

Rapport

Verbetering werking DBC-systeem GGZ

Een overzicht van oplossingsrichtingen en kaders voor een verbeterde werking van het DBC-systeem binnen de GGZ

oktober 2010

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
1.1 Het procesverloop	3
1.2 Doelstelling van de hoofdlijnennotitie	3
2. Probleemschets	5
2.1 Huidige situatie	5
2.2 Tariefsbepaling	5
3. Oplossingsrichtingen	7
3.1 Inleiding	7
3.2 Onderhandelingen onder de productstructuur	7
3.3 Oplossingsrichtingen	8
4. Kaders	11
4.1 Inleiding	11
4.2 Betaalbaarheid	11
4.3 Transparantie	11
4.4 Flexibiliteit	12
4.5 Zorgzwaarte	12
5. Vervolg	13

1. Inleiding

1.1 Het procesverloop

In haar brief aan DBC-O met het besluit over de productstructuur GGZ (RG03) van 31 augustus 2010 stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de belangrijke vraag in hoeverre het gehanteerde kostprijsmodel geschikt is voor het bepalen van productprijzen in de curatieve GGZ. Bovendien werpt de NZa de meer fundamentele vraag op in hoeverre de DBC-systematiek een oplossing biedt voor de bestaande bekostigingsvraagstukken in de GGZ. Daarop kondigt zij aan dat DBC-O eind september 2010 een visie daarop van de NZa ontvangt en dat zij tijdens het Regieoverleg bekostiging curatieve GGZ van 14 oktober 2010 de sector informeert.

Parallel aan de besluitvorming over de productstructuur GGZ 2011 is binnen de NZa gedurende 2010 nagedacht over hoe de bekostiging van de curatieve GGZ beter zou kunnen. Hierbij is rekening gehouden met de wens van een stabiele productstructuur op het moment dat er voor de GGZ over wordt gestapt naar prestatiebekostiging.

Bovenstaande ontwikkelingen hebben geleid tot een consultatiedocument. De representatieve organisaties van marktpartijen, patiëntenorganisaties en DBC-O zijn op 14 oktober jl. geconsulteerd, Centraal in de consultatiebijeenkomst stond de probleemdefinitie van de NZa en mogelijke oplossingsrichtingen. De NZa polste eveneens de meningen over de zogeheten DBC-matrix in algemene zin.

Uit de consultatie is gebleken dat de meeste organisaties de probleemdefinitie herkennen. Er was echter geen overeenstemming over de oplossingsrichting. De NZa heeft de reacties op de consultatie opgenomen in deze hoofdlijnennotitie en tevens integraal bijgevoegd. VWS kan haar standpunt op basis hiervan bepalen.

1.2 Doelstelling van de hoofdlijnennotitie

De oorspronkelijke doelstelling van de hoofdlijnennotitie was om het door de NZa ontwikkelde model van de DBC-matrix, als mogelijke oplossing, langs de meetlat van de zogeheten voorwaardenbrief van VWS te leggen.¹ Mede vanwege de uitkomsten van de consultatieronde ziet de NZa in deze hoofdlijnennotitie af van een dergelijke toetsing. Uit de consultatieronde blijkt namelijk dat de besluitvorming over de mogelijke modellen ter oplossing van de gesignaleerde problemen meer tijd vereist. Deze tijd is nodig voor een zorgvuldige beoordeling en om marktpartijen zelf de mogelijkheid te geven in overleg met elkaar en met patiëntenorganisaties met oplossingen te komen.

De NZa gaat daarom in deze hoofdlijnennotitie in op de problemen die zij ondervindt met de bestaande productstructuur (hoofdstuk 2) en de oplossingsrichtingen die bij de consultatie naar voren zijn gekomen (hoofdstuk 3). Daarna geeft de NZa in hoofdlijnen haar kaders aan voor de keuze voor een oplossingsrichting (hoofdstuk 4). Ter afsluiting wordt aangegeven hoe verder gegaan kan worden.

¹ Brief VWS aan de NZa van 28 september 2010 ('DBC Matrix')

2. Probleemschets

2.1 Huidige situatie

In 2008 is de curatieve GGZ overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Binnen de AWBZ gold een budgetsystematiek. Binnen de budgetsystematiek registreren zorgaanbieders het aantal en het soort activiteiten dat wordt verricht. Het gaat hierbij om bijvoorbeeld een intakecontact, onderzoekscontact of psychotherapiecontact.

