

Verkenning bekostiging High & Intensive Care



12 februari 2026

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Samenvatting	4
Inleiding	9
Aanleiding	9
Opdracht aan de NZa	9
Uitgangspunten en begrippenkader	10
Invulling NZa aan de opdracht	10
Methode en betrokkenheid partijen	10
Opbouw rapport	11
Toelichting kernbegrippen	12
1 Visie op (stelsel) van mentale gezondheid	13
2 Afbakening en normenkader	16
2.1 Noodzaak afbakening	16
2.2 Belang afbakening	16
2.3 Actueel normenkader HIC en IHT	17
2.3.1 Normenkader HIC	17
2.3.2 Ontbreken duidelijke normen IHT	17
3 Bekostiging- en zorginkoopmodellen	18
3.1 Inleiding	18
3.2 Bekostiging	18
3.2.1 Prestaties en tarieven voor de huidige HIC-zorg	19
3.2.2 Alternatieven voor de huidige bekostiging van HIC	19
3.3 Zorginkoopmodellen	22
3.4 Zorginkoopmodellen geschikt voor HIC	23
3.4.1 Concurrentiële zorginkoop door de zorgverzekeraars	23
3.4.2 Congruent handelen door de zorgverzekeraars	23
3.4.3 Inkoop met volgbeleid door de zorgverzekeraars	24
3.4.4 Inkoop in representatie door 1 of 2 zorgverzekeraars	24
4 Context en kwalitatieve probleemanalyse HIC	26
4.1 Inleiding	26
4.2 Context en probleemanalyse bestuurlijk overleg	26

4.2.1	Context probleemanalyse cruciale ggz	26
4.2.2	Probleemanalyse vanuit bestuurlijk overleg cruciale ggz	27
4.2.3	Contractering en bekostigingsvraagstukken	28
4.2.4	Risicoverevening	29
4.2.5	Doelstelling veldpartijen	29
4.3	NZa-interpretatie	30
5	Kwantitatieve bevindingen	31
5.1	Inleiding	31
5.2	Benadering HIC in declaratiegegevens	31
5.2.1	Smalle afbakening	31
5.2.2	Brede afbakening	31
5.2.3	Aantal dagen HIC-proxy's	32
5.2.4	Kosten van HIC-proxy's	32
5.3	Bekostiging acute psychiatrie	32
5.4	Rekenmodel HIC-score naar kosten	33
5.5	Fluctuaties	34
6	Oplossingsrichtingen en advies VWS	36
6.1	Inleiding	36
6.1.1	Korte termijn	36
6.1.2	Langere termijn	37
6.2	Advies deel 1 aan VWS	37
	Bijlage 1: Notitie probleemanalyse met verbetervoorstellen HIC/IHT	38
	Bijlage 2: Afbakeningen in declaratiegegevens	51
	Bijlage 3: Analyses budgetbekostiging acute psychiatrie	52

Samenvatting

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is er, samen met de partijen betrokken bij het bestuurlijk overleg (BO) cruciale geestelijke gezondheidszorg (ggz), op gebrand dat de cruciale ggz voor mensen met een (dreigende) psychiatrische crisis beter wordt georganiseerd. In alle regio's moeten voldoende High & Intensive Care (HIC)- en Intensive Home Treatment (IHT)-voorzieningen beschikbaar zijn en personeel moet hier waardering ervaren waardoor ze behouden blijft voor de HIC en IHT. De noodzaak hiervan wordt ook onderkend in diverse rapporten, zoals het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) mentale gezondheid en ggz 'Uit balans' Uit balans en het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving 'Op de rem' Op-de-rem. Ook de Onderzoeksraad voor Veiligheid doet op dit moment, onder andere naar aanleiding van signalen uit de samenleving, onderzoek naar zorg voor mensen met een ernstig psychiatrische aandoening.

Onderdeel van de cruciale ggz zijn de HIC en de IHT. HIC is een manier waarop klinische zorg georganiseerd wordt voor mensen in een ernstige psychiatrische crisis. HIC streeft ernaar dat dwang en drang, waaronder opsluiting, worden teruggedrongen met de focus op stabilisatie en herstel van de regie over het eigen leven. IHT is een manier om outreachende zorg te organiseren voor mensen met een (dreigende) psychiatrische crisis. IHT levert intensieve zorg in de thuissituatie, de ggz-behandelaar gaat naar de woning van de patiënt toe.

