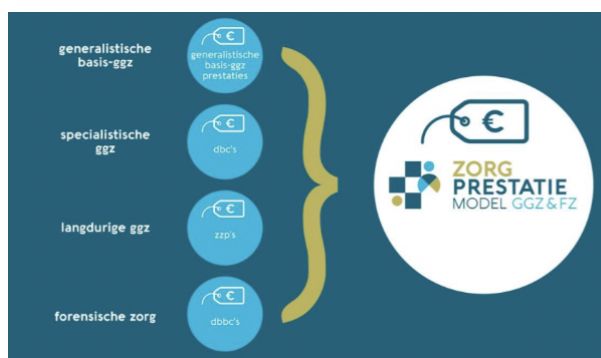


Het glas half vol? Het nieuwe zorgprestatie model

Als interim professional in de ggz of de forensische zorg heb je vanaf 2022 te maken met het zorgprestatie model (ZPM). We merken dat er nog veel vragen zijn, zoals: is het nog mogelijk om zzp'ers in te huren? Wat betekent de komst van het ZPM nu echt in de praktijk voor mij als zzp'er?



Tijdens een kennissessie op 6 april 2022 heeft BuroBeter in gesprek met interim gedragswetenschappers en CQ Procesmanagement de gevolgen van het ZPM in kaart gebracht voor cliënten, opdrachtgevers en specifiek voor jou als (interim) gedragswetenschapper.

We nemen je mee in de meest opvallende inzichten. Voor een uitgebreide uiteenzetting kun je de presentatie bekijken die onderaan dit artikel is toegevoegd.

Wat is het zorgprestatie model (ZPM)?

Per 1 januari 2022 zijn de prestaties voor basis-ggz, DB(B)C's en ZZP's vervangen door zorgprestaties. In het nieuwe model worden behandelingen niet meer als traject afgerekend, maar als losse zorgprestaties. Daarnaast wordt gewerkt met zorgvraagtypen. Het ZPM is niet van toepassing op jeugd-ggz en ggz geleverd door de praktijkondersteuner van de huisarts.

Gevolgen van het ZPM nog niet altijd goed in beeld

We merken dat voor sommige organisaties de gevolgen van de nieuwe bekostiging al goed in beeld zijn. Er zijn ook organisaties waar nog veel onduidelijkheid is. Ook voor zorgprofessionals is het vaak nog lastig om een goed beeld te hebben van het ZPM en de impact ervan. Wat zijn bijvoorbeeld de gevolgen van de verhouding indirecte en directe tijd, de productiedruk en je ruimte om te reflecteren en sparren met je collega's? Hoe kun je je opdrachtgever adviseren over je inzet?

Positionering van het ZPM

Het ZPM gaat uit van de daadwerkelijk geleverde zorg. De afrekening is daaraan gekoppeld en dat is anders dan bij DBC's. Wat verandert er niet: Veel kaders en normen die toezien op de levering en de kwaliteit van zorg blijven onveranderd. Denk aan:

- CGZ Kwaliteitsstatuut (rol regiebehandelaar)
- Richtlijnen rondom therapie en behandeling

- De stand der wetenschap
- Materiële controles door zorgverzekeraars

Maar ook:

- Contract / inkoopvoorwaarden zorgverzekeraars: die kunnen zowel financieel als inhoudelijk aanvullende voorwaarden stellen
- Privacy

Het gaat dus niet over inhoud van de zorg, deze blijft hetzelfde. Belangrijk hierbij is het GGZ Kwaliteitsstatuut. Het is raadzaam om deze altijd te beraadslagen als je in opdracht gaat.

Wel zit er in de bekostiging een aantal sturende elementen die de inhoud raken. Het is officieel geen bezuiniging, maar er is wel een verschuiving. Het totale budget verandert niet door de introductie van het ZPM, maar er komt wel meer ruimte voor de zorgzwaarte. Er wordt beter gekeken naar de complexere zorg. Daarnaast is er een voorkeur voor direct contact (directe tijd) en voor kortere consulten. Ook wordt de mogelijkheid om calculerend te declareren verkleind (in plaats van net een minuut over de DBC grens gaan). En er wordt onderscheid gemaakt tussen beroepen en de daarmee samenhangende tarieven.

Het ZPM vervangt DBC, waarom?

In de kern: het nieuwe model moet eenvoudiger, het moet meer variatie geven om aan te sluiten bij de problematiek van de cliënt en het moet goed controleerbaar blijven. Er kan met het ZPM beter gestuurd worden op uitgaven van de zorg en als instelling kun je sneller factureren. Voor een cliënt wordt de geleverde zorg meer herkenbaar en begrijpelijker op de factuur. En het is mogelijk om meer te differentiëren: een eenvoudiger behandeltraject kost minder dan een meer uitgebreid, complexer traject. Een klinische opname mag duurder zijn dan een ambulante sessie. In het verleden was hierin weinig differentiatie.

Het vorige dbc-systeem was niet transparant.

Factuur moeilijk te begrijpen voor cliënt

Het systeem was complex en zorgde voor te veel administratie van behandelaars.

De bekostiging sloot niet aan bij de geleverde zorg.

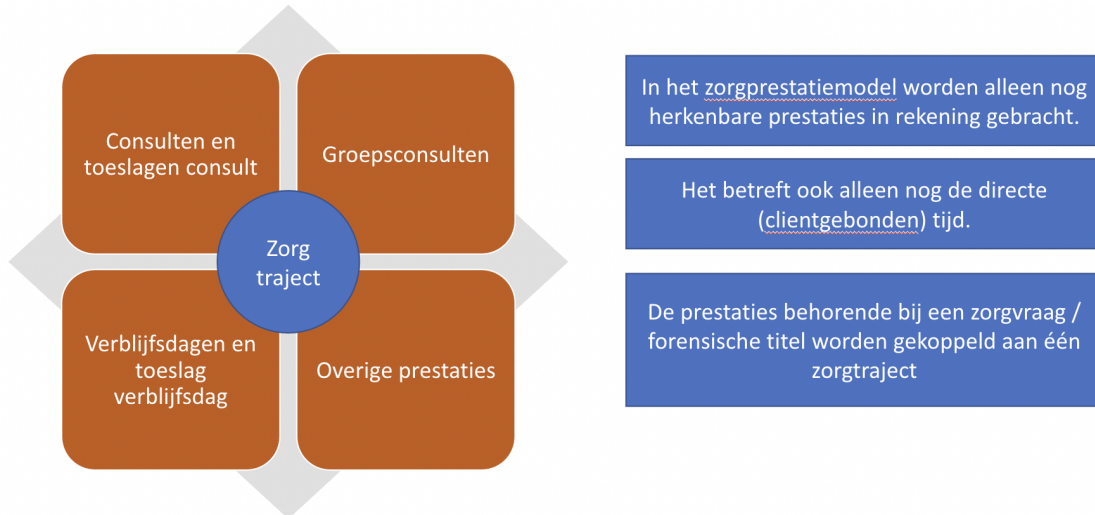
Door de lange looptijd van dbc's en dbbc's duurt het lang voordat de zorgnota kan worden verstuurd.



De basis is simpel: vier soorten prestaties in een zorgtraject

In de basis is het ZPM eenvoudig, er zijn vier soorten prestaties in een zorgtraject:

- consulten en toeslagen consult
- groepsconsulten
- verblijfsdagen en toeslag verblijfsdag
- overige prestaties



Het zorgtraject start je als een cliënt in zorg komt en dat is niet anders dan voorheen. Het zorgtraject duurt maximaal een jaar en dat is hetzelfde als voorheen bij een DBC. Meestal wordt maandelijks gefactureerd in plaats van facturatie na ontslag (afsluiten DBC) van een cliënt. Dat is echt anders geworden met het ZPM. Aan een zorgtraject wordt verplicht een zorgzwaarte typering gekoppeld, die wordt bepaald door een regiebehandelaar. In de SGGZ bepaal je de zorgzwaarte typering op basis van de Honos+ vragenlijst. Deze moet ingevuld zijn voordat je gaat behandelen. Hieruit komt een zorgzwaarte type die je vastlegt. De eindscore komt op de factuur voor de cliënt. De zorgzwaarte typering kun je gedurende een zorgtraject aanpassen.

Factoren die de hoogte van de declaratie bepalen

In de presentatie is een uiteenzetting gemaakt tussen groepsconsulten en individuele consulten. Je hebt een aantal aspecten die bepalen wat de uiteindelijke hoogte wordt van de declaratie. Bij individuele consulten spelen een rol:

- **Setting:** waar wordt de zorg verleend? Bij een individuele aanbieder of een instelling. Een instelling kan één of meerdere settings aanbieden:
 - Mono en multidisciplinair
 - Ambulant en klinisch

Hoe "complexer" de setting, hoe hoger de tarieven, omdat daar meer overhead is toegestaan. Een setting is gekoppeld aan een zorgtraject van een cliënt. Een setting is niet bevroren en kun je opschalen. Let dus op dat je de juiste setting volgt (en eventueel aanpast als je tijdens het traject de zorg opschaaft), zodat je niet te weinig declareert. Meer informatie over de setting vind je op de [informatiekaart settings in het zorgprestatiemodel](#).

- **Type consult:** Diagnostische consulten en behandelconsulten verschillen significant van elkaar in indirecte tijd per consult. Uit data-analyse blijkt dat een diagnostisch consult gemiddeld 9% meer indirecte patiëntgebonden tijd bevat dan een behandelconsult. De indirecte tijd per consult verschilt ook aanzienlijk per behandelsetting (in een meer complexe setting is vaak meer uitgebreide diagnostiek). Daarom zijn er hogere tarieven in de diagnostiekfase.