Bij de overheveling van de curatieve GGZ naar de Zvw werd gezocht naar een vorm van bekostiging die voldeed aan twee doelen:

- Een relatie leggen tussen de zorgvraag van patiënt en de kosten.
- Het creëren van onderhandelbare zorgproducten.

Er is daarbij gekozen voor de DBC-systematiek. In de DBC-systematiek wordt een relatie gelegd tussen de diagnose van een patiënt en de bijbehorende kosten van de behandeling. De diagnose is niet gelijk aan de zorgvraag. Er is een productstructuur vastgesteld met daarin voor de langdurige behandelgroepen 14 verschillende hoofdgroepen. Elke hoofdgroep wordt gekenmerkt door een diagnose². De bijzondere- en kortdurende behandelgroepen hebben geen onderverdeling naar diagnose hoofdgroep wegens beperkingen zoals deze zijn opgelegd door het College bescherming persoonsgegevens (Cbp). Dit betekent dat ongeveer 60% van de gedeclareerde DBC's geen diagnosevermelding heeft.

Voor vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten en voor zorgaanbieders op het terrein van de curatieve GGZ die na 1 januari 2008 zijn toegetreden, geldt deze DBC-systematiek voor zowel de financiering als de bekostiging van de zorg. Voor gebudgetteerde GGZ-instellingen geldt momenteel een overgangsregime waarbij de financiering plaats vindt via DBC's, maar de uiteindelijke bekostiging nog gebaseerd is op de budgetsystematiek. De NZa heeft in haar advies Vereenvoudiging bekostiging van de curatieve GGZ aangegeven welke randvoorwaarden naar haar oordeel van belang zijn voor een overgang naar prestatiebekostiging voor alle zorgaanbieders.

2.2 Tariefsbepaling

In de huidige productstructuur is voor de langdurige behandelgroepen gekozen voor een clustering op hoofdgroepniveau die is gebaseerd op één hoofd diagnose. Binnen elke hoofdgroep is vervolgens een onderscheid gemaakt naar 6, 7 of 8 verschillende tijdsklassen.

De NZa stelt prestaties en tarieven vast voor de producten in de productstructuur. Deze tarieven zijn gebaseerd op gemiddelden op hoofdgroepniveau. De patiëntenpopulatie binnen een hoofdgroep kent een grote diversiteit en daardoor een grote spreiding in zorgtraject en bijbehorende kosten. De NZa heeft dit probleem in haar eerdere presentaties als volgt geïllustreerd:

² Wanneer in dit document gesproken wordt over de diagnose dan duidt dit op één van de 14 verschillende hoofd diagnoses die hebben geleid tot de indeling in 14 verschillende hoofdgroepen in de productstructuur, tenzij uitdrukkelijk anders wordt vermeld.

Zowel voor een dakloze patiënt die op straat leeft en overmatig drugs gebruikt als voor een hoogopgeleide patiënt die kampt met overmatig cocaïnegebruik, kan een DBC worden geopend met de hoofddiagnose 'aan overige middelen gebonden stoornissen'. Het behandeldoel, en daarmee ook het behandeltraject, kan in sterke mate verschillen. Dit kan variëren van een behandeltraject gericht op het omgaan met drugsgebruik tot een behandeltraject gericht op detoxificatie in een korte periode. Deze variatie leidt tot verschillen in de inzet van behandelaren en de bijbehorende kosten, maar leidt wel tot dezelfde DBC. Een ander voorbeeld hiervan is dat bij een lichte of matige depressie vaak psychotherapie wordt ingezet, terwijl bij zware depressies vooral medicatietherapie en/of ECT (elektroconvulsietherapie) wordt toegepast. Het gevolg hiervan is dat het DBC-tarief de werkelijke kosten onvoldoende weerspiegelt.

In termen van de gehanteerde systematiek betekent dit dat binnen een cluster op hoofdgroepniveau (bijvoorbeeld 'depressie' of 'aan overige middelen gebonden stoornis') – afhankelijk van het specifieke zorgtraject en de zorgvraag – de behandeling kan worden uitgevoerd door duur personeel of door goedkoper personeel. Ook het soort zorg dat geleverd wordt binnen een hoofdgroep varieert sterk.