De HIC- en IHT-zorg door ggz-aanbieders en ziekenhuizen, gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), wordt op twee manieren bekostigd. Het grootste deel wordt bekostigd via de reguliere prestatiebekostiging in het zorgprestatiemodel (ZPM). Een kleiner deel wordt bekostigd via de budgetbekostiging met inkoop in representatie acute ggz (de eerste drie kalenderdagen). Partijen ervaren bekostigings- en inkoopproblemen en hebben in 2025 de verwachting uitgesproken dat budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de volledige HIC en IHT een oplossing kan zijn.

Begin juli 2025 heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de NZa verzocht het beleidsvoornemen om invoering van budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de volledige HIC en IHT te verkennen. Bekijk de opdrachtbrief. Deze verkenning hebben we in een kort tijdsbestek uitgevoerd vanuit de gevoelde noodzaak om snel stappen te zetten om de toegankelijkheid van deze zorg voor kwetsbare mensen te verbeteren. De NZa vindt, net als de partijen betrokken bij het bestuurlijk overleg cruciale ggz, dat in elke regio voldoende HIC- en IHT-voorzieningen beschikbaar moeten zijn voor alle patiënten die dit nodig hebben. Als er een tekort is of dreigt aan HIC- en IHT-voorzieningen, moet dit worden aangepakt.

De manier waarop de cruciale ggz, zoals HIC en IHT, wordt bekostigd en ingekocht, hangt nauw samen met de andere vormen van ggz. Om te voorkomen dat het vraagstuk te geïsoleerd wordt aangevlogen, starten we deze verkenning met onze visie op (het stelsel van) mentale gezondheid. De gehele ggz-sector kent forse uitdagingen en problemen, om deze reden is hier binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en het IBO mentale gezondheid en ggz terecht veel aandacht voor.

In de zoektocht naar oplossingen wordt met betrekking tot de HIC en IHT de vraag gesteld op welke wijze budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de HIC- en IHT-zorg kan bijdragen aan het borgen van de beschikbaarheid en het voorkomen van verdere verschraling van zorg voor mensen die psychiatrisch uiterst ontregeld zijn.

We hebben de data-analyse moeten beperken tot de HIC, omdat we tot de conclusie zijn gekomen dat een goede afbakening van de IHT ontbreekt en daardoor alternatieve benaderingen ook nog niet mogelijk zijn. Dat is niet alleen een gemis voor de verkenning, om passende afspraken te kunnen maken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder is inzicht in de minimale HIC- en IHT- zorg die geborgd moet worden hard nodig. Daarvoor is het noodzakelijk dat de HIC en de IHT voldoende stevig en concreet worden afgebakend, alleen dan kunnen concrete afspraken over deze vormen van zorg worden gemaakt. Deze afbakening is ook van belang om vast te stellen of de toegankelijkheid in gevaar komt, voor welke doelgroepen dat geldt en hoe dat opgelost kan worden. De afbakening bepaalt de grenzen van wat er wordt verstaan onder de HIC- en IHT-zorg. Het gaat hierbij dus om de HIC en IHT als herkenbare onderdelen van de ggz. Dit dient te worden opgesteld door de zorgprofessionals. Waaraan deze zorg vervolgens minimaal moet voldoen wordt vastgelegd in het normenkader.

Er is op dit moment nog geen duidelijk normenkader voor de eisen die minimaal aan een HIC gesteld worden. Een werkgroep die eerder actief is geweest heeft een conceptnormenkader opgeleverd, maar deze biedt nog onvoldoende houvast en concreetheid. Dit kader wordt verder uitgewerkt in een nieuwe kernwerkgroep om tot een gedragen en vastgesteld normenkader te komen, maar dat vraagt nog geruime tijd. Omdat dat kader er nog niet is, zijn we voor onze verkenning voor de HIC uitgegaan van twee ‘theoretische benaderingen’ om toch een aantal voorlopige conclusies te trekken vanuit data-inzichten.

