

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Staatssecretaris drs. P. Blokhuis  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht

Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)  
I [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

Ministerie van Justitie en Veiligheid  
Minister drs. S. Dekker  
Postbus 20301  
2500 EH DEN HAAG

**Behandeld door**  
Directie Regulering

**Telefoonnummer**  
(088) 770 87 70

**E-mailadres**  
[info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)

**Kenmerk**

**Onderwerp**  
Uitwerking zorgprestatie­model ggz en fz

**Datum**

Geachte heren Blokhuis en Dekker,

Samen met veldpartijen werkt de NZa aan de uitwerking van het zorgprestatie­model. Het zorgprestatie­model is een nieuw bekostigings­model voor de geestelijke gezondheids­zorg (ggz) en forensische zorg (fz) dat bedoeld is ter vervanging van het huidige db(b)c-systeem en de generalistische basis-ggz (gb-ggz). Op 17 februari 2020 heb ik u de voorlopige uitwerking gestuurd van het zorgprestatie­model dat binnen het hiervoor opgezette programma is ontwikkeld. In de afgelopen periode hebben veldpartijen en de NZa gewerkt aan de definitieve uitwerking van het zorgprestatie­model. Met deze brief bied ik u deze uitwerking aan tezamen met de door u gevraagde analyses:

- Een toets op macrobudgettaire beheersbaarheid,
- Een toets op fraude en handhaafbaarheid,
- Een rapportage met de eindresultaten van het zorgcluster­model,
- Een impactanalyse op de mogelijke verschuivingen van opbrengsten tussen zorgaanbieders bij invoering van het zorgprestatie­model.

Daarnaast vindt u bijgaand het rapport van het Talma Instituut dat in opdracht van het programma een ex-ante evaluatie heeft uitgevoerd op het zorgprestatie­model.

Wij adviseren u om het zorgprestatie­model per 2022 in te voeren en gelijktijdig te starten met de registratie van een nieuwe typering van de zorgvraag van de patiënt. Dit moet ervoor zorgen dat de verbeterde zorgvraag­typering per 2024 stabiel is en tegemoet komt aan de gestelde gebruiksdoelen. Wij adviseren u om als instrument voor zorgvraag­typering op dit moment het zorgcluster­model te kiezen totdat een aantoonbaar beter alternatief beschikbaar komt.

### **Samenwerking**

Alle betrokken partijen hebben zich in de afgelopen periode ingespannen om in gezamenlijkheid te komen tot een uitwerking van het zorgprestatie­model. Ondanks de uitdagingen die de coronacrisis bood is het gelukt om op veel onderwerpen tot een gedragen uitwerking te

komen. Op het onderwerp zorgvraagtypering is dat binnen het programma niet gelukt. Daarnaast wijzen verschillende partijen op risico's bij de voorlopige lijst van erkende beroepen en de positie van de masterpsycholoog daarin.

Kenmerk

Pagina  
2 van 7

### **Uitwerking van het zorgprestatie­model**

In de afgelopen periode is binnen het programma een definitieve indeling van behandelsettings uitgewerkt en is de prestatielijst opgesteld. Op basis van deze indeling in settings kunnen de tarieven in de ggz en fz worden gedifferentieerd afhankelijk van hoe de zorg wordt georganiseerd en geleverd. Er is een arrangement opgesteld waarin partijen uniforme afspraken hebben gemaakt over de wijze waarop zorgaanbieders verantwoording afleggen over en zorgverzekeraars<sup>1</sup> controleren op de naleving van de opgestelde regelgeving. Daarnaast is er een voorlopige lijst opgesteld met erkende beroepen in de ggz en fz en is er een vertaling gemaakt naar beroepen die in het zorgprestatie­model een declarabel consult kunnen registreren.

In het zorgprestatie­model is ruimte gecreëerd voor digitale zorg. Het zorgprestatie­model geeft behandelaren maximale ruimte om consulten digitaal vorm te geven wanneer de patiënt hier behoefte aan heeft. Een consult kan zowel face-to-face, maar ook telefonisch of 'screen-to-screen' plaatsvinden. De introductie van de facultatieve prestatie biedt bovendien ruimte voor de bekostiging van innovatie en digitale zorg die past bij de behoefte van de patiënt. Op basis van de facultatieve prestatie kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar zelf een omschrijving van een prestatie opstellen die na goedkeuring van de NZa onder voorwaarde van een contract kan worden gebruikt.