Dit probleem geldt in de GGZ sterker dan in de somatische zorg, omdat daar een meer verfijnd systeem bestaat. Daarnaast geldt voor veel somatische DBC's dat de bijbehorende aandoeningen die kunnen leiden tot deze DBC beperkt zijn, terwijl er bij DBC's in de GGZ een breder scala aan aandoeningen mogelijk is dat kan leiden tot de GGZ-DBC.

De NZa ervaart bij het uitvoeren van haar wettelijke taak het probleem dat vanwege de grofmazigheid van de huidige productstructuur de tarieven fors kunnen afwijken van de werkelijke kosten. De grofmazigheid van de huidige productstructuur is tijdens de consultatie door verschillende partijen onderschreven zoals ook blijkt uit de bijgevoegde reacties van partijen.

Wanneer de NZa niet de juiste prestaties en tarieven vast kan stellen, heeft dit (mogelijke) gevolgen voor onder andere betaalbaarheid, transparantie, flexibiliteit en zorgzwaarte. In hoofdstuk 4 zal de NZa toelichten aan welke kaders eventuele voorstellen voor verbetering volgens de NZa moeten voldoen.

3. Oplossingsrichtingen

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de oplossingsrichtingen geschetst die uit de consultatie naar voren zijn gekomen. Uit de reacties die tijdens de consultatie werden geventileerd, bleek verder dat de door de NZa beschreven problemen rondom het functioneren van de DBC-systematiek ook opgelost zouden kunnen worden zonder veranderingen van het systeem. Hierop wordt in de eerstvolgende paragraaf nader ingegaan.

Een oplossingsrichting dient in ieder geval het in hoofdstuk 2 geschetste probleem (het bepalen van prestaties en tarieven door de NZa) te ondervangen. De NZa sluit niet uit dat invullingen van oplossingsrichtingen aansluiten bij huidige initiatieven om het DBC-systeem te verbeteren. Met andere woorden, de geschetste oplossingsrichtingen hoeven niet direct tot nieuwe processen en overlegstructuren te leiden. Daarnaast dient een verbetervoorstel ook aan een aantal andere voorwaarden te voldoen. In hoofdstuk 4 gaat de NZa in op de kaders waaraan een uitgewerkt plan moet voldoen.

3.2 Onderhandelingen onder de productstructuur

Uit de consultatie heeft de NZa geconcludeerd dat de probleemschets door een aantal partijen wordt onderschreven, maar dat er geen overeenstemming over de oplossingsrichting is. Daarnaast hebben andere partijen aangegeven het door de NZa geschetste probleem niet te herkennen, of wel te herkennen maar oplosbaar te vinden binnen de bestaande productstructuur.

De kern van de argumentatie van laatst genoemde partijen is dat het DBC-systeem van origine vooral een hanteerbaar systeem moet zijn voor onderhandelende zorginkopers en zorgverkopers. Tijdens de consultatie gaven verschillende partijen aan dat er 'onder de productstructuur' tijdens de onderhandelingen op een fijnmazige manier gesproken wordt over de te leveren zorg en de bijbehorende kosten. Er bestaan instrumenten om buiten de productstructuur om aanvullende informatie uit te wisselen om een beter beeld te krijgen van wat er daadwerkelijk aan zorg wordt geleverd. De DBC's vormen daarbij de formele betaaltitel. Partijen geven daarbij aan, dat de tariefstelling flexibeler moet worden om invulling te geven aan die "aanvullende informatie"

Deze situatie is in de ogen van betrokken partijen nog voor verschillende verbeteringen vatbaar. Men onderneemt daartoe actie. Het beeld over de voortgang van verbeteringen verschilt. Men verwijst dan onder andere naar:

- meer transparantie op basis van ROM;
- het verwerken van zorgzwaarte in de productstructuur;
- het minimaliseren van perverse prikkels;
- een verbetering van de gebruikswaarde van DIS;
- het verbeteren van de productstructuur verblijf.

Daaraan gekoppeld zou er een verbetering van de besluitvorming over tarieven voor de curatieve GGZ moeten komen. Dit kan door de kostprijsbepaling zodanig aan te passen dat onder meer een hogere representativiteit wordt bereikt. Acties ter verbetering van de

besluitvorming over tarieven worden besproken in het traject van de volgende kostprijsrelease (RG04).