- **Beroepscategorie zorgverlener:** het tarief is hoger bij een psychiater of klinisch psycholoog dan bij bijvoorbeeld een gz-psycholoog. Opvallend is dat een orthopedagoog-generalist valt onder de 'overige beroepen', wat betekent dat voor inzet van een orthopedagoog-generalist in de volwassen GGZ een lager tarief wordt gehanteerd. Met name bij de 'overige beroepen' wordt een aantal eisen gesteld (check de beroepentabel voor de kleine lettertjes: <https://www.zorgprestatiemodel.nl/aan-de-slag/downloads/>). Kijk daar goed naar. Als je een AGB code kunt aanvragen, dan is deze verplicht op de factuur.
- **Duur van de directe tijd:** deze wordt opgedeeld in een aantal categorieën. Planning = realisatie. Je plant in wat je verwacht, als dat minder dan 15 minuten afwijkt van de werkelijkheid declareer je de geplande tijd.

Bij een groepsconsult bepalen deze aspecten de hoogte van de declaratie:

- Beroepscategorie zorgverlener en groepsgrootte:
 - Tarief per deelnemer wordt lager als de groep groter is
 - Gemiddeld blijft het uurtarief voor de behandelaar hetzelfde
 - Bij no-show verandert de groepsgrootte en dus de prestatie
 - In meest extreme geval wordt het dan een individuele prestatie
- Duur van directe tijd

Bijzonder is dat de setting bij groepsconsulten niet meetelt. En er is meer aanbod voor de groepen die voorheen 'slecht betaalbaar' waren. Dit biedt kansen voor praktijkhouders!

Meer informatie over de invoering van het ZPM voor de klinische setting vind je terug in de presentatie.

Wordt indirecte tijd nog vergoed?

Indirecte tijd is en blijft onderdeel van je werk. Het is een illusie dat je je werk kunt doen zonder indirecte tijd. Het is niet zo dat het niet wordt vergoed, maar het wordt niet apart vergoed. Vergelijk het met een 'all inclusive' concept. Je hoeft van de NZA de indirecte tijd ook niet meer te registreren, maar hier plaatsen we zelf een kanttekening bij. Daarover zometeen meer. Indirecte tijd zit gewoon in het tarief. Je kunt dus niet 100% directe tijd op een dag hebben. Vanuit de zorgbehoefte moet je kijken hoeveel indirecte tijd nodig is. De NZA legt uit hoeveel minuten indirecte tijd beschikbaar is per consult (zie sheet 34 in de presentatie).

Bijvoorbeeld: een gz-psycholoog die in een monodisciplinaire setting in een instelling (ambulant - kwaliteitsstatuut sectie III) 60 minuten behandelt, krijgt daar 26 minuten indirecte tijd bij en bij diagnostiek is dit zelfs 42 minuten (de tarieven kun je opzoeken op <https://zorgprestatiemodel.nza.nl/>).

Setting	Beroepscategorie	financieringsstro	tarief	Aantal directe minute	Aantal indirecte minute
Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz		60	42
Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz		60	26

Er gaan veel spookverhalen rond. Om sprake te laten zijn van directe tijd, moet het zorginhoudelijk écht nodig zijn om als behandelaar bij de cliënt te zitten. Dus als een cliënt een vragenlijst in zijn eentje moet invullen, dan is het niet nodig dat er een psycholoog bij is. Dit kun je dus niet rekenen als directe tijd. Het nabespreken van de resultaten van de vragenlijst met de cliënt is uiteraard wel directe tijd.

Als iedereen alles naar directe tijd zou verschuiven, dan zou de NZA kunnen besluiten om de opslag van indirecte tijd uit het tarief te halen en dan kunnen de tarieven op termijn mogelijk verlaagd worden.

NZA zegt letterlijk: omdat we de bekostiging wijzigen, betekent het niet dat je indirecte tijd wijzigt.

Met introductie van het ZPM gaan we niet op een hele andere manier de zorg aanbieden. Ofwel: Je kunt nu niet ineens de indirecte tijd enorm verlagen als de cliënt niet verandert.

Ook zijn er vragen gesteld door interimers hoe je bijvoorbeeld omgaat met 'no-shows'. Eigenlijk niet anders dan eerder. Bij een 'no-show' wordt er geen zorg geleverd. Daarom krijgt het zorgprestatie-model hier geen prestatie/tarief voor. Een zorgaanbieder kan wel als eigen beleid hebben dat de cliënt een vast bedrag moet betalen als hij/zij niet komt opdagen. Dat moet dan vooraf aan de cliënt worden meegedeeld.

Hoef je indirecte tijd niet meer te registreren?

Voor afrekening van de factuur hoeft dit niet. Maar de zorgverzekeraars en het Kwaliteitsstatuut in de GGZ verwachten wel bijvoorbeeld dat een psychiater of klinisch psycholoog betrokken is middels het MDO bij de behandeling. Dit moet je wel kunnen aantonen, dus het advies is: registreer inhoudelijk je MDO en dat je je behandelplan hebt uitgevoerd. In het EPD kun je de indirecte tijd opnemen. Vanuit bestuurlijk perspectief is het voor onderhandeling van de tarieven wel handig dat je kunt aantonen hoeveel indirecte tijd je als instelling hebt besteed. Dus het registreren van indirecte tijd is wel degelijk raadzaam!

Kijk kritisch wie wat doet: zinvolle besteding van directe en indirecte tijd

Het is tevens een goed moment om te bekijken of het logisch is dat je al die indirecte tijd maakt en of het logisch is dat dit door een behandelaar wordt gedaan. Bij de introductie van DBC's zijn in veel instellingen praktijkondersteuners wegbezuinigd die niet declarabel waren in de DBC. Veel indirecte activiteiten zijn toen naar behandelaren verschoven, omdat ze dan declarabel werden. Die tijd is voorbij. De komst van het ZPM geeft een mooi moment om opnieuw te bekijken of het slim is dat een behandelaar veel tijd besteed aan indirecte tijd. Kan het administratieve werk mogelijk ook door een ander gedaan worden?

Het loont om te investeren in het ECD en in procesoptimalisatie. Neem daarin mee dat de inspectie ook nadrukkelijk vraagt om de cliënt te betrekken. Dit geeft ook mogelijkheden. Kijk kritisch naar wie wat doet, maar houd wel in de gaten wat de eisen zijn aan bekwaam- en bevoegdheden. Je kunt dus niet alle indirecte tijd afschuiven.

Is het nog haalbaar om een zzp'er in te huren?

Een rekenvoorbeeld: Als je als gz-psycholoog 60 minuten directe tijd behandelt in de SGGZ, dan is het NZA tarief € 221,- voor 75 minuten werk. 1 uur behandeling + 15 min daarna als indirecte tijd. Maar reken je niet rijk, want veel instellingen krijgen niet het volledige NZA tarief. Dit is afhankelijk van de onderhandeling met de zorgverzekeraars. Veel instellingen ontvangen 85% van het NZA tarief. Dan houd je als instelling € 150,- per gewerkt uur over. Daar moeten ook nog kosten af zoals overhead (werkplek, management, ondersteuning, etc).

Kijk vooral naar type consulten die je doet en duik in de spreadsheet van de NZA om meer zicht te krijgen op de tarieven. Je kijkt naar je beroep, naar de setting waarin je werkt en achter het aantal directe minuten vind je dan ook de indirecte minuten die daaraan gekoppeld zijn. Je opdrachtgever krijgt dit vergoed, dus dit geeft een vertrekpunt om met je opdrachtgever in gesprek te gaan hoe je je werk indeelt. De verdeling van directe en indirecte tijd zal gedurende een zorgtraject variëren. In het begin en aan het einde zul je meer indirecte tijd hebben dan gedurende de behandeling. Kijk naar de gemiddelden.

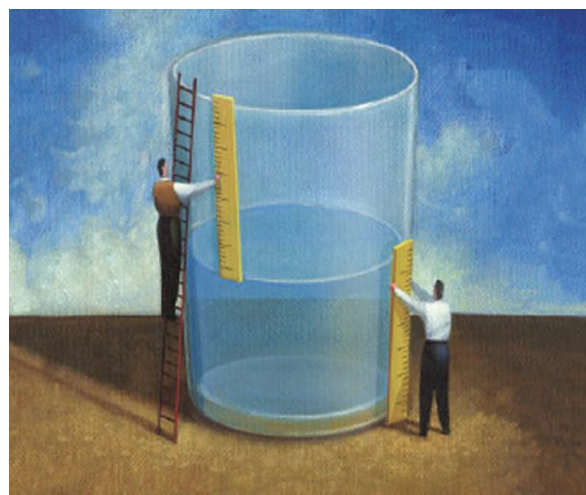
Op de langere termijn: als een opdrachtgever je onder druk zet om veel directe tijd te maken, dan kan dit issues opleveren bij een materiële controle of zorgverzekeraars kunnen dan korten op het NZA tarief. Houd in je achterhoofd: een kwartier indirecte tijd op een uur behandelen is in principe passend en houd je directe en indirecte tijd bij.

Inhuur van een zzp'er blijft zeker mogelijk, maar reken je dus niet te gemakkelijk rijk. De marges zijn niet ruim en zijn afhankelijk van waar je zit. Om een gevoel te krijgen van de tarieven, kun je kijken op <https://zorgprestatiemodel.nza.nl/>.

