

Het zorgprestatie­model, deel II

Drie bestuursleden van de NVGP schreven een vervolg op hun artikel over het zorgprestatie­model (ZPM) dat vorig jaar in *Groepen* stond. Een weeffout in het ZPM ten nadele van groepstherapie is intussen na inspanningen van de NVGP gecorrigeerd. Hoe staat het er nu voor?

Door Marc Daemen,
Helga Aalders en
Mark van der Meer

Een jaar geleden hebben we in dit blad de implicaties van het zorgprestatie­model (ZPM) voor groepsbehandelingen beschreven (Aalders, Daemen & van Hest, 2021). Het nieuwe bekostigingssysteem voor de generalistische basis-ggz, gespecialiseerde ggz en forensische zorg dreigde een catastrofe te worden voor groepstherapeuten en hun cliënten. De tariefstructuur benadeelde namelijk groepstherapie in vergelijking met individuele behandeling en het NVGP-bestuur voorzag dat zorgaanbieders omwille van financiële redenen hun groepsaanbod zouden gaan afbouwen.

Er was een landelijke door de NVGP opgezette protestactie nodig om de aandacht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te vestigen op de weeffout in het ZPM ten nadele van groepstherapie. Vervolgens heeft het ons nog een half jaar geduldig lobbywerk gekost om de NZa ertoe te bewegen deze fout ook daadwerkelijk te corrigeren (Daemen, 2022). Op 18 juli volgde het verlossende woord: een officieel besluit van het NZa-bestuur om vanaf 1 januari 2023 de tarieven voor groepsconsulten met gemiddeld 23% te verhogen (NZa, 2022a). Een ernstige bedreiging voor de toekomst van de groepstherapie in Nederland is hiermee afgewend.

In dit artikel beschrijven we onze eerste ervaringen met de invoering van het ZPM, de concrete uitwerking van de toegezegde

verbeteringen en de kansen die dit biedt voor het promoten van groepsbehandeling.

Ervaringen sinds januari 2022

Om het met een eufemisme te zeggen: de implementatie van het ZPM is niet rimpelloos verlopen. Behalve de NVGP kwamen ook andere belangengroepen in het verweer tegen het ZPM. De Nederlandse Vereniging voor Gezondheidspsychologen (NVGzP) en het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) achtten de indirecte tijd voor psychodiagnostiek ontoereikend en maakten bewaar tegen de maximale tijdsduur van diagnostiekconsulten (NIP, 2022). De Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie (NVRG) protesteerde tegen het niet erkennen van de systeemtherapeut als declarerend beroep in het ZPM (NVRG, 2022) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) bestreed de gedifferentieerde tarieven voor vrijgevestigde psychiaters (NVvP, 2022). Ten slotte ontstond er fel protest tegen de verplichting van zorgaanbieders om via de zorgtypering privacygevoelige informatie over cliënten aan te leveren aan de NZa en aan de zorgverzekeraars. (Voor meer informatie over de zorgtypering: zie Aalders, Daemen & van Hest (2021)). Zo liet de actiegroep Stop Benchmark ROM, die in 2017 succesvol de Stichting Benchmark GGZ (SBG) op de knieën had gedwongen en ertoe bijdroeg dat alle door SBG verzamelde ROM-data moesten worden vernietigd, weer van zich horen. Namens het Landelijk Overleg Cliëntenraden schreven zij een open brief en inmiddels wordt andermaal een rechtsgang voorbereid tegen wat zij noemen 'een onrechtmatige en daarmee bedenkelijke procedure voor aanlevering en verwerking

van bijzondere persoonsgegevens' (Stop Benchmark ROM, 2022). Onder druk van het protest is de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) de onderbouwing van de gegevensaanlevering aan de NZa opnieuw aan het bekijken en is het verplicht aanleveren van gegevens uitgesteld tot 1 januari 2023 (NZa, 2022b).

Maar ook de praktische implementatie van het ZPM liep geenszins van een leien dakje. Zoals verwacht had een aantal ICT-leveranciers de software niet tijdig op orde (Skipr, 2021) en zelfs zes maanden nadat het ZPM was ingegaan bleek dat sommige aanbieders hun consulten wel konden registreren, maar nog steeds niet declareren. Gevolg: een verhoogd liquiditeitsrisico en toegenomen zenuwachtigheid in de bestuurskamers van ggz-instellingen (Skipr, 2022). Al snel na de invoering op 1 januari kwamen er ook van collega's op de werkvloer alarmerende berichten: 'Mijn agenda ziet er precies hetzelfde uit als vorig jaar maar ik voldoe blijkbaar niet langer aan de productienorm.' Managers spoorden hun medewerkers aan om meer

Het ZPM lijkt een tegenovergesteld effect te hebben aan wat werd beoogd

directe tijd in te plannen en deden inhoudelijk niet altijd passende suggesties, zoals in het bijzijn van de cliënt rapportages schrijven om ook die tijd alsnog declarabel te maken. De NZa heeft expliciet aangegeven dat het niet de bedoeling is dat 'indirecte tijd nu opeens directe tijd wordt. Voor een

declarabel consult moet altijd sprake zijn van een zorginhoudelijke interactie tussen de zorgverlener en de patiënt en/of de naasten van de patiënt. Het zonder zorginhoudelijke reden betrekken van de patiënt bij een indirecte activiteit zodat de tijd declarabel wordt, is niet toegestaan. We zullen daarom goed monitoren of we grote verschuivingen zien ten aanzien van (in)directe tijd die zorgverleners aan een behandeling besteden' (NZa, 2022c).

