



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

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

**Behandeld door**  
Directie Regulering

**Telefoonnummer**  
088 – 770 8 770

**E-mailadres**  
info@nza.nl

**Kenmerk**  
0412002/1050507

**Onderwerp**  
Invoering zorgprestatie model in de ggz en fz

**Datum**  
28 oktober 2021

Geachte heren Blokhuis en Dekker,

Op 15 december 2020 ontvingen wij uw aanwijzing voor de invoering van het zorgprestatie model als nieuwe bekostiging in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz)<sup>1</sup>. In een begeleidende brief verzoekt u ons om gelijktijdig met het zorgprestatie model een nieuw model van zorgvraagtypering in te voeren. Daarnaast geeft u ons in uw brief een aantal aandachtspunten mee en vraagt u ons onder andere om een aantal inhoudelijke aanpassingen en aanscherpingen in het model door te voeren. Hierbij informeren wij u over de regelgeving die wij op basis van uw aanwijzing hebben vastgesteld en hoe wij invulling geven aan de verzoeken uit uw brief.

#### **Definitieve uitwerking zorgprestatie model**

In de afgelopen periode hebben wij samen met partijen binnen het programma zorgprestatie model de beleidsontwikkeling van het zorgprestatie model afgerond. Op 1 juli jl. hebben wij de regelgeving van de het zorgprestatie model gepubliceerd. Op 26 oktober hebben wij de laatste aanpassingen doorgevoerd in de regelgeving. Hierin sluiten we aan bij de veldafspraken over het zorgprestatie model en de afspraken rondom de gefaseerde implementatie van het zorgprestatie model in de ict-systemen van zorgaanbieders. Daarnaast heeft afstemming plaatsgevonden met de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) over de privacyaspecten van het zorgprestatie model. Verderop in deze brief licht ik deze punten nader toe.

#### **Invoering zorgprestatie model in de ggz en fz**

Bij de ontwikkeling van het zorgprestatie model hebben de ontwerpcriteria steeds een centrale plaats ingenomen. Zo is met het zorgprestatie model gekozen voor een relatief eenvoudig systeem dat moet leiden tot minder administratieve lasten en begrijpelijke nota's. Vergeleken met dbc's kunnen declaraties veel sneller worden verstuurd en verwerkt, waarmee ook veel sneller inzicht ontstaat op de ontwikkeling van de zorgkosten. Hierdoor ontstaat waardevolle sturingsinformatie die partijen houvast geeft bij het maken van contractafspraken. Daarnaast is in het zorgprestatie model gekozen voor tarieven die aansluiten bij de feitelijke behandelinzet. Hierdoor kunnen zorgaanbieders ook voor patiënten met een zwaardere zorgvraag passende tarieven declareren en wordt de ruimte om door strategisch gedrag opbrengsten te optimaliseren verkleind. Daarbij starten zorgaanbieders gelijktijdig met de invoering van

<sup>1</sup> Brief van 15 december 2020 'Invoering zorgprestatie model ggz en fz per 2022' met kenmerk 1795863-215660-PZo



het zorgprestatie­model met de registratie van een verbeterde zorgvraagtypering. Hierdoor ontstaat beter zicht op zwaarte van de zorgvraag van patiënten en hoe deze zich verhoudt tot geleverde ggz en fz. Deze informatie kan worden gebruikt om afspraken te maken over gepast gebruik van zorg.

### **Aanscherping afbakening ambulante settings**

In de vastgestelde regelgeving zijn een aantal aanscherpingen doorgevoerd in de afbakening van de settings. In uw brief vroeg u ons het risico te beperken dat zorgaanbieders een (substantieel) hoger tarief - horend bij een zwaardere ambulante setting - kunnen declareren, zonder dat daar (substantiële) meerkosten tegenover staan.

De ambulante settings worden gedifferentieerd aan de hand van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (verder LKS) en de secties die hierin worden onderscheiden. In het zorgprestatie­model wordt binnen het instellingendomein (sectie III van het kwaliteitsstatuut) onderscheid gemaakt in een setting waarin voornamelijk monodisciplinair wordt gewerkt en een setting waarin multidisciplinair wordt gewerkt. Het onderscheid tussen deze settings is verduidelijkt in de regelgeving door scherper te omschrijven wanneer sprake is van multidisciplinaire zorg. Daarnaast is een informatiekaart opgesteld die aanbieders helpt met het bepalen van de juiste setting. Ook is verduidelijkt hoe het instellingen­begrip in het LKS zich verhoudt tot de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) die gelijktijdig met het zorgprestatie­model van kracht wordt. Om als instelling zorg te leveren binnen de ambulante setting onder sectie III van het kwaliteitsstatuut moet de aanbieder vallen onder de vergunningsplicht van de Wtza.