Het is als ZZP'er met een uurtarief en reistijdvergoeding ook goed om te weten dat het ZPM zo'n honderd toeslagen kent. Extra bedragen die de opdrachtgever krijgt in bepaalde situaties. Reistijd is daar een van, er zijn zelfs verschillende vergoedingen voor. Een andere relevante toeslag is wanneer je als behandelaar cliënten hebt vanuit de Wet Verplichte GGZ, dan ontvangt de opdrachtgever een toeslag van € 775,- per cliënt. Dit bedrag is bedoeld als compensatie voor het extra administratieve werk dat achter een zorgmachtiging vandaan komt.

Samenvattend, er gaan een paar dingen veranderen. Is het glas toch half vol?

- Met de komst van ZPM verandert met name de manier van afrekenen van de zorg.
- Er is een richting ingezet die meer-en-meer rekening houdt met de feitelijke zorgvraag van de cliënt. Op termijn kan dit steeds meer meegenomen worden in te tarieven. Positief is dat we dus kijken naar de zorgvraag, de zorgzwaarte en dat we de bekostiging mee laten schalen naar wat de cliënt nodig heeft.
- In de uitvoering van de zorg verandert niet zoveel.
- Ook de meeste inhoudelijke kaders blijven ongewijzigd.
- Met name de discussie over directe/indirecte tijd is zeer actueel. Daar bestaan een hoop misverstanden over. Blijf altijd vanuit de inhoud hiernaar kijken. Indirecte tijd hoort erbij. En is belangrijk. De uitvoering van het ZPM kent uitdagingen, maar zaken zoals intervisie, regiebehandelaarschap e.d. zijn gewoon in te passen. Kijk wel kritisch of er dingen te optimaliseren zijn. Dat betaalt zich terug.
- Als je het simpel bekijkt, gaat het ZPM uit van 'uurtje factuurtje'. Facturatie verloopt waarschijnlijk maandelijks. Dit heeft voordelen. Voor de ongecontracteerde zorg geeft het echter wel meer rompslomp. Vroeger werd de ongecontracteerde zorg in één keer gedeclareerd aan het einde van de DBC. Nu maandelijks. Dit betekent dat een cliënt maandelijks een factuur krijgt van de zorgaanbieder, die hij maandelijks moet indienen bij de zorgverzekeraar. De cliënt krijgt vervolgens maandelijks het bedrag op zijn rekening om het maandelijks over te maken naar de zorgaanbieder. Het idee is dat de kosten voor de cliënt transparanter zijn, maar het is wel meer gedoe.
- Als instelling merk je dat zorgverzekeraars, ECD leveranciers e.a. nog niet allemaal klaar zijn. De contractering loopt, maar zorgverzekeraars weten het ook nog niet precies. We zullen moeten afwachten hoe de onderhandelingen in de toekomst gaan lopen. Indirecte tijd hoort er zoals gezegd gewoon bij.



- Vanuit de instelling gezien is het fijn dat je maandelijks kunt factureren. Als je een fout maakt, merk je dit eerder en kun je meteen corrigeren.

Wat merk je als behandelaar?

- Na een stormachtige invoeringsfase misschien niet zo heel veel.
- Discussie over sturing op indirecte tijd zal nog wel een tijdje doorgaan.
- Vraag om mee te doen aan slimmigheden (alleen directe tijd maken), dan: Oppassen!
- Verantwoording van consulten en prestaties gaat grotendeels in het ECD.
- Iets meer nadruk op de feitelijke tijden van de afspraken.
- Als regiebehandelaar dien je de zorgzwaarte voortaan mee te nemen. Regiebehandelaren in de SGGZ krijgen een extra taak rondom de Honos+.

Belangrijkste conclusies:

- De primaire zorg (direct vs indirecte tijd) verandert niet, alleen hoe het afgerekend wordt.
- Verdiepen in het Kwaliteitsstatuut GGZ is nu nog waardevoller, elke setting is weer anders.
- Belang van indirecte tijd, zoals intervisie is er ook voor de opdrachtgever. Ook op langere termijn vanwege de onderhandelingspositie met de zorgverzekeraars.
- Flexibiliteit gedurende het zorgtraject wordt vergroot binnen het ZPM.
- Maandelijks factureren is ook in relatie tot jou als zzp'er interessant, omdat de liquiditeitspositie van een instelling verandert doordat maandelijks wordt gefactureerd in plaats van na afloop van een zorgtraject.

De kennissessie op 6 april 2022 over het ZPM is tot stand gekomen in samenwerking met CQ procesmanagement, een ervaren partner in advies-, verander- en procesmanagement voor organisaties in de zorgsector en het sociale domein. We bedanken Pleun Rijkers, adviseur en bestuurder, voor de heldere uiteenzetting!

Zorgprestatie model (ZPM)

Online kennissessie

6 april 2022



BuroBeter

Even voorstellen: Pleun Rijkers

- Achtergrond in bestuurlijke informatiekunde
- Actief als adviseur en bestuurder GGZ
 - Aandachtsgebieden: van zorginhoud naar zinvolle processen en informatie:
 - Inrichting ECD, clientportalen
 - Stuurinformatie
 - Declaratie en Financiën
- CQ procesmanagement
 - Al meer dan 20 jaar advies in met name de GGZ en sociaal domein
 - Sinds 2018 ook actief als ontwikkelaar en investeerder in zorg-initiatieven
 - www.cqp.nl / pleun@cqp.nl



Agenda: zorgprestatie model

- Wat is het?
- Aanleiding en doel
- Werking
- Vraag en antwoord



Wat is het zorgprestatie­model



ZPM: hoe wordt er afgerekend?

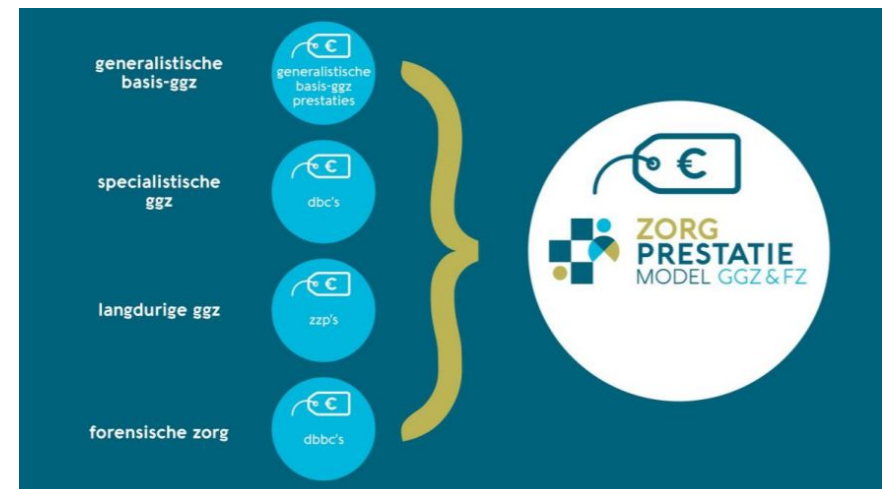
- 5 wetten

- Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet forensische zorg (Wfz), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) en de Jeugdwet.

- Het zorgprestatieproces regelt de bekostiging van ggz en forensische zorg die op basis van de Zvw en de Wfz worden geleverd

- Voor basis GGZ én specialistische GGZ
- Vanaf 2022

- De NZa bepaalt hoe de bekostiging er precies uitziet.



