

Er is in de eerste helft van 2016 door een werkgroep van zorginhoudelijke experts een voor de Nederlandse situatie bruikbaar 'prototype' van het model ontwikkeld, het zogenoemde Zorgclustermodel. Ten behoeve van de praktijktoets van dit model is ook een webapplicatie gerealiseerd. Daarmee toetsen behandelaars in de praktijk in pilotfase 1 in hoeverre het model voldoende volledig is en of de gehanteerde (zorgcluster)omschrijvingen klinisch herkenbaar zijn. De behandelaars geven feedback op dit prototype van het model. Die feedback wordt verwerkt in een tweede versie van het Zorgclustermodel. Die tweede versie zal in pilotfase 2, die omvangrijker is dan pilotfase 1, worden getoetst.

Kenmerk
0231547/0322180
Pagina
2 van 6

Naast deze pilots hebben we u bericht over de ontwikkelingen ten aanzien van de bekostiging. De criteria – waaraan een bekostigingsmodel te zijner tijd moet worden getoetst – worden verder geconcretiseerd, er wordt in kaart gebracht hoe deze criteria zich tot elkaar verhouden en de mogelijke modellen worden hieraan getoetst.

Pilots

De eerste voortgangsrapportage is verstuurd toen pilotfase 1 nog volop gaande was. Het doel van pilotfase 1 is het testen of het model daadwerkelijk verbeteringen realiseert met betrekking tot de klinische herkenbaarheid en of het voldoende volledig de verschillende doelgroepen binnen de ggz en de fz beschrijft. Inmiddels is pilotfase 1 afgerond. In totaal hebben 184 behandelaars zo'n 1300 patiëntcasussen gescoord volgens het Zorgclustermodel. Deze behandelaars zijn afkomstig van 66 zorgaanbieders, die een breed spectrum in de ggz en fz vertegenwoordigen. Op grond van de resultaten en verkregen feedback, trekken we als programma de volgende conclusies:

- De betrokken behandelaars zijn overwegend positief over het model en de bruikbaarheid in de praktijk. Behandelaars vinden de zorgclusters en het instrument dat helpt om een keuze te maken uit de zorgclusters over het algemeen herkenbaar en vinden de klinische herkenbaarheid nadrukkelijk een verbetering ten opzichte van de huidige situatie.
- Behandelaars kunnen in verreweg de meeste gevallen een bij de patiënt passend zorgcluster vinden. In een groot deel van de gevallen komt de keuze overeen met de op basis van de beslisondersteuning geboden mogelijkheden.
- In de gevallen waarin deze keuze afwijkt, lijkt dit samen te hangen met het feit dat de betrokken behandelaar de vragenlijst die onderdeel is van het Zorgclustermodel niet of beperkt kent en er dus interpretatieverschillen kunnen ontstaan. Op grond van deze waarneming zullen we voor pilotfase 2 meer investeren in het aanreiken van (mogelijkheden voor) instructie en training.
- Veel behandelaars hebben bruikbare suggesties aangedragen waarmee het model verder verbeterd kan worden. Evenwel zal een aantal deelgroepen bij het vervolg bijzondere aandacht nodig hebben. Het gaat hierbij onder andere om de forensische zorg.
- De generalistische basis-ggz lijkt, met de gegevens zoals die nu beschikbaar zijn, goed te passen in het Zorgclustermodel. We betrekken de generalistische basis-ggz dus ook in pilotfase 2.

We zijn positief over het verloop en de resultaten van pilotfase 1 en zijn met het oog daarop al tijdens de looptijd van deze eerste fase de voorbereidingen gestart voor pilotfase 2. In pilotfase 2 zullen:

- pilotdeelnemers niet alleen voor nieuwe patiënten het Zorgclustermodel invullen maar ook de bijbehorende gegevens over de aangeboden *behandeling* aan gaan leveren,
- beduidend *méér zorgaanbieders* mee (moeten) doen dan in pilotfase 1, omdat de doelen van pilotfase 2 – waaronder het vaststellen van behandelprofielen – vereist dat een representatieve dataset wordt opgebouwd²,
- aanbieders over een *langere periode* het model in de praktijk toepassen zodat ook bij de langer lopende clusters zicht verkregen wordt op de gehele behandelperiode.

Kenmerk

0231547/0322180

Pagina

3 van 6

Deelname aan pilotfase 2 brengt met zich mee dat software bij de deelnemers aangepast moet worden. Daarnaast hebben we – zoals hierboven benoemd – uit pilotfase 1 de les getrokken dat (meer) trainings- of instructiemogelijkheden geboden moeten worden. In de afgelopen tijd hebben we als programma gewerkt aan deze randvoorwaarden en vanzelfsprekend tijdig de werving van deelnemers gestart. Inmiddels hebben zich bijna 50 zorgaanbieders gemeld voor deelname. De eerste zorgaanbieder is inmiddels gestart, met de andere geïnteresseerden bespreken we op dit moment de mogelijkheden voor deelname. De komende periode zal in het teken blijven staan van de werving: in de eerste helft van 2017 zal namelijk de voor de doelen van pilotfase 2 benodigde groep gestart moeten zijn en voor de eerste groep patiënten het Zorgclustermodel toegepast moeten zijn. We komen daarop terug bij de planning.