Het ZPM lijkt zover de ervaring nu strekt een tegenovergesteld effect te hebben aan wat werd beoogd. De financiering van de complexe zorg komt namelijk nog verder onder druk te staan vanwege onvoldoende ruimte in het ZPM voor het broodnodige intercollegiale overleg en zorgafstemming met ketenpartners. Terwijl de monodisciplinaire zorg er financieel juist beter uitkomt.

Om het ZPM financieel passend te laten zijn moeten instellingen die complexe sggz bieden hun werkprocessen zodanig aanpassen (bijvoorbeeld minder overleg tussen behandelaren) dat dit bijt met de inhoudelijke visie op kwalitatief goede en passende zorg. Denk aan afstemming binnen een programma met meerdere modules, intervisie om processen in de (tegen)overdracht op te merken of bewust te worden en te interveniëren op parallelprocessen tussen organisatie-, team- en groepsdynamiek.

Koepelorganisatie de Nederlandse ggz luidde de noodklok over het teruglopen van de inkomsten bij haar leden en eind juni vond er bestuurlijk overleg plaats met de NZa en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Op basis van een onderzoek naar de omzetting van ggz-instellingen over het eerste kwartaal van 2022 werden tijdens dit overleg door de Nederlandse ggz als oplossingen

aangedragen: 'Aanpassing indirecte tijd in de tarieven, aanpassing contractering (extra inzet transitieprestatie) en een coronaregeling' (de Nederlandse ggz, 2022a). Helaas is hierover daarna niets meer vernomen. Zover ons bekend houden de zorgverzekeraars de hand op de knip en is ook de overheid niet bereid om voor de ggz extra middelen vrij te maken, niettegenstaande alle vrome intenties van het Integrale Zorgakkoord (IZA). Het was veelbetekenend dat Stephan Valk, onderhandelaar over het IZA namens de Nederlandse ggz, begin september het volgende voorbehoud maakte: 'Wel hebben de leden grote zorgen over de huidige financiële problemen die zijn ontstaan bij de recente invoering van het zorgprestatie-model én vanwege de hoge kosten van ziekteverzuim als gevolg van corona. Deze moeten op korte termijn worden opgelost om energie, tijd en geld te hebben om de ambities van het IZA uit te kunnen voeren' (de Nederlandse ggz, 2022b). En na Prinsjesdag kon Ruth Peetoom, voorzitter van de Nederlandse ggz, haar teleurstelling over de begroting van VWS voor 2023 nauwelijks verhullen: 'Dit bevestigt ons beeld dat er voor de aanpak "Mentale gezondheid: van ons allemaal" nog geen concreet plan is (...) en op dit moment vooral bestaat uit het onder de noemer van "mentale gezondheid" bijeenbrengen van al bestaande activiteiten en daaraan gekoppelde budgetten. Er lijkt dus weinig extra geld voor beschikbaar te komen' (de Nederlandse ggz, 2022c). Het mag een klein wonder heten dat we als bescheiden speler in dit krachtenveld toch onze slag hebben geslagen rond de verbetering van de tarieven voor groepsconsulten.

De nieuwe tarieven voor groepsconsulten

Om goed te kunnen begrijpen wat er vanaf 1 januari 2023 precies gaat veranderen, schetsen we nog een keer kort de ZPM-systematiek. Een groepsconsult is een van de vier vormen van zorgprestaties die in het ZPM worden onderscheiden. Het gaat om een bepaalde hoeveelheid tijd besteed aan de behandeling van een cliëntengroep door een zorgverlener. De vergoeding per groepsconsult wordt bepaald door de beroepscategorie van de zorgverlener en de duur van de sessie. Om het tarief van een groepsconsult te bepalen wordt gerekend met tijdsintervallen van 30 minuten, waarbij men vanaf een bepaalde grens in een hogere tariefcategorie terechtkomt. Bijvoorbeeld: voor een groepsconsult van 60 minuten wordt een vork tussen 60 en 89 minuten gehanteerd. Pas vanaf 90 minuten effectief bestede tijd mag men een hoger tarief rekenen.

Wellicht het belangrijkste onderscheid tussen het oude financieringsmodel en het ZPM is dat consulten worden afgerekend op directe tijdsduur. Indirecte tijd wordt niet meer apart geregistreerd en als zodanig vergoed, maar zou verdisconteerd zijn in het tarief voor de directe tijd. Bij het ontwerpen van de tariefstructuur is rekening gehouden met twee soorten indirecte tijd: specifiek aan een consult gebonden indirecte tijd (bijvoorbeeld: het uitwerken van een intakeverslag na een diagnostiekconsult) en algemene indirecte tijd (bijvoorbeeld: tijd voor multidisciplinair overleg) die toeneemt naarmate de setting complexer wordt. Welnu, daar knelde de schoen voor de groepsconsulten. De algemene indirecte tijd was enkel toegerekend naar individuele behandel- en diagnostiekconsulten, en niet naar