De NZa vindt het vanuit de gedachte van een optimale werking van het systeem een goede zaak dat partijen deze verbeteringen nastreven. Zij is op verschillende manieren ook bij deze verbeteringen betrokken, mede met het oog op de rechterlijke uitspraak over het vermelden van de diagnose op de factuur. De NZa heeft bij deze verbeteringen echter niet direct baat bij voor het vaststellen van de tarieven. De huidige verbeteringen laten de productstructuur grotendeels in stand en dus ook het fundamentele probleem voor de NZa zoals staat beschreven in hoofdstuk 2.

3.3 Oplossingsrichtingen

De NZa ziet voorsnog drie oplossingsrichtingen, die zij nader zal toelichten:

- Verdere opsplitsing van de huidige productstructuur.
- Invoeren van bandbreedte- of vrije tarieven.
- Bekostiging loskoppelen van het behandeltraject.

3.3.1 Verder opsplitsing van de huidige productstructuur

Door de producten in de huidige productstructuur verder op te splitsen in kleinere en meer homogene producten vermindert de spreiding van de patiëntenpopulatie, het zorgtraject en de bijbehorende kosten bij elk van deze producten. Een mogelijke opsplitsing kan worden gemaakt op basis van bijvoorbeeld nevendiaagnoses en patiëntkenmerken.

Door deze splitsing ontstaat een toename van het aantal groepen in de productstructuur waarbij de diversiteit van de patiëntenpopulatie, het zorgtraject en de bijbehorende kosten binnen een groep afnemen. Het tarief behorend bij de groep wordt daardoor meer representatief voor de gehele patiëntenpopulatie binnen de groep.

3.3.2 Invoeren van bandbreedte- of vrije tarieven

Het is mogelijk om de verantwoordelijkheid voor het uiteindelijk bepalen van de prijs neer te leggen bij de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Op dit moment intervenueert de NZa op de markt door maximumtarieven vast te stellen. De Minister kan er voor kiezen bandbreedte of vrije tarieven te hanteren. Bij bandbreedtetarieven kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars op basis van de aanvullende informatie die zij buiten de productstructuur om met elkaar wisselen een tarief bepalen binnen de een door de NZa gestelde bandbreedte. Bij vrije tarieven zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars volledig vrij om een tarief te bepalen.

De NZa heeft in haar advies Vereenvoudiging bekostiging van de curatieve GGZ een aantal voorwaarden geschetst waaraan moet worden voldaan als tarieven vrijgegeven worden. Het is nog niet duidelijk of de voorwaarden voor het succesvol vrijgeven van tarieven dusdanig zijn ingevuld dat de nadelen van het vrijgeven van tarieven zich in de curatieve GGZ niet, of slechts beperkt, voor zullen doen.

Eén van de belangrijkste voorwaarden voor de NZa is transparantie. In het bestuurlijk overleg van 26 januari 2010 heeft de Minister de aanwezige veldpartijen verantwoordelijk gesteld voor verbetering van de transparantie. De NZa was medio 2010 nog niet in staat om te

beoordelen of de transparantie in de GGZ voldoende was voor bandbreedte- of vrije tarieven. De NZa verwacht dat de nieuwe Minister spoedig zal reageren op het eerdere advies van de NZa zodat duidelijk wordt of de NZa over het vrijgeven van tarieven op een later moment nader moet adviseren.

In het kader van transparantie dient hierbij tevens vermeld te worden dat bandbreedte- of vrije tarieven geen oplossing bieden voor het probleem dat zich voordoet bij het bepalen van prestaties door de NZa. Indien de prestaties geen herkenbare producten vormen, is een vergelijking niet of nauwelijks mogelijk.

3.3.3 Bekostiging loskoppelen van het behandeltraject

In het geval dat tariefvaststelling door de NZa in ieder geval voor delen van de curatieve GGZ nodig blijft, is een derde oplossingsrichting mogelijk. Hierbij blijft de huidige productstructuur bestaan – inclusief de koppeling tussen activiteiten en diagnose – maar dient de DBC niet langer als betaaltitel. In plaats van de bekostiging te koppelen aan het gehele behandeltraject, wordt de bekostiging gekoppeld aan de verschillende activiteiten die binnen dit behandeltraject uitgevoerd worden. De NZa verwacht dat de spreiding van de kosten per activiteit beperkt zullen zijn waardoor het tarief per activiteit meer representatief zal zijn.

