

**Rapport**

**Risico's voor ongepast  
en oneigenlijk gebruik  
Generalistische basis  
GGZ**

november 2013



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doelstelling	11
1.3 Definitie van fraude	11
1.4 Afbakening	12
1.5 Methode	13
1.5.1 Inzet externe deskundige	13
1.6 Leeswijzer	14
<b>2. Omschrijving basis GGZ</b>	<b>15</b>
2.1 Aanleiding	15
2.2 Doelstelling basis GGZ	15
2.3 Proces	16
2.4 Regelgeving basis GGZ	16
2.4.1 Doelgroep	16
2.4.2 Toegankelijkheid	16
2.4.3 Prestaties en tarieven	17
2.4.4 Beleidsregel	18
2.4.5 Nadere regel	18
<b>3. Zorginkoop</b>	<b>19</b>
3.1 Inleiding	19
3.2 Belang van zorginkoop	19
<b>4. Toegang tot de basis GGZ</b>	<b>21</b>
4.1 Inleiding	21
4.2 Risico's	21
4.3 Kans en impact	22
4.4 Beheersmaatregelen	22
<b>5. Aanspraak</b>	<b>25</b>
5.1 Inleiding	25
5.2 Risico's	25
5.3 Kans en impact	26
5.4 Beheersmaatregelen	26
<b>6. Indicatiestelling</b>	<b>28</b>
6.1 Inleiding	28
6.2 Risico	28
6.3 Kans en impact	28
6.4 Beheersmaatregelen	28
<b>7. Zorglevering</b>	<b>31</b>
7.1 Inleiding	31
7.2 Risico's	31
7.3 Kans en impact	31
7.4 Beheersmaatregelen	32
<b>8. Declaratie en verantwoording</b>	<b>34</b>
8.1 Inleiding	34
8.2 Risico	34
8.3 Kans en impact	34
8.4 Beheersmaatregelen	35

<b>9. Controles</b>	<b>37</b>
9.1 Inleiding	37
9.2 Risico's	37
9.3 Beheersmaatregelen	37
<b>10. Conclusie en adviezen</b>	<b>39</b>
10.1 Acties NZa	40
10.2 Adviezen	40
<b>11. Bijlage</b>	<b>42</b>

## Vooraf

Op verzoek van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ligt voor u de fraudetoets voor de Generalistische basis GGZ.

In dit rapport brengen we de risico's tot ongepast en oneigenlijk gebruik van de regelgeving en niet-correct declareren in kaart, binnen de bestaande wet- en regelgeving voor de Generalistische basis GGZ. De minister heeft verzocht een brede definitie te hanteren. Naast opzettelijke overtredingen, kijken we daarom ook naar oneigenlijk gebruik, ongepast gebruik en administratieve vergissingen.

Het doel van deze toets is om de mogelijkheden van ongepast en oneigenlijk gebruik inzichtelijk te maken en waar mogelijk te komen tot preventieve maatregelen die de risico's verminderen. Uitgangspunt hierbij is de regelgeving van de NZa. Dit is echter een onderdeel van het systeem van de Generalistische basis GGZ. Om die reden heb ik breder geïnventariseerd waar de prikkels en mogelijke preventiemaatregelen (horen te) liggen in het systeem.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden en deskundigen bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen de inbreng van alle betrokkenen dan ook zeer op prijs en willen hen hiervoor hartelijk danken.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur



## Managementsamenvatting

Op 31 juli 2013 heeft de Minister van VWS de NZa verzocht een fraudetoets uit te voeren op de regelgeving van de generalistische basis GGZ (basis GGZ). Aanleiding hiervoor is de nieuwe indeling van de curatieve GGZ in de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Het doel van deze wijziging is dat de patiënt de zorg op de juiste plek ontvangt en kosten omlaag gaan. Met de versterking van de basis GGZ moet een verschuiving optreden van patiënten vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de basis GGZ en de huisarts. Met deze verandering wijzigt ook de bekostigingsstructuur van de curatieve GGZ.

In deze fraudetoets toetsen we de regelgeving van de basis GGZ<sup>1</sup> op mogelijke risico's. We hanteren een brede definitie van fraude, waaronder naast opzettelijk misbruik ook administratieve vergissingen/fouten, oneigenlijk gebruik (*upcoding*) en ongepast gebruik/niet-noodzakelijke zorg vallen. Het opzettelijke misbruik van de regelgeving valt niet binnen de scope van deze toets omdat dit niet inherent is aan de invoering van de basis GGZ.

We merken op dat het nieuwe systeem een verbetering is ten opzichte van het bestaande systeem. Door de invoering van een verwijzmodel, zorgvraagzwaarte prestaties en meer controlemogelijkheden voor de zorgverzekeraar zijn de risico's op ongepast en oneigenlijk gebruik kleiner geworden. Dit neemt niet weg dat ook in de basis GGZ een aantal risico's voor ongepast en oneigenlijk gebruik van de regelgeving aanwezig is. Daarnaast signaleren we een aantal risico's die specifiek zijn voor de GGZ of inherent zijn aan het systeem. Deze risico's zijn slechts ten dele weg te nemen via de regelgeving van de NZa. Voor een deel moeten anderen maatregelen nemen. Het is daarom cruciaal dat de huisarts, aanbieders en de verzekeraars hun rol oppakken.

Deze managementsamenvatting beantwoordt de vragen uit de opdrachtbrief van de Minister van VWS<sup>2</sup> voor de fraudetoets.

### *Helderheid en controleerbaarheid regelgeving*

Definities voor aanspraak en bekostiging moeten eenduidig en hanteerbaar zijn. Dit vergroot de naleving. Het moet voor alle betrokkenen duidelijk waarop de patiënt aanspraak heeft. Dit blijkt niet altijd het geval in de basis GGZ, waardoor er risico's op frauduleus handelen ontstaan. De belangrijkste oorzaken voor deze risico's hebben te maken met controlemogelijkheden op declaraties, afbakening en criteria indicatiestelling binnen de basis GGZ.

### Controlemogelijkheden op declaraties

Veel van de verplichtingen en declaratievoorschriften uit de regelgeving zijn controleerbaar. Bij de controles op declaraties van zorgaanbieders spelen zorgverzekeraars een cruciale rol. Er komt hiervoor informatie over onder andere de directe en indirecte patiëntgebonden tijd, behandelaars en de verwijzer beschikbaar op de factuur. De contractafspraken die de verzekeraar vooraf maakt met de zorgaanbieder en de formele en materiële controles achteraf, bieden meer mogelijkheden dan voorheen om ongepast en oneigenlijk gebruik op te sporen en aan te pakken. Echter, de juistheid van de volgende

<sup>1</sup> Beleidsregel en nadere regel Generalistische basis GGZ (BR/CU-5101 en NR/CU-537).

<sup>2</sup> Brief VWS, 31 juli 2013, kenmerk 138249-107949.

cruciale informatie is voor een verzekeraar moeilijk tot niet te controleren:

- Is er sprake geweest van een stoornis of slechts van klachten?
- Is de indicatie – en de daaraan gekoppelde prestatie – binnen de Basis GGZ juist geweest?

Betere protocollen en richtlijnen van de beroepsgroepen en vastleggen daarvan in het dossier kunnen leiden tot meer controlemogelijkheden voor de zorgverzekeraar.

#### Afbakening

Er ontbreekt een heldere afbakening tussen stoornissen en klachten. Klachten horen thuis bij de huisarts en stoornissen in de geneeskundige GGZ. Tevens ontbreekt een heldere afbakening tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Er zijn namelijk geen nadere gedefinieerde aanspraken op de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ in de Zvw. Het onderscheid bestaat alleen in de bekostiging. Doordat er geen heldere afbakening is tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ, bestaat het risico op afwenteling wanneer de huisarts de verwijfsfunctie niet goed kan uitvoeren. Het ontbreken van een heldere afbakening kan leiden tot oneigenlijk gebruik of tot ongepast gebruik van basis GGZ.

#### Criteria indicatiestelling binnen de basis GGZ

Aanbieders van de basis GGZ bepalen op basis van vijf criteria<sup>3</sup> welke van de vier zorgvraagzwaarte prestaties past bij het patiëntprofiel. Deze criteria om tot een indicatie te komen zijn nog te weinig onderscheidend. Hierdoor ontstaat het risico op onjuiste indicatiestelling en daarmee ongepast gebruik van basis GGZ.

#### Mogelijke risico's

De Minister van VWS heeft gevraagd om mogelijke (nieuwe) risico's in kaart te brengen en een inschatting te maken van de kans en de impact van het risico. In dit rapport zijn de risico's per processtap (van zorginkoop tot controle) in kaart gebracht. Elke stap kent risico's, waarbij de één waarschijnlijker en belangrijker is dan de ander. De belangrijkste risico's die we signaleren zijn:

- Toegang: onjuiste verwijzing naar de basis GGZ door de huisarts;
- Indicatiestelling: onjuiste indicatiestelling door zorgaanbieder van basis GGZ als gevolg van onduidelijkheid in aanspraak en/of de criteria voor indicatie van een van de vier prestaties;
- Zorgverlening: inzet van te laaggeschoold personeel waarbij verantwoorde zorg in geding kan komen;
- Declaratie en verantwoording: hierbij bestaat het risico op *upcoding*.

Door controles op de declaraties bestaat de mogelijkheid om een aantal risico's achteraf te beheersen. Door formele controles en het in kaart brengen van praktijkvariatie en op basis daarvan actie te ondernemen, zoals gesprekken met aanbieders of materiële controles. Zoals we onder controlemogelijkheden beschrijven is sommige informatie moeilijk tot niet te controleren. Om dit te bewerkstelligen is het cruciaal dat de zorgverzekeraar zijn rol oppakt. De criteria voor verwijzing en indicatiestelling op basis van zorgvraagzwaarte kunnen verder worden aangescherpt om de controlemogelijkheden verder te verbeteren. Het risico als gevolg van beperkte eenduidigheid bij de verwijzing en indicatiestelling is kenmerkend voor de GGZ. De grens tussen klachten en stoornis kan vaag zijn, waardoor het risico ontstaat dat er te snel een stoornis wordt vastgesteld. Dit is een risico dat ook in de

---

<sup>3</sup> Een uitgebreide beschrijving van de criteria staat in de beleidsregel Generalistische basis GGZ en het HHM rapport.



gespecialiseerde GGZ bestaat. Daarnaast is de patiënt vaak zelf niet in staat om dit te controleren en te beoordelen, zoals bijvoorbeeld bij een gebroken been wel het geval is. Als deze risico's zich voordoen, dan is de impact binnen de basis GGZ relatief groot.