de groepsconsulten. Hierdoor bleef de indirecte tijd voor een groepsconsult steeds dezelfde, ongeacht de complexiteit van de setting. Te weten: 9 à 10 minuten indirecte tijd per 30 minuten groepsconsult, terwijl voor individuele consulten voor eenzelfde direct bestede tijd van 30 minuten afhankelijk van de setting een opslag voor indirecte tijd van 14 tot 44 minuten wordt toegekend. Aangezien de productprijs wordt bepaald door de minuutprijs te vermenigvuldigen met het aantal minuten directe én genormeerde indirecte tijd, leidde dit tot een veel lager tarief voor groepsbehandelingen. Anders gezegd: voor individuele consulten ontvingen zorgaanbieders in een aantal gevallen een ruimere vergoeding omdat bij het bepalen van de tarieven ook rekening werd gehouden met de setting waarbinnen de zorg wordt geleverd. Belangrijke verschillen in setting zijn: of het ambulante of klinische zorg betreft, of er mono- of multidisciplinair wordt gewerkt, en of het beveiligde (lees: forensische) zorg dan wel hoog-specialistische zorg (lees: TOP-GGZ) is. Voor vrijgevestigde zorgprofessionals is steeds de lichtste setting met de laagste tarieven van toepassing. Naarmate de zorg gekenmerkt wordt door een multidisciplinaire aanpak en vraagt om een klinische (beveiligde) setting gaan de tarieven omhoog.

Tijdens een eerste overleg in februari van dit jaar legden onze gesprekspartners bij de NZa ons uit dat er in de ontwerpfase van het ZPM voor was gekozen om de registratie van groepsconsulten zo eenvoudig mogelijk te houden – een van de doelstellingen van het ZPM. Zij moesten echter toegeven dat over het hoofd was gezien dat daarmee een andere doelstelling in het gedrang was gekomen: het vermijden van 'ongewenste

financiële gedragsprikkel' (Diepeveen, 2019). Door het niet toerekenen van algemene indirecte tijd aan groepsconsulten nam het verschil met individuele therapie in het nadeel van groepstherapie toe naarmate de setting complexer werd.

De oplossing is uiteindelijk gevonden in een herverdeling van de algemene indirecte tijd tussen individuele en groepsconsulten (NZa, 2022d). Hierbij is door de NZa rekening gehouden met het volume groepsbehandelingen per setting teneinde de impact van de herverdeling zo laag mogelijk te houden voor settings waar weinig tot geen groepsbehandelingen worden gedaan. Zo dient de setting Ambulant kwaliteitsstatuut sectie II (de vrijgevestigde medisch specialisten en psychologische zorgverleners) slechts 0,04 procent in te leveren op de daar geldende individuele behandelstarieven (NZa, 2022e). Tevens zijn bij de herverdeling de diagnostiekconsulten buiten schot gehouden omdat er vanuit het veld signalen waren gekomen dat in het ZPM voor psychodiagnostiek sowieso onvoldoende indirecte tijd is voorzien (NIP, 2022). Ten slotte is er meteen ook een kleine correctie doorgevoerd in het voordeel van de setting Outreachende zorg – een technische kwestie over de reistijd bij gecombineerde klinische en outreachende trajecten.

In onderstaande tabel is het resultaat

van deze herverdeling in het voordeel van groepstherapie weergegeven: de tarieven voor groepsconsulten zullen vanaf 1 januari 2023 met gemiddeld 23,71% stijgen (NZa, 2022e).

Nogmaals: het gaat louter om een rechtzetting van een weeffout in het ZPM waardoor een perverse financiële prikkel in het voordeel van individuele behandeling en ten nadele van groepsbehandeling was ontstaan. Binnen de logica van het ZPM zullen de tarieven voor individuele therapie dus enigszins dalen (namelijk met gemiddeld 2,77%, zie tabel 1). Hiermee is een gelijk spelveld ontstaan, waarbij op inhoudelijke gronden een keuze kan worden gemaakt voor het een of het ander.

Als NVGP-bestuur zijn we tevreden met de verbeterde tarieven voor groepsconsulten, maar liever nog hadden we gezien dat deze noodzakelijke reparatie met terugwerkende kracht, per 1 januari 2022 zou zijn doorgevoerd. Hiervoor bleek er echter weinig draagvlak te bestaan binnen de NZa expertgroep Verbetering groepsconsulten: 'Te ingewikkeld en binnen de huidige ICT-context onuitvoerbaar', was het antwoord. Over extra middelen om deze reparatie door te voeren was evenmin te praten. Voor de NZa was macro-economische neutraliteit een harde voorwaarde en ook de zorgverzeke-

Consulttype	Percentage verschil na wijziging outreachend	Percentage verschil na correctie indirecte tijd groep	Percentage verschil totaal
Diagnostiek	0,12%	0,00%	0,12%
Behandeling	0,05%	-2,82%	-2,77%
Groep			23,71%

Tabel 1: Impact aanpassing tarieven 2023 per type consult

raars lieten ons meteen weten dat er geen ruimte was voor extra budget. Aangezien ook onze bewindslieden vooralsnog de hand op de knip lijken te houden, vermoeden we

Linksom of rechtsom: er zal geld bij moeten om de ggz overeind te houden

dat bij het verschijnen van dit artikel de algehele negatieve impact van het ZPM op de financiële situatie van ggz-aanbieders helaas nog niet zal zijn verholpen. We delen dan ook de zorgen van de Nederlandse ggz. Linksom of rechtsom: er zal geld bij moeten om de ggz overeind te houden.