Verbindingen met uitkomstmaten, zorgstandaarden en aanspraken

In uw reactie op onze vorige rapportage heeft u aangegeven veel waarde te hechten aan het mogelijk maken van een koppeling van het Zorgclustermodel aan *uitkomstmaten*, zoals ROM. Dit vraagstuk vereist zorgvuldig onderzoek ten behoeve waarvan we in pilotfase 2 de benodigde gegevens willen verzamelen. Deelnemers aan pilotfase 2 worden gevraagd om op de aangewezen momenten (bij start en bij review) het Zorgclustermodel in te vullen en op hetzelfde moment ook de ROM-vragenlijst. De uitkomsten van deze metingen op dezelfde momenten analyseren we naderhand. Het programma werkt hierbij samen met Stichting Benchmark GGZ (SBG).

Naast de relatie met uitkomstmaten heeft u ook aandacht gevraagd voor de koppeling met *zorgstandaarden* en/of richtlijnen. We onderschrijven het belang van een adequate aansluiting van de zorgclusters en de standaarden. We gaan in kaart brengen hoe de relatie van bestaande zorgstandaarden met zorgclusters is. Voor de zorgstandaarden die het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz (NKO) aan het ontwikkelen is, is het de vraag hoe de relatie zo goed mogelijk tijdens de ontwikkeling al gelegd kan worden. We zijn hierover in gesprek met het NKO.

² Dit belang wordt ook onderstreept door uw verzoek in uw reactie op onze vorige voortgangsrapportage om "in het proces onderzoek te doen naar de financiële effecten van een overstap van db(b)c-bekostiging naar een bekostiging die gekoppeld is aan het Zorgclustermodel en daarbij een vertaalslag te maken naar het macroniveau voor zowel de ggz als de fz" (uw brief van 1 september 2016).

De ontwikkeling van het Zorgclustermodel heeft ook raakvlakken met de *aanspraken*. Eind 2016 terug heeft u ons op de hoogte gebracht van uw verzoek aan het Zorginstituut Nederland om het programma te ondersteunen met betrekking tot de relatie tussen Zorgclustermodel en aanspraken. U heeft daarnaast het Zorginstituut Nederland gevraagd om "te onderzoeken of de gedachte achter het Zorgclustermodel, dat uitgaat van zorgvraagzwaarte, en de bijbehorende indicatietechniek(en) betere aanknopingspunten bieden om de verzekerde aanspraken (geneeskundige) ggz uit te leggen en te duiden, dan de huidige uitleg op basis van de DSM"³. We zullen op korte termijn met het Zorginstituut Nederland overleggen over dit onderzoek en zijn blij dat dit onderzoek met hoge prioriteit uitgevoerd zal worden.

Kenmerk
0231547/0322180

Pagina
4 van 6

Bekostiging

In pilotfase 2 zullen we de gegevens verzamelen die onder meer nodig zijn voor kosten(homogeniteits)analyses. In onze eerste voortgangsrapportage zijn we uitvoeriger ingegaan op de rol van dit criterium en hoe deze zich verhoudt tot de toen voorliggende bekostigingsniveaus. Tegelijk hebben we duidelijk gemaakt dat de keuze voor een passende bekostigingsvorm van méér criteria afhangt. Om de noodzakelijke afweging goed te kunnen maken, hebben we als programma in de afgelopen periode een *afwegingskader* ontwikkeld. Ten behoeve daarvan zijn de criteria geconcretiseerd dusdanig dat ze geschikt zijn voor toetsing. Uw criteria maken daar vanzelfsprekend deel van uit.

De vervolgstappen richten zich op het aanbrengen van een hiërarchie in de criteria ('prioriteren') en het beschrijven van mogelijke bekostigingsvormen. Het afwegingskader moet in staat stellen om de voor- en nadelen van deze bekostigingsvormen in kaart te brengen, bekostigingsscenario's uit te werken en goed onderbouwd keuzes te maken. Het is onze bedoeling om later dit jaar in samenspraak met alle betrokken veldpartijen een voorlopig model te selecteren dat het meest kansrijk is en daarom voor verdere uitwerking in aanmerking komt. Wij zullen dit te zijner tijd door middel van de voortgangsrapportages ter accordering aan u voorleggen.

Planning

Het programma heeft bij de start van de doorontwikkeling een planning gemaakt die gebaseerd was op invoering per 2019. In onze eerste voortgangsrapportage hebben we beschreven welke mijlpalen deze planning met zich meebrengt en welke risico's geïdentificeerd zijn. Afgelopen najaar hebben we u geïnformeerd over het feit dat deze oorspronkelijke planning niet haalbaar is gebleken. We lichten graag toe waar we deze conclusie op baseren:

- De planning was – vanwege de gewenste invoeringsdatum – gebaseerd op de insteek dat de pilotfases zo kort als mogelijk zouden zijn. De ervaringen en actuele inzichten laten zien dat de periode die daarvoor was voorzien te krap is. Het is – gezien de doorlooptijden van dbc's én de nieuwe zorgclusters – noodzakelijk dat we meer dan een jaar gegevens verzamelen in pilotfase 2, willen we goed onderbouwd een bekostigingsvorm kunnen invullen, tarieven kunnen bepalen alsook de

³ Uw brief van 15 december 2016 met kenmerk 1056068-158846-CZ.

consequenties van de implementatie in kaart brengen. Pilotfase 2 is net van start gegaan en zal zeker tot medio 2018 moeten doorlopen.