Met deze uitwerking komt het zorgprestatie­model tegemoet aan een aantal belangrijke ontwerpcriteria. Omdat de regelgeving opnieuw is opgebouwd, is de complexiteit in de bekostiging sterk teruggebracht. Hierdoor ontstaat een voor de patiënt begrijpelijke nota en worden de administratieve lasten verminderd. In het zorgprestatie­model hoeven de meeste zorgverleners alleen nog maar consulten vast te leggen. Dat kan geautomatiseerd uit een agenda worden overgenomen. Uit de voorlopige standpunten van partijen komt naar voren dat de vermindering van de administratieve last die op dit punt wordt verwacht, breed wordt onderschreven. Hiermee wordt voortgebouwd op een aantal succesvolle experimenten die op dit moment lopen in de ggz en fz<sup>2</sup>.

Daarnaast faciliteert het zorgprestatie­model een vergoeding die past bij de geleverde zorg. Ook patiënten met een complexe zorgvraag kunnen hierdoor een behandeling krijgen waar een passend tarief tegenover staat. Bijvoorbeeld de zorg aan EPA-patiënten kan op basis van het zorgprestatie­model op een kostendekkende manier worden geleverd. Dit wordt ondersteund door de resultaten van de impactanalyse waaruit een herverdeling naar voren komt van de lichtere naar de zwaardere settings. De ondercompensatie van de zorg aan zwaardere patiënten die in het veld vaak wordt genoemd als probleem van het huidige systeem,

---

<sup>1</sup> Binnen de forensische zorg vervult de Dienst Justitiële Inrichting de rol van zorginkoper.

<sup>2</sup>Zie bijvoorbeeld het Arkin/Zilveren Kruis experiment in het kader van 'ontregel de zorg'.

wordt hiermee tegengegaan. Dit kan helpen bij het terugdringen van de wachtlijsten voor de meest kwetsbare patiënten.

**Kenmerk**

Daarnaast wijst de impactanalyse erop dat er aanzienlijke herverdelingseffecten kunnen optreden tussen zorgaanbieders bij de invoering van het zorgprestatie­model. In welke mate deze herverdeling plaatsvindt, is echter sterk afhankelijk van de contractafspraken die worden gemaakt en de manier waarop zorgaanbieders in de organisatie van zorg anticiperen op de invoering van het zorgprestatie­model. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben een overgangsmodel in ontwikkeling waarin de kaders worden gegeven voor financiële afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar bij de transitie naar het zorgprestatie­model. Partijen zijn voornemens om deze overgangsregeling vorm te geven in een veldafpraak. Wij verwachten dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hiermee voldoende randvoorwaarden scheppen voor een verantwoorde transitie naar het zorgprestatie­model.

**Pagina**  
3 van 7

### **Beter en sneller inzicht**

Het zorgprestatie­model zorgt ervoor dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid meer grip krijgen op zorg die in de ggz en fz wordt geleverd. Het zorgprestatie­model genereert meer gedetailleerde informatie die bovendien sneller beschikbaar komt. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld afspreken om wekelijks of maandelijks te declareren.

Met de toevoeging van een typering van de zorgvraag als informatie­element op de factuur ontstaat bovendien een beter handvat voor het gesprek tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over gepast gebruik van zorg en het maken van afspraken hierover. Bij de ontwikkeling van het zorgprestatie­model is bewust gekozen voor het uitgangspunt van 'reële tarieven'. Het zorgprestatie­model belooft de zorg die geleverd wordt, ongeacht of deze zorg ook passend is. Om te kunnen beoordelen of de zorg passend is, moet een typering van de zorgvraag van de patiënt worden toegevoegd. Anders ontstaat het risico op ongepast gebruik. Relatief lichte patiënten zouden dan meer of zwaardere zorg kunnen ontvangen dan nodig (te veel, te zware expertise in een te zware setting) en relatief zware patiënten zouden minder zorg kunnen ontvangen dan nodig. Voor een goede aansluiting tussen de zorgbehoefte van de patiënt en de zorg die wordt geleverd is zorgvraagtypering een essentiële schakel.