Bovendien staat het tarief voor groepsconsulten nog steeds los van de setting waarbinnen de groepen worden aangeboden. Weliswaar zal vanaf 1 januari 2023 een deel van de *algemene* indirecte tijd alsnog toegekend worden aan de groepsconsulten (waardoor deze iets meer gaan opleveren), maar bij een toenemende zorgzwaarte wordt de *specifieke* indirecte tijd nog steeds alleen bij individuele consulten verhoogd (waardoor deze dan weer financieel extra worden beloond). Hierdoor zal er een groter verschil met individuele therapie in het nadeel van groepstherapie blijven bestaan naarmate de setting complexer wordt. Om die reden hadden we als NVGP-bestuur liever gezien dat ook bij groepsconsulten per setting gedifferentieerde indirecte tijd zou worden voorzien, maar dit ging een aantal deelnemers aan de expertgroep Verbetering groepsconsulten te ver. Ten eerste zou een verdere

differentiatie van de groepsconsulten hebben geleid tot een vermenigvuldiging van het aantal tarieven en tot een mogelijke overbelasting van de toch al zwaar op de proef gestelde ICT-architectuur. Anderzijds argumenteerde men dat naarmate de zorgzwaarte toeneemt er vaker sprake is van een combinatie van groepsbehandeling en individuele therapie, waardoor de zorgaanbieder alles bij elkaar genomen toch wel een hoger tarief ontvangt.

Om diezelfde reden hadden sommige managers van ggz-instellingen moeite met onze vergelijkende tabellen uit het vorige artikel (Aalders, Daemen & van Hest, 2021). Volgens hen kijken directies bij inhoudelijke beleidskeuzes naar het grotere geheel en minder naar de details van wat al dan niet beter wordt vergoed. Laten we hopen dat dit een terechte kanttekening is. Hoe het ook zij, deze vergelijkende rekenoefening heeft ons wel geholpen om de weeffout in het ZPM op het spoor te komen en aan te kaarten bij de NZa. Met bovenstaande nuancering in gedachten, trachten we de impact van de tariefaanpassing voor groepsconsulten opnieuw voor de lezer zichtbaar te maken in enkele tabellen. Om de vergelijking zo zuiver mogelijk te houden, hanteren we deze keer zowel bij het individuele consult als bij de groepstherapie een sessieduur van 90 minuten.

Ambulante groepen

Andermaal zijn we in onderstaande tabellen uitgegaan van de tarieven voor een groeps-grootte van acht deelnemers. 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 begeleidende hulpverlener(s). Indien er wordt gewerkt met co-therapeuten kunnen die allebei een groepsconsult declareren. Voor de zorgaanbieder maakt het dus 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).

De tarieven voor een groepsconsult variëren van twee tot tien deelnemers. Het tarief voor 30 minuten vermenigvuldig je met het aantal deelnemers en het aantal tijdseenheden van 30 minuten. Zo levert in 2022 een 90 minuten-groep van twee deelnemers begeleid door een gz-psycholoog $2 \times 3 \times 45,41 = 272,46$ euro op en met een zelfde groep van tien deelnemers $10 \times 3 \times 9,08 = 272,40$ euro (NZa, 2021). Grosso modo kom je dan tot een vergelijkbaar uurtarief per beroepsgroep. Goed om te weten is dat je bij meer deelnemers dan tien meer betaald krijgt dan wanneer je het aantal deelnemers op tien houdt. Een inspanning om bijvoorbeeld vijftien deelnemers gelijktijdig te behandelen wordt beloond. In ons voorbeeld: een 90 minuten-groep van vijftien deelnemers begeleid door een gz-psycholoog levert $15 \times 3 \times 9,08 = 408,60$ euro op. Overigens schreven we vorig jaar dat je voor een elfde of vijftiende deelnemer nooit meer betaald zou krijgen dan wanneer je het aantal deelnemers op maximaal tien zou houden. Maar dat klopt niet; het is precies andersom. Dank aan Freek de Bruijn, deelnemer aan de expertgroep Verbetering groepsconsulten, die ons op 14 februari 2022 mondeling op deze vergissing wees.

Voor het overige hadden we de effecten van het ZPM wel degelijk goed ingeschat. Vorig jaar voorspelden we al dat het aanbieden van groepstherapie in de vrijgevestigde praktijk (Ambulant kwaliteitsstatuut sectie II) een financieel voordeel zou opleveren omdat de tarieven voor individuele behandelingen in die setting relatief lager zijn. Met de nieuwe tarieven per 1-1-2023 neemt dit financiële voordeel alleen maar toe (zie tabel 2). Bijvoorbeeld: het verschil tussen een individuele sessie en een groepsessie gegeven door een gz-psycholoog is in 2022

*Er is nu ook
een financieel argument
om vooral groepen
aan te bieden in de
vrijgevestigde praktijk*

56 euro en zal in 2023 oplopen tot maar liefst 135 euro ten gunste van groepstherapie (NZa, 2022f). Naast de inhoudelijke argumenten, effectiviteit van groepsbehandeling voor vele vormen van pathologie en efficiëntie, is er dus ook een financieel argument om vooral groepen aan te bieden in de vrijgevestigde praktijk.

Opmerkelijk is dat er door de NZa voor de medisch specialist in de vrijgevestigde praktijk twee aparte tarieven voor individuele behandeling zijn ingevoerd, afhankelijk van of er volgens het Landelijke Kwaliteitsstatuut al dan niet een psychiater als regiebehandelaar is vereist. Zoals eerder gesteld heeft de NVvP hiertegen bezwaar aangete-

Beroeps categorie	2022 Tarief van een individuele sessie van 90 minuten	2022 Tarief van een groeps sessie van 90 minuten	Nieuw: 2023 Tarief van een individuele sessie van 90 minuten	Nieuw: 2023 Tarief van een groeps sessie van 90 minuten
Psychiater	288,31 (355,44*)	405,60	301,31 (371,18*)	516,48
Klinisch (neuro)psycholoog	283,96	336,48	296,59	434,40
Verpleegkundig specialist	194,91	254,64	203,60	332,64
Arts	201,46	238,56	210,38	300,24
Gz-psycholoog	216,11	272,40	225,88	361,68
Psychotherapeut	250,18	301,44	261,48	374,88
Verpleegkundige	181,75	241,20	189,15	311,28
Overige beroepen	187,50	232,32	195,87	302,16

*Indien de inzet van een psychiater als regiebehandelaar noodzakelijk is volgens het LKS.