#### *Beheersmaatregelen*

Tot slot heeft de Minister gevraagd om na te gaan of verzekeraars voldoende instrumenten hebben om fraude op te sporen en aan te pakken. Daarnaast heeft de Minister gevraagd welke aanvullende maatregelen genomen kunnen worden om de risico's te verminderen.

Wij constateren dat de wijze waarop de basis GGZ is vormgegeven de zorgverzekeraar handvatten geeft om ongepast en oneigenlijk gebruik aan te pakken. Zo kan de verzekeraar vooraf op verschillende onderdelen afspraken maken met zorgaanbieders, namelijk over omzetplafonds, casemix, afspraken over substitutie en de inzet van hoofdbehandelaars en medebehandelaars. Deze afspraken bieden houvast bij de controle op fraude. Ook kunnen zorgverzekeraars onderzoek doen naar praktijkvariatie tussen aanbieders van GGZ en hun inkoopbeleid daarop afstemmen. Tot slot hebben de zorgverzekeraars de mogelijkheid om formele en materiële controles uit te voeren. Hiermee een deel van het ongepaste en oneigenlijke gebruik in de zorg opsporen en aanpakken. Bovengenoemde mogelijke risico's kunnen worden verminderd door een aantal criteria verder te verduidelijken door protocollen en richtlijnen en zodoende de controlemogelijkheden van zorgverzekeraars verder te verbeteren.

Concluderend zal de NZa in 2014 de regelgeving voor 2015 op een aantal punten verder verduidelijken om de risico's te verminderen:

- de definitie van medebehandelaar en wanneer medebehandelaars tijd moeten schrijven;
- extra informatie op de factuur, bijvoorbeeld het verplicht vermelden zorgvraagwaarte/patiëntprofiel op de factuur.

De definitie van directe en indirecte tijd wordt in de aanpassing van de regelgeving voor de basis GGZ voor 2014 nog meegenomen. De overige twee punten worden in voorbereid voor de regelgeving per 2015.

In de regelgeving van de gespecialiseerde GGZ voor 2014 neemt de NZa op dat de zorgaanbieder voor het openen van een vervolgd-DBC moet beoordelen of de patiënt op basis van zijn zorgvraagwaarte nog thuishoort in de gespecialiseerde GGZ of naar de basis GGZ kan.

Tot slot adviseren wij de Minister het volgende:

- Het maken van een heldere en hanteerbare afbakening van de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ.
- Het verbeteren van het verwijzingsmodel voor huisartsen door de NHG.
- Het maken van een heldere afbakening van de afzonderlijke prestaties binnen de basis GGZ. Wij adviseren om de beroepsgroep de criteria, waarop patiënten worden ingedeeld in een prestatie, te laten doorontwikkelen zodat deze beter hanteerbaar zijn.
- Het vergroten van het kostenbewustzijn van de patiënt door de patiënt te informeren over de kosten van zijn behandeling. Wij adviseren om zorgverzekeraars te verplichten om de patiënt te informeren over de kosten van de behandeling.



## 1. Inleiding

### 1.1 Aanleiding

De Tweede Kamer heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) verzocht de aanpak van zorgfraude te intensiveren en te verbeteren. Onderdeel daarvan is de aandacht voor preventie van fraude en het verminderen van de prikkels tot frauduleus handelen. De minister heeft besloten om omvangrijke wijzigingen in bekostigingssystemen voorafgaand te onderwerpen aan een fraudetoets. De NZa heeft eerder in opdracht van de minister een fraudetoets uitgevoerd op de voorgenoemde invoering van de wet Langdurige Intensieve Zorg in 2015.

De curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt per 2014 anders ingedeeld; namelijk in de Generalistische basis GGZ (basis GGZ) en de gespecialiseerde GGZ. Met deze nieuwe indeling en de versterking van de basis GGZ zal een verschuiving van de patiënten vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de basis GGZ en de huisarts (met ondersteuning van de POH-GGZ) moeten plaatsvinden. Met deze verandering wijzigt ook de bekostigingsstructuur van de curatieve GGZ. Op 31 juli 2013 heeft de Minister van VWS de NZa schriftelijk de opdracht<sup>4</sup> gegeven een fraudetoets uit te voeren voor de basis GGZ.

### 1.2 Doelstelling

In dit rapport beschrijven we de uitkomsten van de toets op het systeem en de regelgeving van de basis GGZ<sup>5</sup> op mogelijke risico's voor ongepast en oneigenlijk gebruik en niet correct declareren. Deze toets is gebaseerd op de vragen uit de brief van de Minister. Naast de bestaande beheersmaatregelen formuleren we nieuwe acties en adviezen om de gesignaleerde risico's te verminderen. De focus ligt daarbij op de gekozen inrichting van de curatieve GGZ als op de regelgeving van de NZa.

### 1.3 Definities

De Minister heeft verzocht om een fraudetoets waarin we een brede definitie van fraude hanteren, waaronder ook administratieve vergissingen/fouten, oneigenlijk gebruik (*upcoding*) en ongepast gebruik/niet-noodzakelijke zorg vallen. Hieronder lichten we kort de verschillende vormen van fraude toe.

#### *Wat is Fraude?*<sup>6</sup>

Van fraude in de zorg wordt gesproken, indien sprake is van opzettelijk gepleegde onrechtmatige feiten, die ten laste komen van voor de zorg bestemde middelen". Bij fraude moet voldaan zijn aan de volgende elementen:

- (financieel) wederrechtelijk verkregen voordeel
- overtreden van wet- en regelgeving
- opzettelijk en misleidend handelen

<sup>4</sup> Brief VWS aan NZa; kenmerk: 138249-107949.

<sup>5</sup> Beleidsregel en nadere regel Generalistische basis GGZ (BR/CU-5091 en NR/CU-537).

<sup>6</sup> Definitie uit: Aanpak PGB-fraude 2013/2014, dlz-3141826-b, deze definitie wordt ook gehanteerd door de regiegroep 'verbetering van zorgfraudebestrijding'.

#### *Wat is misbruik?*<sup>7</sup>

Van misbruik is sprake bij bewust handelen of nalaten in strijd met wet- en regelgeving en/of opzettelijk niet tijdig, onjuist of onvolledig verstrekken van gegevens, met het doel:

- ten onrechte uitgaven voor verstrekkingen – daaronder begrepen verstrekkingen in natura – en/of uitgaven voor beheer ten laste te brengen van – particuliere en publieke – middelen die bestemd zijn voor de zorg en/of;
- minder te betalen ten bate van die middelen of extra inkomsten uit die middelen te ontvangen.

#### *Wat is oneigenlijk gebruik?*

Bij oneigenlijk gebruik is er sprake van handelen binnen de wet- en regelgeving, maar niet in lijn met de doelstellingen van die wet- en regelgeving. Dit heet ook wel handelen naar de 'letter' van de wet, maar niet naar de 'geest' daarvan.

Deze fraudetoets is voornamelijk gericht op ongepast gebruik van zorg en oneigenlijk gebruik van de regelgeving. Onder ongepast gebruik verstaan we zorg die niet noodzakelijk, niet effectief en niet doelmatig is. Deze vormen van fraude vloeien direct voort uit de wijze waarop de regelgeving is opgesteld en de ruimte die bestaat voor ongepast, oneigenlijk gebruik en niet correct declareren. De harde vormen van fraude zoals misbruik worden in deze fraudetoets benoemd, maar hier wordt niet verder op ingegaan. Het bewust overtreden van regelgeving is iets waarvan aangenomen wordt dat dit niet specifiek voor basis GGZ geldt, maar dat dit voor alle vormen van zorg voorkomt. In de bijlage noemen we een aantal veel voorkomende vormen van misbruik waarvan we verwachten dat deze ook in de basis GGZ zullen gaan voorkomen.

## **1.4 Afbakening**

Deze toets richt zich op zowel de risico's die voortvloeien uit de beleidsmatige kaders voor de basis GGZ (het systeem) als op de risico's bij de regelgeving van de NZa, omdat het systeem en de regelgeving niet los van elkaar te zien zijn.

De Minister van VWS is samen met het veld tot een bestuurlijk akkoord<sup>8</sup> gekomen. In dit bestuurlijk akkoord zijn de beleidsmatige kaders vastgelegd. Zo is besloten tot de invoering van de basis GGZ waarmee een verbetering ten opzichte van het oude systeem wordt beoogd. Vervolgens heeft de minister de NZa – middels een aanwijzing – de opdracht gegeven om prestaties en tarieven vast te stellen ter invoering van de basis GGZ. Bureau Hoeksma, Homans en Menting (HHM) heeft in opdracht van de minister een verwijsmodel en productbeschrijvingen gemaakt voor de basis GGZ<sup>9</sup>. Op deze productbeschrijvingen moesten de prestaties voor de basis GGZ worden gebaseerd.

Uit de inrichting van de systeem en de regelgeving van de NZa kunnen prikkels voortkomen die leiden tot ongewenst gedrag of ongepast gebruik. Met de regelgeving van de NZa kunnen we de risico's die eigen

<sup>7</sup> Samenvattend rapport - Uitvoering AWBZ 2011 door concessiehouders, AWBZ verzekeraars en het CAK, NZa, §2.7.2 Te stellen eisen, p.45.

<sup>8</sup> Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 d.d. 18 juni 2012.

<sup>9</sup> Generalistische Basis GGZ Verwijsmodel en productbeschrijvingen, HHM, 30 januari 2013.

zijn aan het gekozen systeem maar ten dele beperken. In dit rapport geven we aan welke partij een rol heeft in de vermindering van de risico's.

## 1.5 Methode

De vragen in de opdrachtbrief van de Minister van VWS zijn leidend geweest voor deze toets. De toets heeft betrekking op het hele systeem van de basis GGZ. In dit rapport streven we dan ook niet naar volledigheid, maar naar het in kaart brengen van de belangrijkste risico's in de basis GGZ op basis van signalen van partijen en eigen expertise.

