

Vergaderjaar 2020–2021

**25 424**

## **Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 554**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Ontvangen ter Griffie op 6 oktober 2020.

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Het besluit tot het doen van een **aanwijzing** kan niet eerder worden genomen dan op 5 november 2020.

Den Haag, 6 oktober 2020

Gelet op artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) informeer ik u hierbij, mede namens de Minister voor Rechtsbescherming, over mijn voornemen een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om per 2022 een nieuwe bekostiging in te voeren voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz)<sup>1</sup> en de forensische zorg (fz). Overeenkomstig artikel 8 van de Wmg ga ik niet eerder over tot het geven van de aanwijzing dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

Op 16 juli jl. ontving ik van de NZa een advies over de invoering van een nieuwe bekostiging voor de ggz en fz. Op 21 augustus heb ik hierover een bestuurlijk overleg gevoerd met de partijen van het Hoofdlijnenakkoord GGZ en de NZa. Op basis daarvan heb ik samen met de Minister voor Rechtsbescherming besloten per 2022 het zogenaamde zorgprestatie-model in te voeren als nieuwe bekostiging voor de geneeskundige ggz en de fz en per 2022 gelijktijdig te starten met de registratie van een verbeterde typering van de zorgvraag van ggz- en fz-cliënten (zorgvraagtypering). Voor dit besluit is tijdens het bestuurlijk overleg van 21 augustus door partijen unaniem steun uitgesproken. Over dit besluit, het advies van de NZa en de daarbij behorende stukken heb ik u op 14 september jl. geïnformeerd (Kamerstuk 25 424, nr. 552). In deze brief licht ik dit besluit toe.

Het advies van de NZa van 16 juli betreft een uitwerking van het NZa-advies dat ik in het voorjaar van 2019 aan de Tweede Kamer heb aangeboden (Kamerstuk 25 424, nr. 460). Een ander deel van deze uitwerking heb ik begin maart 2020 naar de Tweede Kamer gestuurd (Kamerstuk 25 424, nr. 522). De Minister voor Rechtsbescherming en ik

<sup>1</sup> Hieronder vallen de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz, inclusief het tweede en derde jaar onafgebroken verblijf met behandeling in een ggz-instelling.

hebben ook die stukken bij ons besluit betrokken. Ik ben de NZa erkentelijk voor haar advies en de daarbij opgeleverde analyses.

Ik begin deze brief graag met mijn kernoverwegingen om tot bovengenoemd besluit te komen en een aantal aandachtspunten die ik hierbij nog aan de NZa zal meegeven. Vervolgens zal ik dit nader uitwerken en toelichten.

### **Kernoverwegingen**

Met het zorgprestatie­model wordt een sterk vereenvoudigd bekostigings­model geïntroduceerd, wat leidt tot lagere administratieve lasten, nota's die herkenbaar en begrijpelijk zijn voor de cliënt en een aanzienlijke versnelling van de declaratiemogelijkheden en informatievoorziening over zorgkosten en -gebruik in de ggz en fz (Kamerstuk 25 424, nr. 420 en Kamerstuk 33 628, nr. 34). In overeenstemming met het Hoofdlijnenakkoord GGZ en de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg worden hiermee meerdere knelpunten opgelost die binnen de huidige bekostiging worden ervaren.

Het model faciliteert een passende vergoeding voor geleverde zorg die aansluit bij de feitelijke behandelinzet, ook als het gaat om zorg voor cliënten met een complexe zorgvraag en/of een ernstige psychiatrische aandoening. Het gaat dan om de behandelinzet in termen van bijvoorbeeld aantallen consulten voor behandeling en diagnostiek, de daarbij betrokken professionals en de setting waarin de zorg wordt geleverd. Dit kan bijdragen aan de aanpak van de wachttijden voor deze groepen.

Verder verdwijnt de prikkel om de duur van het behandeltraject van de cliënt af te stemmen op bepaalde tijd­klasse­grenzen binnen de bekostiging en daardoor een cliënt langer of juist korter te behandelen dan noodzakelijk is. Dat is een prikkel waar binnen de huidige bekostiging veel kritiek op is. Daarnaast geeft de NZa aan dat binnen de nieuwe bekostiging de mogelijkheden voor zorgaanbieders worden verkleind om via strategisch gedrag hun opbrengsten te maximaliseren (gegeven hun kosten). Dit is een gevolg van het ontwer­puit­gangspunt van de nieuwe bekostiging dat een reële vergoeding wordt geboden voor de zorg die feitelijk aan een individuele cliënt wordt geleverd. Het sluit ook aan bij het doel uit het Hoofdlijnenakkoord om de prikkels van de bekostiging te verbeteren. Geen enkel bekostigings­model is echter perfect. Om in de nieuwe bekostiging enkele risico's op averechtse effecten te beheersen en te verkleinen, verzoek ik de NZa nog een aantal zaken aan te scherpen in het model. Ik zal dit later in deze brief toelichten.