Zorgvraagtypering kan - door inzicht in gepast gebruik- ook een bijdrage leveren aan het verminderen van de wachtlijsten in de ggz. De typering van de zorgvraag van patiënten kan een belangrijk handvat zijn om grip te krijgen op een goede in-, door- en uitstroom van patiënten. Alleen dan kan de schaarse capaciteit in de ggz zo optimaal mogelijk worden benut, zodat iedere patiënt tijdig de zorg krijgt die nodig is. Over het instrument dat invulling moet geven aan zorgvraagtypering is op dit moment nog geen overeenstemming tussen veldpartijen.

### **Macrobudgettaire beheersbaarheid**

Op uw verzoek zijn wij nagegaan of, en in welke mate, invoering van het zorgprestatie­model invloed heeft op de macrobudgettaire beheersbaarheid. Wij concluderen dat invoering van het

zorgprestatie­model leidt tot een betere beheersbaarheid van de macrokosten.

Dit hangt voor een groot deel samen met de meer gedetailleerde informatie die veel sneller beschikbaar komt voor zorgverzekeraars en overheid. In het gecontracteerde deel van de ggz en in de fz biedt een sterke informatiebasis de randvoorwaarden aan zorgverzekeraars, zorginkopers en zorgaanbieders om goede afspraken over gepaste zorg te kunnen maken.

Net zoals in het huidige bekostigingssysteem vragen de risico's in het ongecontracteerde deel van de ggz meer aandacht. Voor de gb-ggz vervalt de genormeerde gemiddelde behandelduur in de tarieven. In de gb-ggz ontstaat hierdoor vooral bij ongecontracteerde zorg een nieuw risico dat er langer behandeld zal worden. Daar staat tegenover dat het zorgprestatie­model minder ruimte laat voor zorgaanbieders om door strategisch te declareren opbrengsten te maximaliseren. Dit maakt het voor ongecontracteerde zorgaanbieders minder eenvoudig om zonder eigen betaling van de patiënt kostendekkend te kunnen werken. Het aangaan van een contract met een zorgverzekeraar wordt hierdoor gestimuleerd. Daarbij geldt ook voor het ongecontracteerde deel van de zorg dat een betere informatiebasis snellere actie mogelijk maakt in geval van onverwachte ontwikkelingen.

**Kenmerk**

**Pagina**  
4 van 7

### **Risico's op fouten en fraude**

Ieder bekostigingsmodel heeft risico's op fouten en fraude. Om hier zicht op te krijgen hebben wij een analyse uitgevoerd waarin de verschillende risico's zijn beoordeeld op basis van de verwachte impact en mate van beheersbaarheid. Hieruit komen twee risico's naar voren die nadere aandacht behoeven. De mogelijkheid dat behandelaren de directe consulttijd gebruiken om werkzaamheden te doen die normaliter onder indirecte tijd vallen en de mogelijkheid dat consulten standaard wat langer worden ingepland dan nodig en vaker voor de geplande eindtijd worden afgebroken. Omdat in de afspraken over verantwoording en controle partijen gezamenlijk hebben gekozen voor het principe van 'planning is realisatie' zal in dat geval het geplande consult in rekening worden gebracht.

Doordat er voor zowel zorgverzekeraars als overheid beter en sneller inzicht is in de geleverde zorg, kunnen de verschillende partijen makkelijker monitoren en mogelijke fouten of fraude identificeren. Ook de bovenstaande twee risico's kunnen door de verbeterde datapositie goed worden gemonitord. Indien nodig kan hierdoor tijdig actie worden ondernomen. Daarnaast heeft de NZa nog andere instrumenten om toezicht te houden en zo mogelijke risico's op te sporen. Met name biedt de aanvulling in het toezichtinstrumentarium van de NZa op het gebied van transparante bedrijfsvoering ons handvatten om risico's rond correct registreren en declareren te adresseren zonder dat dit direct tot striktere regels leidt die over de gehele linie meer administratieve en uitvoeringslasten zouden veroorzaken.

Naast de concrete risico's zijn er een aantal onderwerpen die met de transitie van de db(b)c-systematiek naar het zorgprestatie­model van groter belang worden in het kader van monitoring en controle van fouten en fraude. Dit zijn de volgende vier punten: Een eenduidige en duidelijke uitwerking voor alle onderdelen van het model, zodat er zo min mogelijk ruimte is voor interpretatieverschillen, de kwaliteit van de data van

zorgaanbieders, de controlemogelijkheden bij zorgverzekeraars en de grotere rol van de patiënt. In de nadere uitwerking en in de implementatie van het zorgprestatie­model moet hier aandacht voor zijn.