Met deze aanpassingen verwachten wij dat de indeling in settings beter toepasbaar is in de praktijk. De settingindeling is echter een nieuw element in de bekostiging. De toepassing ervan is niet voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars vanzelfsprekend en in de contractering kunnen verschillen van inzicht leiden tot frictie. De NZa zal in de komende periode intensief in gesprek blijven met partijen om eventuele onduidelijkheden weg te nemen en partijen te helpen met een zo eenduidig mogelijke toepassing van de settings.

### **Differentiatie tarief voor vrijgevestigde psychiaters**

In de regelgeving is differentiatie aangebracht in het tarief voor psychiaters in vrije vestiging. In uw brief vroeg u ons om ervoor te zorgen dat vrijgevestigde psychiaters alleen tarieven in rekening kunnen brengen die aansluiten bij de aard van de geboden zorg. Zoals ook toegelicht in uw brief aan de Tweede Kamer, betekent dit dat vrijgevestigde psychiaters alleen een hoog psychiatertarief in rekening moeten kunnen brengen voor zo ver zij zorg leveren aan patiënten 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.

Om invulling te geven aan dit vraagstuk is wederom aangesloten bij het LKS. In de NZa regelgeving wordt het tarief van vrijgevestigde psychiaters gedifferentieerd op basis van de patiëntencategorieën die in het LKS worden omschreven en – daaraan gekoppeld – de minimaal vereiste beroepsopleidingen. Indien als minimaal vereiste voor de beroepsopleiding de wet BIG art. 14 is gesteld dan geldt een hoger psychiater tarief. Indien als minimaal vereiste beroepsopleiding art. 3 BIG is gesteld dan is een lager tarief van toepassing.

Immers, indien ook andere beroepen dan de psychiater voor de betreffende patiëntencategorieën de rol van regiebehandelaar kunnen vervullen, hebben deze patiënten de zorg van een psychiater in de rol van regiebehandelaar niet daadwerkelijk nodig. Overigens kan de inzet van een psychiater als medebehandelaar – dus voor delen van de behandeling – voor deze cliënten soms wel noodzakelijk zijn. Daar is bij de bepaling van het lagere psychiatertarief rekening mee gehouden.

De keuze voor aansluiting bij het LKS wordt niet gesteund door de NVvP. De NZa heeft intensief overleg gevoerd met de NVvP om tot een gedragen invulling van uw opdracht te komen. Deze gesprekken hebben echter niet geleid tot een alternatief voorstel dat voldeed aan de criteria die wij hiervoor hadden opgesteld.



### **Invoering zorgvraagtypering**

Als onderdeel van het zorgprestatie-model wordt een nieuw systeem van zorgvraagtypering ingevoerd. De invoering van zorgvraagtypering vloeit voort uit het hoofdlijnenakkoord ggz en geeft uitvoering aan de aangenomen motie in de Tweede Kamer van het Lid Van den Berg<sup>2</sup>. Zorgvraagtypering heeft tot doel gepast gebruik van zorg te ondersteunen zodat hierover afspraken gemaakt kunnen worden in de contractering. Zorgvraagtypering moet het zodoende mogelijk maken om passende vergoedingen overeen te komen zodat ook patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis op een kostendekkende manier behandeld kunnen worden.

Na een intensief afstemmingstraject zijn wij tot een invulling gekomen die gedragen wordt door alle bij het programma betrokken partijen. Voor de ggz en fz zijn verschillende typeringsinstrumenten ontwikkeld die aansluiten op de specifieke doelstellingen die met de behandeling in de ggz en fz worden beoogd.

Het zorgvraagtyperingsmodel dat in de ggz wordt ingevoerd, bouwt voort op het zorgclustermodel. Dit model is een bewerking van een in Engeland ontwikkeld typeringssysteem dat gebaseerd is op de HoNOS+ vragenlijst. In de fz wordt een systeem geïntroduceerd dat is geënt op de risicotaxatie, ernst van het delict en responsiviteit van de patiënt op de behandeling. Dit laatste typeringssysteem sluit beter aan bij specifieke doelstellingen in de fz die zien op het verlagen van de maatschappelijke risico's bij terugkeer van de patiënt in de maatschappij.

Onder zorgaanbieders leven zorgen over uitvoeringslasten die de invoering van zorgvraagtypering tot gevolg heeft. Om deze lasten te verlagen, worden er op voorspraak van onder andere de Nederlandse ggz twee routes geïntroduceerd om tot een typering te komen. Naast een volledige route waarbij de gehele HoNOS+ vragenlijst wordt afgenomen, kan ook een dynamische, verkorte route worden gekozen. Deze dynamische route maakt een snellere typering van patiënten mogelijk. De uitvoeringslasten van het systeem van zorgvraagtypering worden hierdoor verlaagd. Vanaf 2022 wordt gestart met de registratie van zorgvraagtypering om ervaring op te doen met het systeem en de verdere doorontwikkeling mogelijk te maken. Vanaf 2024 moet het systeem gebruikt gaan worden om afspraken over gepast gebruik in de contractering te faciliteren.

Om de uitvoeringslasten van zorgvraagtypering verder te verminderen en de toepasbaarheid van het typeringsinstrument te verbeteren is een doorontwikkelagenda opgesteld. De NZa hecht grote waarde aan het uitvoeren van deze agenda omdat het kan bijdragen aan het vergroten van de effectiviteit van het systeem en het draagvlak onder behandelaren.

In de komende jaren willen wij de doorontwikkeling van zorgvraagtypering in nauwe samenwerking met het veld vormgeven. Aangezien de inhoudelijke kennis van zorgvraagtypering grotendeels in het veld aanwezig is, zullen wij het veld vragen om hierin inhoudelijk het voortouw te nemen.

### **Borging van de privacy van patiënten**

De invoering, het onderhoud en de doorontwikkeling van zorgvraagtypering raakt de privacy van patiënten. Vanuit het respect voor de privacy van patiënten en om te voldoen aan de wettelijke vereisten rondom privacy hebben wij bij de inrichting van het systeem van zorgvraagtypering de impact op de privacy van patiënten geminimaliseerd. Wij hebben daarbij steeds een belangenafweging gemaakt tussen de bescherming van de privacy van patiënten en de minimale informatie die noodzakelijk is om het systeem goed te laten werken, zodat alle partijen hun wettelijke taken goed kunnen uitvoeren. Noodzakelijkheid, proportionaliteit subsidiariteit en mogelijke risico's die voortvloeien uit beleidskeuzes zijn zorgvuldig afgewogen en getoetst.

<sup>2</sup> motie van het lid J. van den Berg van 19 november 2020 nr. 25424-565



Op basis van deze toets en de onderbouwing die wij hiervoor hebben opgesteld, komen wij tot de conclusie dat het zorgprestatie-model en de bijbehorende zorgvraagtypering voldoen aan de eisen die hieraan worden gesteld vanuit de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Wij hebben de onderbouwing die tot onze conclusie leidt samen met de concept regelgeving tweemaal ter advisering voorgelegd aan de AP. De eerste maal betrof dit de concept regelgeving van het zorgprestatie-model met daarbij een inhoudelijke motivering en onderbouwing waarom de DSM-5 diagnosehoofdgroep op de factuur moet staan. De tweede maal ging het opnieuw om de concept regelgeving van het zorgprestatie-model, dit maal inclusief de regels rond de invoering van het nieuwe systeem van zorgvraagtypering.

Bij het eerste verzoek heeft de AP aangegeven geen opmerkingen te hebben bij de concept regelgeving. Bij het tweede verzoek heeft de AP aangegeven geen aanleiding te zien om de regelgeving nogmaals te beoordelen. De AP merkte hierbij op dat ten aanzien van de privacyaspecten het tweede concept van de regelgeving geen fundamentele wijzigingen bevatte ten opzichte van de eerdere versie. De AP adviseert doorgaans niet voor een tweede maal op conceptregelgeving en zag geen aanleiding om van dit uitgangspunt af te wijken.

Gelet op de analyse en onderbouwing die de NZa heeft uitgevoerd en opgesteld en de uitkomst van de afstemming hierover met de AP concluderen wij dat op dit op moment voldoende waarborgen aanwezig zijn voor het voldoen aan de wettelijke vereisten rondom privacy.

### **Monitoring risico's op fouten en fraude**

Een van de ontwerpcriteria van het zorgprestatie-model is dat het eenvoudig is in opzet. Het model moet daarmee begrijpelijk zijn voor iedereen die er mee werkt. Daarbij gaan wij uit van vertrouwen en goede intenties van aanbieders en verzekeraars om zo goed mogelijk uitvoering te geven aan de regelgeving. Toch zal, zoals bij ieder bekostigingssysteem, interpretatie moeten plaatsvinden van regelgeving naar praktijk en hierbij kunnen risico's ontstaan op verkeerd gebruik. Om de robuustheid van het zorgprestatie-model en daarmee de kans op verkeerd gebruik te onderzoeken hebben wij een analyse uitgevoerd op mogelijke nieuwe risico's op fouten en fraude ten opzichte van het huidige bekostigingssysteem. Geconcludeerd werd dat zowel de keuze voor het loslaten van de registratie van directe tijd, als het loslaten van het declareren van indirecte tijd risico's met zich meebrengt. In uw aanwijzing aan de NZa van 15 december 2020, verzoekt u de NZa om deze risico's te monitoren.

De NZa zet in op het monitoren van de algemene werking van het bekostigingsmodel, de verschillende (gedrags-)effecten van het model en de voorgenoemde risico's op fouten en fraude. Er wordt gewerkt aan het uitwerken van de monitoringsactiviteiten, zodat de NZa per 1 januari 2022 meteen van start kan gaan. Binnen deze activiteiten valt de periodieke aanlevering van zorgverleners met betrekking tot productiviteit. Het doel van deze aanlevering is om de productiviteit van zorgverleners in het zorgprestatie-model te kunnen vergelijken met de productiviteit ten tijde van de dbc's.

Voor wat betreft de forensische zorg, heeft u geconstateerd dat één van de door de NZa geschetste manieren om fraude te bestrijden, namelijk op basis van signalen van patiënten, niet van toepassing is in de fz, omdat deze patiënten hun facturen niet zien. Momenteel ziet de NZa geen aanleiding om hier ter compensatie aanvullende maatregelen te nemen. De afwezigheid van controle door patiënten is geen nieuw gegeven en kenmerkend voor de forensische zorg. De NZa zet in op het in gesprek blijven met DJI en daar waar nodig te adviseren over controles om eventuele risico's op fouten en fraude te kunnen mitigeren.

Het is moeilijk om te voorzien in hoeverre de reeds gesignaleerde risico's zich daadwerkelijk zullen voordoen. Dit maakt de transitie naar de nieuwe bekostiging een spannende tijd. Binnen een half jaar na invoering van het zorgprestatie-model leveren wij een rapportage op over onze monitoringsactiviteiten en resultaten. Op basis hiervan bekijken we wat er verder nodig is om een zo eenduidig mogelijke uitvoering van het zorgprestatie-model te realiseren en zullen zo nodig aanvullende acties ondernemen.



### **Verantwoorde overgang**

Met de publicatie van de regelgeving en het vaststellen van de veldafspraken is een belangrijke stap gezet richting de invoering van het zorgprestatie­model. Dit betekent echter niet dat het zorgprestatie­model al succesvol is geïmplementeerd.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars werken momenteel in samenwerking met ict-leveranciers aan de inrichting van hun ict-systemen, zodoende dat behandelaren eenvoudig kunnen registeren, zorgaanbieders kunnen declareren en verzekeraars deze declaraties kunnen ontvangen, controleren en verwerken. Daarnaast loopt op dit moment het contracteerproces waarin voor het eerst op basis van het zorgprestatie­model afspraken worden gemaakt over de vergoeding van ggz en fz. Deze opgave legt de komende periode een grote druk op de betrokken partijen.

### *Ict-­implementatie*

Het tijdig gereed hebben van de ict-systemen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars vergt een grote inspanning. Om de implementatie van het zorgprestatie­model in goede banen te leiden wordt binnen het programma zorgprestatie­model een aantal afspraken gemaakt en worden acties in gang gezet. Wij verwachten dat niet alle EPD-leveranciers in staat zullen zijn om op 1 januari 2022 volledige EPD's op te leveren. Om de eventuele gevolgen hiervan voor aanbieders en behandelaren te minimaliseren hebben veldpartijen binnen het programma afspraken gemaakt over de minimaal op te leveren functies over een bepaald tijd­pad. Deze afspraken voorzien erin dat de registratiefunctie in de EPD's op 1 januari 2022 gereed is. De gesprekken over wanneer de declaratiefunctie gereed is, lopen nog. Het programma zet in op een uiterste datum van 1 april 2022. Partijen in het programma blijven in overleg over de implicaties hiervan waarbij het uitgangspunt is dat de continuïteit van zorg gewaarborgd blijft en financiële problemen als gevolg van een gefaseerde ict-­implementatie van het zorgprestatie­model worden voorkomen.

Om de druk op de ict-­implementatie verder te verlichten heeft de NZa vanaf 1 oktober 2021 een webtool beschikbaar gesteld voor zorgvraagtypering. Deze tool kan gebruikt worden voor training en opleiding en is daarnaast in het eerste half jaar na invoering van het zorgprestatie­model beschikbaar voor het typeren van patiënten. Op deze manier kunnen alle zorgaanbieders met ingang van 1 januari 2022 zorgvraagtypering toepassen, ook wanneer dit nog niet mogelijk is in hun EPD. EPD-leveranciers krijgen op deze manier de ruimte om deze functionaliteit op een later tijdstip op te leveren waarmee de druk op de implementatie wordt verlicht.

Om de hiervoor genoemde afspraken te faciliteren is de regelgeving op een aantal punten aangepast.

### *Veilige macroneutrale overgang*

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars staan op dit moment voor de complexe opgave om voor het eerst contractafspraken te maken op basis van het nieuwe bekostigings­model. Om een verantwoorde transitie te borgen zijn diverse afspraken gemaakt en acties ondernomen. Veldpartijen hebben bestuurlijk afgesproken gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor een verantwoorde, zorgvuldige en macroneutrale overgang naar het zorgprestatie­model. Daarnaast hebben zij afgesproken om de gesprekken rondom contractering aan te gaan op basis van vertrouwen.

Een randvoorwaarde bij een verantwoorde overgang is dat veldpartijen hun constructieve houding waarmee de afgelopen jaren op landelijk niveau is samengewerkt doortrekken naar de contractering tussen individuele partijen. Toch kan de contractering tussen individuele partijen spannend worden. Uit de impactanalyses die wij in juli 2020 en juli 2021 hebben uitgevoerd komt naar voren dat het zorgprestatie­model aanzienlijke impact kan hebben op de gesimuleerde opbrengsten van zorgaanbieders.

Om de overgang te ondersteunen heeft de NZa een transitieprestatie opgenomen in de regelgeving. De transitieprestatie kan gebruikt worden om effecten van het zorgprestatie­model op te vangen en is beschikbaar in de eerste twee jaar na invoering. Deze transitieprestatie kan worden ingezet indien de

tariefruimte (inclusief de toepassing van max-max tarieven) niet toereikend is om afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar te effectueren.

De NZa heeft partijen daarnaast verzocht om scherp te kijken naar effecten die onbedoeld en ongewenst zijn en deze effecten in de contractering te neutraliseren. Hierbij hebben wij specifiek aandacht gevraagd voor een passende vergoedingen voor de EPA doelgroep.

De NZa monitort het proces nauwlettend om na te gaan of deze bestuurlijke afspraken worden nageleefd. Een eerstvolgende rapportage over (voorlopige) contractafspraken wordt rond de jaarwisseling verwacht. De NZa blijft intensief met partijen in gesprek en zal partijen aanspreken wanneer een verantwoorde transitie in het geding komt.

#### **Tot slot**

In de afgelopen twee en een half jaar hebben de NZa en veldpartijen in het daarvoor opgerichte programma zowel de publieke als private kant van het zorgprestatieproces vormgegeven. Wij hebben de samenwerking met de veldpartijen in dit verband als zeer constructief en succesvol ervaren en willen alle betrokkenen danken voor hun inspanningen. Partijen hebben de intentie om de constructieve samenwerking in een aangepaste vorm voort te zetten in 2022 om een goede landing van het zorgprestatieproces te bewerkstelligen en samen te werken aan de verdere verbetering van de bekostiging.

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.J. Kaljouw  
Voorzitter Raad van Bestuur