Tabel 2: *Individuele consulten in Sectie II versus groepsconsulten*

kend, echter tot op heden zonder resultaat (NZa, 2022g). Voor de groepsconsulten heeft dit geen gevolgen.

Helaas is de invoering van het ZPM niet alleen voor de medisch specialisten, maar ook voor andere vrijgevestigde collega's moeizaam verlopen. In het afgelopen jaar zijn er voornamelijk vanuit vrijgevestigde praktijken vragen binnen gekomen bij het bestuur van de NVGP over de wijze van het registreren en declareren van groepsconsulten, met name als er sprake is van twee behandelaars die ieder in eigen praktijk werken. We hebben hen kunnen verwijzen naar onze collega's van de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten (LVVP) die hierover al in april 2022 een helder stuk schreven (LVVP, 2022).

In september is er vanuit de NZa een verduidelijking gekomen over de wijze van registratie en declaratie als er sprake is van twee behandelaars uit verschillende praktijken, leidend tot twee declaraties (NZa, 2022h). Er

wordt geen onderscheid gemaakt tussen het wel of niet regiebehandelaar zijn van één of beide behandelaars. Het komt echter nog steeds voor dat dit bij zorgverzekeraars problemen geeft bij de betaling van deze declaraties. Bijvoorbeeld omdat een zorgverzekeraar slechts een deel betaalt. De behandelaar zal dan zelf de zorgverzekeraar op deze memo van de NZa moeten wijzen. Een ander discussiepunt was het wegvallen van de mogelijkheid tot het apart registreren van indirecte tijd als het ging om overleg met je co-therapeut/medebehandelaar van een groep. Enkel binnen de vrijgevestigde setting (Sectie II) bestaat nog de mogelijkheid om intercollegiaal overleg te registreren en te declareren. Dit leidde tot vragen aan het bestuur van de NVGP in hoeverre een groepsbehandelaar gebruik mag maken van deze mogelijkheid om alsnog indirecte tijd te registreren en declareren. Het snelle antwoord is dat hier geen specifieke regel voor bestaat en dat het dus mogelijk is dit te doen, name-

lijk als 'overige prestatie: intercollegiaal overleg kort (5-15 min) of lang (vanaf 15 min)'. Echter, de gedachte van het ZPM is dat alle indirecte tijd verdisconteerd is in het tarief van de consulten. Volgens ons zijn hogergenoemde prestaties enkel bedoeld voor incidenteel intercollegiaal overleg, bijvoorbeeld over een doorverwijzing. Indien de vrijgevestigde groepstherapeuten structureel deze optie zouden gaan gebruiken, bestaat de kans dat de regeling straks door de NZa wordt aangescherpt. Bovendien moet men zich ervan bewust zijn dat de cliënt dit overleg op de factuur te zien krijgt en dat men het resultaat van de bespreking telkens dient te rapporteren in het cliëntendossier.

Voor ambulante groepstherapie in de setting 'Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair' is het verschil tussen individuele en groepsbehandelingen door de tariefcorrectie omgezet van een nadeel in 2022 naar een voordeel in 2023 (zie tabel 3). Dit is bij alle beroepsgroepen het geval, waardoor groepstherapie als 'stand alone' behande-

ling opnieuw een zeer aantrekkelijke optie is geworden voor ggz-instellingen (basis-ggz en specialistische ggz).

Er is sprake van monodisciplinair behandelen in een ggz-instelling wanneer voor de behandeling van een cliënt 90% of meer van de directe tijd door één beroepsgroep is geregistreerd.

In de setting 'Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair' zien we eveneens een omslag in het voordeel van groepstherapie in 2023 (zie tabel 4). Deze geldt voor alle beroepsgroepen, de psychiater uitgezonderd. De verbeterde tarieven voor groepsconsulten zijn andermaal goed nieuws voor ggz-instellingen die complexe problematiek in groepsverband, zo nodig in combinatie met individuele therapie, willen (blijven) behandelen.

Deeltijdgroepen

Ook groepen in een deeltijdsetting vallen doorgaans onder de setting 'Ambulant

Beroepscategorie	2022 Tarief van een individuele sessie van 90 minuten	2022 Tarief van een groepsessie van 90 minuten	Nieuw: 2023 Tarief van een individuele sessie van 90 minuten	Nieuw: 2023 Tarief van een groepsessie van 90 minuten
Psychiater	454,47	405,60	474,52	516,48
Klinisch (neuro)psycholoog	364,25	336,48	380,57	434,40
Verpleegkundig specialist	266,35	254,64	278,18	332,64
Arts	273,30	238,56	285,34	300,24
Gz-psycholoog	288,18	272,40	300,88	361,68
Psychotherapeut	326,15	301,44	339,46	374,88
Verpleegkundige	241,33	241,20	248,61	311,28
Overige beroepen	253,83	232,32	262,81	302,16

Tabel 3: *Individuele consulten in Sectie III monodisciplinair versus groepsconsulten*