De NZa heeft deze verkenning breed ingestoken en heeft ook andere beleidsopties onderzocht op het terrein van bekostiging en zorginkoop. Omdat de oorzaak, aard en omvang van de problemen die spelen medebepalend zijn voor welk instrument de best passende oplossing is, richt deze verkenning zich eerst op de verschillende varianten van bekostiging en zorginkoop (inclusief de budgetbekostiging met inkoop in representatie) die oplossingen kunnen vormen voor de aangegeven problemen. We beschrijven in welke situaties en voor welke problemen ze een oplossing kunnen zijn. Ook wordt beschreven aan welke randvoorwaarden voldaan moet zijn voor een optimale invulling van de betreffende variant en welke voordelige en nadelige effecten kunnen of zullen optreden. Tussen budgetbekostiging met inkoop in representatie en de huidige manier van zorginkopen en bekostigen van HIC (namelijk grotendeels concurrentiële zorginkoop) zitten verschillende tussenvarianten. Dat de huidige manier aanpassing behoeft, lijkt breed herkenning te vinden, maar het buiten beschouwing laten van de andere varianten dan budgetbekostiging met inkoop in representatie, is onwenselijk. Niet alleen is deze stap naar budgetbekostiging met inkoop in representatie ingrijpend en kost het flinke doorlooptijd, ook zijn er nadelen en risico's aan verbonden. Een effect is dat deze bekostiging meer ‘rigide’ (minder ruimte voor maatwerk) is én er doorgaans capaciteit wordt vastgezet (overcapaciteit) die in dit geval mogelijk onttrokken wordt aan andere delen van de ggz. Deze kunnen alleen goed gewogen worden als volledig duidelijk is dat budgetbekostiging met inkoop in representatie de passende wijze is om de ervaren problemen bij het bekostigen van HIC op te lossen.

We constateren dat er geen goede kwalitatieve en kwantitatieve onderbouwing gegeven kan worden van de problemen met betrekking tot de toegankelijkheid van de HIC. Ondanks de zorgen uit het veld, is het daardoor niet mogelijk om de aard en omvang van het toegankelijkheidsprobleem te bepalen. Dit leidt tot onzekerheid over de vraag of en vooral hoe moet worden ingegrepen. Hiermee bedoelen we nadrukkelijk niet dat er geen problemen zijn, maar dat – met inachtneming van ook de nadelen van een (landelijke) budgetbekostiging met inkoop in representatie – niet duidelijk is hoe deze systematiek positief bijdraagt aan een oplossing van de problemen. Dit wringt, omdat we in gesprekken met professionals en zorgaanbieders wel steeds terughoren dat die problemen er zijn. Om te kunnen beoordelen of budgetbekostiging met inkoop in representatie een passend bekostigingsinstrument is, hebben we ook meer kwantitatieve en kwalitatieve onderbouwing van de problemen nodig.

De kwantitatieve onderbouwing laat zien dat de beste ‘theoretische’ benaderingen van de HIC, zoals door de NZa gebruikt in deze verkenning, niet tot een bruikbare bandbreedte van de HIC leiden. Uit de kwantitatieve inzichten vanuit onderzoek naar de budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de acute psychiatrie trekken we de conclusie dat de huidige budgetbekostiging met inkoop in representatie van de Zorgstandaard Acute Psychiatrie (ZAP) ook nog ruimte lijkt te laten voor verbetering voor het borgen van beschikbaarheid. Het is belangrijk dat we verkennen hoe de bestaande mogelijkheden binnen deze budgetbekostiging met inkoop in representatie beter benut kunnen worden. De keuzes die er gemaakt worden in het normenkader voor de HIC bepalen in welke mate er (macro) meerkosten zullen zijn. Een eerste voorlopige inschatting van de NZa is dat de normen in de conceptafbakening die er nu ligt kunnen leiden tot een kwaliteitsimpuls met mogelijk meerkosten. Dit bevestigt het belang van een zorgvuldige totstandkoming van dit normenkader. Het is belangrijk dat hierover duidelijkheid is vóór er ingegrepen wordt in de bekostiging.