### *Risicoanalyse*

Bij de aanpak van de risicoanalyse hebben we gekozen voor een procesbenadering. Uitgangspunten voor de risicoanalyse per processtap zijn (1) de wijze waarop de geldstromen lopen, (2) de rol van verschillende partijen in de basis GGZ en (3) onduidelijkheden of ruimte in de regelgeving. Per proces stap benoemen we mogelijke risico's en de huidige beheersmaatregelen. Vervolgens benoemen we waar mogelijk aanvullende acties die nodig zijn om risico's te beperken. Dit doen we wanneer we signaleren als de huidige beheersmaatregelen niet aansluiten bij de risico's en de publieke belangen (kwaliteit/transparante informatie, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg) in het geding komen. We hebben de risico's niet onderling gewogen.



Op verzoek van de Minister van VWS maken we een inschatting van de kans dat het risico zich voor zal doen en van de impact van de risico's, als het risico zich daadwerkelijk voordoet.

### *Betrokkenheid veldpartijen*

Bij het in kaart brengen van de risico's per processtap is gesproken met inkopers en controle-experts van twee zorgverzekeraars. Hen is gevraagd welke risico's zij zien in de basis GGZ en welke acties zij gaan ondernemen om fraude/ongewenst/ongepast gebruik terug te dringen in de basis GGZ. Tevens is gevraagd naar nieuwe maatregelen die prikkels tot frauduleus handelen verminderen. De reactie van zorgverzekeraars hebben we verwerkt in deze versie. Tot slot hebben we dit rapport ter consultatie voorgelegd aan betrokken veldpartijen. De reacties op het consultatiedocument van november 2013 zijn verwerkt in de fraudetoets. In de bijlage vindt u een reactie van de partijen en de reactie van de NZa hierop.

### 1.5.1 Inzet externe deskundige

Onderdeel van de opdracht was om een externe expert in te schakelen met kennis en ervaring op het terrein van fraudebestrijding.

Hiervoor hebben we het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV) ingezet. Het CCV heeft een afdeling nalevingsexpertise. Deze afdeling heeft ervaring met risicoanalyse modellen en doelgroep analyses. Tevens voeren zij wetenschappelijk onderzoek uit naar gedragsbeïnvloeding in de handhaving en toetst het CCV beleid- en wet- en regelgeving.

Het CCV heeft expertise op het toetsen van beleid- en wet- en regelgeving op haalbaarheid, fraudegevoeligheid en handhaafbaarheid.

Het CCV heeft een bijdrage geleverd aan de risicoanalyse in de toets door middel van het geven van advies. We hebben de volgende adviezen gevolgd:

- Het verscherpen van de aanpak en afbakening van de toets.
- Het verduidelijken van de methodiek van de uitgevoerde risicoanalyse in het rapport.
- Het maken van onderscheid tussen randvoorwaarden en risico's.
- Het beoordelen van de bestaande beheersmaatregelen in hoeverre deze aansluiten bij (motieven voor de) gesignaleerde risico's en welke beheersmaatregelen nog nodig zijn om de oorzaak van de risico's weg te nemen of te verminderen.
- Het consulteren van stakeholders.

Niet alle adviezen van het CCV konden opgevolgd worden. Bijvoorbeeld wegen van de risico's onderling (zie hierboven).

## 1.6 Leeswijzer

Dit rapport betreft de toets op risico's op ongepast en oneigenlijk gebruik van de regelgeving van de basis GGZ. Een omschrijving van de basis GGZ en de bekostigingsstructuur van de basis GGZ staan in hoofdstuk 2. De hoofdstukken 3 tot en met 9 behandelen elk een fase in het proces: van zorginkoop tot de controle over de declaraties. Elk hoofdstuk bevat een korte introductie van de processtap, risico's en impact en een uiteenzetting van bestaande maatregelen die risico's dempen. Per processtap beschrijven we of aanvullende acties nodig zijn om risico's te beperken en welke acties dat eventueel zijn. Het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 10, bevat de conclusies en adviezen.

## 2. Omschrijving basis GGZ

### 2.1 Aanleiding

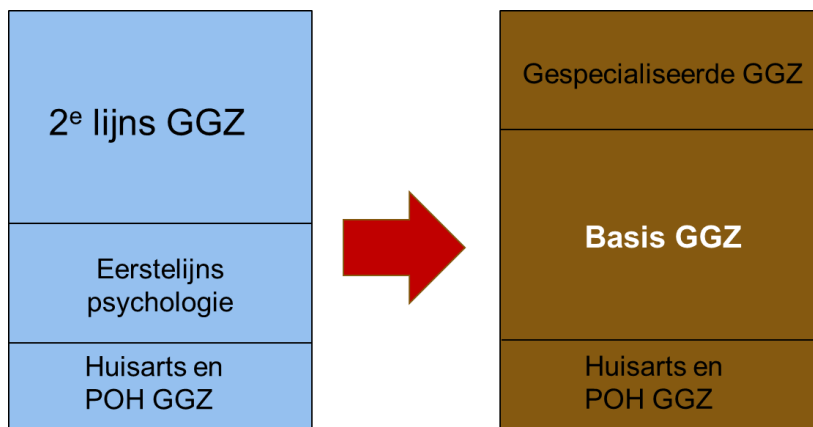
De laatste jaren wordt er een groeiend beroep gedaan op de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast kent het huidige systeem een aantal risico's. Zo komt er teveel problematiek terecht in de dure tweedelijnszorg door te snelle verwijzing en te weinig patiënten keren na behandeling in de tweedelijns terug naar de basiszorg. Om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg te garanderen, heeft de minister afspraken gemaakt met de sector in het Bestuurlijk Akkoord. De sector heeft in het bestuurlijk akkoord geconstateerd dat het belangrijk is dat er in de GGZ een goed stevig gevarieerd zorgaanbod bestaat om mensen met een psychische aandoening te behandelen. Dit betekent dat de zorg die nodig is, op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig en in goede samenhang wordt verleend.

### 2.2 Doelstelling basis GGZ

Een belangrijk uitgangspunt is dat het organiseren van de zorg rond de patiënt en niet andersom. Om dit te realiseren zet de minister in op een versterking van de eerste lijn. De verwachting is dat hierdoor een verschuiving van de patiëntenstroom plaatsvindt. De huisartsenzorg wordt versterkt door een uitbreiding van de POH-GGZ functie. De basis GGZ moet de mogelijkheid bieden om zorg aan te bieden voor patiënten met zwaardere psychische problematiek dan in de huidige eerstelijnspsychologische zorg gemiddeld gezien wordt geboden. De basis GGZ vervangt de eerstelijns psychologische zorg en een deel van de huidige gespecialiseerde GGZ. Hierdoor is de verwachting dat 20% van de zorg die in 2013 nog in de tweedelijns GGZ wordt geleverd (en gedeclareerd middels DBC's), zal verplaatsen naar de basis GGZ. Omdat de tarieven in de basis GGZ lager zijn dan de tarieven in de gespecialiseerde GGZ, is de verwachting dat er kostenbesparing zal plaatsvinden.

In figuur 1 is de verschuiving tussen verschillende echelons weergegeven. De belangrijkste doelstellingen voor de basis GGZ is dat er passende en doelmatige zorg wordt geleverd.

Figuur 1. Bron NZa



## 2.3 Proces

De afspraken die gemaakt zijn in het bestuurlijk akkoord zijn onder andere dat er een basis GGZ ingevoerd gaat worden met zorgzwaarteprestaties. De minister heeft het bureau HHM de opdracht gegeven om samen met experts uit de sector dergelijke prestaties te ontwikkelen. Vervolgens heeft de minister de NZa de opdracht gegeven, vooruitlopend op de aanwijzing om de door HHM ontwikkelde prestaties in te voeren en maximumtarieven te bepalen voor deze prestaties. In juli 2013 heeft de minister de NZa een aanwijzing gegeven om de basis GGZ in te voeren met de zorgvraagzwaarte producten die door HHM zijn ontwikkeld en maximumtarieven.

Daarna heeft de NZa twee brieven<sup>10</sup> ontvangen van VWS met aanvullende opdrachten om correct declareren te bevorderen:

- Het benoemen van elf hoofdbehandelaars voor de basis GGZ.
- Het verplicht vermelden van de AGB-code van de hoofdbehandelaar en het aantal minuten besteed door de hoofdbehandelaar en medebehandelaars op de factuur.

Bovengenoemde punten heeft de NZa vervolgens verwerkt in haar beleidsregel en nadere regel voor de basis GGZ.

## 2.4 Regelgeving basis GGZ

### 2.4.1 Doelgroep

De doelgroep van de basis GGZ zijn de patiënten met een DSM benoemde stoornis voor wie - op basis van de zorgvraagzwaarte - een behandeling in de gespecialiseerde GGZ te zwaar is en behandeling door de POH-GGZ of huisarts te licht.

De basis GGZ is functioneel omschreven. Dit houdt in dat de zorg geleverd kan worden door iedereen die bevoegd en bekwaam is om basis GGZ te leveren, zolang dit onder verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar plaatsvindt. De betrokkenheid van een hoofdbehandelaar met een van de elf aangewezen beroepen<sup>11</sup> heeft de NZa als een voorwaarde voor de declaratie van de basis GGZ prestaties opgenomen in de regelgeving.

### 2.4.2 Toegankelijkheid

De verzekerde basis GGZ is alleen toegankelijk via een verwijzing van de huisarts of een andere hulpverlener (jeugdarts, bedrijfsarts). Bij een verwijzing naar de basis GGZ moet er sprake zijn van het vermoeden van een DSM geclassificeerde stoornis. De verwijzer maakt een inschatting op basis van de klachten of een patiënt zorg behoeft zoals geboden in de basis GGZ. In de praktijk zal de verwijzer meestal een huisarts zijn met ondersteuning van een praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ). Het is uiteindelijk de hoofdbehandelaar in de basis GGZ die

---

<sup>10</sup> Brief van 15 juli 2013 met kenmerk 130562-106549 en brief van 6 september 2013 met kenmerk 147345-109437-CZ.

<sup>11</sup> Dit kunnen zijn: psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater, verpleegkundig specialist GGZ, GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist in het register van de NVO en Kinder- en Jeugdpsycholoog in het register van het NIP.



een DSM diagnose vaststelt en het patiëntprofiel indiceert en daarmee bepaalt welke prestatie wordt geleverd.