Beroeps categorie	2022 Tarief van een individuele sessie van 90 minuten	2022 Tarief van een groeps sessie van 90 minuten	Nieuw: 2023 Tarief van een individuele sessie van 90 minuten	Nieuw: 2023 Tarief van een groeps sessie van 90 minuten
Psychiater	512,65	405,60	531,79	516,48
Klinisch (neuro)psycholoog	411,39	336,48	413,26	434,40
Verpleegkundig specialist	300,71	254,64	309,97	332,64
Arts	318,34	238,56	329,41	300,24
Gz-psycholoog	330,20	272,40	335,73	361,68
Psychotherapeut	360,04	301,44	361,38	374,88
Verpleegkundige	276,85	241,20	277,50	311,28
Overige beroepen	299,89	232,32	296,50	302,16

Tabel 4: *Individuele consulten in Sectie III multidisciplinair versus groepsconsulten*

kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair’. Naar aanleiding van de invoering van het ZPM maakte men zich in deeltijdteams zorgen over het niet langer kunnen registreren en declareren van de indirecte tijd (Aalders, Daemen & van Hest, 2021). Binnen specifieke deeltijdsettings kan het immers voorkomen dat de helft van de bestede minuten aan een cliënt besteed wordt aan het ‘praten over’ de cliënt in plaats van ‘praten met’ de cliënt. Niets om je als behandelaar voor te schamen, maar juist een principe om voor te gaan staan. Vaak is het de enige manier om complexe problematiek te kunnen behandelen en containen. Door de nieuwe bekostigingssystematiek zagen ggz-instellingen zich voor een financiële uitdaging gesteld omdat de helft van de bestede tijd in een dergelijke deeltijdsetting van de ene dag op de andere niet meer declarabel zou zijn. De neiging om zo snel mogelijk wat voorheen onder de indirecte tijd viel om te gaan zetten in directe tijd was voorstelbaar, met name vanuit het management. Het is aan de groepstherapeut om vanuit de inhoud te blijven denken en te

gaan staan voor teamoverleg, intervisies, kennisverdieping, ontwikkeling van de methodiek et cetera.

In hoeverre er het afgelopen jaar binnen instellingen is gekozen voor een afbouw van de dagbehandelingen is ons niet bekend. De eerder gemaakte kanttekening dat de hogere tarieven voor diagnostiek en individuele behandeling naarmate de zorgzwaarte toeneemt voor een compenserend effect zorgen, kan hier een positieve rol hebben gespeeld. We hebben de indruk dat de meeste deeltijdprogramma’s ondanks financiële tegenvallers overeind zijn gebleven. En dat is maar goed ook, want de nieuwe tarieven die vooral gunstig zijn voor afdelingen waar veel groepstherapie wordt geboden, zullen in 2023 een financiële boost betekenen voor deeltijdbehandelingen.

In hetzelfde artikel voorzagen we vorig jaar een knelpunt rondom de tijdseenheid voor groepsconsulten (Aalders, Daemen & van Hest, 2021). Eerder werd al beschreven dat er in het ZPM gewerkt wordt met tijdsintervallen om de tarieven te bepalen. We herin-

neren ons het voorbeeld van een groepsconsult van 60 minuten waarvoor een vork tussen 60 en 89 minuten wordt gehanteerd. Pas vanaf 90 minuten effectieve directe tijd mag men een hoger tarief aanrekenen. Een groep van bijvoorbeeld 75 minuten krijgt hierdoor slechts het tarief van 60 minuten. En laat men nu net in deeltijdbehandelingen vaak groepssessies van 75 minuten aanbieden. Hierdoor moesten aanpassingen gedaan worden in de opzet van een deeltijdbehandeling. Wanneer er werd vastgehouden aan 75 minuten zou dit betekenen dat er betaald zou worden voor 60 minuten. Een enorm verlies aan opbrengsten. Als ervoor gekozen zou worden om de sessies uit te breiden naar 90 minuten, welke inhoudelijke gevolgen zou dit dan hebben voor de inhoud van de sessie? Er was niet voor niets gekozen voor 75 minuten ten aanzien van aandacht, spanningsregulatie, veiligheid, cohesie en verbondenheid. Elke instelling met deeltijdbehandeling in het aanbod heeft hierin het afgelopen jaar noodgedwongen eigen keuzes gemaakt. De NZa heeft erkend dat 30 minuten als tijdseenheid 'in de praktijk te ruim gekozen blijkt te zijn omdat gemiddeld 35% van de groepsconsulten eindigt op het kwartier'. Desalniettemin zal dit euvel pas in 2024 worden verholpen vanwege 'de impact op de agendasoftware van de zorgaanbieders' (NZa, 2022d). Met andere woorden: de NZa maakt nu alvast haar voornemen kenbaar om registreren per 15 minuten vanaf 1 januari 2024 mogelijk te maken, maar geeft de ICT-leveranciers ruim de tijd om de softwarepakketten aan te passen. Andermaal jammer dat inhoudelijk noodzakelijk geachte aanpassingen aan het ZPM worden uitgesteld vanwege te verwachten moeilijkheden met de ICT-implementatie.