Ook de introductie van een verbeterde zorgvraagtypering zie ik als een belangrijk element van het genomen besluit. Dit vergroot de transparantie over welke zorgvraag hoort bij de geleverde ggz en forensische zorg. Per 2022 zal worden gestart met de registratie. De periode tot 2024 staat in het teken van ervaring opdoen met de nieuwe zorgvraagtypering. Daarnaast zal in elk geval in 2022 en 2023 de bestaande zorgvraagtypering nog behouden blijven. Doel is vanaf 2024 een stabiele verbeterde zorgvraagtypering beschikbaar te hebben. In een gezamenlijke «praktijkhandleiding» zullen partijen beschrijven hoe de verbeterde zorgvraagtypering in de praktijk op een verantwoorde en effectieve manier kan en zal worden gebruikt in de periode tot 2024 en in de periode daarna.

Een verbeterde zorgvraagtypering heeft onder andere als doel om de contractering te ondersteunen. Zo kan een verbeterde zorgvraagtypering gaan bijdragen aan het maken van meer gerichte afspraken over zorg voor cliënten met een complexe zorgvraag en/of met een ernstige

psychiatrische aandoening. Dat kan helpen om wachttijden voor die groepen te verkorten. Het ondersteunt het gesprek tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over «gepast gebruik» van zorg en de verantwoording daarover. Een ander doel is het ondersteunen van het «samen beslissen» in de relatie tussen behandelaar en cliënt. Deze doelen sluiten aan bij doelen uit het Hoofdlijnenakkoord GGZ.

Ik vraag de NZa om – na invoering van de nieuwe bekostiging – de werking en de effecten ervan zorgvuldig te monitoren, met name op een aantal aspecten, waar ik later in deze brief verder op in zal gaan. Het feit dat er door het zorgprestatie­model meer gedetailleerde informatie (veel) sneller beschikbaar komt, ondersteunt een effectieve monitoring door de NZa en een verdere doorontwikkeling van het model in de jaren na invoering.

De nieuwe bekostiging wordt ingevoerd binnen de macrobudgettaire kaders voor de ggz en fz, zoals toegelicht in de begrotingsstukken.<sup>2</sup>

## **Toelichting**

### **Het zorgprestatie­model**

Met het zorgprestatie­model wordt afscheid genomen van de traject­bekostiging die nu in het grootste deel van de ggz en in de fz van toepassing is. Daarmee wordt ook de gedetailleerde regelgeving losgelaten die daaraan is gekoppeld. Met het zorgprestatie­model wordt overgestapt naar een eenvoudige bekostiging op basis van losse consulten, verblijfsdagen en een aantal overige declarabele prestaties. Met de keus voor een eenvoudige bekostiging met daarnaast een verbeterde informatie­voorziening over de zorgvraag van ggz­cliënten (zorgvraagtypering) wordt aangesloten bij de eerder (in februari 2018) door het kabinet ondersteunde hoofdlijn van het advies van de Commissie Transparantie & Tijdigheid (Kamerstuk 33 654, nrs. 29 en 31, incl. bijlage).

#### *Prestaties en tarieven*

Een consult ziet op direct zorginhoudelijk contact tussen zorgverlener en cliënt. Om te zorgen dat een consult in het zorgprestatie­model een reële vergoeding biedt voor daadwerkelijk geleverde zorg, vindt voor de tariefstelling differentiatie plaats tussen individuele en groepsconsulten en tussen consulten voor diagnostiek en behandeling. Ook vindt differentiatie plaats naar de beroepsgroep van de uitvoerder en naar de duur van het consult. Verder is ook de setting waarbinnen het consult wordt geleverd van invloed op de hoogte van het tarief. Onder setting wordt verstaan de onderscheidende combinatie van benodigde infrastructuur, disciplines en/of methodieken die worden ingezet voor het leveren van zorg aan een patiënt. Voor verblijfszorg wordt aangesloten bij de huidige systematiek. Daarin wordt verblijf in de instelling per dag geregistreerd en wordt onderscheid gemaakt naar verzorgingsgraad en beveiligingsniveau.

In de nieuwe bekostiging zullen, net als nu, maximumtarieven van toepassing zijn. Daarbij heeft de NZa ook de mogelijkheid om – net als nu en conform haar advies – zogenaamde max-maxtarieven vast te stellen. Dit houdt in dat een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar waar nodig tarieven mogen afspreken tot een bepaald percentage boven het maximumtarief.

---

<sup>2</sup> Op het macrobudgettaire kader voor de geneeskundige ggz is het macrobeheersinstrument van toepassing.

Het zorgprestatie­model geeft behandelaren maximale ruimte om consul­ten digitaal vorm te geven in afstemming met de patiënt. Een consult kan zowel face-to-face, maar ook telefonisch of «screen-to-screen» plaatsvinden.