### 2.4.3 Prestaties en tarieven

#### *Zorgvraagzwaarteprestaties*

De basis GGZ kent vier prestaties gebaseerd op zorgvraagzwaarte:

- basis GGZ Kort (BK)
- basis GGZ Middel (BM)
- basis GGZ Intensief (BI)
- basis GGZ Chronisch (BC)

Op basis van vijf criteria<sup>12</sup> bepaalt de zorgverlener van de basis GGZ het patiëntprofiel dat hoort bij de vier zorgvraagzwaarte prestaties.

**Figuur 2: patiëntprofiel per prestatie**

Prestatie	DSM Stoornis	Ernst problematiek	Risico	Complexiteit	Beloop klachten
Kort	Ja	Licht	Laag	Enkelvoudig beeld lage complexiteit	Aanhoudend
Middel	Ja	Matig	Laag-matig	Enkelvoudig beeld lage complexiteit	Duur komt overeen met DSM richtlijn
Intensief	Ja	Ernstig	Laag-matig	Enkelvoudig beeld lage complexiteit	Duur komt overeen met DSM richtlijn
Chronisch	Ja	Stabiel/instabiel chronisch	Laag-matig	-	-

Bron: NZa (gebaseerd op HHM rapport)

De prestaties van de basis GGZ zijn integrale prestaties. Dit betekent dat verschillende behandelcomponenten behorend bij de geïndiceerde prestatie als substituten kunnen worden ingezet. De zorgaanbieder ontvangt hiervoor maximaal het maximumtarief van de prestatie. Hierbij kan tevens consultatie en specialistische behandeling ingezet worden. De vergoeding van de ingezette gespecialiseerde behandelaars moet via onderlinge dienstverlening verrekend worden.

#### *Transitieprestatie*

Naast de vier integrale prestaties heeft de NZa een vijfde (transitie-) prestatie vastgesteld. De prestatie geldt tot 2015 en wordt dan geëvalueerd. De transitieprestatie is bestemd voor twee specifieke situaties:

- als na intake en diagnostiek blijkt dat er geen sprake is van een DSM stoornis, of;
- als de patiënt in 2013 een behandeling is gestart in de eerstelijns psychologische zorg, waarvan nog maximaal 2 consulten in 2014 vallen.

Voor zorg die niet tot het verzekerde basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoort zijn twee Overige Producten (OVP's) vastgesteld:

- OVP niet-basispakketzorg Consult
- OVP niet-basispakketzorg Verblijf

#### *Tarieven*

<sup>12</sup> Een uitgebreide beschrijving van de criteria staat in de beleidsregel Generalistische basis GGZ en het HHM rapport

Aan de vier zorgvraagzwaarteprestaties heeft de NZa een maximumtarief toegekend. Het tarief is gebaseerd op het aantal minuten per prestatie in combinatie met de inzet van personeel (disciplinemix).

**Figuur 3: tarieven basis GGZ**

Product	Maximumtarief
Kort	€ 453,79
Middel	€ 773,19
Intensief	€ 1212,41
Chronisch	€ 1118,96
Transitieprestatie	€ 185,22

Bron: NZa

#### 2.4.4 Beleidsregel

In de beleidsregel Generalistische basis GGZ<sup>13</sup> staat beschreven op welke wijze wij als NZa gebruik maken van onze bevoegdheid om de tarieven en prestatiebeschrijvingen voor de basis GGZ vast te stellen. In de beleidsregel staan de prestaties beschreven en op welke wijze de tarieven tot stand zijn gekomen. De beleidsregel heeft een juridisch bindend karakter.

#### 2.4.5 Nadere regel

In de nadere regel<sup>14</sup> stellen we voorschriften voor aanbieders van basis GGZ. Deze voorschriften gelden voor alle zorgaanbieders die basis GGZ gaan leveren. In de nadere regel beschrijven we hoe een zorgaanbieder zijn declaratie moet indienen en welke informatie er op de factuur (aan de zorgverzekeraar en/of patiënt) moet komen te staan. Daarnaast beschrijft de nadere regel de registratie en informatieaanlevering van zorgaanbieders. Een laatste onderdeel van de nadere regel gaat over transparantie. Wij leggen transparantieverplichtingen op aan zorgaanbieders om te zorgen dat consumenten tijdig en zorgvuldig geïnformeerd worden over de zorg die zorgaanbieders leveren (en tegen welk tarief).

<sup>13</sup> BR/CU 5101

<sup>14</sup> NR/CU-537

## 3. Zorginkoop

### 3.1 Inleiding

Zorgverzekeraars dienen voor hun eigen verzekerden zorg in te kopen bij aanbieders van basis GGZ. Op deze wijze geven ze invulling aan hun zorgplicht. Met vastgestelde polisvoorwaarden en (selectieve) zorginkoop kunnen zorgverzekeraars sturen op welke zorg er geleverd en vergoed wordt. Bij de zorginkoop zien we geen directe risico's die vallen binnen de definitie van fraude. De zorginkoop is echter wel een belangrijk onderdeel van het onderstaande proces.



### 3.2 Belang van zorginkoop

Goede zorginkoop is een belangrijke beheersmaatregel voor mogelijke risico's verderop in het proces. Zorgverzekeraars geven aan bij de zorginkoop verschillende voorwaarden te stellen. Bijvoorbeeld het hanteren van een omzetplafond, het afspreken van een casemix<sup>15</sup> en het stellen van extra voorwaarden aan de hoofdbehandelaar. Op deze wijze kunnen verzekeraars uitgaven aan basis GGZ beheersbaar houden. Het stellen van voorwaarden door verzekeraars bij de inkoop is tevens wenselijk voor het beheersbaar houden van de frauderisico's in de basis GGZ verderop in het proces (dit lichten we verderop toe). Echter, strikte inkoop heeft ook een keerzijde. Als de zorgplicht van de verzekeraar of de kwaliteit van de zorg daarmee in geding komt, is het ongewenst. Een belangrijk aandachtspunt is dat de zorgverzekeraar zijn verzekerden goed informeert over de inhoud van de polis en de gecontracteerde zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars zijn voor de verzekerde basis GGZ risicodragend. Verzekeraars hebben er dan ook financieel belang bij wanneer de uitgaven aan basis GGZ zo laag mogelijk zijn. Daarnaast hebben zij zich in het Bestuurlijk Akkoord gecommitteerd aan een groei van maximaal 1,5% in de gehele GGZ. Verzekeraars hebben met de aanscherping van de aanspraak op basis GGZ en het maken strikte productieafspraken de mogelijkheid om de kosten en frauderisico's van basis GGZ te beperken. De kans dat verzekeraars gebruik zullen maken van hun mogelijkheden is dan ook reëel.

Wij achten het risico dat gepaard gaat met mogelijke strikte voorwaarden gesteld door de zorgverzekeraar niet groot. Als de zorgplicht in het geding komt door zorginkoop, kan de NZa ingrijpen. De NZa ziet toe op de nakoming van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Klachten van verzekerden zijn hiervoor een belangrijke input. Daarnaast ziet de IGZ toe op de kwaliteit van zorg geleverd door de zorgaanbieder. Tot slot, kan de verzekeraar een reputatieschade oplopen, wanneer verzekerden ontevreden zijn.

<sup>15</sup> Per aanbieder een combinatie van verschillende prestaties afspreken. Bijvoorbeeld, 30% Kort, 40% Middel, 10% Intensief en 20% Chronisch (afhankelijk van de populatie in een bepaalde regio).



## 4. Toegang tot de basis GGZ

### 4.1 Inleiding

Om aanspraak te kunnen maken op basis GGZ dient een patiënt te beschikken over een verwijzing van de huisarts<sup>16</sup>. Een goed toegeruste en onafhankelijke verwijzer is een randvoorwaarde voor het goed functioneren van de basis GGZ.



### 4.2 Risico's

Er is een aantal risico's aanwezig die kunnen leiden tot een verminderde toegankelijkheid van de Basis GGZ.

#### *Huisarts is onvoldoende toegerust als verwijzer voor GGZ*

De huisarts heeft een sleutelpositie in de verwijzing naar de GGZ en nog specifieker naar de basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Daarvoor moet hij onderscheid kunnen maken tussen stoornissen en klachten en tussen lichte en ernstige problematiek. De huisarts moet daarvoor voldoende toegerust zijn. Hierbij kan hij gebruik maken van een POH-GGZ. Hiervoor is onder andere de versterking van de module POH-GGZ bedoeld. Ook ontwikkelt de huisartsensector screeningstools zodat de huisarts de zorgvraag van zijn patiënten beter kan bepalen.

Risico's zijn aanwezig als de huisarts niet in staat is deze rol te vervullen en te snel of onjuist verwijst. Hier kunnen aanbieders van de basis GGZ (en ook de gespecialiseerde GGZ) gebruik van maken door een verwijzing te vragen voor vervolgbehandeling van de patiënt of bij het inschakelen van een andere behandelaar voor consultatie of specialistische behandeling.

#### *Onafhankelijkheid verwijsfunctie*

De regelgeving gaat uit van de huisarts als onafhankelijke verwijzer. Echter, bij de verwijzing door de huisarts kunnen ook belangen een rol spelen. Bijvoorbeeld, als hij een POH-er in dienst heeft die gedetacheerd is vanuit een GGZ-instelling. In dit geval bestaat het risico dat de POH-GGZ de huisarts sneller zal adviseren om de patiënt te verwijzen naar de basis GGZ of gespecialiseerde GGZ dan de patiënt zelf te behandelen. Het risico bestaat dat de patiënt te snel naar de gespecialiseerde GGZ wordt verwezen omdat het aantal (declarabele) behandelminuten aanzienlijk hoger ligt. Andersom, kan een POH-er in dienst is van een huisarts de continuïteit van zijn werkzaamheden willen behouden en niet verwijzen.