Onze wereld van de zorg

Bekostiging



Intake

Diagnostiek

Behandeling

Behandeling

Opname

Verblijf

Ontslag

Overleg

Medicatie

MDO

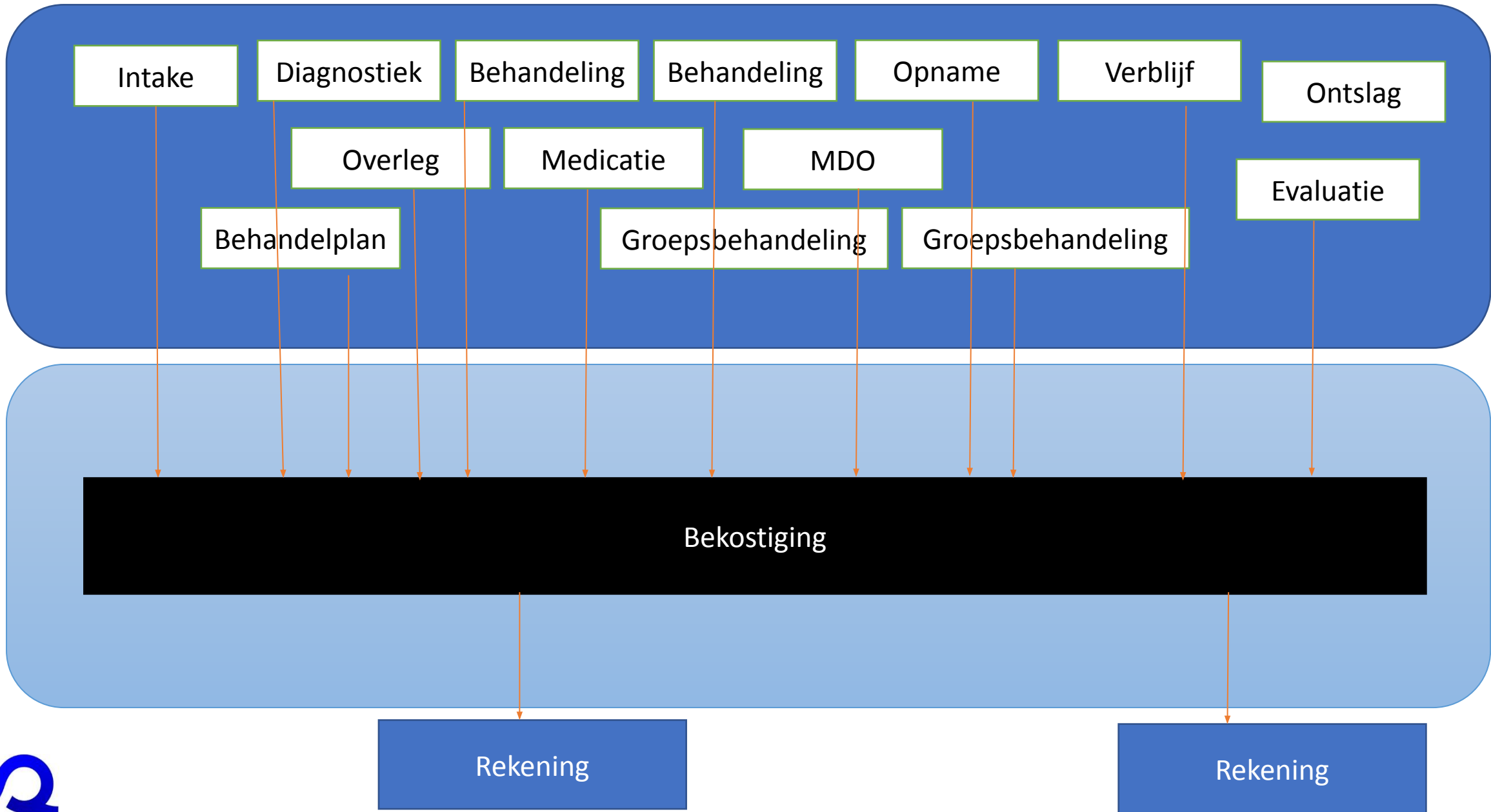
Behandelplan

Groepsbehandeling

Groepsbehandeling

Bekostiging





Het zorgprestatie­model bepaalt dus wettelijk

- Wat wordt er wel of niet afgerekend
- Wat staat er dan op de rekening
- Wat zijn de tarieven
- Waar hangen die tarieven van af
- Hoe vaak rekenen we iets af
- Wat zijn er verder nog voor spelregels



Niet alles wordt anders!

- Veel kaders en normen die toezien op de levering en de kwaliteit van zorg blijven onveranderd
- Denk aan:
 - Kwaliteitsstatuut GGZ (rol regiebehandelaar)
 - Richtlijnen rondom therapie en behandeling
 - De stand der wetenschap
 - Materiele controles zorgverzekeraars
- Maar ook:
 - Contract / inkoopvoorwaarden zorgverzekeraars: die kunnen zowel financieel als inhoudelijk aanvullende voorwaarden stellen
 - Privacy

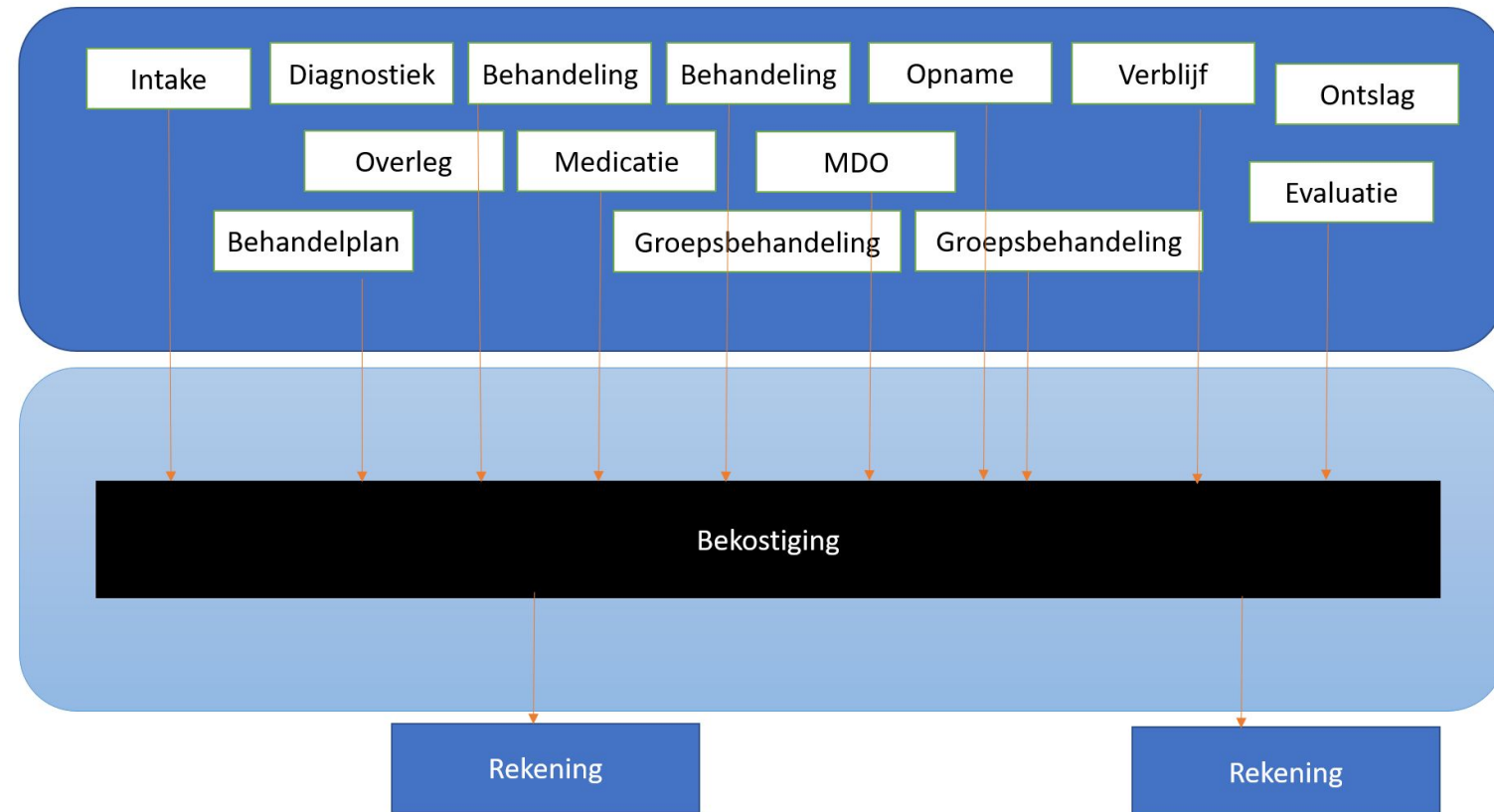


Wel wat sturende aspecten via de bekostiging

- Meer gericht op doelmatige zorg
- Geen bezuiniging, wel verschuiving
- Vergoeding op maat: meer ruimte voor de zorgzwaarte (niet alleen maar een hoofddiagnose)
- Beschikbaarheid van complexere zorg verbeteren
- Voorkeur voor direct contact / kortere consulten
- Minder prikkels op calculerend declareren
- Directere afhankelijkheid tussen geleverde zorg en de rekening
- Keuze van beroepen die eigen tarieven hebben



Laten we de black box openen



Aanleiding en doel



ZPM vervangt DBC - waarom?



DBC = Diagnose Behandel Combinatie
DBBC = Diagnose Behandeling Beveiliging Combinatie
ZP = ZorgZwaartePakket

Het vorige dbc-systeem was niet transparant.

Factuur moeilijk te begrijpen voor cliënt

Het systeem was complex en zorgde voor te veel administratie van behandelaren.

De bekostiging sloot niet aan bij de geleverde zorg.

Door de lange looptijd van dbc's en dbbc's duurt het lang voordat de zorgnota kan worden verstuurd.



Ontwerpcriteria



Eenvoudige prestaties,
begrijpelijk voor de
patiënt

1



Weerspiegelt daadwerkelijk
geleverde zorg,
controleerbaar voor
de patiënt

2



Prijzen sluiten aan bij
behandelinzet en
benodigde setting

3



Structurele verlichting
administratieve lasten,
géén tijdsregistratie

4



Maximale versnelling
inzicht zorguitgaven,
omzet en schade
vergelijkbaar

5



Eenvoudige en duidelijke
regels, ruimte voor
innovatie

6



Stimuleert procesgerichte
beheersing i.p.v. controle
achteraf

7



Ontschotting, zelfde
besteding voor
gb-ggz, fz jaar 1 en jaar
1/2/3 g-ggz

8



Basis voor sturen op
gepaste en doelmatige
zorg

9



Flexibel te combineren
met doorontwikkeling
zorgvraagtypering

10

Werking



Simpele basis: vier soorten prestaties in een zorgtraject



In het zorgprestatie-model worden alleen nog herkenbare prestaties in rekening gebracht.

Het betreft ook alleen nog de directe (cliëntgebonden) tijd.

