustermodel ggz - pilotversie*. Intern document.

Projectgroep Plan van Aanpak EPA (2014). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht Kenniscentrum: Phrenos.

SBG (2016a). *Jaarrapportage 2015. Behandeluitkomsten in beeld*. Bilthoven: eigen beheer.

SBG (2016b). *Onderzoeksagenda Wetenschappelijke Raad 2014-2018*. Gepubliceerd op 01-03-2016. Geraadpleegd op 01-09-2016 via <https://www.sbggz.nl/Benchmarken?contentitem=e7f263cc-6c13-49fe-ae7c-2a0e79daafd&parent=72c81d11-6939-4d60-9a59-7e4b8a76da97&paragraph=11d6d2e2-db10-4bd9-9110-aa923563594-7#Confounding-van-uitkomsten-of-casemix-correctie>.

TNS (2015). *Resultaten onderzoek declaratieregelnaleving onder behandelaars in de curatieve ggz*. Amsterdam: Eigen beheer. Bijlage bij Tweede Kamer 2015–2016, 34 300 XVI, nr. 160. Den Haag: Sdu.

Tweede Kamer (2011). *Schriftelijke antwoorden van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op vragen gesteld in de eerste termijn van de behandeling van de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor 2012*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, nr. 33 000-XVI. Den Haag: Sdu.

Tweede Kamer (2012). *Verslag van een schriftelijk overleg over de invoering prestatiebekostiging tweedelijns curatieve ggz*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 25 424, nr. 175. Den Haag: Sdu.

Tweede Kamer (2016). *Verslag van een algemeen overleg over de geestelijke gezondheidszorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, nr. Den Haag: Sdu.

Vektis (2015). *Transparantie in de Geestelijke gezondheidszorg. Zorgthermometer, jaargang 20, september 2015*. Zeist: Vektis.

Vincent van Gogh en VGZ (2015). *Vincent van Gogh en VGZ ondertekenen ambitieuze meerjarenovereenkomst. Strategische samenwerking om de ggz van de toekomst vorm te geven [persbericht]*. Geraadpleegd op 15 juli 2016 van [http://www.vvgi.nl/include/files/Nieuws/Documenten/PBVincentvanGoghenVGZsamenwerking\\_webversie.pdf](http://www.vvgi.nl/include/files/Nieuws/Documenten/PBVincentvanGoghenVGZsamenwerking_webversie.pdf).

VWS (2001). *Nota over vernieuwing van het zorgstelsel*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000–2001, 27 855, nr. 2. Den Haag: Sdu.

VWS (2004). *Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 763, nr. 3. Den Haag: Sdu.

VWS (2008). *Brief minister over de overheveling van curatieve ggz naar de Zorgverzekeringswet*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 689, nr. 192. Den Haag: Sdu.

VWS (2011). *Brief minister over maatregelen voor curatieve ggz voor 2012, prestatiebekostiging en beleidsagenda*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 25 424, nr. 118. Den Haag: Sdu.

VWS (2012a). *Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voorhangbrief inzake invoering prestatiebekostiging tweedelijns curatieve ggz*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 25 424, nr. 160. Den Haag: Sdu.

VWS (2012b). *Bestuurlijk akkoord toekomst ggz 2013-2014. Bijlage bij Geestelijke gezondheidszorg. Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer*. Vergaderjaar 2011–2012, 25 424, nr. 183. Den Haag.

VWS (2015a). *Toelichting Standpunt op NZa-advies doorontwikkeling productstructuur*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 25 424, nr. 292, bijlage. Den Haag: Sdu.

VWS (2015b). *Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 25 424, nr. 292, bijlage. Den Haag: Sdu.

VWS (2015c). *Kwaliteit Loont*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 31 654 nr. 116. Den Haag: Sdu.

VWS (2016a). *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2015*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 34 475 XVI, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2016b). *Brief over definitieve vormgeving van de risicoverevening 2017 in de Zorgverzekeringswet*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 29 689, nr. 725.

VWS (2016c). *Voorhangbrief kwaliteitsstatuut ggz*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 31 765, nr. 201.

VWS (2016d). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2017*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2016–2017, 34 550 XVI, nr. 2. Den Haag: Sdu.

VWS (2016e). *Reactie op 'Voortgangsrapportage doorontwikkeling ggz en fz'*. Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2016–2017, 25 424, nr. 335. Den Haag: Sdu.

Werkgroep Inhoud (2015). *Verkenning doorontwikkeling productstructuur DBBC, GGZ/FZ. Het Engelse bekostigingssysteem uitgedaagd*. Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 29 515, nr. 371. Zonder uitgever.

Zilveren Kruis (2015). *Zilveren Kruis sluit tweejarig contract met verslavingszorgaanbieders Victas, Jellinek en Tactus* [persbericht]. Geraadpleegd op 15 juli 2016 van <https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/nieuws/ggz/paginas/zilveren-kruis-sluit-tweejarig-contract-met-verslavingszorgaanbieders.aspx>

Zorginstituut Nederland (2015). *Kwaliteitsstandaarden GGZ op Meerjarenagenda Zorginstituut* (nieuwsbericht). Geraadpleegd op 15 oktober 2015 van <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2015/kwaliteitsstandaarden-ggz-op-meerjarenagenda-zorginstituut.html>



## Bijlage 5

### Noten

1. De bedragen in deze paragraaf over het jaar 2015 zijn afkomstig uit het jaarverslag van het Ministerie van VWS over het jaar 2015 (VWS, 2016d). Omdat realisatiecijfers in de zorg enige jaren na-ijlen, zijn deze cijfers nog niet definitief.
2. Dit geldt alleen voor verzekerden met een zogeheten naturapolis. Verzekerden met een restitutiepolis hebben volledig vrije keuze in zorgaanbieders. In Nederland heeft 75% van de verzekerden een naturapolis (NZa, 2015a).
3. De SBG is een Trusted Third Party. Dit betekent dat SBG een belangeloze, onafhankelijke, onpartijdige en betrouwbare organisatie is, die elektronisch data ontvangt, verwerkt en beschikbaar stelt.
4. Deze bevoegdheid heeft het Zorginstituut Nederland in 2016 ingezet toen het de regie overnam van de zorgstandaard Integrale Geboortezorg, omdat partijen het niet eens konden worden over de invulling van de richtlijnen.

### Onderzoeksteam

Mw. mr. (Bettina) B.H.V. Anemaet  
Mw. J.T. (Janneke) de Jong-van Til MSc  
Mw. I. (Ilse) Kolenbrander (stagiair)  
Mw. drs. C.P. (Cora) Kreft  
Dhr. drs. H.J.W. (Hink-Jan) Oosterveld

### Voorlichting

Afdeling Communicatie  
Postbus 20015  
2500 EA Den Haag  
telefoon (070) 342 44 00  
voorlichting@rekenkamer.nl  
www.rekenkamer.nl

### Omslag

Ontwerp: Corps Ontwerpers  
Foto: Udo Siebig / Hollandse Hoogte

Den Haag, januari 2017