#### *Patiënt behouden in gespecialiseerde GGZ*

Bij elke vervolg DBC die geopend wordt, moet de behandelaar bekijken of het profiel van de patiënt past binnen de basis GGZ. Als dat het geval is, dan moet de patiënt - via de huisarts - verwezen worden naar de basis GGZ. Het risico bestaat dat de patiënt voor vervolgbehandeling in

<sup>16</sup> In dit rapport spreken we van de huisarts als verwijzer, dit kan ook een jeugd- of bedrijfsarts zijn. In het Bestuurlijk Akkoord dat is gesloten met de sector wordt de huisarts als verwijzer aangewezen.

de gespecialiseerde GGZ blijft omdat het terugverwijzen van een patiënt direct tot verlies van de patiënt leidt bij de aanbieder van de gespecialiseerde GGZ. Een aanbieder die naast gespecialiseerde GGZ ook basis GGZ levert, heeft ook de prikkel om de patiënt in de gespecialiseerde GGZ te houden, omdat het aantal (declarabele) behandelminuten aanzienlijk hoger ligt.

### 4.3 Kans en impact

Alle betrokken partijen (verwijzer en aanbieder van basis GGZ) hebben een belang bij een verwijzing naar de basis GGZ. Uitzondering hierop is de patiënt, wanneer hij aanspraak moet maken op zijn (verplicht of vrijwillig) eigen risico voor de behandeling. De kans en impact is afhankelijk van de individuele huisarts en het effect van de maatregel die versterking van de POH functie beoogt in de praktijk. Als de huisarts niet voldoende toegerust is op psychische problemen, dan zal hij bij een vermoeden van psychische problematiek sneller verwijzen naar de basis GGZ. Hierbij speelt mee dat de afgrenzing tussen klachten en stoornissen niet altijd scherp te maken is (zie verder bij het hoofdstuk over de aanspraak). Ook is er beperkte eenduidigheid van de verwijsindicatoren. Het risico dat een cliënt wordt doorverwezen naar de basis GGZ is daardoor relatief gezien erg groot.

De aanbieder van de gespecialiseerde GGZ heeft geen belang om de patiënt (via de verwijzer) door te sturen naar de basis GGZ. Hiermee verliest hij inkomen, tenzij de aanbieder hiervoor deze patiënt kan vervangen door een patiënt die hem meer oplevert. Dit kan een risico vormen voor de beoogde substitutie van 20%.

### 4.4 Beheersmaatregelen

De volgende beheersmaatregelen zijn aanwezig in het systeem om het risico op onjuiste verwijzing of het niet verwijzen naar de basis GGZ te verminderen:

- Een goede verwijzer is cruciaal. De huisarts heeft als poortwachter de taak om ervoor te zorgen dat de genoemde risico's beperkt worden. De flexibilisering van de POH-GGZ module en introductie van het verwijsmodel voor de basis GGZ geeft huisartsen meer handvatten voor juiste verwijzing naar de GGZ. Ook kunnen screeningstools de huisarts helpen de zorgvraag van zijn patiënten goed te bepalen.
- In het bestuurlijk akkoord is afgesproken dat de basis GGZ alleen via de huisarts of andere verwijzer toegankelijk is. De verwijzing van de basis GGZ naar de gespecialiseerde GGZ is niet mogelijk, tenzij de zorgverzekeraar dit in zijn polis opneemt.
- Met de informatie over het verwijstype en de AGB-code van de verwijzer op de factuur kan de zorgverzekeraar bij praktijkvariatie sturen op de verwijsfunctie. Bij een huisarts die veel patiënten verwijst naar de basis GGZ of gespecialiseerde GGZ kan de verzekeraar het gesprek aan gaan over de oorzaak en in overleg met de huisarts de verwijsfunctie (verder) versterken. Daarnaast kan een verzekeraars op basis van de informatie over de verwijzer ook zien als een aanbieder van de basis GGZ veel patiënten via de huisarts naar de gespecialiseerde GGZ verwijst. Daarop kan hij de aanbieder van de basis GGZ aanspreken.
- Het functioneren van de verwijsfunctie is onderdeel van de monitor die het Ministerie van VWS in 2014 gaat uitvoeren naar de basis GGZ. Naar aanleiding van de resultaten van de monitor kan de minister aanvullende maatregelen treffen als het risico te groot blijkt.

De gesignaleerde risico's op ongepaste zorg door onterechte verwijzing worden vooraf verminderd door de uitbreiding van de module POH-GGZ en de introductie van een verwijzingsmodel voor de huisarts. De introductie van het verwijzingsmodel is een verbetering, maar wij adviseren een verdere verfijning door de NHG. Het feit dat de zorgverzekeraar de praktijkvariatie inzichtelijk kan maken en hierover het gesprek aangaat met de verwijzer, kan op langere termijn de verwijzingsfunctie verbeteren en het aantal onterechte verwijzingen verminderen. Zorgverzekeraars moeten dit wel structureel doen, anders heeft deze beheersmaatregel geen effect. Tot slot is in de regeling voor de gespecialiseerde GGZ nemen wij op in de regelgeving voor 2014 dat bij elke vervolg DBC beoordeeld moet worden of de patiënt nog thuishoort in de gespecialiseerde GGZ of naar de basis GGZ verwezen moet worden.





## 5. Aanspraak

### 5.1 Inleiding

De vier zorgvraagzwaarteprestaties en de transitieprestatie omvatten verzekerde basiszorg waarmee de pakketafbakening onze regelgeving raakt. Randvoorwaarde voor een adequate bekostiging van basis GGZ en de beperking van frauderisico's is dat duidelijk is welke zorg verzekerd is in de Zvw.



### 5.2 Risico's

Om in aanmerking te komen voor vergoeding vanuit de Zvw moet er sprake zijn van een stoornis die behoort tot de verzekerde aanspraak. Onduidelijkheid in de pakketafbakening leidt tot de volgende risico's. Deze risico's zijn kenmerkend voor de GGZ sector en zijn daarom ook aanwezig in de basis GGZ.

#### *Onterecht een stoornis vaststellen*

Basis GGZ is verzekerde zorg vanuit de Zvw als er sprake is van een stoornis vastgesteld volgens DSM-IV. Een groot risico is het vaststellen van een stoornis door de zorgaanbieder, terwijl er bij de patiënt slechts sprake is van klachten. Dit komt doordat klachten en stoornissen niet altijd helder van elkaar te scheiden zijn<sup>17</sup>. Het invoeren van een transitieprestatie is een maatregel die deze prikkel dempt, omdat de zorgaanbieder gecompenseerd wordt voor intake en diagnostiek, ook als het vermoeden van een stoornis niet bevestigd wordt.

#### *Verzekerde stoornis vaststellen*

Niet alle stoornissen in de DSM-IV of behandelingen in de GGZ vallen in het verzekerde basispakket van de Zorgverzekeringswet. Wanneer een hoofdbehandelaar bij een patiënt een diagnose vaststelt die niet in het basispakket valt, kan de aanbieder van basis GGZ in overleg met de patiënt besluiten dat de patiënt een 'verzekerde diagnose' krijgt. Op deze manier krijgt de patiënt de behandeling vergoed. Ook kunnen onverzekerde behandelingen (bijvoorbeeld, neurofeedback) als verzekerde behandelingen worden weggeschreven. Dit risico is inherent aan de pakketafbakening en kan ook optreden in de somatiek. Echter, het risico is in de GGZ is groter.

#### *Bekostiging en aanspraken sluiten niet op elkaar aan*

Verzekerden hebben recht op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en niet op basis GGZ of gespecialiseerde GGZ. De scheiding tussen basis en gespecialiseerde GGZ is alleen in de bekostiging gemaakt. De patiëntprofielen waarop de prestaties van de basis GGZ zijn gebaseerd vormen het onderscheid. Het risico sluit aan bij de eerder genoemde risico's bij de toegankelijkheid.

<sup>17</sup> Het CVZ noemt dit ook in haar advies Geneeskundige GGZ deel 2. Het betreft geen contrast: klachten kunnen wijzen op stoornissen of juist niet, stoornissen kunnen ook zonder klachten bestaan.

### 5.3 Kans en impact

De grens tussen klachten en stoornissen kan vaag zijn. Juist daardoor bestaat bij het vaststellen van de diagnose een sterke afhankelijkheid bij de patiënt van de hoofdbehandelaar. De impact als gevolg van dit risico is relatief groot ten opzichte van andere sectoren, omdat de controleerbaarheid door de patiënt zeer klein is. Daarbij geven zorgverzekeraars aan dat zorgaanbieders niet altijd op de hoogte zijn van de pakketafbakening. Zodra pakketwijzigingen worden doorgevoerd en de zorgaanbieder deze al kent bestaat de prikkel de beperking feitelijk te niet te doen.

### 5.4 Beheersmaatregelen

Zorgverzekeraars moeten controleren op onrechtmatige declaraties. Hiervoor kunnen ze op basis van afwijkende patronen bij de formele controle materiële controles inzetten. Door deze controles op de declaraties bestaat de mogelijkheid om bovengenoemd risico's deels te beheersen. Het is een eigenschap van de GGZ dat na behandeling niet goed meer vastgesteld kan worden of er aan het begin van de behandeling sprake was van klachten of stoornissen. Dit probleem is niet op te lossen via de regelgeving voor de basis GGZ.

Daarnaast kan het (door)ontwikkelen van richtlijnen, protocollen en screeningstools door de beroepsgroep eventueel in samenwerking met het Kwaliteitsinstituut dit risico verminderen. Door de classificering verder te standaardiseren en het oordeel van de patiënt hierbij te betrekken kan tot een objectievere vaststelling van stoornissen gekomen worden. Dit moet gestructureerd worden vastgelegd in het dossier. Dit alles kan de controleerbaarheid door de zorgverzekeraar vergroten.

Tot slot kan een verdere afbakening van de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ door veldpartijen in de uitwerking van het bestuurlijk akkoord bijdragen aan het onderscheid tussen deze twee echelons.



## 6. Indicatiestelling

### 6.1 Inleiding

De aanbieder van basis GGZ indiceert de patiënt aan de hand van de zorgvraagzwaarte en bepaalt daarmee welke prestatie hij voor de patiënt in rekening brengt. Het feit dat er geen sprake is van een onafhankelijke indicatiesteller brengt een aantal risico's met zich mee. De risico's bij de processtap indicatiestelling en bij declaratie en verantwoording zijn sterk aan elkaar gerelateerd. Het onderscheid is dat de indicatiestelling voorafgaand aan de behandeling plaatsvindt en de declaratie en de verantwoording na de behandeling.