Kenmerk

Pagina

5 van 7

### **Ex-ante evaluatie Talma Instituut**

Binnen het programma Zorgprestatie­model is afgesproken dat de uitwerking van het zorgprestatie­model vóór besluitvorming over invoering wordt getoetst op de ontwerpcriteria door een externe, onafhankelijke partij. Het Talma Instituut heeft deze toets uitgevoerd. In haar rapport bevestigt het Talma Instituut een aantal positieve aspecten van het zorgprestatie­model. Het zorgprestatie­model zal leiden tot maximale transparantie van geleverde zorg, tot prijzen die aansluiten bij de geleverde behandeling, tot vereenvoudiging van de administratie en verantwoording en tot een aanzienlijke versnelling van de beschikbare informatie voor alle partijen. Door het verdisconteren van de indirecte tijd in de consulttarieven wordt er binnen het zorgprestatie­model gestuurd op meer directe tijd die besteedt wordt aan patiënten. Hiermee verwacht het Talma Instituut dat de productiviteit in termen van directe tijd door de behandelaren toeneemt.

Daarnaast beschrijft het Talma Instituut een aantal risico's en mitigerende maatregelen. Veel van deze risico's hangen samen met het borgen van gepast gebruik in het zorgprestatie­model. Wij onderschrijven het belang van de aandacht hiervoor. Om hier beter aan tegemoet te komen zijn naar aanleiding van het Talma rapport onder andere de omschrijvingen van de settings verder aangescherpt. Ook wordt in het programma nog gesproken over positieve impact op de opbrengsten van psychiaters werkzaam in vrije vestiging en het mitigeren van de risico's die hieruit voortkomen.

Daarnaast benadrukt ook het Talma Instituut het belang van een goede zorgvraagtypering voor het functioneren van het zorgprestatie­model en voor het kunnen vaststellen of de geleverde zorg ook aansluit bij de zorgvraag van de patiënt.

### **Advies zorgvraagtypering en zorgclustermodel**

Bijgaand vindt u ook de resultaten van de pilots met het zorgclustermodel. Binnen de pilots zijn 19.680 bruikbare zorgclustertrajecten aangeleverd die €88 miljoen vertegenwoordigen aan kosten aan behandelinzet. De aangeleverde zorgclustertrajecten vallen vooral in lagere zorgclusters 1-5 en hebben iets vaker de diagnose angst of depressie dan verwacht. Modellen om kosten te voorspellen laten zien dat de diagnosehoofdgroep (zoals gebruikt in de db(b)c's) ongeveer 6% van de spreiding (variantie) van de kosten verklaart, terwijl zorgclusters 18,5% verklaren. Wanneer deze gegevens worden gecombineerd met een aantal aanvullende vragen en met de diagnose-informatie loopt de verklaarde variantie op naar 27%.

Het is partijen niet gelukt om tot een gezamenlijke duiding te komen van de resultaten van het zorgclustermodel als instrument voor zorgvraagtypering. Het zorgclustermodel wordt door een deel van de samenwerkende partijen niet geschikt bevonden als instrument voor zorgvraagtypering. De administratieve lasten, twijfels over geschiktheid van de HoNOS-vragenlijst en twijfels over de zuiverheid van de aangeleverde data spelen daarbij bij deze partijen een rol. Daarnaast verwacht een aantal partijen dat het zorgclustermodel beter functioneert

voor de lichtere patiëntgroepen (common mental diseases), maar minder goed voor de zwaardere patiëntgroepen (EPA patiënten).

Deze partijen werken aan een alternatieve typering die specifiek is gericht op de EPA doelgroep. Dit alternatief is op dit moment nog onvoldoende concreet om beoordeeld te kunnen worden. Partijen verwachten dat op zijn vroegst in oktober 2020 een eerste beeld gegeven kan worden van de potentie van dit alternatief.

**Kenmerk**

**Pagina**

6 van 7

Wij komen tot de conclusie dat de resultaten van de pilots voldoende basis bieden om de potentie van het zorgclustermodel als instrument voor zorgvraagtypering te kunnen beoordelen. Daarbij concluderen wij dat het zorgclustermodel de potentie heeft om als instrument voor zorgvraagtypering te kunnen functioneren bij het maken van afspraken over gepast gebruik.