Klinische groepen

In de settings 'klinisch', 'forensische en beveiligde klinische zorg' en 'hoogspecialistisch' ontvangen zorgaanbieders hogere tarieven voor diagnostiek en individuele behandeling dan in de ambulante settings. Daarnaast worden er toeslagen gegeven voor verblijf, waarmee de ggz-instellingen redelijk uit de kosten lijken te komen. Van één grote ggz-instelling vernamen we zelfs dat zij in tegenstelling tot de ambulante en deeltijdbehandelingen voor de klinische zorg binnen hun begroting konden blijven. Dat wil zeggen dat de kosten en omzet met passende marge in balans waren. De hoopgevende simulaties voor de klinische zorg die ons vorig jaar bereikten (Aalders, Daemen & van Hest, 2021), zouden dus worden bewaarheid. Toch wel opmerkelijk, aangezien er de afgelopen periode veel hoogspecialistische klinische voorzieningen werden gesloten omdat deze niet meer rendabel zouden zijn. Daansen (2022) schrijft hierover: 'Veelal wordt geopperd dat de dreigende sluitingen en de reductie van aanbod gewoon de schuld van

*In de toekomst zal er
nog behoorlijk worden
gesleuteld aan de nieuwe
bekostigingssystematiek*

de zorgverzekeraars is die voor complexe zorg te lage tarieven betalen. Het is nog te vroeg om te beoordelen of het nieuwe zorgprestatie model, dat budgetneutraal zou zijn, inderdaad een verkapte bezuiniging is. De eerste geluiden doen het ergste vermoeden.

Ongetwijfeld is het systeem transparanter dan de oude dbc-bekostiging, dat is een winstpunt, maar de verhouding directe en indirecte tijd lijkt ongunstiger te worden en weinig realistisch begroot.' Hierover is het laatste woord nog niet gezegd.

Verder zal nog moeten blijken welke implicaties de doorontwikkeling van de zorgtypering heeft. De NZa wil deze namelijk gebruiken om in de toekomst de totale zorgvraag (kwantitatief) en zorgbehoefte (kwalitatief) beter in kaart te brengen. En op die manier de zorgverzekeraars beter in staat te stellen bij zorgaanbieders gepaste zorg in te kopen voor hun klanten (NZa, 2022i). In de toekomst zal er dus nog behoorlijk worden gesleuteld aan de nieuwe bekostigingssystematiek, met mogelijk een impact op de settings met een hoge zorgzwaarte.

Daar komt nog bij dat precies deze doorontwikkeling en de hiermee gepaard gaande 'datahonger' van de NZa fel worden bestreden door een aantal professionals en cliënten (Landelijk Overleg Cliëntenraden, 2022). Ervan uitgaande dat 'het zorgprestatie-model afhankelijk is van een effectieve werking van het model van zorgvraagtypering (de vaststelling of de geleverde zorg ook past bij de benodigde zorg)' (Talma, 2020), zou dit wel eens een lastig parcours kunnen worden voor de NZa. Wat indien een rechtbank het voor dit doel verzamelen van privacygevoelige gegevens zou verbieden?

Conclusie

Hoe de verdere ontwikkeling van het ZPM ook uitpakt, de nieuwe tarieven voor groepsconsulten in 2023 zijn een zegen voor wie groepstherapie een warm hart toedraagt. Zonder overdrijving kunnen we stellen dat het erop of eronder was voor de groepstherapie in Nederland, net nu we deze wetenschappelijk bewezen effectieve behandelvorm zo hard nodig hebben om de wachtlijsten in de ggz aan te pakken. Door een weeffout in het ZPM was het aanbieden van groepstherapie in veel gevallen financieel onaantrekkelijker geworden in vergelijking met individuele therapie. Deze omissie is nu gelukkig rechtgezet zodat er weer een gelijk speelveld is ontstaan en er op inhoudelijke gronden een keuze kan worden gemaakt voor het een of het ander.

In ons vorige artikel over het ZPM beschreven we reeds de vele voordelen van groepsbehandeling voor cliënten, ggz aanbieders, zorgverzekeraars én professionals (Aalders, Daemen & van Hest, 2021). Blijf dit uitdragen aan jouw cliënten en collega's. Dankzij de nieuwe tarieven voor groepsconsulten in het ZPM kan je vanaf nu in het gesprek met jouw leidinggevende of medepraktijkhouder nog een extra, financieel argument op tafel leggen: groepstherapie loont!

Marc Daemen is klinisch psycholoog en werkt als groepstherapeut en P-opleider bij GGZ Westelijk Noord-Brabant. Hij is bestuursvoorzitter van de NVGP. **Helga Aalders** is klinisch psycholoog en werkt als groepstherapeut en directeur zorg bij Altrecht. Zij is bestuurslid van de NVGP. **Mark van der Meer** is klinisch psycholoog en werkt als groepstherapeut bij de Psychotherapeutische dagkliniek van het Zaans Medisch Centrum. Hij is bestuurslid van de NVGP.

Literatuur

Aalders, H., Daemen, M.H.L. & Hest, K. van (2021). Het zorgprestatie­model. Wat betekent dat voor groepsbehandelingen? *Groepen. Tijdschrift voor Groepsdynamica & Groepspsychotherapie*, 16(4), p. 10-23.

Daansen, P.J. (2022). Kaalslag. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2022-4.

Daemen, M.H.L. (2022). Van de voorzitter. Missie geslaagd: er komen betere tarieven voor groepsconsulten in het ZPM! *Groepen. Tijdschrift voor Groepsdynamica & Groepspsychotherapie*, 17(3), p. 9-13.

de Nederlandse ggz (2022a). Reactie ZN en NZa op onderzoek omzetederving. Nieuwsbrief *Dit was onze week*, 30 juni 2022, per email.

de Nederlandse ggz (2022b). *De Nederlandse ggz stemt in met integraal zorgakkoord*. Nieuwsbericht 7 september 2022. Geraadpleegd via: <https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2022/de-nederlandse-ggz-stemt-in-met-integraal-zorgakkoord>.

de Nederlandse ggz (2022c). *'Maak verbeteren mentale gezondheid urgent'*. Nieuwsbericht 22 september 2022. Geraadpleegd via: <https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2022/de-nederlandse-ggz-maak-verbeteren-mentale-gezondheid-urgent>.