De prestaties behorende bij een zorgvraag / forensische titel worden gekoppeld aan één zorgtraject

Zorgtraject

- Bundelt de zorg rondom een zorgvraag
- De verwijzing is gekoppeld aan het zorgtraject
- Het zorgtraject start zodra een client in zorg komt
- De startdatum is de uitvoeringsdatum van de eerste prestatie
- Duurt maximaal een jaar, komt de client terug binnen een jaar dan wordt het traject heropend (klinkt bekend allemaal ?)
- Wel nieuw: er wordt al gedurende het zorgtraject zorg in rekening gebracht



Zorgvraagtypering (verplicht)

- Gekoppeld aan het zorgtraject
- Momentopname van de zorgvraag van een client, kan wijzigen gedurende de tijd
- Bij op- of afschalen zorg (bv. aangepast behandelplan?) ook kijken of de vraag is gewijzigd
- Is geen vervanging van de diagnostiek en de DSM
- Het idee is zicht te krijgen op de feitelijke zorgzwaarte van de client.
- Dit kan dan een rol kan gaan spelen in de hoogte van de vergoeding, gekoppeld aan clusters van cliënten
- Wordt vooralsnog voor de statistieken meegeleverd met de facturatie (tot 2024) Nog niet bekend welke impact het gaat hebben.



SGGZ: Zorgvraagtypering via de Honos+

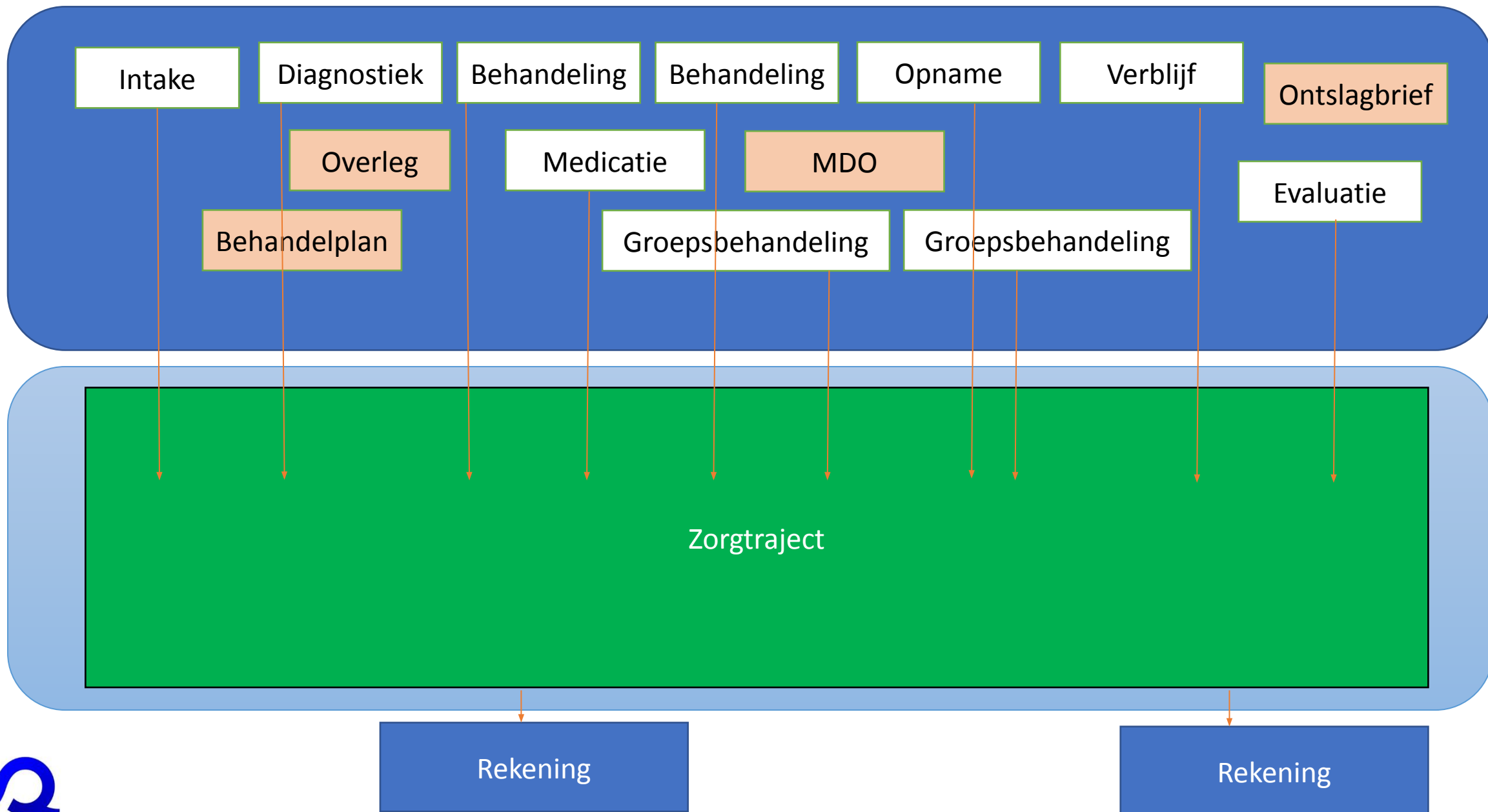
- In de diagnostiek / intake fase
- Hoeft pas bij de behandelfase definitief te zijn
- Honos+ vragenlijst (zit soms in EPD, soms nog apart)
 - Volledig of dynamisch
- Antwoorden resulteren in een voorgesteld zorgvraagtype
- Eindkeuze ligt bij regiebehandelaar. Beide worden geregistreerd
- Eindresultaat komt op de factuur, antwoorden en onderbouwing niet. Wel later in een kwaliteitsaanlevering



Parallelliteit: Twee instellingen, zelfde problematiek, gelijktijdige zorg

- Bij dezelfde zorgvraag (diagnose) was dit tijdens de DBC niet toegestaan
- In de basis staat het zorgprestatieproces dit wel toe
- Maar veel zorgverzekeraars dan weer niet; de voorkeur is dan onderlinge dienstverlening
- Hier is nog veel gaande
 - Advies: stem altijd met de betreffende zorgverzekeraar af
 - Advies: zelfs als het wordt toegestaan check dan of de systemen de afrekening ook al ondersteunen





De basis is simpel: vier soorten prestaties in een zorgtraject



In het zorgprestatiemodel worden alleen nog herkenbare prestaties in rekening gebracht.

Het betreft ook alleen nog de directe (clientgebonden) tijd.

De prestaties behorende bij een zorgvraag / forensische titel worden gekoppeld aan één zorgtraject

Welke smaken consulten zijn er?

- Individuele consulten
 - Setting
 - Type consult
 - Diagnostiek
 - Behandeling
 - Beroepscategorie zorgverlener
 - Duur van directe tijd
- Groepsconsulten
 - Beroepscategorie zorgverlener
 - Duur van directe tijd



Setting

*De patiënt wordt op basis van diens zorgvraag bewust verwezen naar een bepaalde setting
Kenmerken van een setting zijn gebaseerd op de organisatie en uitvoering van de zorg en worden vooraf ingericht.*

Daarmee bevindt de verantwoording van de setting zich op de keuzes die bij het inrichten worden gemaakt.

- Ambulant kwaliteitsstatuut sectie II
- Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair
- Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair
- Outreachend
- Klinisch (exclusief forensische en beveiligde zorg)
- Forensische en beveiligde zorg – klinische zorg
- Forensische en beveiligde zorg – niet-klinische of ambulante zorg
- Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)



Meerdere settings mogelijk

- De setting is gekoppeld aan de client
- Feitelijke zorgvraag van de client is hier leidend
- De setting kan in de loop van het zorgtraject wijzingen
 - Bv. van mono naar multi-disciplinair
- Een instelling kan één of meerdere settings aanbieden
 - Mono en multidisciplinair
 - Ambulant en klinisch
- Hoe “complexer” de setting, hoe hoger de tarieven

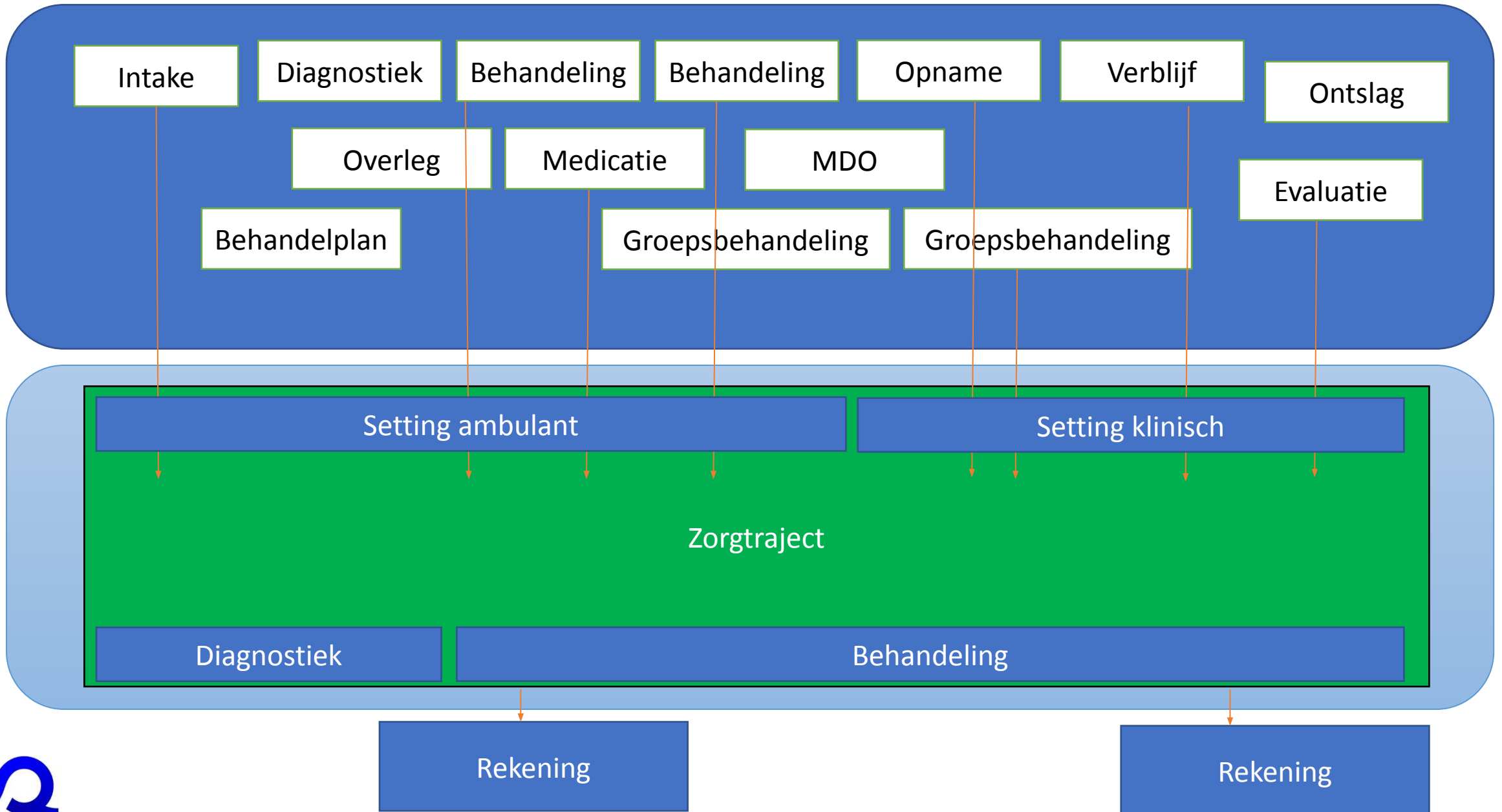
Meer informatie over de setting vind je op de informatiekaart settings in het zorgprestatieproces: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_659073_22/