Er wordt ook een zogenaamde «facultatieve prestatie» met een vrij tarief geïntroduceerd. Een «facultatieve prestatie» maakt het voor zorgaanbieder en zorgverzekeraar mogelijk om voor (regionaal) maatwerk en innovatieve zorgvormen een prestatie­beschrijving af te spreken die afwijkt van de door de NZa vastgestelde prestatie­beschrijvingen. Met de introductie van de facultatieve prestatie ontstaat bijvoorbeeld de mogelijkheid om nieuwe vormen van e-health te bekostigen met meerwaarde voor de patiënt. Een andere denkbare toepassing die de NZa noemt is het integraal vormgeven van de prestaties voor verblijf, inclusief alle vormen van behandeling en dagbesteding. Hierdoor ontstaat meer flexibiliteit om de zorg aan te laten sluiten bij de zorgbehoefte van specifieke patiëntengroepen. De NZa heeft de risico's van de introductie van een vrij tarief voor de facultatieve prestatie geanalyseerd en is tot de conclusie gekomen dat de risico's beperkt zijn.

Om gebruik te kunnen maken van een facultatieve prestatie moeten de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder hiervoor een gezamenlijke aanvraag indienen bij de NZa. De NZa voert een marginale toets uit op elke aanvraag. Bij een aanvraag voor een facultatieve prestatie zal door de NZa in ieder geval worden getoetst of de prestatie individueel aanwijsbaar is, of aangegeven is of het verzekerde (of onverzekerde) zorg betreft en of de zorg via al bestaande prestaties kan worden gedeclareerd. Deze toets, die de NZa vooraf uitvoert, is een belangrijke voorwaarde voor de introductie van de facultatieve prestatie binnen de ggz en fz. Ik vraag de NZa te monitoren op welke wijze en in welke mate facultatieve prestaties worden ingezet.

#### *Acute ggz*

De budget­bekostiging van de acute ggz, die sinds 2020 van kracht is, blijft qua systematiek ongewijzigd. Wel is het zo dat de «crisis-dbc's», die de betreffende zorgaanbieders nu ten laste van hun budgetten declareren, zullen worden vervangen door de prestaties van het zorgprestatie­model, waarbij herkenbaar zal zijn dat het gaat om acute ggz.<sup>3</sup>

#### **Verlaging administratieve lasten en regeldruk**

De nieuwe bekostiging zal leiden tot lagere administratieve lasten. De invoering betekent op meerdere manieren een vereenvoudiging. Op dit moment wordt de gespecialiseerde ggz met diagnose­behandelingcombinaties (DBC's) bekostigd. De bekostiging van het tweede en derde aaneengesloten jaar verblijf met behandeling in een ggz-instelling vindt plaats op basis van zogenaamde zorgzwaartepakketten (zpz's). In de generalistische basis-ggz (vanaf hier: basis-ggz) wordt gebruik gemaakt van vier integrale prestaties die in rekening kunnen worden gebracht. De forensische zorg wordt bekostigd met zogenaamde DBBC's: diagnose­behandeling- en -beveiligingcombinaties. Invoering van het zorgprestatie­model betekent dat deze vier bekostigingssystemen worden vervangen door één bekostigingssysteem.

<sup>3</sup> Ook de crisis-dbc's die nu *buiten* het budget kunnen worden gedeclareerd worden vervangen door prestaties van het zorgprestatie­model.

De complexe minutenregistratie met bijbehorende activiteitenregistratie, die kenmerkend is voor het DB(B)C-systeem, wordt losgelaten. In het zorgprestatie­model hoeven de meeste zorgverleners alleen nog consulten vast te leggen die geautomatiseerd uit een agenda kunnen worden overgenomen. In het zorgprestatie­model hoeven zorgverleners bovendien veel minder of helemaal geen «indirecte behandel­tijd» meer te registreren. Met «indirecte behandel­tijd» bedoel ik tijd die aan de behandeling van de patiënt wordt besteed, zonder dat sprake is van direct patiënt­contact, zoals tijd besteed aan het bijwerken van het patiëntendossier, het reflecteren op de behandeling of het voeren van multidisciplinair overleg. «Indirecte behandel­tijd» wordt binnen het zorgprestatie­model grotendeels bekostigd door middel van een opslag die in de consulttarieven zal worden verdisconteerd.<sup>4</sup> Hiermee worden de administratieve lasten verlaagd en wordt voortgebouwd op een aantal succesvolle experimenten in de ggz en fz. Specifiek denk ik hierbij aan het experiment dat zorginstelling Arkin en verzekeraar Zilveren Kruis uitvoeren in het kader van het programma «(Ont)Regel de zorg» (Kamerstuk 29 515, nr. 441).

De NZa heeft bovendien het uitgangspunt gehanteerd om de regelgeving rond het zorgprestatie­model vanaf «nul» op te bouwen, waarbij alleen zaken in regels worden vastgelegd die noodzakelijk zijn voor een goede werking van de bekostiging. Dat zorgt voor een sterke vereenvoudiging van de regelgeving. Overeenkomstig eerdere aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer (Kamerstuk 25 424, nr. 341) werken partijen momenteel een controle- en verantwoordingsarrangement bij de nieuwe bekostiging uit. Doel daarbij is het faciliteren en stimuleren van een proces- en systeemgerichte beheersing van administratieve en declaratieprocessen vooraf en het zo veel mogelijk voorkomen van controles achteraf, overeenkomstig de uitgangspunten van horizontaal toezicht. Ook dat draagt bij aan beperking van de administratieve lasten.