Diepeveen, C.J. (2019). *Plan van aanpak ZPM GGZ en FZ*. Projectplan Programma Zorgprestatie­model. Geraadpleegd via: <https://www.zorgprestatie­model.nl/shared/content/uploads/2019/09/20190910-Definitief-plan-van-aanpak.pdf>.

Houte de Lange, S. ten (2021). Ict zorgprestatie­model ggz niet gereed. In: *Skipr*, 10 november 2021. Geraadpleegd via: <https://www.skipr.nl/nieuws/ict-zorgprestatie­model-ggz-niet-gereed/>.

Houte de Lange, S. ten (2022). Ict zorgprestatie­model ggz nog steeds niet op orde. In: *Skipr*, 15 juli 2022. Geraadpleegd via: <https://www.skipr.nl/nieuws/ict-zorgprestatie­model-ggz-nog-steeds-niet-op-orde/>.

Landelijk Overleg Cliëntenraden (2022). *Behoud de privacy in de geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd via: <https://sociaalweb.nl/nieuws/loc-clientenraden-behoud-de-privacy-in-de-geestelijke-gezondheidszorg/>.

Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten (2022). *Groepsconsulten in het zorgprestatie­model*. Nieuwsbericht 7 april 2022. Geraadpleegd via: <https://lvvp.info/nieuwsbrief/groepsconsulten-in-het-zorgprestatie­model/>.

Nederlandse Zorgautoriteit (2021). *Verantwoording tarieven Zorgprestatie­model - c-release*. Geraadpleegd via: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_646867_22/#content_bijlagen.

Nederlandse Zorgautoriteit (2022a). *Nieuwe regels voor 2023 gepubliceerd*. Nieuwsbericht 18 juli 2022. Geraadpleegd via: <https://www.zorgprestatie.nl/nieuws/nieuwe-regels-voor-2023-gepubliceerd/>.

Nederlandse Zorgautoriteit (2022b). *Uitstel aanlevering zorgvraagtypering*. Nieuwsbericht 9 september 2022. Geraadpleegd via: <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/09/08/uitstel-aanlevering-zorgvraagtypering>.

Nederlandse Zorgautoriteit (2022c). *Indirecte tijd in het zorgprestatie model in de ggz en fz*. Informatiekaart d.d. 29 maart 2022. Geraadpleegd via: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_709149_22/1/.

Nederlandse Zorgautoriteit (2022d). *Verantwoording onderhoud zorgprestatie model 2023*. Memo 21 juni 2022. Geraadpleegd via: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_716148_22/.

Nederlandse Zorgautoriteit (2022e). *Verantwoording tarieven ggz en fz 2023*. Memo 13 juli 2022. Geraadpleegd via: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_716148_22/.

Nederlandse Zorgautoriteit (2022f). *Tariefbeschikking 23A. Bijlage 1*. Geraadpleegd via: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_717462_22/1/.

Nederlandse Zorgautoriteit (2022g). *Tarieven vrijevestigde psychiaters gehandhaafd*. Nieuwsbericht 16 september 2022. Geraadpleegd via: <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/09/16/tarieven-vrijevestigde-psychiaters-gehandhaafd>.

Nederlandse Zorgautoriteit (2022h). *Spelregel groepsconsulten - Veldafspraken 2023*. Memo 16 september 2022. Geraadpleegd via: <https://www.zorgprestatie.nl/shared/content/uploads/2022/09/20220916-Voorbeelden-afleiding-groepsconsulten-webversie.pdf>.

Nederlandse Zorgautoriteit (2022i). *Informatiekaart informatiestromen in het zorgprestatie model en privacy - versie 2*. Geraadpleegd via: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_706881_22/.

NIP (2022). *ZPM: NVGzP en NIP inventariseren knelpunten psychodiagnostiek en mogelijke effecten in de zorg*. Nieuwsbericht 16 juni 2022. Geraadpleegd via: <https://psynip.nl/nieuws/zpm-nvgzp-en-nip-inventariseren-knelpunten-psychodiagnostiek-en-mogelijke-effecten-in-de-zorg/>.

NVRG (2022). *Verslag hoorzitting NVRG bezwaar Zorgprestatie model*. Nieuwsbericht 20 juni 2022. Geraadpleegd via: <https://www.nvrg.nl/verslag-hoorzitting-nvrg-bezwaar-zorgprestatie-model>.

NVvP (2022). *Bezwaar NVvP inzake tarifiering zelfstandig gevestigd psychiater ingediend*. Nieuwsbericht 4 februari 2022. Geraadpleegd via: <https://www.nvvp.net/cms/showpage.aspx?id=5580>.

Stop Benchmark ROM. *Open brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit*, 24 augustus 2022. Geraadpleegd via: <https://zorgictzorgen.nl/wp-content/uploads/2022/08/Open-brief-aan-de-Nederlandse-Zorgautoriteit-23-8-2022-van-Stop-Benchmark-ROM.pdf>.

Talma Instituut (2020). *Ex ante beleidsevaluatie Zorgprestatie model ggz en fz*. Definitieve rapportage 27 mei 2020. Geraadpleegd via: <https://www.zorgprestatie model.nl/shared/content/uploads/2020/07/Talma-Evaluatie-Zorgprestatie model-GGZ-en-FZ.pdf>.

.....