Type consulten

- Diagnostische consulten en behandelconsulten verschillen significant van elkaar in indirecte tijd per consult.
- Uit data-analyse blijkt dat een diagnostisch consult gemiddeld 9% meer indirecte patiëntgebonden tijd bevat dan een behandelconsult.
- De indirecte tijd per consult verschilt ook aanzienlijk per behandelsetting
- Daarom hogere tarieven in de diagnostiekfase





Welke smaken consulten zijn er?

- Individuele consulten
 - Setting
 - Type consult
 - Diagnostiek
 - Behandeling
 - Beroepscategorie zorgverlener
 - Duur van directe tijd
- Groepsconsulten
 - Beroepscategorie zorgverlener
 - Duur van directe tijd



AGB code mogelijk?
Dan verplicht!

B.v. vaktherapeut

Beroepen zorgprestatie model

- Arts - specialist (Wet Big artikel 14)
- Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big artikel 14)
- Verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg (Wet Big artikel 14)
- Arts (Wet Big artikel 3)
- Psychotherapeut (Wet Big artikel 3)
- Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)
- Verpleegkundige (Wet Big artikel 3)
- Overige beroepen (incl. WO-psychologen Logo, vaktherapie)
- ***Check de beroepentabel voor de kleine lettertjes***
[Downloads - Zorgprestatie model](#)



Duur directe tijd

Gekozen is voor de onderverdeling:

- Consult vanaf 5 minuten
- Consult vanaf 15 minuten
- Consult vanaf 30 minuten
- Consult vanaf 45 minuten
- Consult vanaf 60 minuten
- Consult vanaf 75 minuten
- Consult vanaf 90 minuten
- Consult vanaf 120 minuten

Planning = realisatie

Je plant in wat je verwacht, als dat minder dan 15min afwijkt van de werkelijkheid declareer je de geplande tijd



Indirecte tijd

- Wordt niet meer apart gedeclareerd
 - Client ziet de indirecte tijd niet -> transparanter
 - Geen indirecte tijd meer registreren -> minder administratieve lasten
 - Is meegenomen in de tarieven -> geen aparte prestaties
- Hoort er wel gewoon bij, de zorgbehoefte is leidend
- 100% directe tijd op een dag kan dus niet

Wat is indirecte tijd?

Dat is tijd die een zorgverlener besteedt rondom een direct contactmoment in het kader van diagnostiek / behandeling, maar waarbij de patiënt en / of diens naaste(n) zelf niet aanwezig is. Voorbeelden van indirecte tijd zijn het schrijven van een brief aan de huisarts, zorginhoudelijk overleg met collega behandelaren, het voorbereiden van een activiteit of hersteltijd na een intensieve behandelingssessie en administratieve taken (zoals het maken van een afspraak).



Verantwoording NZa

B	C	D	E	F	G	H	I
Consultty	Duur van	Setting	Beroeps categorie	financieringsstro	tarief	Aantal directe minute	Aantal indirecte minute
Diagnostiek	60	Ambulant - kwaliteitsstatuut sectie II	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz		60	28
Diagnostiek	60	Ambulant - kwaliteitsstatuut sectie III - monodisciplinair	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz		60	42
Diagnostiek	60	Ambulant - kwaliteitsstatuut sectie III - multidisciplinair	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz		60	56
Diagnostiek	60	Outreachend	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz		60	71
Diagnostiek	60	Klinisch (exclusief fz)	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz		60	89
Diagnostiek	60	Forensische en beveiligde zorg, klinisch	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz en fz		60	109
Diagnostiek	60	Forensische en beveiligde zorg - niet klinische of ambulante zorg	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz en fz		60	90
Diagnostiek	60	Hoogspecialistisch ggz (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz		60	66
Behandeling	60	Ambulant - kwaliteitsstatuut sectie II	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz		60	17
Behandeling	60	Ambulant - kwaliteitsstatuut sectie III - monodisciplinair	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz		60	26
Behandeling	60	Ambulant - kwaliteitsstatuut sectie III - multidisciplinair	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz		60	35
Behandeling	60	Outreachend	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz		60	44
Behandeling	60	Klinisch (exclusief fz)	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz		60	55
Behandeling	60	Forensische en beveiligde zorg, klinisch	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz en fz		60	67
Behandeling	60	Forensische en beveiligde zorg - niet klinische of ambulante zorg	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz en fz		60	56
Behandeling	60	Hoogspecialistisch ggz (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz		60	40

Setting	Beroeps categorie	financieringsstro	tarief	Aantal directe minute	Aantal indirecte minute
Ambulant - kwaliteitsstatuut sectie III - monodisciplinair	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz		60	42
Ambulant - kwaliteitsstatuut sectie III - monodisciplinair	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	ggz		60	26



Misverstanden

- Als de client aanwezig is, is het directe tijd
 - *Nou nee: als de client een clienttevredenheidsonderzoek invult waar de zorgverlener bij zit blijft het indirecte tijd*
 - Nza: het zonder zorginhoudelijke reden betrekken van de client bij een indirecte tijd zodat de tijd declarabel wordt is niet toegestaan
- Alles gaat over naar directe tijd
 - *Nou nee: er zit een bepaald gemiddelde aan indirecte tijd in de tarieven. Als dat straks veel minder wordt, zullen ook de tarieven lager worden*
 - Nza: De wijziging van de bekostiging moet geen reden zijn om het zorgaanbod aan te passen en (veel) meer directe tijd te investeren. We zullen daarom goed monitoren of we grote verschuivingen zien



Niet meer registreren? B.v. MDO

- Voor de declaratie niet: dus sec de tijd hoeft niet meer
- Inhoudelijke verslaglegging houd je toch...
- Verzekeraars willen in een aantal gevallen aantoonbare betrokkenheid van bijvoorbeeld een Klinisch Psycholoog of Psychiater als de GZ-psycholoog regiebehandelaar is. Het makkelijkst is dus om dit wel gewoon te blijven registreren
- Het ECD pakt de indirecte tijd in de meeste gevallen toch wel mee
- Voor kostprijsberekeningen en tariefonderhandelingen wel nuttig om ook de tijd mee te nemen en te registreren