### 6.2 Risico

Een risico bij de indicatiestelling is dat een zorgaanbieder een zwaardere zorgvraagzwaarte inschat, zodat hij een hoger product in rekening kan brengen. Hij ontvangt dan een hoger tarief voor de behandeling. De indicatie kan bijvoorbeeld worden beïnvloed door de gemaakte afspraken met de verzekeraar. Een voorbeeld: Wanneer de zorgaanbieder en verzekeraar alleen afspraken heeft gemaakt voor de pakketten Middel en Intensief, bestaat het risico dat de aanbieder een patiënt met een relatief lichte zorgvraag niet de indicatie Kort krijgt, maar bijvoorbeeld Middel.

### 6.3 Kans en impact

De kans dat een patiënt een hogere indicatie krijgt dan noodzakelijk is aanwezig. De zorgvraagzwaarte van de patiënt is leidend en vrijwel niet objectief vast te stellen. De patiëntprofielen omvatten vijf beschrijvende criteria van de zorgvraagzwaarte. Alleen het criterium 'ernst van de problematiek' verschilt per prestatie. Daarnaast kan van de patiënt niet worden verwacht dat hij de indicatie kan beoordelen en controleren. Bijvoorbeeld door een grote afhankelijkheid die kan bestaan van de zorgaanbieder. Dit vergroot de kans dat de zorgvraagzwaarte van de patiënt te hoog wordt ingeschat.

### 6.4 Beheersmaatregelen

De volgende reeds bestaande maatregelen verkleinen het risico op een onjuiste indicatiestelling binnen de basis GGZ:

- De huisartsensector ontwikkelt momenteel screeningstool voor een betere verwijzing naar de basis GGZ. Al in de verwijzing door de huisarts moet een inschatting zijn opgenomen van de zorgvraagzwaarte. Dit kan door betere protocollen en screeningstools.
- De zorgverzekeraar heeft bij de zorginkoop de mogelijkheid om met afspraken over een omzetplafond en casemix bovenstaand risico te beperken. Daarnaast is transparantie over welke prestaties per aanbieder zijn gecontracteerd belangrijk voor de patiënt en verwijzer.
- Onderzoek naar praktijkvariatie, formele en materiële controle door de verzekeraar. Aanbieders moeten op de factuur vermelden in welke

prestatie zij de patiënt hadden ingedeeld na intake en diagnostiek. Als de gedeclareerde prestaties van een aanbieder afwijken van het gemiddelde, kan dit voor een verzekeraar een aanleiding zijn om hier nader naar te kijken. Bijvoorbeeld door materiële controle. Echter, als alle aanbieders de patiënt te hoog inschatten is geen praktijkvariatie waarneembaar. Onjuiste indicatie is nagenoeg onmogelijk vast te stellen door de verzekeraar bij materiële controles<sup>18</sup>. Dit wordt nog lastiger als de 'onjuiste' indicatiestelling ook in het dossier is vastgelegd. De zorgverzekeraar kan de indicatiestelling van de aanbieder herhalen. Echter, als de patiënt al een behandeling heeft ondergaan en deze effect heeft gehad, is het herhalen van de indicatiestelling achteraf weinig zinvol.

- Door de gegevens die worden verzameld in de minimale dataset voor de basis GGZ en de monitor die VWS gaat uitvoeren te vergelijken met de situatie voor 2014 kan een inschatting gemaakt worden in hoeverre de basis GGZ leidt tot het leveren van meer zorg door de indicatiestelling.

De meeste beheersmaatregelen zijn gericht het achteraf vaststellen dat het risico zich heeft voorgedaan. Beheersmaatregelen die de kans dat het risico op onjuiste indicatie zich voordoet verminderen moeten worden genomen. Een mogelijke maatregel is het verder aanscherpen van de patiëntprofielen waarop de prestaties zijn gebaseerd en het vastleggen hiervan in richtlijnen. Om dit op te stellen is de input van de beroepsgroep nodig. We kunnen de aangescherpte patiëntprofielen vervolgens in onze regelgeving opnemen.

Een andere aanvullende maatregel die de NZa kan nemen, is het vermelden van het patiëntprofiel op de factuur. Hierdoor kan de controle door de verzekeraar achteraf verder verbeteren. In verband met privacy zal een dergelijke maatregel eerst bij het CBP voorgelegd moeten worden. Tot slot kan het introduceren van een onafhankelijke indicatiesteller het risico verminderen. Echter, dit kan strijdig zijn met de beginselen van de Zvw waarin de huisarts als poortwachter functioneert. Een andere kanttekening hierbij is dat de indicatiesteller tevens de stoornis moet vaststellen. De vraag is of dit verenigbaar is met het generalistische karakter van de huisartsenzorg.

---

<sup>18</sup> Een zorgverzekeraar moet voldoen aan de Gedragscode verwerking persoonsgegevens en het bijbehorende protocol Materiele Controle.



## 7. Zorgverlening

### 7.1 Inleiding

De patiënt heeft naar gelang zijn zorgvraag, recht op de juiste zorg, geleverd door de juiste professional, op de juiste plaats. Tijdens de behandeling basis GGZ doen zich hierbij risico's voor.



### 7.2 Risico's

Zorg in de basis GGZ wordt geleverd onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar. De Minister heeft samen met het veld de bevoegdheden van de hoofdbehandelaar beschreven en elf beroepen aangewezen die hoofdbehandelaar mogen zijn in de basis GGZ.

De zorgaanbieder heeft er belang bij om de zorg die hij levert, tegen zo laag mogelijke kosten te leveren (kostenminimalisatie). De tarieven zijn gebaseerd op een bepaalde disciplinemix met bijbehorend opleidingsniveau. Als de zorgaanbieder personeel inzet dat goedkoper is dan het personeel waarop de tarieven zijn gebaseerd, maakt hij winst op het product. Bijvoorbeeld door meer personeel onder zich in te zetten en zelf minder uren bijdragen aan de behandeling. De regelgeving van de basis GGZ schrijft enkel voor dat er een hoofdbehandelaar bij de behandeling betrokken moet zijn als voorwaarde voor de declaratie. Aan het aantal medebehandelaars is geen maximum gebonden. De inzet van lager geschoold personeel of het beperken van de inzet van de hoofdbehandelaar is mogelijk in het kader van kostenminimalisatie. Bij de inzet van medebehandelaars moet de hoofdbehandelaar zich hierbij overtuigd weten van de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars voor het deel van de behandeling dat zij uitvoeren. Het inzetten van lager geschoold personeel is toegestaan, echter er ontstaat een risico als hiermee het leveren verantwoorde zorg in het geding komt.

Op de DBC-beroepentabel staan de medebehandelaars die hun tijd moeten verantwoorden op de factuur. Medebehandelaars die niet in deze tabel staan, mogen wel mede behandelen maar mogen hun besteedde tijd aan de patiënt niet op de factuur te verantwoorden. Inzet van deze laatste groep bij de behandeling geeft een onjuist beeld op de declaratie, omdat in dat geval niet alle minuten aan behandeling op de factuur staan.

### 7.3 Kans en impact

De kans dat zorgaanbieders lager geschoolde behandelaars in het kader van kostenminimalisatie inzetten is relatief groot. Dit hoeft overigens niet direct te betekenen dat verantwoorde zorg in het geding komt. In steeds grotere mate vindt taakspecialisatie plaats. Lager opgeleide medebehandelaars kunnen zodoende enkele werkzaamheden overnemen van de hoofdbehandelaar. Dit gebeurt altijd onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar. Ook zijn er in de GGZ veel ervaringsdeskundigen werkzaam. Het is voor de patiënt met basis GGZ

moeilijk in te schatten welke werkzaamheden door de hoofdbehandelaar en welke werkzaamheden door ander personeel mag worden uitgevoerd. De impact van dit risico kan relatief groot zijn als verantwoorde zorg in het geding komt.

## 7.4 Beheersmaatregelen

Het risico dat zorg door te laag geschoold personeel wordt geleverd kan worden verkleind door de volgende reeds bestaande beheersmaatregelen:

- Zorgverzekeraars kunnen bij de zorginkoop eisen stellen aan de betrokkenheid van de hoofdbehandelaar en medebehandelaars en hun beroepen. Bijvoorbeeld door minder beroepen als hoofdbehandelaar te contracteren of eisen te stellen aan de tijd die hoofdbehandelaars minimaal moeten besteden aan de behandeling van de patiënt.
- Informatie over het beroep en de AGB-code van de hoofdbehandelaar en het beroep van medebehandelaar(s) op de factuur en het door hen besteedde indirecte en directe tijd maakt controle achteraf op de inzet van behandelaars door verzekeraars mogelijk. Voor de verzekeraar kan een afwijkend patroon reden zijn voor nader onderzoek, materiële controle of uitsluiting van een contract voor de volgende periode. De hoofdbehandelaar heeft hierdoor de prikkel de tijd die is geleverd door de niet-tijdschrijvende medebehandelaar (deels) als door hemzelf geleverde tijd te schrijven.

De beheersmaatregelen verkleinen de risico's. De IGZ is primair verantwoordelijk voor het toezicht op verantwoorde zorg en ingrijpen als aanbieders daaraan niet voldoen. De regelgeving biedt hiervoor handvatten. Er is een rol weggelegd voor verzekeraars bij de inkoop van zorg en de controle achteraf. Het risico op inzet van te laag geschoolde medewerkers lijkt redelijk afgedekt door de verplichte vermelding van de bestede tijd van medebehandelaars op de factuur. Verdere verduidelijking is mogelijk door de definitie van medebehandelaar en wanneer medebehandelaars tijd moeten schrijven aan te scherpen. Daarnaast gaan we de definitie van directe en indirecte tijd verduidelijken in onze regelgeving.





## 8. Declaratie en verantwoording

### 8.1 Inleiding

De zorgaanbieder declareert de geleverde zorg bij de zorgverzekeraar of de patiënt en verantwoordt informatie over de behandeling op de factuur. In deze fase van declaraties is een aantal risico's te onderscheiden.