### **Versnelling informatievoorziening over zorgkosten en -gebruik**

Door invoering van het zorgprestatie­model wordt een aanzienlijke versnelling van de informatievoorziening over zorguitgaven en -gebruik gerealiseerd. Binnen de DB(B)C-bekostiging kunnen zorgaanbieders de geleverde zorg pas declareren na afronding van het behandeltraject of na maximaal 365 dagen. Binnen het zorgprestatie­model kunnen declaraties *gedurende* de behandeling worden ingediend. Zorgaanbieders krijgen de zorg die zij leveren hierdoor bovendien sneller dan nu vergoed. Alle declaraties die binnen het zorgprestatie­model bij een bepaalde behandeling horen krijgen hetzelfde trajectnummer mee, zodat zowel cliënten, zorgaanbieders als zorgverzekeraars zicht blijven houden op welke declaraties bij elkaar horen.

De NZa schrijft dat binnen het zorgprestatie­model de informatie over geleverde zorg niet alleen sneller beschikbaar is, maar ook gedetailleerder is. Deze versterkte informatiebasis maakt – onder andere via contractafspraken – een betere sturing mogelijk door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De conclusie van de NZa dat invoering van het zorgprestatie­model leidt tot een betere macrobudgettaire beheersbaarheid hangt hier voor een groot deel mee samen.

Omdat het eigen risico van de zorgverzekering gekoppeld is aan de bekostiging kan het feit dat in het zorgprestatie­model declaraties al tijdens de behandeling kunnen worden ingediend ook gevolgen hebben voor het eigen risico dat mensen voor hun ggz betalen. De NZa brengt dit

<sup>4</sup> Voor in elk geval vrijgevestigden komen er wel apart declarabele prestaties «intercollegiaal overleg».

momenteel in kaart en kijkt daarbij in het bijzonder naar cliënten met een behandeltraject dat over een kalenderjaargrens heen loopt.

### **Ondersteuning complexe zorg en aanpak wachttijden**

Vorig jaar heb ik in mijn reactie op het eerste deel van het NZa-advies aangegeven van plan te zijn het NZa-advies over te nemen als bij de uitwerking onder andere zou worden bevestigd dat de nieuwe bekostiging een vergoeding op maat faciliteert voor zorg voor cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (Kamerstuk 25 424, nr. 478). In het wachttijdendossier is het belang van goede prikkels voor het leveren van zorg aan cliënten met een complexe zorgvraag naar voren gekomen. Ook de Algemene Rekenkamer heeft het belang hiervan onderstreept (Kamerstuk 25 424, nr. 534). Hieronder licht ik toe hoe achtereenvolgens het zorgprestatie-model en de verbeterde zorgvraagtypering daaraan kunnen bijdragen. De feitelijke vergoeding voor complexe zorg wordt uiteindelijk bepaald in de contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het is daarom van groot belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders daarbij op een effectieve manier gebruik maken van de geboden mogelijkheden. De NZa en ikzelf zullen partijen hierop blijven aanspreken.

#### *Zorgprestatie-model*

De NZa bevestigt dat de nieuwe bekostiging een vergoeding op maat faciliteert voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening en/of een complexe zorgvraag. Het onderscheid dat binnen het model wordt gemaakt naar de setting waarin zorg wordt geleverd speelt daarbij een rol. Binnen het model wordt onder andere onderscheid gemaakt naar zorg die in een outreachende setting en zorg die in een hoogspecialistische setting wordt geleverd. Zorg in deze settings betreft veelal zorg voor cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening en/of een complexe zorgvraag. Het onderscheid naar setting faciliteert daarom het maken van gerichte afspraken over deze zorg in de contractering.

Ook het feit dat de nieuwe bekostiging niet langer is gebaseerd op (gemiddelde) trajecten van diagnostiek en behandeling – zoals de huidige bekostiging – maar op de feitelijke inzet van beroepen en aantallen behandel- en diagnostiekconsulten, faciliteert een vergoeding op maat voor complexe zorg. Het feit dat in het zorgprestatie-model aparte diagnostiekconsulten worden onderscheiden zorgt ervoor dat in de nieuwe bekostiging de diagnostiek beter wordt ondersteund dan in de huidige bekostiging. Een adequate diagnostiek is essentieel voor een effectieve behandeling en daarmee ook van belang bij de aanpak van wachttijden.

Binnen het zorgprestatie-model wordt gewerkt met een geactualiseerde lijst van beroepen die consulten kunnen registreren. Daardoor zal de inzet van bepaalde «aanvullende beroepen» die kunnen bijdragen aan het verkorten van wachttijden beter worden gefaciliteerd. Partijen en de NZa hebben op basis van voorwerk van Akwa GGZ een lijst gemaakt van beroepen die vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg in de ggz en fz kunnen worden ingezet. Die is in de afgelopen periode in consultatie geweest bij vertegenwoordigers van de beroepsgroepen.

Op deze lijst staat onder andere ook de psychodiagnostisch werkende.<sup>5</sup> Na verwerking van de uitkomsten van de consultatie wordt de lijst definitief gemaakt en omgezet in een veldafpraak die vervolgens wordt doorontwikkeld tot een veldnorm om aangeboden te worden aan het Zorginstituut voor opname in het Register. De NZa gebruikt de veldafpraak als basis om aan de hand van een aantal technische criteria definitief te bepalen welke beroepen binnen het zorgprestatie-model consulten kunnen registreren.

Met het oog op het belang van een passende inzet van beroepen zie ik in het zorgprestatie-model nog wel het risico dat psychiaters in vrije vestiging tegen een hoog tarief patiënten met relatief lichte problematiek kunnen behandelen. Ik zal de NZa dan ook vragen om bij de invoering van de nieuwe bekostiging het voor vrijgevestigde psychiaters alleen mogelijk te maken een hoog «psychiatertarief» in rekening te brengen voor zover zij zorg leveren aan cliënten die ook daadwerkelijk zorg van een psychiater nodig hebben; voor overige zorg krijgen zij dan een lager tarief dat aansluit bij de aard van de geboden zorg.

De al genoemde verlaging van de administratieve lasten kan bijdragen aan een vergroting van de behandelcapaciteit en op die manier ook een bijdrage leveren aan de aanpak van wachttijden. Zoals al gezegd wordt «indirecte behandel-tijd» in het zorgprestatie-model grotendeels bekostigd via een vergoeding die in de tarieven van consulten wordt verwerkt. Dit verlaagt de administratieve lasten en stimuleert ook dat behandelaren verhoudingsgewijs meer tijd gaan besteden aan direct patiëntcontact. Hierdoor kan meer ruimte ontstaan voor het aannemen van nieuwe cliënten van de wachtlijst.

Bij diagnostiek en bij zwaardere zorg is doorgaans meer indirecte behandel-tijd nodig (bijvoorbeeld voor de interpretatie van testresultaten of voor intercollegiaal overleg bij een complexe casus). Ik vind het belangrijk dat ook hiervoor een passende vergoeding wordt gegeven. In het ontwerp van de nieuwe bekostiging is hier rekening mee gehouden doordat de vergoeding die hiervoor in de consulttarieven is verdiscon-teerd, hoger is bij diagnostiekconsulten en hoger is naarmate consulten in een zwaardere setting worden geleverd, zoals in een forensische of hoogspecialistische setting.

Het Talma Instituut, dat in opdracht van de NZa en partijen een ex ante beleidsevaluatie op het zorgprestatie-model heeft uitgevoerd, geeft aan dat er desondanks risico's zijn voor zorgsegmenten die gemiddeld meer indirecte tijd nodig hebben dan via de opslag in de consulttarieven wordt vergoed. Daarom kan de NZa – waar dat nodig is om dit risico te beheersen – «max-max»-tarieven vaststellen. Ik vraag de NZa goed te monitoren of er desondanks bekostigingsknelpunten ontstaan, zodat waar nodig daarop nadere maatregelen kunnen worden getroffen.

### *Zorgvraagtypering*

Voor het maken van goede afspraken over de juiste zorg op de juiste plaats is ook een goede typering van de zorgvraag van ggz- en fz-cliënten (zorgvraagtypering) belangrijk. Alle partijen van het Hoofdlijnenakkoord GGZ onderschrijven het belang van een verbeterde zorgvraagtypering en steunen het besluit om per 2022 met de registratie daarvan te starten.

<sup>5</sup> Ervaringsdeskundigen voldoen nog niet aan alle criteria voor opname op de lijst. Wel is de verwachting dat ervaringsdeskundigen op HBO-niveau binnen afzienbare tijd aan alle criteria gaan voldoen. Zij worden daarom naar alle waarschijnlijkheid op de lijst opgenomen op basis van een hardheidsclausule voor in elk geval een bepaalde termijn.



Op dit moment wordt de zorgvraag die bij gedeclareerde ggz en fz hoort getypeerd door middel van de van toepassing zijnde diagnosehoofdgroep in de DSM<sup>6</sup>, zoals verwerkt in de DB(B)C's, en – in de basis-ggz – door middel van de huidige basis-ggz profielen. In het Hoofdlijnenakkoord GGZ zijn afspraken gemaakt om de zorgvraagtypering die bij de bekostiging wordt gebruikt te verbeteren om zo «gepast gebruik» van zorg beter te ondersteunen.

De afgelopen jaren hebben partijen daarvoor het zogenaamde zorgclustermodel ontwikkeld. Dit model is onder regie van de NZa de afgelopen jaren getoetst in een pilot. De eindresultaten daarvan treft u als bijlage bij het advies van de NZa dat ik op 14 september jl. naar de Tweede Kamer heb gestuurd. In maart stuurde ik u reeds de tussenresultaten (Kamerstuk 25 424, nr. 522). Diverse partijen van zorgaanbieders – te weten de Nederlandse ggz, de NVvP, het NIP, NFU, NVZ en V&VN – werken met bureau SiRM aan een aangepast model, dat gebaseerd is op het zorgclustermodel, maar dat op onderdelen nader gedifferentieerd is en nog een aantal andere aanpassingen kent.

De NZa zal uiteindelijk besluiten welk model voor zorgvraagtypering per 2022 wordt ingevoerd. Dit betreft ofwel het zorgclustermodel, ofwel (deels) het model waar genoemde partijen nu aan werken, waar dat beter presteert en haalbaar is voor (bepaalde delen van) de ggz. Voor de forensische zorg (fz) zal een parallel ontwikkelpad worden doorlopen waarin een fz-specifiek typeringsmodel wordt uitgewerkt, omdat in deze sector niet de zorgvraag van de patiënt, maar het recidiverisico centraal staat. Daarbij wordt wel zo veel mogelijk de aansluiting gezocht op de ontwikkeling van het typeringsmodel van de geneeskundige ggz om de keten van zorg en veiligheid zo vloeiend mogelijk te laten lopen.

De periode tot 2024 staat in het teken van ervaring opdoen met de nieuwe zorgvraagtypering. De diagnosehoofdgroep en de huidige basis-ggz-profielen, blijven daarbij, net zoals nu, in elk geval in 2022 en 2023 op de ggz-factuur vermeld worden.<sup>7</sup> Doel is vanaf 2024 een stabiele verbeterde zorgvraagtypering beschikbaar te hebben. In een gezamenlijke «praktijkhandleiding» zullen partijen onder andere beschrijven hoe de zorgvraagtypering in de praktijk op een verantwoorde en effectieve wijze kan en zal worden gebruikt, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de periode vanaf 2022 en de periode vanaf 2024.

### **Verbeterde prikkelwerking**

Vorig jaar heb ik de NZa als uitgangspunt meegegeven dat de prikkelwerking van de bekostiging, ten opzichte van nu, substantieel zou moeten verbeteren.

Overeenkomstig het Hoofdlijnenakkoord GGZ vind ik het belangrijk dat de prikkels voor doelmatige zorg worden bevorderd en voor ondoelmatige zorg worden verminderd, waarbij doelmatige zorg gelijk staat aan passende zorg en niet per definitie aan «weinig» zorg. Dit in de wetenschap dat de bekostiging met de perfecte prikkels niet bestaat. Prikkels voor (on)doelmatige zorg kunnen zowel de hoeveelheid of zwaarte van de zorg betreffen (het «volume»), als de mate waarin de bekostiging de zorgaanbieder ruimte biedt om, gegeven het «volume», opbrengsten te vergroten door strategisch gedrag.

<sup>6</sup> DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

<sup>7</sup> Voor de cliënt blijft net als nu de mogelijkheid bestaan om zijn/haar diagnosehoofdgroep op de ggz-factuur te maskeren door een privacyverklaring in te vullen



### *Volumeprikkels*

Zowel de huidige DB(B)C-bekostiging als de nieuwe bekostiging bevatten zowel prikkels om (meer) zorg te leveren als een aantal volumebeheersende prikkels. Er zijn wel verschillen. Zoals toegelicht vervalt de huidige prikkel om minder dure professionals in te zetten, die nadelig kan zijn voor zorg voor cliënten met een complexe zorgvraag. Tegelijkertijd wordt met de nieuwe bekostiging een prikkel toegevoegd om zuinig om te gaan met indirecte behandeltime, wat meer direct patiëntcontact stimuleert. Anders dan nu, levert in de nieuwe bekostiging een consult aan een nieuwe cliënt bovendien financieel altijd even veel op voor een zorgaanbieder als een consult aan een bestaande cliënt. Dit verkleint de kans dat andere dan medische overwegingen de behandelduur bepalen.

### *Basis-ggz*

In de basis-ggz vervallen de huidige genormeerde tarieven, die uitgaan van een bepaalde duur van het behandeltraject. Hierdoor nemen de volumeprikkels toe. De effecten hiervan kunnen worden beheerst via afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Maar bij ongecontracteerde zorgaanbieders kan dit leiden tot langer doorbehandelen. Daar staat tegenover dat experts in de ggz-sector aangeven dat door de huidige genormeerde tarieven in de basis-ggz, nu ook soms patiënten worden doorverwezen naar de gespecialiseerde ggz, die zorginhoudelijk gezien nog goed behandeld hadden kunnen worden binnen de basis-ggz.<sup>8</sup> Deze prikkel om onnodig door te verwijzen vervalt in het zorgprestatie-model.

Ik vraag de NZa om de ontwikkelingen in de basis-ggz goed te monitoren. Ik vind het belangrijk dat de basis-ggz als apart echelon binnen de ggz stevig gepositioneerd blijft, ook al krijgt deze dezelfde bekostiging als de gespecialiseerde ggz. De basis-ggz wordt gedefinieerd door kenmerken van de patiëntenpopulatie en door de bijbehorende behandelphilosofie van kortdurend behandelen. Ik heb de partijen van het Hoofdlijnenakkoord GGZ verzocht om te bespreken welke afspraken en/of instrumenten mogelijk zijn om de voor de basis-ggz kenmerkende behandelphilosofie, ook na invoering van het zorgprestatie-model, te ondersteunen. Partijen hebben daarmee ingestemd.

### *Prikkels tot strategisch gedrag*

Ik vind het belangrijk dat de bekostiging zo min mogelijk gelegenheid geeft aan een zorgaanbieder om – tegen het belang van de patiënt in – door strategische gedragskeuzes zijn financiële resultaat te verhogen. Dit is belangrijk voor de kwaliteit van zorg, maar ook voor de macrobudgettaire beheersbaarheid van het stelsel.

Een bekostiging die veel mogelijkheden voor dat soort financiële opbrengsten biedt, maakt het voor bepaalde zorgaanbieders aantrekkelijker om ongecontracteerd te werken (omdat contracten deze mogelijkheden vaak weer inperken).<sup>9</sup>

De NZa schrijft dat het zorgprestatie-model in vergelijking met de DB(B)C-systematiek minder ruimte laat om door strategisch gedrag opbrengsten te maximaliseren. Dit komt omdat de mogelijkheden binnen

<sup>8</sup> Talma Instituut (2020), *Ex ante beleidsevaluatie Zorgprestatie-model ggz en fz*, blz. 35,

<sup>9</sup> Wat natuurlijk niet wil zeggen dat alle ongecontracteerde zorgaanbieders financieel calculerend gedrag vertonen bij hun behandelkeuzes. Ook ongecontracteerde zorgaanbieders kunnen goede zorg leveren in het belang van de patiënt, zonder dat financiële overwegingen de boventoon voeren.

het DB(B)C-systeem om strategisch te sturen op de tijdsklassegrenzen komen te vervallen.

Desondanks ziet de NZa ook binnen het zorgprestatie­model nog bepaalde prikkels tot strategisch gedrag bij de zorgver­lening (prikkels gericht op maximalisatie van opbrengsten, gegeven de kosten van de zorgaanbieder). Er bestaat geen perfect bekostigings­model en dus is het onvermijdelijk dat er tot op zekere hoogte ongewenste prikkels bestaan. Toch vraag ik de NZa in het bijzonder de volgende zaken goed te monitoren en nog enkele aanvullende maatregelen te nemen:

- Binnen het zorgprestatie­model kan een zorgaanbieder de opbrengsten verhogen door meer tijd te besteden aan direct patiëntcontact en minder aan indirecte behandel­tijd. Dit kan goed zijn voor de zorgver­lening en helpen bij de verkorting van wachttijden. Maar als dit in sterke mate gebeurt kan het verminderen van indirecte behandel­tijd risicovol zijn voor de kwaliteit van zorg. De wettelijke normen rond het bijhouden van een patiëntendossier en de eisen vanuit kwaliteits­standaarden – zoals rond het voeren van multidisciplinair overleg – bieden hier bescherming. Toch vraag ik de NZa om de ontwikkelingen op dit punt goed te monitoren, zodat op grond daarvan beoordeeld kan worden of nadere maatregelen nodig zijn.
- Het tarief dat zorgaanbieders binnen het zorgprestatie­model kunnen declareren is onder andere afhankelijk van de setting waarin die zorg wordt geleverd. De manier waarop de ambulante settings in het zorgprestatie­model nu zijn afgebakend brengt het risico met zich dat zorgaanbieders een (substantieel) hoger tarief – horend bij een zwaardere ambulante setting – kunnen declareren, zonder dat daar hun (substantiële) meerkosten tegenover staan. Ik vraag de NZa daarom om, voorafgaand aan de invoering van de nieuwe bekostiging, de afbakening van de ambulante settings aan te scherpen om dit risico te beperken en daarbij zo nodig aanvullende maatregelen te nemen.<sup>10</sup> Ik vraag de NZa om na invoering van de nieuwe bekostiging de effectiviteit van deze aanscherpingen en eventuele aanvullende maatregelen nauwgezet te monitoren.

In het algemeen is het zo dat adequate tarieven van belang zijn om de ruimte voor strategisch opbrengst maximaliserend gedrag te verkleinen. Het vaststellen van adequate tarieven is een belangrijke verantwoorde­lijkheid van de NZa. De NZa heeft bovendien het voornemen om zo snel mogelijk na invoering van het zorgprestatie­model een nieuw kostprijs­onderzoek uit te voeren voor de tariefvaststelling.

### **Fraude- en handhaafbaarheidstoets**

De NZa heeft een uitvoerige toets op fouten- en fraudegevoeligheid en handhaafbaarheid gedaan. Deze heb ik op 14 september jl. aan de Tweede Kamer aangeboden. De NZa houdt aandacht voor alle daarin benoemde frauderisico's, maar geeft aan dat er met name twee risico's op fouten en fraude zijn die extra aandacht behoeven. Beide risico's betreffen de situatie dat de consulten die worden geleverd korter duren dan de consulten die worden gedeclareerd. Ik vraag de NZa een monitoringsin­strument in te richten dat binnen een half jaar na implementatie van de nieuwe bekostiging voor het eerst inzichtelijk maakt in welke mate dit type frauderisico zich voordoet en om vooraf flankerende beleidsmaatregelen te ontwikkelen, waarmee meteen effectief kan worden ingegrepen bij zorgaanbieders die op deze manier frauderen. De NZa schrijft dat door

<sup>10</sup> Ik zal de NZa hierbij ook verzoeken om – waar dit substantieel bijdraagt aan de beheersing van dit risico – ook de mogelijkheid te betrekken om binnen setting Kwaliteitsstatuut sectie IIIa het multidisciplinair overleg apart declarabel te maken.

haar verbeterde datapositie – in verband met de invoering van het zorgprestatie­model – deze risico's goed kunnen worden gemonitord waardoor indien nodig hierop tijdig actie kan worden ondernomen. Eén van de nu door de NZa geschetste manieren om fraude te bestrijden, namelijk op basis van signalen van patiënten, is niet van toepassing op de forensische zorg, omdat patiënten daar hun facturen niet zien. Ik zal de NZa vragen om te bekijken welke aanvullende maatregelen mogelijk getroffen moeten worden om hiervoor te compenseren.

### **Een verantwoorde transitie**

Uit de impactanalyse die de NZa heeft uitgevoerd, blijkt dat de overgang naar het zorgprestatie­model samen kan gaan met financiële herverdelingseffecten tussen zorgaanbieders. Dit hangt in elk geval samen met de beoogde herverdeling van financiële middelen tussen lichte en zware zorg, die het gevolg is van de ontwerpkeuze in het zorgprestatie­model om de zorg te betalen op grond van de feitelijke behandel­linzet in termen van de hoeveelheid consulten, de betrokken professionals en de setting waarin de zorg wordt geleverd. De mate waarin de genoemde herverdeling tussen zorgaanbieders plaatsvindt, is volgens de NZa afhankelijk van de contractafspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling maken en van de manier waarop zorgaanbieders anticiperen op de invoering van het zorgprestatie­model.

Om de transitie in de ggz en fz verantwoord te laten verlopen worden de volgende maatregelen genomen. Zorgaanbieders kunnen het voorbereidingsjaar 2021 gebruiken als simulatiejaar en bekijken wat de impact van het zorgprestatie­model voor de eigen praktijk of instelling is en daarop anticiperen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben daarnaast een veldafpraak in ontwikkeling, waarin de kaders worden gegeven voor financiële afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar bij de transitie naar het zorgprestatie­model. Met de partijen van het Hoofdlijnen­akkoord heb ik afgesproken dat de transitie macrobudgettair neutraal wordt vormgegeven. Partijen en de NZa hebben er vertrouwen in dat de continuïteit van zorg op deze manier ook tijdens de transitie goed geborgd kan worden. Ik vraag de NZa dit alles te monitoren.

De NZa en partijen voorzien dat – om uitvoering te kunnen geven aan de genoemde veldafpraak voor de transitie – er soms behoefte kan zijn aan meer ruimte dan de tarieven binnen het zorgprestatie­model geven. Op advies van de NZa, zal ik de NZa daarom verzoeken om – ter ondersteuning van de genoemde veldafpraak – voor de ggz en fz een tijdelijke transitieprestatie te creëren voor geleverde zorg, voor een periode van twee jaar (2022 en 2023), met een vrij tarief. Indien een zorgaanbieder en zorgverzekeraar gebruik willen maken van deze prestatie dienen zij hierover een afspraak te maken.

### **Zakelijke inhoud van de aanwijzing aan de NZa**

Tenslotte vermeld ik hieronder puntsgewijs de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik aan de NZa zal sturen. Ik zal de NZa opdragen in haar beleidsregels:

- voor de ggz en fz per 1 januari 2022 een zorgprestatie­model in te voeren en hierbij maximumtarieven te hanteren (zie de toelichting in de paragraaf «*Prestaties en tarieven*» van deze brief);
- voor de ggz en fz per 1 januari 2022 te voorzien in de mogelijkheid van een facultatieve prestatie. Zodat de NZa op gezamenlijk verzoek van een zorgaanbieder en zorgverzekeraar een andere prestatie­beschrijving kan vaststellen dan de door haar vastgestelde prestatie­beschrijvingen voor de ggz en fz ingevolge het zorgprestatie­model. Hierbij

hanteert zij een vrij tarief. De NZa mag hieraan voorwaarden verbinden. De prestatiebeschrijvingen gelden voor de zorgaanbieder en zorgverzekeraar die deze facultatieve prestatie gezamenlijk hebben aangevraagd, naast de regulier geldende prestatiebeschrijvingen voor de ggz en fz ingevolge het zorgprestatie­model waar maximumtarieven voor blijven gelden (zie de toelichting in de paragraaf «*E-health, innovatie en maatwerk (introductie facultatieve prestatie)*» van deze brief);

- voor de ggz en fz een transitieprestatie voor geleverde zorg te introduceren met een vrij tarief (zie de toelichting in de paragraaf «*Een verantwoorde transitie*» van deze brief).

Ten slotte, met het zorgprestatie­model en een verbeterde zorgvraagtypering zetten we een belangrijke stap voorwaarts in het belang van kwalitatief goede en doelmatige zorg. Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
P. Blokhuis