Het zorgclustermodel biedt een uniforme taal die binnen de gehele ggz gebruikt kan worden door zorgaanbieders in de gesprekken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De verklaarde variantie is bovendien veel hoger dan de huidige DSM-diagnosehoofdgroep. Het zorgclustermodel is op dit moment het beste instrument voor zorgvraagtypering in de ggz dat voorhanden is. Het zorgclustermodel heeft bovendien als perspectief dat het in de toekomst, wanneer meer data is verzameld, nog verder kan verbeteren.

Partijen onderschrijven het belang van zorgvraagtypering en hebben afgesproken dat de registratie van een verbeterde zorgvraagtypering gelijktijdig start met de invoering van het zorgprestatie-model. Ondanks dat er geen overeenstemming is tussen partijen over het instrument dat hier invulling aan moet geven, adviseren wij u om in de ggz te starten met het registreren van zorgvraagtypering op basis van het zorgclustermodel. Wanneer tussentijds een alternatief beschikbaar komt dat aantoonbaar beter, of net zo goed tegemoet komt aan de gestelde doelen, kan op dat moment worden overwogen om te kiezen voor dit alternatief voor de patiëntgroep waarvoor dit alternatief is ontwikkeld. Binnen het programma is hierover een 'tweesporen beleid' afgesproken zodat uiterlijk in januari 2021 definitief kan worden besloten of het alternatief dat in ontwikkeling is (deels) kan worden ingevoerd.

Het zorgprestatie-model heeft een vorm van zorgvraagtypering nodig om te kunnen voldoen aan de opgestelde ontwerpcriteria. Het kan de randvoorwaarden bieden voor passende afspraken over gepast gebruik. Dit biedt belangrijke kansen voor de ggz als sector. Mede door het ontbreken van een geschikte uniforme taal komen goede afspraken hierover niet altijd tot stand. Zorgaanbieders kunnen hierdoor geconfronteerd worden met verschillende benaderingen vanuit zorgverzekeraars wat administratieve lasten met zich meebrengt. Een goede zorgvraagtypering kan hiervoor uitkomst bieden. Wanneer dit instrument op de juiste manier wordt toegepast op basis van gezamenlijke afspraken, kan het bijdragen aan het versterken van het vertrouwen tussen de verschillende spelers in de sector.

Binnen de fz wordt een parallel ontwikkelpad voor zorgvraagtypering doorlopen. Alle betrokken partijen concluderen dat het zorgclustermodel niet geschikt is voor de fz, omdat de uitkomst van risicotaxatie- en analyse bepalend is voor het type en de intensiteit van de geleverde

zorg. Het is daarom van belang dat gestructureerde risicotaxatie onderdeel is van de zorgvraagtypering in de fz en dat er wordt gekeken naar de ernst van het delict en het recidiverisico. Partijen werken op dit moment gezamenlijk aan een model specifiek voor de fz dat voor de ernst van de problematiek zoveel mogelijk aansluit bij de reguliere ggz.

Kenmerk

Pagina  
7 van 7**Tot slot**

In uw reactie richting de Voorzitter van de Tweede Kamer van 2 juli 2019 en in uw brief aan de NZa van 12 juli 2019 gaf u aan dat u van plan bent het zorgprestatiemodel in te voeren onder de voorwaarde dat bij de uitwerking van het model een aantal zaken wordt bevestigd. Met deze brief bieden wij u de informatie aan op basis waarvan u deze afweging kan maken.

Met inachtneming van de beschouwing over de rol van zorgvraagtypering komen wij tot de conclusie dat het zorgprestatiemodel voldoet aan de door u gestelde voorwaarden. Wij adviseren u om over te gaan tot invoering van het zorgprestatiemodel per 1 januari 2022 en gelijktijdig te starten met de registratie van het zorgclustermodel als instrument voor zorgvraagtypering. Wanneer tussentijds een alternatief model voor zorgvraagtypering beschikbaar komt dat aantoonbaar beter tegemoet komt aan de gestelde doelen, kan op dat moment worden overwogen om dit alternatief in te voeren voor de patiëntgroep waarvoor dit is ontwikkeld. Dit moet ervoor zorgen dat de verbeterde zorgvraagtypering per 2024 stabiel is en tegemoet komt aan de gestelde gebruiksdoelen.

Ik zie uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit,

Dr. M.J. Kaljouw