- Niet alleen zal pilotfase 2 langer moeten lopen, ook is duidelijk dat de voorbereiding méér tijd vraagt dan we aan het begin konden voorzien. Belangrijke les uit pilotfase 1 is – zoals hierboven reeds benoemd – dat verzameling van waardevolle data vereist dat meer trainings- en instructiemogelijkheden beschikbaar zijn. In de voorbereiding van pilotfase 2 is in de afgelopen periode veel energie gestoken. De initiële planning waarbij deze pilotfase onmiddellijk op afronding van fase 1 zou volgen, is echter niet uitvoerbaar.
- Tot slot heeft pilotfase 1 langer geduurd dan voorzien (tot en met november 2016 in plaats van augustus 2016). Het aantal bijeenkomsten dat nodig was om de breedte en diversiteit van de betrokken sectoren te betrekken, was groter dan voorzien en nam ook een langere doorlooptijd in beslag.

Kenmerk
0231547/0322180

Pagina
5 van 6

Het spreekt vanzelf dat de eerder met u gedeelde mijlpalen verschuiven in deze nieuwe planning. We beschrijven de belangrijkste verschuivingen:

	Wanneer	Omschrijving
1.	Medio 2017	Om de resultaten van pilotfase 2 goed en tijdig te kunnen gebruiken, is het belangrijk dat de aanbieders die nodig zijn voor een bruikbare dataset, in de eerste helft van 2017 gestart zijn met registreren.
2.	Najaar 2017	Omdat een bekostigingsvorm nadrukkelijk uitwerking en bijbehorende tijd vraagt (zoals het vormgeven van registratie-eisen, een toets op de privacy-bestendigheid, etc.) is het van belang dat tijdig – dat wil zeggen uiterlijk in het najaar van 2017 – een voorlopige bekostigingsvorm gekozen wordt. Hiervoor is het eerder genoemde afwegingskader relevant. De definitieve keuze van een bekostigingsmodel hangt vanzelfsprekend af van de nog ontvangen data.
3.	September 2018	Omdat zorgvuldige implementatie inzet en uitwerking van alle ketenpartners vereist, is de keuze voor de prestatiestructuur en bijbehorend bekostigingsmodel uiterlijk september 2018 nodig.
4.	Najaar 2018	Finaal advies aan u over de invoering van de nieuwe bekostiging.
5.	Begin 2019	Een jaar vóór de invoering neemt u de go/no go beslissing over de invoering van de nieuwe bekostiging.

De exacte invulling en timing van stap 4 en 5 zullen we in de komende periode met uw ministerie verder uitwerken en afstemmen. Verschillende keuze-momenten hangen af van een goed verloop van de pilots. Cruciaal voor de planning is dus allereerst het *tijdig* verkrijgen van *voldoende* deelnemers aan de pilot. De vraag *hoeveel* aanbieders én zorgclusters exact nodig zijn wordt onder meer gebaseerd op de (spreiding die we meten in de) eerste data-aanleveringen. Het *tijdig* verkrijgen van deze eerste data-aanleveringen is dus van groot belang voor de werving en de planning.

Kenmerk
0231547/0322180
Pagina
6 van 6

Voor een goed verloop van de pilot zijn we (daarom) ook afhankelijk van anderen, waaronder softwareleveranciers: aanpassingen in de software zijn noodzakelijk met het oog op het *tijdig* en *correct* kunnen aanleveren van de data (gegevens over de behandeling) en is daarom (ook) een voorwaarde voor deelname. De bij het programma betrokken partijen hebben een klemmend beroep gedaan op de leveranciers om de aanpassingen door te voeren en daarmee voor zorgaanbieders (deelname aan) de pilotfase mogelijk te maken. Op dit moment is van een deel van de leveranciers bekend dat de aanpassingen doorgevoerd kunnen worden, van een ander deel is dit (nog) niet bekend of is helaas duidelijk geworden dat de aanpassingen niet *tijdig* genoeg doorgevoerd zullen worden. Het spreekt vanzelf dat deze zaken de komende periode bijzondere aandacht zullen blijven krijgen van het programma.

Tot slot

Het jaar 2017 zal met het oog op deze belangrijke momenten in het teken staan van pilotfase 2 en bijbehorende vraagstukken, zoals onderzoek naar de relatie met uitkomstmaten, én de toepassing van het afwegingskader op de diverse bekostigingsmodellen. Deze zaken zijn fundamenteel voor de selectie van een bekostigingsmodel en de voorbereiding van de invoering van dit nieuwe bekostigingsmodel in de ggz en fz. Het spreekt vanzelf dat we u daarbij door middel van voortgangsrapportages zullen blijven betrekken en informeren.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur