

Het zorgprestatie­model

Wat betekent dat voor groepsbehandelingen?

Het bestuur bespreekt in dit artikel wat het nieuwe bekostigingssysteem betekent voor onze dagelijkse praktijkvoering en nog specifieker: voor het uitvoeren van groepsbehandelingen. Plus: wat kan jij zelf doen om groepstherapie te promoten?

Door Helga Aalders,
Marc Daemen en
Klaartje van Hest

Prelude

NVGP-bestuursvergadering, 15 september 2021. Marc: 'Ik vind toch echt dat we voor het eerstvolgende nummer van Groepen een artikel over het zorgprestatie­model moeten schrijven, we moeten onze leden informeren wat het betekent voor groepsbehandelingen.'
Helga: 'Eens, maar er is nog heel veel onduidelijk en mogelijk informeren we dus onvolledig en onjuist.'
Klaartje: 'Laten we het samen doen en kijken hoever we komen.'
Aldus geschiedde...

Disclaimer: dit artikel is geschreven met de kennis die op 15 oktober, uiterste inleverdatum voor het decembernummer van Groepen, over het zorgprestatie­model beschikbaar was.

Zoals waarschijnlijk voor iedereen werkzaam in de ggz inmiddels bekend, gaan we per 2022 in de generalistische basis-ggz, gespecialiseerde ggz en forensische zorg werken met een nieuw bekostigingssysteem: het zorgprestatie­model (ZPM). De reden is dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft geconstateerd dat de huidige systemen te complex zijn en lang niet altijd leiden tot een passende financiering (NZa, 2019). In de basis-ggz is de bekostiging gekoppeld aan 'patiëntprofielen', in de gespecialiseerde ggz wordt betaald via 'diagnose-behandelcombinaties' (DBC's) met daarnaast voor langdurige opnames

zorgzwaartepakketten (ZZP's). En voor forensische zorg zijn er diagnose-behandel-beveiligingscombinaties (DBBC's). Al die verschillende systemen leiden tot schotten in de samenwerking en een versnipperde administratie die veel tijd vraagt van behandelaren en ondersteunend administratief personeel.

Bij de invoering van de DBC-bekostigings-systematiek leverden ggz-professionals bovendien forse inhoudelijke kritiek. De DBC-bekostiging was gebaseerd op een DSM-classificatie bij aanvang van een behandeling en daardoor behept met alle bekende tekortkomingen van dit classificatiesysteem. De DSM is een louter descriptief systeem om psychische stoornissen te rubriceren. Datgene wat wij onder een diagnose verstaan – te weten: een verklarende hypothese over wat er met iemand aan de hand zou kunnen zijn, die ons aanknopingspunten biedt voor een doelgerichte behandelstrategie – hoeft men van een DSM-classificatie niet te verwachten. Daaruit volgde dat de term diagnose in de D van DBC op zich al misleidend was. Verder ging het om

Hun grootste zorg betrof het tijdig kunnen inrichten van de ICT-infrastructuur

een arbitraire, stoornisgerichte indeling van zorgtrajecten, met weinig oog voor de contextuele en persoonsgebonden kenmerken van iemands problematiek. En er was ten slotte het probleem van de co-morbiditeit; veel van onze cliënten laten zich immers niet in één hokje plaatsen.

Het ontwikkelde ZPM heeft als insteek dat er meer helderheid ontstaat in de kosten van de geleverde zorg voor zowel cliënt als hulpverlener, en dat voor laatstgenoemde de administratieve lasten verminderen. Met een inhoudelijke vernieuwing, de zorgvraagtypering, beoogt men meer recht te doen aan de complexiteit van de dagelijkse praktijk. Naast de ernst van de psychische stoornis worden andere factoren meegewogen in het bepalen van de zorgzwaarte, en zo verwacht men beter beleid te kunnen maken, zowel op individueel casusniveau als voor de organisatie van de ggz.

Tijdens het schrijven van dit artikel in de herfst van 2021 hebben we gemerkt dat er voor diverse betrokken partijen onduidelijkheid heerste. Zo concludeerde de koepelvereniging van ggz-instellingen op 11 oktober naar aanleiding van een ledenraadpleging: 'Er moet nog veel gebeuren om in een beheerste overgang terecht te komen' (Nederlandse ggz, 2021). Hun grootste zorg betrof het tijdig kunnen inrichten van de ICT-infrastructuur voor de invoering van het ZPM. Ruim twee derde van de leveranciers van elektronische patiëntendossiers (EPD) liet bijvoorbeeld weten dat men de declaratiemodule niet voor 1 april 2022 zou kunnen opleveren. Dit zou betekenen dat de zorgverzekeraars de ggz tijdelijk toch weer zouden moeten bevoorschotten. De vraag of zij hiertoe bereid zouden zijn, zorgde voor zenuwachtigheid bij de bestuurders van ggz-instellingen. Overal waren financiële experts nog druk doende te berekenen wat het ZPM in ieders specifieke situatie zou gaan betekenen. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit zelf bleef aanvullingen en updates op haar website

plaatsen. Op 15 oktober werden nieuwe concepttarieven gepubliceerd die pas op 26 oktober definitief zouden worden vastgesteld. Op dat moment waren er zelfs twee tools om tarieven op te zoeken beschikbaar: één oude 'tarievenzoeker' die zou gaan vervallen (NZa, 2021a) en één nieuwe die nog in ontwikkeling was (NZa, 2021b). Desalniettemin wagen we in dit artikel een poging om een prangende vraag te beantwoorden: wat betekent het ZPM voor onze dagelijkse praktijkvoering en nog specifieker: voor het uitvoeren van groepsbehandelingen? Na een korte uitleg over de wijze waarop het ZPM is opgezet, vergelijken

we deze nieuwe bekostigingssystematiek met de financieringswijze die ons het meest vertrouwd is: de DBC-systematiek (zie tabel 1). Wij zijn immers alle drie werkzaam in een instelling voor gespecialiseerde ggz, respectievelijk in een klinische, ambulante en deeltijdsetting. We hopen echter dat deze vergelijking ook groepstherapeuten uit andere werkvelden inzicht kan bieden in de effecten van het ZPM op hun dagelijkse praktijk. Ons ultieme doel is collega's handvatten te bieden om groepstherapie te blijven promoten als een zeer valabele, kosteneffectieve en inspirerende behandeloptie.

DBC	ZPM
Minuten schrijven directe/indirecte/reistijd	Consult registreren (direct)
Uurtarief: DBC-'mandje' (diagnose*minuten)	Uurtarief: setting + beroep + consult type
Gemiddelde DBC-prijzen	Gemiddelde 'kosten per cliënt'
Profielen op DSM-classificatie	Profielen op zorgvraagtypering

Tabel 1: *DBC-systematiek versus zorgprestatie model*

Het zorgprestatie model

In het ZPM worden vier vormen van zorgprestaties onderscheiden, te weten:

- Consulten en toeslagen op consulten
- Groepsconsulten
- Verblijfsdagen en toeslagen op verblijfsdagen
- Overige prestaties

Onder een consult wordt verstaan een bepaalde hoeveelheid tijd besteed aan diagnostiek of behandeling van een cliënt door een zorgverlener. De toeslagen zijn bedoeld om bijvoorbeeld reistijd te compenseren. De vergoeding per consult wordt bepaald door een aantal factoren:

- 1) De beroepscategorie van de zorgverlener
- 2) Het type consult (Diagnostiek of Behandeling)
- 3) De duur van de directe tijd
- 4) De setting waarbinnen de zorg wordt geleverd

Werd er in de DBC-systematiek geen onderscheid gemaakt in het vergoedingstarief per type zorgverlener, in het ZPM zijn er grote verschillen. Een behandelsessie van 45 minuten verzorgd door bijvoorbeeld een verpleegkundige varieert afhankelijk van de setting (daarover zo meer) tussen de circa 100 en 200 euro, een psychiater wordt tussen de 200 en 450 euro betaald en een consult bij een klinisch psycholoog zit tussen de 150 en 350 euro. Naast de gebruikelijke professionals met een BIG-registratie (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) is er ook een categorie 'overige beroepen' gecreëerd voor onder andere de maatschappelijk werkende en de vaktherapeut.

Ook wordt onderscheid gemaakt tussen een consult gericht op diagnostiek of behandeling. Een diagnostiekconsult van 45 minuten verricht door een gz-psycholoog levert, weer afhankelijk van setting, tussen de 140 en 370 euro op. Een behandelconsult door een gz-psycholoog van eveneens 45 minuten kost 118 tot 270 euro.

Om het tarief van een consult te bepalen wordt vervolgens naar de duur ervan gekeken. Er zijn tijdsintervallen vastgesteld, waarbij men vanaf een bepaalde grens in een hogere tariefcategorie terechtkomt. Bijvoorbeeld: voor het hierboven vermelde consult van 45 minuten door de gz-psycholoog wordt een vork tussen 45 en 59 minuten gehanteerd. Pas vanaf 60 minuten effectieve

directe tijd mag deze hulpverlener een hoger tarief aanrekenen.

Een vierde determinant van het tarief is de setting waarbinnen consulten plaatsvinden. Het ZPM maakt onderscheid tussen acht verschillende settings, te weten:

- Ambulant kwaliteitsstatuut sectie II
- Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair
- Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair
- Outreachend
- Klinisch (exclusief forensische en beveiligde zorg)
- Forensische en beveiligde zorg – klinische zorg
- Forensische en beveiligde zorg – niet-klinische of ambulante zorg
- Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)

Naarmate de directe tijd van een consult toeneemt, neemt de indirecte tijd verhoudingsgewijs af

Belangrijke verschillen in settings zijn of het ambulante of klinische zorg betreft, of er mono- of multidisciplinair wordt gewerkt, of het beveiligde (lees: forensische) zorg is, en of de zorg op hoog-specialistisch leest (lees: TOP-GGZ) geschiedt is. Voor vrijgevestigden geldt sowieso Ambulant kwaliteitsstatuut sectie II. Duidelijk moge zijn dat naarmate de zorg gekenmerkt wordt door een multidisciplinaire aanpak en vraagt om een klinische (beveiligde) setting de tarieven omhoog gaan. Bij het bepalen van de setting speelt zorg-

vraag en zorgzwaarte een belangrijke rol. Daarover onder het kopje 'Zorgvraagtypering' meer.

Tot slot is nog een belangrijk onderscheid tussen het oude financieringsmodel en het ZPM dat consulten worden afgerekend op directe tijdsduur. Indirecte tijd wordt niet meer als zodanig vergoed maar is verdisconteerd in het tarief voor de directe tijd. Naarmate de directe tijd van een consult toeneemt, neemt de indirecte tijd verhoudingsgewijs af. Voor bepaalde verrichtingen die nu onder de indirecte tijd weggeschreven worden, bijvoorbeeld schriftelijke informatieverstrekking (met toestemming cliënt) aan derden, geldt dat deze vallen onder 'overige prestaties' met specifieke tarieven. In het voorbeeld van de schriftelijke informatieverstrekking levert dit circa 95 euro op.

Zorgvraagtypering

De zorgvraagtypering (ZVT) maakt onderdeel uit van het nieuwe bekostigingssysteem in de ggz. Vanaf 2022 openen we geen DBC's meer, gekoppeld aan diagnoses, maar bepalen we de ZVT. Hiermee nemen we definitief afscheid van de illusie dat we de zorg doelmatig zouden kunnen organiseren aan de hand van DSM-classificaties. Weliswaar dient in het ZPM de DSM-classificatie bij aanvang van een zorgtraject voorlopig nog te worden geregistreerd, maar voor de bekostiging van de zorg heeft dit gelukkig geen belang meer. Op termijn zou de DSM-classificatie zelfs volledig uit de bekostigingssystematiek kunnen verdwijnen, naarmate alle partijen meer vertrouwd zijn geworden met én vertrouwen hebben gekregen in de zorgvraagtypering als methodiek. Vooralsnog houdt men enkel nog vast aan een DSM-

classificatie om de aanspraak op verzekerde zorg te kunnen bepalen (NZa, 2019).

Zorgvraagtypering wordt vanaf 2024 een vaststaand hulpmiddel bij keuzes over inzet van zorg bij diverse groepen cliënten. Het bepalen van het zorgvraagtype moet inzichtelijk maken welke 'zwaarte' van de zorg nodig is, wat gepaste en doelmatige zorg is. Het zorgprestatiemodel start in 2022. Vanaf dat moment moeten zorgverleners in de ggz ook het zorgvraagtype van hun cliënten registreren. In 2022 en 2023 dient de registratie van het zorgvraagtype vooral om informatie te verzamelen voor de validatie en doorontwikkeling van de zorgvraagtypering. Vanaf 2024 gaat zorgvraagtypering ondersteunen bij afspraken tussen zorgverzoekers en zorgaanbieders over wat voor specifieke cliëntengroepen een reële vergoeding is, gegeven de voor die groep gepaste en doelmatige zorg.

Het bepalen van de ZVT is een momentopname (zorgvragen wisselen nu eenmaal) en zal dus op verschillende momenten in het behandelproces terugkomen. Bij de start van een behandeltraject (intakefase) wordt de eerste ZVT vastgesteld. De regiebehandelaar (of iemand onder diens verantwoordelijkheid) vult de HoNOS+-vragenlijst in. Dit is de HoNOS-vragenlijst (Wing e.a., 1998), waaraan enkele vragen zijn toegevoegd, daarom wordt gesproken van HoNOS+. Het gaat om een hulpmiddel dat middels een algoritme leidt tot een indelingsvoorstel van de zorgzwaarte die een cliënt waarschijnlijk nodig zal hebben. In de meeste ggz-instellingen zal deze tool op termijn worden ingebouwd in het EPD. In afwachting hiervan kan men de zorgvraagtyperingstool op de website van de Neder-

landse Zorgautoriteit gebruiken (NZa, 2021c). De scores op deze HoNOS+-vragen leiden naar een of meerdere zorgvraagtypen. Uiteindelijk bepaalt de zorgverlener samen met de cliënt, mede op basis van de HoNOS+ de ZVT. Vervolgens zal op logische (evaluatie)momenten wederom de ZVT worden bekeken en op basis daarvan het behandelbeleid worden aangepast (afschalen/intensiveren/afsluiten).

Een zorgvraagtype omschrijft de zorgvraag en problematiek van de cliënt. Deels gaat een ZVT over het soort klachten en de ernst ervan, maar deels ook over andere aspecten zoals woonomstandigheden.

De zorgvraagtypen zijn ingedeeld in drie hoofdgroepen. Zorgvraagtypering begint altijd met het bepalen in welke van deze drie hoofdgroepen de zorgvraag van de cliënt het beste past.

Hoofdgroep X:

De zorgvraag houdt verband met een psychische aandoening, waarbij geen sprake is of sprake is geweest van verontrustende psychotische symptomen en/of wanen/hallucinaties.

Bijvoorbeeld: *Zorgvraagtype 4: Psychische aandoening – ernstige problematiek.*

Hoofdgroep Y:

Bij de zorgvraag is sprake van verontrustende psychotische symptomen, wanen en/of hallucinaties die hinder veroorzaken of veroorzaakt hebben en/of zich manifesteren of manifesteerden in bizar gedrag. Bijvoorbeeld: *Zorgvraagtype 10: Psychotische stoornis – eerste episode.*

Hoofdgroep Z:

Bij de zorgvraag staat problematiek met geheugen of oriëntatie centraal, passend bij neurocognitieve problematiek zoals

dementie en neurocognitieve stoornissen. Bijvoorbeeld: *Zorgvraagtype 19: Cognitieve beperking – matig/lichte gedrags- of psychische complicaties.*

In totaal zijn er twintig zorgvraagtypering. Een ZVT is een globale omschrijving van een groep personen met overeenkomende (zwaarte van) problematiek. De beschrijving van een zorgvraagtype heeft steeds een vaste opbouw:

- Een algemene omschrijving van de cliëntgroep
- Een omschrijving van de beperkingen van de cliënt
- Een inschatting van (eventuele) risico's die de problematiek van de cliënt met zich meebrengt
- Het recente en historische beloop van de problemen of aandoening
- Het bij het zorgvraagtype passende richtinggevende evaluatiemoment.

Groepsconsulten

Onder een groepsconsult wordt verstaan een consult met twee of meer cliënten. Een groepsconsult binnen het declaratiesysteem van het ZPM duurt altijd minimaal 30 minuten of een veelvoud daarvan (30, 60, 90, 120 minuten). Het tarief dat wordt betaald voor een groepsconsult hangt af van het beroep van de hulpverleners die de groep begeleiden. In tabel 2 zetten we een aantal tarieven op een rijtje met meteen daarnaast het tarief dat wordt betaald voor een individueel consult. De genoemde individuele tarieven zijn gebaseerd op werkzaamheden binnen de setting Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair.

Beroeps categorie	Tarief individuele sessie van 45 minuten	Tarief van 2 individuele sessies van 45 minuten	Tarief groeps sessie van 90 minuten	Vershil (2 individuele sessies versus 1 groeps sessie)
Psychiater	299,72	599,44	398,40	199,60
ANIOS	185,99	371,98	234,48	137,50
GZ-psycholoog	193,47	386,94	267,84	119,10
K(N)P	242,69	485,38	330,72	154,66
PT	209,56	419,12	296,40	122,72
VS	174,38	348,76	250,08	52,36
Verpleegkundige	160,14	320,28	237,12	83,16
Overige beroepen	176,25	352,50	228,24	124,26

Tabel 2: *Individuele consulten in Sectie III multidisciplinair versus groepsconsulten*

Bovenstaande tabel is ingevuld met de tarieven voor een groepsgrootte van acht deelnemers. De tarieven voor een groepsconsult variëren

*Voor de elfde of vijftiende
deelnemer wordt niet meer
betaald dan wanneer
je het aantal op
maximaal tien houdt*

van twee tot negen deelnemers. Het tarief vermenigvuldig je met het aantal deelnemers. Zo zal een gz-psycholoog met een 90 minuten-groep van vijf deelnemers $5 \times 3 \times 17,85 = 267,75$ opleveren en met een zelfde groep van negen deelnemers $9 \times 3 \times 9,92 = 267,84$. Grosso modo kom je dan tot een vergelijkbaar uurtarief per beroepsgroep. Goed om te weten is dat je bij meer deelnemers dan tien niet meer betaald krijgt dan wanneer je het aantal deelnemers op

tien houdt. En dus krijg je voor een elfde of vijftiende deelnemer nooit meer betaald dan wanneer je het aantal deelnemers op maximaal tien houdt. Terwijl een inspanning om vijftien deelnemers gelijktijdig te behandelen misschien wel een extra beloning zou verdienen.

Zo op het eerste oog lijkt het financieel minder gunstig om groepsconsulten aan te bieden; twee individuele consulten van 45 minuten leveren de psychiater bijna 200 euro meer op dan diezelfde tijd te besteden aan een groep. Anderzijds gaan we gelukkig niet helemaal terug naar de situatie van voor de DBC-systeematiek. Voor 2008 klaagden managers van ggz-instellingen er nogal eens over dat groepstherapie onvoldoende rendabel was wanneer er plaatsen oningevuld bleven of als een groep te veel *no shows* kende. Bij de toenmalige AWBZ-financiering was dit inderdaad een probleem. Men werd betaald per verrichting en deze had een vast tarief.

Per effectief aanwezig groepslid kon men één verrichting declareren. Waren er bij een sessie acht groepsleden aanwezig, dan ontving men acht keer het tarief van een verrichting groepstherapie. Bij slechts zes aanwezige groepsleden daalden de inkomsten dus met 25%, bij een sessie met vier aanwezigen haalde men nog maar de helft binnen. Minder inkomsten voor de instelling, terwijl de kosten gelijk bleven – namelijk de inzet van een of zelfs twee behandelaars. Met de komst van de DBC's waren er andere tijden aangebroken. De financiering per verrichting was voorbij. Voortaan betaalden de verzekeraars de zorgaanbieders per behandeling, zeg maar per DBC. In zo'n DBC zaten natuurlijk de oude verrichtingen, maar dan uitgedrukt in door een behandelaar bestede tijd. Bij groepstherapie werd voortaan de door een behandelaar bestede directe tijd per sessie verdeeld over de effectief aanwezige cliënten en weggeschreven naar hun respectievelijke DBC's. Dit betekende dat een zorgaanbieder altijd de door de inzet van een behandelaar gemaakte kosten kon terugverdienen. Waren er een keer slechts zes cliënten aanwezig, dan werd de door de behandelaar aan deze sessie bestede directe tijd (bijvoorbeeld: 90 minuten) verdeeld over de DBC's van deze zes aanwezige cliënten (dus: 15 minuten per cliënt). Hun verzekeraars betaalden iets meer voor deze sessie dan voor een sessie met de voltallige groep, maar vonden dat niet zo erg. Zij keken immers vooral naar de totale kostprijs van de DBC voor hun cliënt en die viel nog altijd beduidend lager uit dan bij een individuele behandeling. Als de cliënt hiermee eenzelfde behandelresultaat behaalde, was de zorgverzekeraar goedkoper uit.

In het ZPM zien we een mix van beide voorgaande bekostigingssystemen: een terugkeer naar afrekening per verrichting (AWBZ) mét behoud van een vereenvoudigde tijdsfactor (blokken van 30 minuten) en verdeling van de inzet van de behandelaar over de effectief aanwezige cliënten (DBC). Tevens maakt het voor de zorgaanbieder financieel weinig uit of men een groep alleen of met twee therapeuten begeleidt. Zet je één behandelaar in, dan krijg je diens inzet volledig vergoed. Laat je een groep door twee collega's begeleiden, dan ontvang je twee keer een vergoeding (maar heb je natuurlijk ook dubbele salariskosten).

Het tarief van groepsconsulten staat ook los van de setting waarbinnen de groepen worden aangeboden. Dat levert een financieel voordeel op wanneer men groepstherapie aanbiedt in een vrijgevestigde praktijk, omdat in de setting Ambulant kwaliteitsstatuut sectie II de tarieven voor individuele behandeling relatief lager zijn. In de onderstaande tabel kan je zien dat groepstherapie in die setting relatief iets meer oplevert dan individuele consulten.

Groepsconsulten binnen een deeltijdsetting

Er heerst veel onduidelijkheid hoe het ZPM binnen de deeltijdsetting vorm zal krijgen. Ondanks dat er we onze vragen hebben voorgelegd aan de ZPM-taskforce van verschillende instellingen kwamen er vooralsnog geen antwoorden. Onder welke categorie valt bijvoorbeeld het multidisciplinaire overleg (MDO)? Een belangrijk onderdeel binnen een setting waarin diverse behandelaren nauw samenwerken om behandelonderdelen goed op

Beroeps categorie	Tarief individuele sessie van 45 minuten	Tarief van 2 individuele sessies van 45 minuten	Tarief groeps sessie van 90 minuten	Verskil (2 individuele sessies versus 1 groeps sessie)
Psychiater	196,28	392,56	398,40	-5,84
ANIOS	110,63	221,26	234,48	-13,22
GZ-psycholoog	113,55	227,10	267,84	-40,74
K(N)P	157,12	314,24	330,72	-16,48
PT	137,02	274,04	296,40	-22,36
VS	106,45	212,90	250,08	-37,18
Verpleegkundige	99,09	198,18	237,12	-38,94
Overige beroepen	103,47	206,94	228,24	-21,60

Tabel 3: *Individuele consulten in Sectie II versus groepsconsulten*

elkaar aan te laten sluiten, is frequent overleg. Op die wijze wordt de continuïteit en kwaliteit van de behandeling gewaarborgd. Kijkend naar de indirecte tijd die nu verdisconteerd zit in de direct tijd en die bij toename van de duur van een groep afneemt, kan gesteld worden dat deze niet gelijk is aan de gemiddelde tijd die in de DBC-systematiek wordt gebruikt. Gemiddeld wordt er in de praktijk 15 minuten indirecte tijd voor en na de groep genomen, alsook 15 minuten voor registratie. Dit komt op een totaal van 45 minuten. In het ZPM is er – merkwaardig genoeg afhankelijk van de beroepsgroep – 9 of 10 minuten indirecte tijd voorzien per blok van 30 minuten (NZa, 2021d). Als een behandelgroep 90 minuten duurt, komt dit in het ZPM dus neer op slechts $3 \times 10 = 30$ minuten indirecte tijd voor wie deze groep begeleidt. Het lijkt niet voor de hand te liggen dat er een beroep kan worden gedaan op de categorie 'overige prestaties'. Als het over rapporteren gaat, is deze categorie enkel bedoeld voor verslaglegging aan derden.

Het MDO is in het tarief verdisconteerd indien de deeltijdbehandeling valt onder het Kwaliteitsstatuut sectie III. Valt de deeltijdbehandeling onder Kwaliteitsstatuut sectie II dan mag men wel apart registreren en factureren voor intercollegiaal overleg. In vrijgevestigde praktijken ziet men echter zelden deeltijdgroepen.

Daarnaast zou een deeltijdbehandeling kunnen gaan schuiven met beroepsgroepen. Terwijl het tijdens de DBC-systematiek geen verschil maakte in welke beroepsgroep de groepstherapeut zat, is dat nu wel het geval. Als de groep wordt gegeven door twee gz-psychologen zijn de inkomsten (maar ook de kosten) van de groep hoger dan als dezelfde groep gegeven zou worden door een gz-psycholoog en een cognitief gedragstherapeutisch werker (CGW). Dit kan er toe leiden dat aanpassingen gedaan worden in de samenstelling van het therapeutenkoppel. Het is de vraag of dit behandelinhoudelijk en kwalitatief te verantwoorden is.

Al met al blijkt het ZPM niet gunstig te zijn voor een deeltijdbehandeling. Veel overleggen die noodzakelijk zijn voor de behandeling kunnen niet worden gedeclareerd. De verdisconteerde indirecte tijd is simpelweg te kort.

Groepsconsulten in een klinische setting

Zoals hierboven al benoemd zijn binnen het ZPM verblijfsdagen en toeslagen op verblijfsdagen een van de vier zorgprestaties. Binnen een klinische setting wordt veelvuldig met groepen gewerkt. Zover onze ervaring met simulaties binnen het nieuwe model strekt, lijkt het ZPM voor een klinische setting financieel iets gunstiger uit te pakken dan binnen de huidige financierings-systematiek.

Verder zullen de tarieven voor vaktherapieën die binnen een klinische setting worden geboden verdisconteerd worden in het verblijfstarief. Dit lijkt te betekenen dat de vaktherapeuten in de klinische setting zich minder bezig hoeven houden met registratie en zich meer kunnen richten op de cliëntenzorg.

Gevolgen voor de dagelijkse praktijk

Allereerst moeten we ons realiseren dat een vergelijking met de huidige DBC-systematiek niet eenvoudig te maken is. Al was het maar omdat bij een DBC het eindtarief pas na afloop kan worden bepaald (door deze op basis van alle geregistreerde minuten toe te wijzen aan een productgroep met een daaraan gekoppeld tarief) en dat dit doorgaans pas na 365 dagen gebeurt. Bij het ZPM is het toegekende tarief meteen bekend en kan er dus dagelijks worden afgerekend. Ten tweede zijn zorgverzekeraars de afgelopen jaren bijkomende eisen gaan stellen aan zorgaan-

bieders omdat ze merkten dat het tijdschrijven door hulpverleners (en dan met name de indirecte cliëntgebonden tijd) leidde tot zwaardere en dus duurder DBC's. Zo is de kostprijs per unieke cliënt (KPUC) die bepaalt hoe hoog de schadelast voor de verzekeraar uitvalt, in de onderhandelingen een steeds belangrijkere factor geworden. En ten derde: welke kant de vergelijking opgaat (positief of negatief), is vaak afhankelijk van uit welk perspectief je het bekijkt. Voor een op hulp wachtende cliënt zal het terugdringen van de wachtlijsten bijvoorbeeld prioritair zijn, terwijl voor een manager de financiële rendabiliteit voorop kan staan. Laten we toch een poging tot vergelijken wagen.

Indien je het standpunt van de net genoemde manager inneemt, dan is tabel 2 op het eerste gezicht slecht nieuws voor groepstherapeuten. Groepsconsulten leveren vanaf de setting Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III in directe zin *financieel* minder op dan individuele consulten. In de wereld van de gezondheidszorg waarin altijd in financieel opzicht scherp aan de wind gevaren wordt, kan dit een prikkel zijn om groepsbehandeling minder in te zetten, zeker als er weinig evidentie zou zijn dat groepsbehandelingen beter resultaat opleveren. Van belang blijft dus de meerwaarde van groepstherapie boven individuele therapie aan te tonen én de visie te verdedigen dat inhoud leidend dient te zijn boven financiën bij de inrichting van de zorgpraktijk.

Gezien de enorme wachtlijsten is het juist gunstig zorg in groepen aan te bieden zodat meerdere mensen kunnen profiteren van de geboden behandeling. Ook zal de al eerder genoemde KPUC minder hoog uitvallen als behandelingen in groepen worden aangeboden.

Een gevaar van de tariefverschillen uit tabel 2 zou kunnen zijn dat men ertoe neigt de psychiaters en klinisch (neuro)psychologen vooral in te zetten voor individuele diagnostische consulten en hen minder gelegenheid te bieden voor het doen van (groeps)psychotherapie. Een al eerder gebleken risico is dat deze beroepsgroepen hierdoor de ggz-instelling een nog minder aantrekkelijke werkplek gaan vinden en de instellingen verlaten.

Het feit dat het tarief van een groepsconsult losstaat van de setting waarbinnen het wordt aangeboden, betekent dat het verrichten van groepsbehandelingen binnen een hoog specialistische of bijvoorbeeld beveiligde setting financieel relatief minder oplevert dan binnen bijvoorbeeld een ambulante Kwaliteitsstatuut sectie II-setting. De vraag die dan rijst is hoe de inspanningen op het gebied van scholing en specialisatie te bekostigen. Mogelijk dat dit op een andere manier binnen het tarievenstelsel wordt gecompenseerd, maar dit zijn nog wel open eindjes die uitgezocht moeten worden.

Een ander aspect dat invloed heeft op de dagelijkse praktijkvoering zijn de normtijden voor groepsconsulten. Eerder werd er al beschreven dat er in het ZPM gewerkt wordt met tijdsintervallen om de tarieven te bepalen. We herinneren ons het individuele consult van 45 minuten door de gz-psycholoog dat tot de 59^{ste} minuut in dezelfde tariefcategorie bleef vallen. Bij groepsconsulten liggen de normtijden vast op 30 minuten of een veelvoud van 30 minuten. Een groep van 75 minuten krijgt bijvoorbeeld slechts het tarief van 60 minuten omdat deze tariefcategorie loopt van de 60^{ste} tot de 89^{ste} minuut. Een

pragmatisch insteek is dat men de duur van groepssessies afstemt op deze normtijden en in het bovenstaande voorbeeld gaat voor 90 minuten in plaats van 75 minuten per sessie. We hebben gemerkt dat bij professionals de meningen hierover verdeeld zijn. Van de ene kant zouden we dit als groeps-therapeuten kunnen omarmen omdat er altijd wel iets moois te doen is in een groep. Anderzijds is er mogelijk een nadelig effect op de wachtlijsten en de efficiëntie. Principieel kunnen we ons afvragen of we de financiën zoveel impact mogen laten hebben op de behandelinhoud.

Voor het adequaat uitvoeren van een groepsbehandeling is goede voorbereiding, nabespreking en verslaglegging van belang. Hierboven werd gesteld dat in een deeltijdsetting 45 minuten rondom elk therapieblok noodzakelijk is. Bij ambulante groepen komt men vaak nog iets hoger uit, omdat deze als enige behandelcontact een meer uitgebreide rapportage vergen. Dat voor een groep met een duur van 90 minuten in het ZPM slechts een klein halfuur aan indirecte tijd per behandelaar wordt bekostigd, betekent in veel gevallen een halvering van de huidige praktijkvoering. Groepstherapeuten zullen ongetwijfeld creatieve oplossingen vinden om hiermee om te gaan, maar het vergt toch weer veerkracht en flexibiliteit van de professional.

Wat kan jij doen om groepstherapie te promoten?

Hoewel bovenstaande de lezer mogelijk wat somber kan stemmen, is het des te belangrijker om ons als groepstherapeuten te verdiepen in het nieuwe financieringsstelsel en in discussies met collega's, managers,

financiers en cliëntenvertegenwoordigers beslagen ten ijs te komen.

Laten we beginnen met de cliënt; wat heeft die te winnen bij groepstherapie in het ZPM? Allereerst kan de cliënt het in de portefeuille voelen. In de media was de afgelopen periode veel te doen over het feit dat cliënten sneller dan voorheen ggz-zorg uit het eigen risico zullen moeten betalen. Dat heeft te maken met facturen die niet meer na een jaar (na afloop van de DBC) maar al na een maand op de deurmat vallen. Wanneer een cliënt in de Specialistische GGZ (SGGZ) met een

Wij kunnen meehelpen om een versnelde opschaling van groepstherapie in goede banen te leiden

kortdurende groepstherapie is geholpen zal hij een stuk goedkoper af zijn dan bij eenzelfde aantal individuele sessies. Het uurtarief voor groepstherapie is sowieso lager (zie hierboven) en bovendien zal de cliënt hiervan slechts een percentage moeten betalen (bijvoorbeeld 1/8 in een groep met acht deelnemers).

Gelukkig is er steeds meer wetenschappelijke evidentie dat groepstherapie net zo effectief is als individuele therapie, en dat het voor sommige klachten zelfs effectiever is (Burlingame & Jensen, 2017). Zowel voor de cliënt (zo lang die het eigen risico nog niet heeft opgebruikt) als voor de verzekeraar (nadat het eigen risico van de cliënt is uitgeput) is groepstherapie een kosteneffectieve optie: niet alleen goedkoper, maar ook bewezen effectief!

Een cliënt is bovendien gebaat bij snelle hulp. Niet voor niets heeft cliëntenvereniging MIND de afgelopen jaren de vlotte toegankelijkheid van ggz-hulp hoog op de maatschappelijke agenda geplaatst. Met groepstherapie kunnen we meer cliënten gelijktijdig behandelen en onaanvaardbare wachtlijsten helpen wegwerken. Groeps-therapeuten zijn in die zin strategische bondgenoten van de cliëntenorganisaties. Als NVGP-erkende groepstherapeuten en opleiders kunnen we meehelpen om een versnelde opschaling van groepstherapie in goede banen te leiden. Het volstaat immers niet om – zoals tegenwoordig hier en daar gebeurt – aan de voordeur van de ggz cliënten lukraak in groepen samen te zetten. Enige kennis van groepsdynamica en reflectie vooraf is noodzakelijk om dit succesvol te laten verlopen.

De financiers dan: zorgverzekeraars voor de SGGZ en Basis GGZ (BGGZ), de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) voor de Forensische Zorg. Zij bekostigen de zorg waar burgers recht op hebben en eisen namens deze burgers waar voor hun geld. Het is geen toeval dat de zorgverzekeraars in *De ggz in 2025 - Vergezicht op de geestelijke gezondheidszorg* pleiten voor 'zoveel mogelijk behandeling in groepsverband' (Zorgverzekeraars Nederland, 2020). Het is misschien een onwennige gedachte voor een aantal collega's, maar we zijn als groepstherapeuten objectief een bondgenoot van de zorgverzekeraars in hun streven naar een betaalbare ggz. Uiteindelijk zijn zowel professionals als cliënten erbij gebaat dat het zorgsysteem niet kapseist – dat hebben we tijdens de coronapandemie aan den lijve ondervonden. Dit betekent geenszins dat we

onze ziel aan de duivel moeten verkopen. Vanzelfsprekend gaan we in dit proces als hulpverleners staan voor kwaliteit van zorg en voor de rechten van cliënten om eigen keuzes te blijven maken.

Doorgaans zitten we als hulpverleners niet aan tafel bij onderhandelingen met de financiers. Op de werkvloer daarentegen kunnen we ons hardmaken voor groepstherapie als een aantrekkelijke behandeloptie. Allereerst voor de cliënten natuurlijk, die samen met lotgenoten aan hun behandeldoelen kunnen werken en er minder alleen voorstaan. In een intakegesprek met een cliënt kan elke werkzame factor van groepstherapie (Yalom & Leszcz, 2020) een reden voor groepsbehandeling zijn. Een introverte cliënt kan bijvoorbeeld de kunst afkijken van een meer extraverte medecliënt (leren door nabootsing). Bij indicatiebesprekingen kunnen we met dezelfde argumenten onze collega's overtuigen van het nut van groepstherapie en onvermoeibaar ijveren voor een meer groepsgerichte behandelcultuur.

En bij onze manager kunnen we groepstherapie aanprijzen als een middel om de wachtlijsten onder controle te krijgen (zie hoger), maar ook als preventieve maatregel om burn-out van medewerkers tegen te gaan. Hoe dat precies zit? Zeker in de ambulante ggz dreig je als hulpverlener uren na elkaar in je kamertje met individuele cliënten te zitten praten. Hoe fijn is het dan om samen met een collega een groep te kunnen doen? Van een goedlopende groep krijg je doorgaans ook meer energie dan je er in moet stoppen.

Zoals we eerder aangaven maakt de inzet van één of twee therapeuten financieel weinig verschil in het ZPM. Behalve een

gunstig effect op de arbeidssatisfactie van medewerkers heeft co-therapie nog meer voordelen: door de inzet van twee therapeuten kan men garanderen dat een groep vrijwel altijd doorgaat, zodat er meer continuïteit in de behandeling wordt geboden (en dus mogelijk sneller resultaat wordt geboekt) dan bij een individueel traject. Co-therapie geeft jonge professionals bovendien de mogelijkheid om het vak te leren van een senior collega. En men biedt kwaliteit; twee zien natuurlijk meer dan één.

Kortom: tevreden cliënten, tevreden financiers, een tevreden directie én tevreden medewerkers. Tel uit je winst als leidinggevende!

Conclusie

Als groepstherapeuten hebben we gemengde gevoelens bij het ZPM. Voordelen zijn: administratieve vereenvoudiging, meer transparantie en een betere inhoudelijke onderbouwing van behandeltrajecten. Maar de minder gunstige tarieven voor groepsbehandelingen in de ggz-instellingen zijn ons een doorn in het oog. Met de huidige wachtlijsten in de ggz is het onbegrijpelijk dat het aanbieden van groepstherapie financieel zou worden ontmoedigd. Als bestuur van de NVGP hebben we de Nederlandse Zorgautoriteit in een schrijven geattendeerd op dit – hopelijke onbedoelde – neveneffect van het ZPM en haar verzocht alsnog de tarievenstructuur aan te passen. Los van de nieuwe financiële context blijft groepstherapie natuurlijk een aantrekkelijke behandelvorm. De argumenten voor groepstherapie hebben we in dit artikel nogmaals op een rijtje gezet. Laten we die vooral blijven uitdragen naar onze cliënten, collega's en leidinggevendens.

Helga Aalders, klinisch psycholoog, werkt als groepstherapeut en inhoudelijk leidinggevende bij *Zorgenheid Persoonlijkeitsstoornissen van Altrecht*. Zij is bestuurslid van de NVGP.

Marc Daemen, klinisch psycholoog, werkt als groepstherapeut en P-opleider bij GGZ Westelijk Noord-Brabant. Hij is bestuursvoorzitter van de NVGP.

Klaartje van Hest, klinisch psycholoog, werkt als groepstherapeut op de deeltijdbehandeling voor verslaving en persoonlijkheidsproblematiek van Antes, waar zij ook waarnemend P-opleider is. Zij is bestuurslid van de NVGP.

Literatuur

Burlingame, G.M. & Jensen, J.L. (2017). Small group process and outcome research highlights: A 25-year perspective. In *International Journal of Group Psychotherapy*, vol. 67, p. 194-218.

Nederlandse Zorgautoriteit (2019). *Advies Zorgprestatie model ggz en fz*.

Nederlandse Zorgautoriteit (2021a). *Tarievenzoeker Zorgprestatie model*. Geraadpleegd via: <http://tarievenzoekerzorgprestatie model.nza.nl/>.

Nederlandse Zorgautoriteit (2021b). *Tarievenzoeker*. Geraadpleegd via: <https://www.zorgprestatie model.nl/nieuws/tarievenzoeker-zorgprestatie model-vanaf-nu-te-gebruiken/>.

Nederlandse Zorgautoriteit (2021c). *Zorgvraagtyperingstool*. Geraadpleegd via: <https://zorgprestatie model.nza.nl/>.

Nederlandse Zorgautoriteit (2021d). *Verantwoording tarieven Zorgprestatie model - b-release*. Geraadpleegd via: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_646878_22/1/#content_bijlagen.

Nederlandse ggz (2021). *Zorgprestatie model ledenraadpleging*. In Nieuwsbrief 14-10-21. Geraadpleegd via: <https://niewsbrief.denederlandseggz.nl/lp/ledenraadpleging-zpm-11-oktober>.

Wing, J.K., Beevor, A.S., Curtis, R.H., Park, S.B.G., Hadden, S. & Bruns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, p. 11-18.

Yalom I.D. & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Zorgverzekeraars Nederland (2020). *De ggz in 2025. Vergezicht op de geestelijke gezondheidszorg*. Amsterdam: De Argumentenfabriek.