Daar staat tegenover

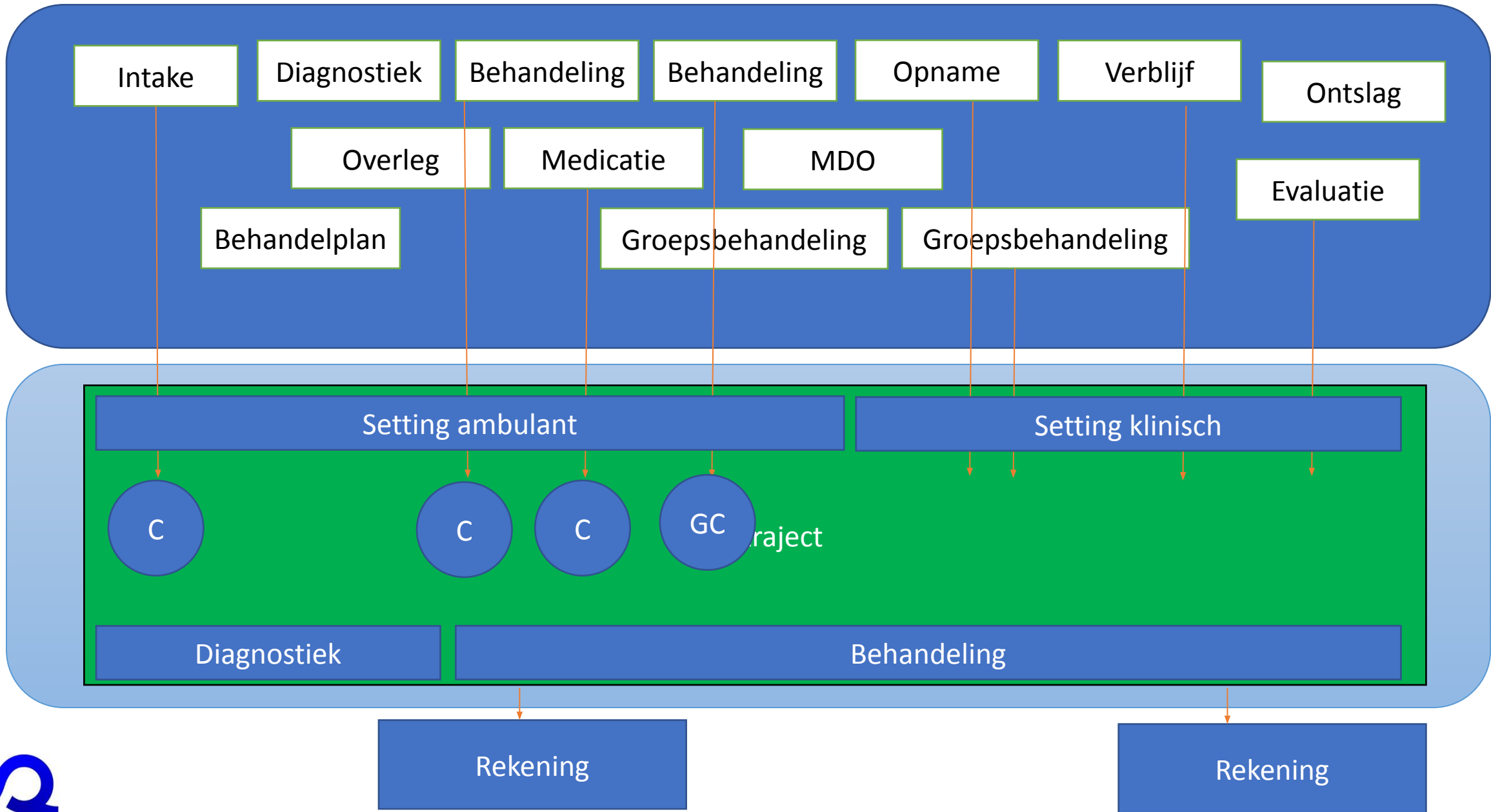
- Dat het ZPM een goede aanleiding is om te kijken of cliënten inhoudelijk meer betrokken kunnen worden
- Ook de inspectie nadrukkelijker vraagt om de client ook inhoudelijk te betrekken bij overleggen met behandelaren en verwijzers
- Dat een efficiency slag natuurlijk wel mag en het nu dus beter rendeert om eens goed naar je ECD en andere ondersteuning te kijken
 - *“when i was young” met de komst van de DBC werden veel indirecte activiteiten naar behandelaren verschoven omdat ze dan declarabel werden.
“those days are gone”*
- Kijk dus weer eens kritisch wie welk werk doet (let wel op bevoegd en bekwaamheid)



Tips om de discussie te voeren

- Indirecte tijd is en blijft bij het werk horen
- Hoe veel normaal is, hangt af van type client, instelling, soort consult etc. Dat weten jullie echt wel
- Er is indirecte tijd in de vergoeding opgenomen en de Nza tarieven bieden hier ook ruimte voor.
*BV: 60 min GZ-psycholoog setting amb III multidisciplinair -> Ca 221,- euro Nza
Stel daar zit gemiddeld 15 min indirect in versleuteld.
Bij 85% Nza vergoeding hou je dan ca. 150,- per uur over (zonder overhead)*
- Kijk eens in de tabellen van de Nza naar jouw beroep hoeveel
- Het gaat om gemiddelden. De eerste consulten in een serie kosten vaak meer indirecte tijd dan daarna.
- Alleen directe tijd maken geeft langere termijn problemen met de materiele controles
- “My 50 Cent”
 - Een kwartier indirect op een uur behandeling is echt niet vreemd
 - Hou bij hoeveel tijd je echt besteedt





Groepsconsulten

- Eén prestatie per
 - behandelaar
 - per half uur
 - per deelnemer
- Bijzonder: de setting telt niet mee
- Dus 4 deelnemers, 2 behandelaren, 1 uur = $4 * 2 * 2 = 16$ prestaties
- Tarief wél afhankelijk van beroep & groeps grootte
 - Tarief per deelnemer wordt lager als de groep groter is
 - Gemiddeld blijft het uurtarief voor de behandelaar hetzelfde
 - per client natuurlijk wel goedkoper
 - Bij no-show verandert de groeps grootte en dus de prestatie
 - In meest extreme geval wordt het dan een individuele prestatie

Prestatiecode	Naam	Financierings	Tarief (€)	Actueel
GC0019	Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big artikel 14) - Groeps grootte 4 - 30 minuten	GGZ / FZ	28,04	Ja
GC0051	Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big artikel 14) - Groeps grootte 8 - 30 minuten	GGZ / FZ	14,02	Ja



Welke smaken consulten zijn er?

- Verblijfsdagen
- Overige prestaties
 - Intercollegiaal overleg
 - B.v. ECT, ga ik nu verder niet op in



Verblijfsprestaties

De verblijfsprestaties zijn vrijwel ongewijzigd:

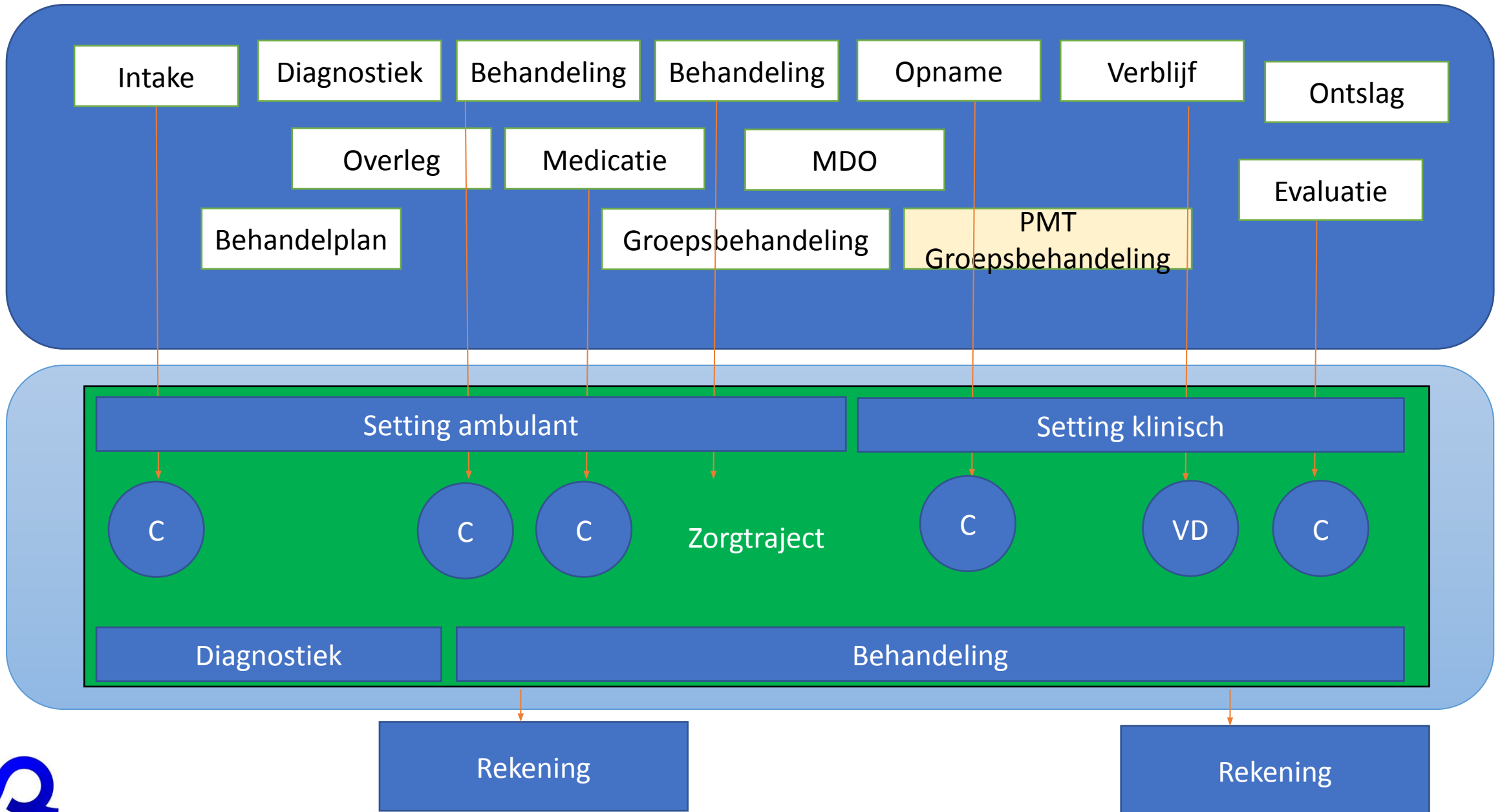
- Verblijfsdag A (lichte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag B (beperkte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag C (matige verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag D (gemiddelde verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag E (intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag F (extra intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag G (zeer intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag H (hic)



Wel nieuw is

- Tijdens het verblijf wordt de setting “klinisch” en zijn de tarieven hoger
- Intake en diagnostiek vóórafgaan aan de opname zijn wel weer ambulant
- In de vergoeding van de klinische verblijfsdag is vaktherapie al opgenomen. Die mag dus niet apart in rekening worden gebracht
 - Hier is op dit moment veel ruis over in het veld
 - Mijn mening: er is relatief weinig financiële ruimte voor vaktherapie
 - Nza zegt onderhandel het uit met de zorgverzekeraars maar die zijn ook nog maar net begonnen met het ZPM





Zorg prestaties

Eenvoud?