4. Kaders

4.1 Inleiding

Een verbetervoorstel zal, ongeacht de oplossingsrichting die wordt gekozen, ten eerste een oplossing moeten zijn voor de problemen bij de tarief- en prestatievaststelling. Met andere woorden, de productstructuur moet dusdanig zijn dat de door de NZa vast te stellen prestaties en tarieven een correcte en zorgvuldige afspiegeling van die productstructuur vormen.

Ten tweede zijn er kaders denkbaar die voortvloeien uit de specifieke eisen als gevolg van betaalbaarheid, transparantie, flexibiliteit en zorgzwaarte. De volgende paragrafen gaan daar in algemene zin op in.

Ten derde zijn ook de criteria zoals beschreven in het NZa-visiedocument 'Toetsingskader en criteria voor ontwikkeling DBC-systeem' van belang. Het betreft criteria voor systeemtransparantie, criteria voor doelmatigheid, efficiënte markten en transactiekosten, criteria voor kwaliteit en innovatie en criteria voor het onderhoudsproces. Deze worden hier niet verder uitgewerkt.

4.2 Betaalbaarheid

Betaalbaarheid is één van de publieke belangen die de NZa behartigt in haar taakuitoefening. Bij betaalbaarheid wordt zowel bedoeld op de betaling die door een patiënt moet worden voldaan als op de totale uitgaven binnen de gehele curatieve GGZ. Met een juiste tariefvaststelling streeft de NZa onder andere een betaalbare GGZ na. De productstructuur moet zodanig zijn dat deze opdracht voor de NZa haalbaar is.

Om te kunnen beoordelen wat de gevolgen voor de betaalbaarheid zijn van een verbetervoorstel zal zo'n voorstel zowel moeten ingaan op de betaalbaarheid op patiëntniveau als op de betaalbaarheid van de gehele curatieve GGZ.

4.3 Transparantie

Er zijn verschillende vormen van transparantie. We gaan hier in op transparantie van het systeem en transparantie voor de patiënt.

Transparantie van het systeem heeft vooral te maken met eenduidige en herkenbare prestaties. Toepassing van een systeem van prestaties door zorgaanbieders moet leiden tot prestaties die voor de afnemers (zorgverzekeraars, consumenten) herkenbaar en onderling vergelijkbaar zijn. Herkenbaarheid betekent dat de prestatieomschrijvingen dienen aan te sluiten bij terminologie van de GGZ-praktijk zoals de diagnose, de zorgvraag, de zorgactiviteiten of een beschrijving van het traject van de geleverde zorg.

Daarnaast moet er transparantie zijn voor de patiënt. Een patiënt heeft informatie nodig over de aangeboden zorgprestaties, de prijs ervan, de wachttijd voor een behandeling en wie deze moet betalen (verzekerde zorg of onverzekerde zorg).

Om te kunnen beoordelen wat de gevolgen voor de transparantie zijn van een verbetervoorstel zal zo'n voorstel zowel moeten ingaan op de transparantie van het systeem als op de transparantie voor de patiënt.

4.4 Flexibiliteit

Met flexibiliteit doelt de NZa erop dat een systeem bij voorkeur op eenvoudige wijze beleidsmatige en externe ontwikkelingen moeten kunnen accommoderen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan besluiten over het verzekerde pakket, invoering van ketenzorg, de invoering van doelmatigheidsprikkels en nieuwe behandelwijzen (zoals e-consult, zorgprogramma's en wijziging van het diagnoseclassificatiesysteem).

Om te kunnen beoordelen wat de gevolgen voor de flexibiliteit zijn van een verbetervoorstel zal zo'n voorstel in moeten gaan hoe op eenvoudige wijze beleidsmatige en externe ontwikkelingen geaccommodeerd kunnen worden.