### 8.2 Risico

De maximumtarieven per prestatie zijn gebaseerd op minuten. De aanbieder van basis GGZ kan afhankelijk van de zorgvraagzwaarte van de patiënt binnen een prestatie een kortere of langere behandeling geven dan het aantal minuten waarop het tarief is gebaseerd. Er bestaat een prikkel om per prestatie beneden het gemiddelde aantal minuten te blijven waarop het tarief is gebaseerd of om een hogere prestatie in rekening te brengen wanneer het gemiddeld aantal minuten wordt overschreden.

#### *Upcoding*

De NZa definieert *upcoding* als - het al dan niet bewust - registreren en/of in rekening brengen van een hoger gewaardeerde prestatie dan werkelijk geleverd is. Bij prestaties waarbij de zorgvraag leidend is en een hogere prestatie wordt gedeclareerd (op basis van het aantal minuten), terwijl de zorgvraag van de patiënt daartoe geen aanleiding geeft kan gedefinieerd worden als *upcoding*.

De oorzaak hiervan is dat het onderscheid tussen de verschillende prestaties in de basis GGZ multi-interpretabel is (zie ook de risico's bij indicatiestelling). Vaststelling van de juiste klasse is enkel vast te stellen door inhoudelijk onderzoek van het medisch dossier en de patiënt. Achteraf vaststellen wat de zorgvraag van de patiënt was, is na behandeling en genezing nagenoeg onmogelijk. In formele controle is door een zorgverzekeraar enkel de praktijkvariatie vast te stellen.

### 8.3 Kans en impact

Het risico op onjuiste declaraties is er. Voor een zorgaanbieder is het *break-even point* per prestatie vrij gemakkelijk te bepalen. Hierop kan hij actie ondernemen, om te voorkomen dat de kosten van de behandeling boven het tarief voor die prestatie uitkomen. De kans dat dit gebeurt, is niet groter dan in andere zorgsectoren waar prestatiebekostiging is gebaseerd op bandbreedtes op enkele variabelen (in dagen, minuten, aantal behandelingen). Ten opzichte van de eerstelijns psychologische zorg is dit risico wel toegenomen, omdat daar een eenvoudiger bekostigingssysteem op basis van consulten was. Het risico op *upcoding* is ten opzichte van de DBC's in de gespecialiseerde GGZ kleiner, mits de zorgvraagzwaarte sturend is. De gevolgen van *upcoding* in de basis GGZ zullen op patiëntniveau kleiner zijn dan in de

gespecialiseerde GGZ, omdat het in de gespecialiseerde GGZ om grotere bedragen gaat dan in de basis GGZ.

## 8.4 Beheersmaatregelen

In bovengenoemd risico wordt zorg geleverd naar het aantal minuten waarop het tarief bij de prestatie is gebaseerd. Als zorgaanbieders de zorgvraagzwaarte van de patiënt aanhouden, zal bij de ene patiënt het aantal behandelminuten op de factuur lager zijn en bij de andere patiënt hoger. Met informatie op de factuur over de inzet van personeel (zie vorig risico) kan de zorgverzekeraar inzicht krijgen in de tijdsbesteding van het personeel gedurende de behandeling. Omdat minuten het enige meetbare aspect zijn van zorgvraagzwaarte zullen zorgverzekeraars hun controles vooral richten op het aantal minuten.

Een andere beheersmaatregel is dat de behandelaar in de basis GGZ de patiënt moet informeren als door een verandering van de zorgvraagzwaarte in een andere prestatie geleverd en in rekening gebracht wordt.

Zoals bij de indicatiestelling genoemd is, kan de monitor door VWS hieraan extra aandacht besteden. Bijvoorbeeld door een vergelijking te maken van de geleverde zorg in de basis GGZ en de ELP en tweedelijns GGZ uit 2013 en eerder.

Het risico op *upcoding* is het gevolg van een bekostigingssysteem waarbij de prestaties gebaseerd zijn op klassen gebaseerd op gemiddelden. Dit risico kan beperkt worden door inkoopafspraken door verzekeraars. Bijvoorbeeld door afspraken te maken over de te leveren *casemix* door de zorgaanbieder. Daarnaast is het aan zorgaanbieders om integer en correct te declareren, en niet meer te declareren dan zij kunnen uitleggen.

Tot slot merken we op dat iedere verdeling in prestaties naar het aantal geleverde minuten een prikkel geeft tot *upcoding* naar een hogere klasse. Dit wordt ook wel aangeduid als de 'zaagtand' in het declaratiepatroon. Veel declaraties zullen qua minuten net in de hogere klasse vallen en weinig declaraties zullen worden ingediend die net onder de grens liggen voor de hogere klasse. Prestaties met uurtarieven zouden dit risico wegnemen, maar brengt ook weer andere prikkels met zich mee.



## 9. Controles

### 9.1 Inleiding

Een belangrijke rol bij het opsporen van fraude en onjuiste declaraties is weggelegd voor de zorgverzekeraar. De verzekeraar kan formele en materiële controles inzetten om fraude op te sporen.



### 9.2 Risico's

In de voorgaande hoofdstukken noemen we onderzoek naar praktijkvariatie, formele en materiële controles door de verzekeraar steeds als belangrijke beheersmaatregelen bij de gesignaleerde risico's. De zorgverzekeraar moet deze rol op zich nemen om fraude op te sporen en aan te pakken. Om hierin te voorzien is veel informatie over de behandeling en de betrokken behandelaars verplicht gesteld op de factuur. Dit gaat om informatie over de geleverde prestatie, de indicatiestelling, de besteedde (in)direct tijd door de hoofd- en medebehandelaars, de AGB-code en het beroep van de hoofdbehandelaar, de beroepen van de medebehandelaars en de AGB-code van de verwijzer. Deze informatie kan de verzekeraar gebruiken om praktijkvariatie rondom onder andere de geleverde prestatie, de verwijzer en de inzet van behandelaars vast te stellen. Ook is deze informatie van belang bij formele controles.

Het uitvoeren van met name materiële controles of detailcontroles op declaraties door zorgverzekeraars kost geld. Wanneer de kosten van controles niet opwegen tegen de baten, is het niet rendabel voor een zorgverzekeraar om controles uit te voeren. Wanneer bij aanbieders bekend is dat de zorgverzekeraar de ingediende declaraties niet of slechts beperkt controleert, vergroot dit het risico op fraude omdat de pakkans kleiner is.

### 9.3 Beheersmaatregelen

Op verzoek van de veldpartijen toetst de NZa op dit moment of het juridisch toegestaan is diagnose informatie te vermelden op de factuur. Dit kan de controleerbaar door verzekeraars vergroten. Ook houdt de NZa toezicht op de controles door zorgverzekeraars en kan sancties opleggen aan verzekeraars die de gedeclareerde zorg onvoldoende intensief controleren. De afgelopen jaren hebben we ons toezicht op de controles door zorgverzekeraars verscherpt. Deze beheersmaatregel heeft een corrigerende werking en sluit aan bij de gesignaleerde risico's.



## 10. Conclusie en adviezen

Wij hebben de basis GGZ in deze toets op risico's op oneigenlijk en ongepast gebruik getoetst. De basis GGZ wordt op 1 januari 2014 ingevoerd. De invoering van de basis GGZ beoogt een verbetering ten opzichte van het oude systeem. De invoering van een verwijfsmodel, de verbetering van de verwijfsfunctie, de zorgvraagwaarte prestaties en meer controlemogelijkheden door meer informatie op de factuur voor de verzekeraar dragen hieraan bij.

Voorafgaand aan de inwerkingtreding in 2014 verwachten we dat een aantal risico's zich voor gaat doen in de basis GGZ. Per processtap hebben we de risico's in kaart gebracht. Deze risico's richten zich vooral op ongepast gebruik, niet noodzakelijke zorg en oneigenlijk gebruik. De belangrijkste risico's die we signaleren zijn:

- onjuiste verwijzing naar de basis GGZ door de huisarts;
- onjuiste indicatiestelling door zorgaanbieder van basis GGZ als gevolg van onduidelijkheid in aanspraak (onterecht vaststellen van een stoornis) en/of de criteria voor indicatie van een van de vier prestaties;
- inzet van te laaggeschoold personeel waarbij verantwoorde zorg in geding kan komen;
- het risico op *upcoding*.

Een deel van deze risico's is kenmerkend voor de GGZ sector, zoals het onderscheid tussen klachten en stoornissen dat de pakketafbakening vormt. Een deel van deze risico's is het gevolg van het gekozen systeem van zorgvraagwaarte prestaties, zoals inzet van te laaggeschoold personeel, *upcoding* en de afbakening tussen de vier prestaties.

Tevens concluderen we bij de beheersmaatregelen dat het cruciaal is dat elke partij (zorgaanbieder basis GGZ, huisarts, patiënt, verzekeraar) betrokken bij de basis GGZ zijn verantwoordelijkheid neemt om de risico's te verminderen.

### *Huisarts*

De rol van de huisarts is cruciaal bij het (h)erkennen van klachten en stoornissen en het tijdig en juist verwijzen. Om dit te versterken is de functionalisering van de module POH-GGZ per 2014 ingezet. Verder zal de ontwikkeling van screeningstools voor de huisarts helpen bij het bepalen van de zorgvraag van zijn patiënten.

### *Aanbieders basis GGZ*

De rol van de aanbieder van basis GGZ is het leveren van gepaste zorg, door de juiste professional op de juiste plaats. Tevens is het aan zorgaanbieders om integer en correct te declareren, en niet meer te declareren dan zij kunnen uitleggen. De zorgaanbieder heeft in het contact met de patiënt de grootste verantwoordelijkheid voor het gepast gebruik van zorg. Tot slot is het de verantwoordelijkheid van beroepsgroepen om richtlijnen en protocollen te ontwikkelen.

### *Zorgverzekeraar*

De rol van de verzekeraar is cruciaal bij de zorginkoop (contractering en polisvoorwaarden) vooraf en bij de controle op declaraties achteraf. Verzekeraars zijn als eerste verantwoordelijk voor de controle van de declaraties en dienen hun materiële en systematische controles op orde te hebben. Met de invoering van de basis GGZ en de extra informatie op

de factuur worden de controlemogelijkheden door zorgverzekeraars vergroot.