INDELING ZORGPRESTATIES GGZ & FZ (concept februari 2020)

Consulteren		Ambulant - kwaliteitsstatuut sectie II	Ambulant - kwaliteitsstatuut sectie III	Outreaching	Klinisch (exclusief fz)	Forensische zorg, niet-klinisch	Forensische en beveiligde zorg, klinisch	Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)
Arts - specialist (Wet BIG artikel 14)	Diagnostisch consult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandelingsconsult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Klinisch (neuro) psycholoog (Wet BIG artikel 14)	Diagnostisch consult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandelingsconsult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Verpleegkundig specialist GGZ (Wet BIG artikel 14)	Diagnostisch consult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandelingsconsult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Arts (Wet BIG artikel 2)	Diagnostisch consult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandelingsconsult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Gezondheidszorgpsycholoog (Wet BIG artikel 3)	Diagnostisch consult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandelingsconsult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Psychotherapeut (Wet BIG artikel 3)	Diagnostisch consult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandelingsconsult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Verpleegkundige (Wet BIG artikel 3)	Diagnostisch consult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandelingsconsult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Overige beroepen niet-rijksdienstbaar	Diagnostisch consult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandelingsconsult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120

Groepsconsulten	Arts - specialist (Wet BIG artikel 14)	Klinisch (neuro) psycholoog (Wet BIG artikel 14)	Verpleegkundig specialist GGZ (Wet BIG artikel 14)	Arts (Wet BIG artikel 3)	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet BIG artikel 3)	Psychotherapeut (Wet BIG artikel 3)	Verpleegkundige (Wet BIG artikel 3)	Overige beroepen niet-rijksdienstbaar
Groepsgrootte 2 personen	45	45	45	45	45	45	45	45
Groepsgrootte 3 personen	45	45	45	45	45	45	45	45
Groepsgrootte 4 personen	45	45	45	45	45	45	45	45
Groepsgrootte 5 personen	45	45	45	45	45	45	45	45
Groepsgrootte 6 personen	45	45	45	45	45	45	45	45
Groepsgrootte 7 personen	45	45	45	45	45	45	45	45
Groepsgrootte 8 personen	45	45	45	45	45	45	45	45
Groepsgrootte 9 personen	45	45	45	45	45	45	45	45
Groepsgrootte > 10 personen	45	45	45	45	45	45	45	45

Verblijfsprestaties	Beveiligingsniveau geen	Beveiligingsniveau 1	Beveiligingsniveau 2	Beveiligingsniveau 3	Beveiligingsniveau 4
Verblijfsdag A (lichte verzorgingsgraad)	A.0	A.1	A.2	A.3	A.4
Verblijfsdag B (beperkte verzorgingsgraad)	B.0	B.1	B.2	B.3	B.4
Verblijfsdag C (matige verzorgingsgraad)	C.0	C.1	C.2	C.3	C.4
Verblijfsdag D (gemiddelde verzorgingsgraad)	D.0	D.1	D.2	D.3	D.4
Verblijfsdag E (intensieve verzorgingsgraad)	E.0	E.1	E.2	E.3	E.4
Verblijfsdag F (extra intensieve verzorgingsgraad)	F.0	F.1	F.2	F.3	F.4
Verblijfsdag G (zeer intensieve verzorgingsgraad)	G.0	G.1	G.2	G.3	G.4
Verblijfsdag H (hic)	H.0	H.1	H.2	H.3	H.4
Verblijf zonder Overnachting (VZO) bij ECT					
Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR)					
Verblijf met extreme zorgzwaarte (met contractvoorwaarde)					

Overige zorgprestaties	Toeslagen consult
Overige verrichtingen <ul style="list-style-type: none"> • Intercollegiaal overleg (alleen setting Ambulant-ks II) • Onderlinge dienstverlening 	Geestelijke gezondheidszorg <ul style="list-style-type: none"> • RTMS • Doventolk/communicatiedeskundige • Reistijd tot 25 minuten • Reistijd vanaf 25 minuten
Geestelijke gezondheidszorg <ul style="list-style-type: none"> • Elektroconvulsietherapie (ECT) • Ambulante methadonverstrekking (AMV) • Consultatie bij euthanasieverzoeken • Onderlinge dienstverlening • Niet basispakketzorg consult • Niet basispakketzorg verblijf • Verblijf zonder overnachting 	Forensische zorg <ul style="list-style-type: none"> • RTMS • Doventolk/communicatiedeskundige • Reistijd tot 45 minuten • Reistijd vanaf 45 minuten
Forensische zorg <ul style="list-style-type: none"> • Elektroconvulsietherapie (ECT) • Ambulante methadonverstrekking (AMV) • Consultatie bij euthanasieverzoeken • Onderlinge dienstverlening • Ambulante dagbesteding forensische zorg • Forensisch psychiatrisch toezicht (FPT) 	Toeslagen verblijf <ul style="list-style-type: none"> • Geestelijke gezondheidszorg <ul style="list-style-type: none"> • Oorlogsgereleerd psychotrauma (op verblijfsdag D) • Forensische zorg <ul style="list-style-type: none"> • Extreem vlucht- en beheersgevaarlijk (EVBG) • Sglvg+ bij beveiligings-niveau 2



Praktische consequenties



Met het ZPM

- Verandert met name de manier van afrekenen van de zorg
- Is er een richting ingezet die meer-en-meer rekening houdt met de feitelijke zorgvraag van de client. Op termijn kan dit steeds meer meegenomen worden in te tarieven
- In de uitvoering van de zorg verandert niet zoveel.
- Ook de meeste inhoudelijke kaders blijven ongewijzigd
- Als regiebehandelaar dien je de zorgzwaarte voortaan mee te nemen
- is met name de discussie over directe/indirecte tijd zeer actueel. Daar bestaan een hoop misverstanden over. Blijf altijd vanuit de inhoud hier naar kijken. Indirecte tijd hoort erbij. En is belangrijk. Kijk wel kritisch of er dingen te optimaliseren zijn. Dat betaalt zich terug



Wat merk je als behandelaar

- Na een stormachtige invoeringsfase hopelijk niet zo heel veel
- Discussie over sturing op indirecte tijd zal nog wel een tijdje doorgaan
- Vraag om mee te doen aan slimmigheden? Oppassen!
- Verantwoording van consulten en prestaties gaat grotendeels in het ECD
- Iets meer nadruk op de feitelijke tijden van de afspraken
- Regiebehandelaren krijgen extra taak rondom de Honos+



Wat gaat er in de facturatie veranderen

- Periodieke (vaak maandelijkse) facturatie ipv einde DBC.
- De client ziet veel duidelijker welke zorg er in rekening wordt gebracht dus daar kun je vragen over gaan krijgen
- Zorgtrajecten bundelen nu de activiteiten ipv DBC's
- Indirecte tijd & de minuten tellen niet meer mee voor de factuur
- Eigen bijdrage bij ongecontracteerde zorg wordt complexer



Wat merkt de client

- Waarschijnlijk iets kortere consulten en meer directe betrokkenheid
- De rekening is veel herkenbaarder en komt meer overheen met de echt geleverde zorg
- Wens: verkorting van de wachtlijsten / meer aanbod voor de groepen die voorheen 'slecht betaalbaar' waren
- De rekening komt voortaan maandelijks (rompslomp bij ongecontracteerde zorg)
- In de overgang twee keer eigen risico



Wat merkt de instelling

- Veel is nog niet 100% gereed
 - ECD's zijn nog in ontwikkeling
 - Zorgverzekeraars moeten ook nog wennen
 - Contractering is moeilijker -> DBC's zijn wat makkelijker te voorspellen
- Vaker factureren, eerder geld
- Indirecte tijd & vaktherapie soms in de tarieven opgenomen, moeilijker budgetteren
- Externe inhuur – niet meer alle inzet komt 1:1 terug in de bekostiging dus daar worden ook allerlei beren op de weg voorzien
- Nieuwe controles: waar gaat straks op gecontroleerd worden



Wat merkt de instelling: extra toeslagen

Het ZPM kent zo'n 100 extra toeslagen. Twee voorbeelden die voor jou als ZZP'er relevant zijn:

- Reistijdvergoeding. Er zijn nu twee tarieven: eentje voor ritten korter dan 25 minuten, en eentje voor ritten langer dan 25 minuten (en korter of langer dan 45 minuten voor de Forensische zorg)
- Wet Verplichte GGZ. Bij behandeling van cliënt uit WvGGZ krijgt de opdrachtgever € 775,- extra vergoeding per cliënt.



Tot slot

- Het lijkt veel, maar het is in essentie “uurtje factuurtje” met een flink aantal nuances
- Goede inhoudelijke en toepasselijk zorg en het belang van de client moet altijd voorop blijven staan; daarbinnen kijken naar zinvolle besteding van tijd, zowel direct als indirect
- Kijk daarbij ook zeker naar de kwaliteitsstatuten en andere inhoudelijke normen. De bekostiging is maar een deel van het verhaal.
- Interessant is de ingezette richting van de koppeling van zorgvraagtypering en clusters aan de tarieven. Dit biedt kansen.
- Maandelijks facturen geeft ook snellere terugkoppeling over mogelijke fouten



Vragen