4.5 Zorgzwaarte

In het huidige systeem zijn de tarieven van de prestaties, zoals vastgesteld door de NZa, gebaseerd op een landelijk gemiddeld profiel (casemix) voor grofmazig gedefinieerde prestaties. Dit heeft tot gevolg dat verschillende behandelvormen met verschillende kostprijzen en verschillende cliëntpopulaties kunnen leiden tot één en dezelfde prestatie met bijbehorend tarief. Door het bepalen van tijdsklassen wordt geprobeerd dit verschijnsel te ondervangen, maar ook binnen de tijdsklassen komen deze verschillen voor. Dit wordt het zorgzwaarte-probleem genoemd.

Het effect van dit zorgzwaarte-probleem is dat instellingen (of afdelingen binnen instellingen) voor wat betreft de werkelijke kosten ver kunnen afwijken van het landelijk vastgestelde tarief. Voor deze zorgaanbieders zal de zorg worden ondergefinancierd of overgefinancierd. Onderfinanciering kan faillissementen en/of patiëntselectie tot gevolg hebben. Overfinanciering kan leiden tot een probleem op macroniveau, aangezien de betaalbaarheid van de gezondheidszorg hiermee in het geding komt.

Om te kunnen beoordelen wat de gevolgen voor de zorgzwaarte zijn van een verbetervoorstel zal zo'n voorstel moeten ingaan op de wijze waarop het zorgzwaarte-probleem wordt opgelost.

5. Vervolg

In deze hoofdlijnennotitie is ingegaan op de problemen die de NZa ondervindt bij bestaande productstructuur en de oplossingsrichtingen die bij de consultatie naar voren zijn gekomen. Een keuze uit deze richtingen is nodig voor een oplossing voor de problemen die de NZa ervaart bij de tarief- en prestatiebepaling in de curatieve GGZ. Zoals in de notitie naar voren komt, heeft de keuze voor een oplossing een fundamenteel karakter; bij handhaving van tegelijk de bestaande productstructuur en het regerende tarief- en prestatieregime blijft de tariefbepaling problematisch.

De NZa richt zich met deze hoofdlijnennotitie tot het ministerie van VWS. Het ministerie heeft marktpartijen, patiëntenorganisaties en DBC-O laten weten dat het standpunt over de hoofdlijnennotitie in het Regieoverleg curatieve GGZ van 11 november a.s. zal worden medegedeeld. De NZa heeft in juni 2010 geadviseerd om de bekostiging van de curatieve GGZ te vereenvoudigen door de bekostiging van instellingen door budgetten te laten vervallen. Dit zou moeten worden vervangen door financiering op basis van DBC's. Daaraan zijn een aantal voorwaarden te stellen waaronder een stabiele productstructuur. De haalbaarheid van een vereenvoudigde bekostiging in 2012 hangt in zeer sterke mate af van de waardering van de in deze notitie aangegeven problemen en oplossingsrichtingen.

Zoals in het eerste hoofdstuk staat aangegeven is tijdens de consultatie zeer duidelijk gebleken dat er meer tijd nodig is voor het bedenken van een oplossing dan aangegeven in de zogeheten Voorwaardenbrief van het ministerie. Een verdere verkenning is nodig ten behoeve van een zorgvuldige besluitvorming. Dit heeft uiteraard gevolgen voor de verdere fasering van de eventuele aanpassing van de bekostigingsstructuur.

De NZa stelt daarom voor dat het ministerie van VWS uit oogpunt van zorgvuldige besluitvorming meer tijd inruimt voor besluitvorming over verbeteringen van het huidige DBC-systeem binnen de GGZ. De NZa adviseert het ministerie van VWS om een standpunt in te nemen ten aanzien van de oplossingsrichtingen en deze verder uit te werken in samenwerking met het veld. De NZa vraagt VWS dit standpunt in het Regieoverleg curatieve GGZ van 11 november a.s. mede te delen. Een nadere verkenning van oplossingen zou in het eerste kwartaal van 2011 moeten zijn afgerond.

In afwachting van besluitvorming door het ministerie van VWS over deze hoofdlijnennotitie (en over het advies van de NZa over de vereenvoudiging van de bekostigingsstructuur van de curatieve GGZ) gaat de NZa ervan uit dat de totstandkoming van tarieven voor 2012 gebaseerd zal zijn op het bestaande bekostigingssysteem en lopende verbetertrajecten. De NZa levert op korte termijn haar kaders voor de route naar RG04.