#### *Overheid (VWS, NZa en CVZ)*

Tot slot heeft de overheid een belangrijke rol. Deze rol betreft het stellen van kaders voor het systeem. De NZa is verantwoordelijk voor de bekostiging, CVZ is verantwoordelijk voor het pakketbeheer en VWS voor het gehele systeem. VWS gaat de invoering van de basis GGZ monitoren. Mocht uit deze monitor blijken dat er veelvuldig sprake is van ongepast en ongewenst gebruik, dan kan dit aanleiding geven om extra maatregelen te treffen.

### **10.1 Acties NZa**

Niet alle van de gesignaleerde risico's kunnen verminderd worden met de huidige beheersmaatregelen. Hiervoor zullen wij zelf acties ondernemen en adviseren we de Minister. Via de bekostigingsstructuur kunnen bovengenoemde risico's ten dele worden verminderd. Met het verscherpen van de definities en voorwaarden kan de hanteerbaarheid en de controleerbaarheid van de regelgeving worden vergroot. De NZa zal daarom de regelgeving voor de basis GGZ voor 2015 op een aantal punten verduidelijken:

- de definitie van medebehandelaar en wanneer medebehandelaars tijd moeten schrijven;
- extra informatie op de factuur, bijvoorbeeld het verplicht vermelden zorgvraagzwaarte/patiëntprofiel op de factuur.

In de regelgeving voor de basis GGZ voor het jaar 2014 wordt de definitie van directe en indirecte tijd nog toegevoegd.

In de regelgeving van de gespecialiseerde GGZ zal de NZa in 2014 opnemen dat de zorgaanbieder voor het openen van een vervolg-DBC moet beoordelen of de patiënt op basis van zijn zorgvraagzwaarte nog thuishoort in de gespecialiseerde GGZ of naar de basis GGZ kan.

### **10.2 Adviezen**

Met de bekostiging kunnen niet alle risico's worden ondervangen. Daarom zijn ook acties op systeemniveau nodig. We adviseren de Minister daarom om de volgende acties te nemen:

- Het verder helderen en beter hanteerbaar maken van de afbakening van de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ door het CVZ.
- Het verbeteren van het verwijzingsmodel voor huisartsen door de NHG.
- Het verder verhelderen van de afbakening tussen de afzonderlijke prestaties binnen de basis GGZ. Wij adviseren om de beroepsgroep criteria, waarop patiënten worden ingedeeld in een prestatie, te laten doorontwikkelen zodat deze beter hanteerbaar zijn.
- Het vergroten van het kostenbewustzijn van de patiënt door de patiënt te informeren over de kosten van zijn behandeling. Wij adviseren om zorgverzekeraars te verplichten om de patiënt te informeren over de kosten van de behandeling.





## Bijlage reacties consultatie

We hebben het rapport zonder managementsamenvatting en conclusie voorgelegd ter consultatie aan de betrokken partijen bij de basis GGZ. Hieronder hebben we de inhoudelijke reactie van deze partijen weergegeven.

### *Zorgverzekeraars Nederland (ZN):*

ZN geeft aan dat het een gedegen rapport is dat in grote lijnen op waardering en instemming van de zorgverzekeraars kan rekenen.

- Voor verzekeraars blijft het onduidelijk op welke wijze OVP voor verblijf op de basis GGZ van toepassing kan zijn.
- Het risico dat bestaat als de POH-GGZ in dienst is van een GGZ instelling onderschrijven verzekeraars. Dit kan door zorgverzekeraars gemonitord worden.
- Zorgverzekeraars willen dat er een maximalisatie in de aanspraak wordt opgenomen van maximaal 1 prestatie per hoofdgroepdiagnose.
- Het toevoegen van diagnose informatie op de factuur is belangrijk om te sturen op rechtmatigheid (afbakening verzekerde zorg) en op doelmatigheid. Om dat te borgen dient de NZa in de regelgeving zowel de diagnose op hoofdgroepniveau als de primaire diagnose als verplicht onderdeel op de factuur op te nemen.
- Het is van belang om uniforme en objectieve screening op basis van uniforme set aan beslisregels in huisartsenpraktijk te introduceren. De informatie geeft zicht op welke echelon en indien GB GGZ welk te verwachten product. Dit laatste kan vrijwel alleen op basis van ernst. Mogelijk kan hiervoor een relatie worden gelegd met de ROM-instrumentarium.
- De informatie van de verwijzing (de ingeschatte prestatie door de huisarts) dient te kunnen worden vergeleken met de informatie van de aanbieder (de verwachte prestatie). Beide gegevens dienen dan ook in de NZa regels als verplicht onderdeel van de dataset te worden opgenomen.
- In geval van verandering van zorgvraagzwaarte stellen we, als verdere op rationalisatie van de beschreven beheersmaatregel, het volgende voor: de initiële indicatie wordt vastgelegd in het behandelplan en besproken met patiënt.

### *Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten (NVVP):*

De NVVP vindt dat het rapport teveel geëtiketteerd wordt vanuit fraude, terwijl er echter inhoudelijke en vanuit kostenoverweging, redenen zijn om bijvoorbeeld een vervolg-dbc voort te zetten bij dezelfde behandelaar in plaats van deze over te dragen aan een andere behandelaar. In die zin vindt de NVVP dat het NZa rapport fraude te eenzijdig benadert, de prikkels nu teveel vanuit fraude getypeerd worden.

Ook vindt de NVVP het ongewenst dat de patiënt, zoals beschreven in het rapport, nauwgezet getypeerd dient te worden om fraude te voorkomen.

### *GGZ Nederland:*

GGZ Nederland is van mening dat de NZA met het concept rapport een genuanceerd verhaal heeft geschetst waarbij ook helder wordt aangegeven welke maatregelen er al zijn genomen om risico's te beperken. Dat genuanceerde verhaal onderschrijven wij ook. Jammer

genoeg missen wij in uw verhaal wel de conclusies die de NZA op basis van het rapport trekt en missen we een samenvatting met de belangrijkste punten uit uw rapport. Dat is van belang om een goed oordeel te kunnen geven en is tevens van belang voor de externe communicatie.

Inhoudelijk onderstrepen wij de lijn dat het bewust overtreden van regelgeving niet iets is wat specifiek voor de basis GGZ geldt, maar dat dit breder kan voorkomen. Ieder systeem is immers vatbaar voor fouten. Als brancheorganisatie willen we ons nadrukkelijk uitspreken tegen iedere vorm van oneigenlijk gebruik. Wij zijn dan ook blij dat de NZA deze insteek heeft gekozen en uitgaat van vertrouwen i.p.v. wantrouwen.

Wij onderschrijven de keuze voor een procesbenadering. Het zorgt voor een volledig beeld en ook de indeling van hoofdstukken naar inleiding, risico's, kans en impact en beheersmaatregelen geeft ons inziens een goed beeld.

#### *College voor Zorgverzekeringen (CVZ)*

Een verdere afbakening kan bijdragen aan het onderscheid tussen de echelons. Voor de Zvw is dit eigenlijk niet van belang, want het is in beginsel allemaal te verzekeren zorg. Partijen hebben het onderscheid generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ ingevoerd en uitgewerkt. Primair is het aan partijen om dit zo nodig verder uit te werken en af te bakenen. Het CVZ heeft daarbij geen rol.

De Landelijke huisartsenvereniging (LHV), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), PsyHAG (Expertgroep kaderhuisartsen GGZ), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en Landelijke vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) hebben niet gereageerd op het consultatiedocument.

## Bijlage algemene frauderisico's

Iedere bekostigingssystematiek kent prikkels en risico's. Er gelden een aantal algemene frauderisico's die eigen zijn aan prestatiebekostiging.

Bijvoorbeeld: het risico op administratieve vergissingen en fouten. Dit is menselijk en vindt in elke vorm van bekostiging plaats.

### *Onterecht tijd registreren op naam van de hoofdbehandelaar*

Hierbij heeft de zorgaanbieder de prikkel om minuten van lager geschoold personeel te schrijven op naam van de hoofdbehandelaar, om aan de voorwaarden van de verzekeraar te voldoen<sup>19</sup>. Het is voor de zorgverzekeraar en voor de patiënt lastig en arbeidsintensief om te controleren of de geregistreerde minuten per behandelaar/beroep overeenkomen met de daadwerkelijk geleverde minuten.

### *Dubbel declareren van dezelfde zorg*

De zorgaanbieder van basis GGZ kan de zorg die wordt geleverd aan één en dezelfde patiënt twee keer (of vaker) declareren. Zolang de zorgverzekeraar hier geen systematisch controle op heeft, heeft de zorgaanbieder hiertoe een prikkel.

### *Fictieve declaraties*

Een zorgaanbieder kan fictieve declaraties versturen naar de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder simuleert dat een patiënt een behandeling heeft ondergaan, terwijl dit niet zo is.

### *Diefstal AGB code*

Er bestaat een risico dat een zorgaanbieder of andere persoon onrechtmatig de AGB-code gebruikt van een andere zorgaanbieder.

### *Zorgplicht van de zorgverzekeraar*

Wanneer de verzekeraar op basis van een budget zorg inkoop, kan de zorgaanbieder er voor kiezen alleen dure basis GGZ producten te declareren. Wanneer het budget op is, kan de verzekeraar vervolgens niet voldoen aan zijn zorgplicht.

### *Risico-selectie door aanbieders*

Een zorgaanbieder kan op basis van de zorgvraagzwaarte van patiënten de 'duurdere' patiënten weigeren. De zorg die een patiënt nodig heeft kan hoger uitkomen dan het gemiddelde binnen een prestatie. Een gemiddelde gaat er vanuit dat patiënten soms onder en soms boven het gemiddelde vallen. Dit is ingecalculeerd in de tarieven. Een zorgaanbieder kan op basis van de zorgvraagzwaarte per patiënt inschatten of deze boven het gemiddelde uitkomt. Hij kan er voor kiezen om deze patiënten niet aan te nemen omdat ze in verhouding duurder zijn (hoger dan het gemiddelde in een bepaalde prestatie). Dit zal vooral plaatsvinden in de hoogste prestatie (zwaar). De patiënten die in lagere prestaties vallen, kunnen altijd nog doorgeschoven worden naar een hogere prestatie, zodat ze in de hogere prestatie weer onder het gemiddelde vallen.

---

<sup>19</sup> De verwachting is dat zorgverzekeraars eisen gaan stellen in hun polisvoorwaarden aan de betrokkenheid van de hoofdbehandelaar bij de behandeling van een patiënt.