Samenvattend geldt dat we geen definitief advies over de meest geschikte oplossingsrichting voor passende bekostiging en passende inkoop op de HIC geven. Dit komt voort uit het op dit moment niet voldoen aan twee belangrijke randvoorwaarden voor invoering van een landelijke budgetbekostiging met inkoop in representatie:

- a een onderbouwde analyse van landelijke problemen waarbij sprake is van grote fluctuaties in de instroom/bezetting die met een budgetbekostiging met inkoop in representatie te mitigeren zijn en een
- b duidelijk gedragen kader met normen waaraan een HIC moet voldoen en waar bekostigingsveranderingen op gebaseerd kunnen worden. Een voldoende stevig en concreet afgebakend normenkader HIC/IHT is randvoorwaardelijk voor het nemen van vervolgstappen.

We concluderen daarbij dat er op dit moment nog geen onderbouwing is dat budgetbekostiging de oplossing is voor de HIC. Wel zien wij mogelijkheden om nu eerste stappen te zetten om vooruit te komen. Het is belangrijk dat we bij het zetten van de stappen rekening houden met een volgorde. Sommige keuzes kunnen namelijk niet goed gemaakt worden voordat eerdere stappen zijn afgerond. Om die reden maken we een onderscheid tussen enerzijds stappen voor de korte termijn en anderzijds voor de langere termijn.

- We adviseren om samen met betrokken partijen aan de slag te gaan met de oplossingsrichtingen uit de op te stellen werkagenda. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben hierin een belangrijke rol. Daarnaast zal de NZa het toezicht op de cruciale ggz intensiveren.
- We adviseren om de verschillende (kortetermijn)oplossingsrichtingen in samenwerking met de partijen van het bestuurlijk overleg cruciale ggz te bespreken, zodat een roadmap samengesteld kan worden om vanaf 2026 vooruit te kijken. In het bestuurlijk overleg cruciale ggz van 29 januari 2026 is met alle partijen afgesproken bovenstaande maatregelen in een werkagenda om te zetten.

Korte termijn

- De allereerste stap moet zijn dat er een duidelijke afbakening en normenkader ontwikkeld worden, met een herkenbare HIC als apart onderdeel van de ggz. Voor veranderingen in zowel bekostiging als in zorginkoopmodellen is een goede afbakening en normenkader onmisbaar. Dit is ook van toepassing op de IHT maar mogelijk met een ander tijdpad.
- Introduceer vanuit de NZa een zorglabel HIC op basis van het normenkader, zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk inzicht kunnen krijgen in wat de HIC-zorg inhoudt, door welke zorgaanbieders het wordt geleverd en aan welke patiënten. Dit is ook van toepassing op de IHT maar mogelijk met een ander tijdpad.

- Verzamel informatie op basis van een kwalitatieve analyse van praktijkervaringen. Dit kan enerzijds input zijn voor gerichte data-analyses en regionale vergelijkingen en anderzijds voor de afweging regionale versus landelijke problemen.
- Handel als zorgverzekeraars congruent bij de inkoop van HIC-zorg. Maak hierover in Zorgverzekeraars Nederland (ZN)-verband op korte termijn afspraken en zorg dat de voorgenomen lijn terugkomt in het zorginkoopbeleid dat uiterlijk 1 april 2026 gepubliceerd wordt ten behoeve van de zorginkoop voor 2027. Om dan ook feitelijk congruent in te kopen is inzicht nodig, er is dus afhankelijkheid van het normenkader en de zorglabels. Afhankelijk van het tijdpad rondom de IHT kan afgewogen worden of de IHT-zorg ook congruent ingekocht moet worden.
- Benut de mogelijkheden binnen bestaande budgetbekostiging met inkoop in representatie van de ZAP beter. In de huidige budgetbekostiging met inkoop in representatie ZAP zouden eventuele fluctuaties van instroom via de acute psychiatrie moeten worden opgevangen door de budgetsystematiek. De HIC is een belangrijk onderdeel van de acute keten en het is de verwachting dat andere inzet van de budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de ZAP kan leiden tot vergroting van de capaciteit op de HIC. Dit houdt in dat de budgetbekostiging met inkoop in representatie ingezet wordt om daadwerkelijk een voorziening te bekostigen. De feitelijke mogelijkheden hiervoor moeten nog nader verkend worden.

Langere termijn

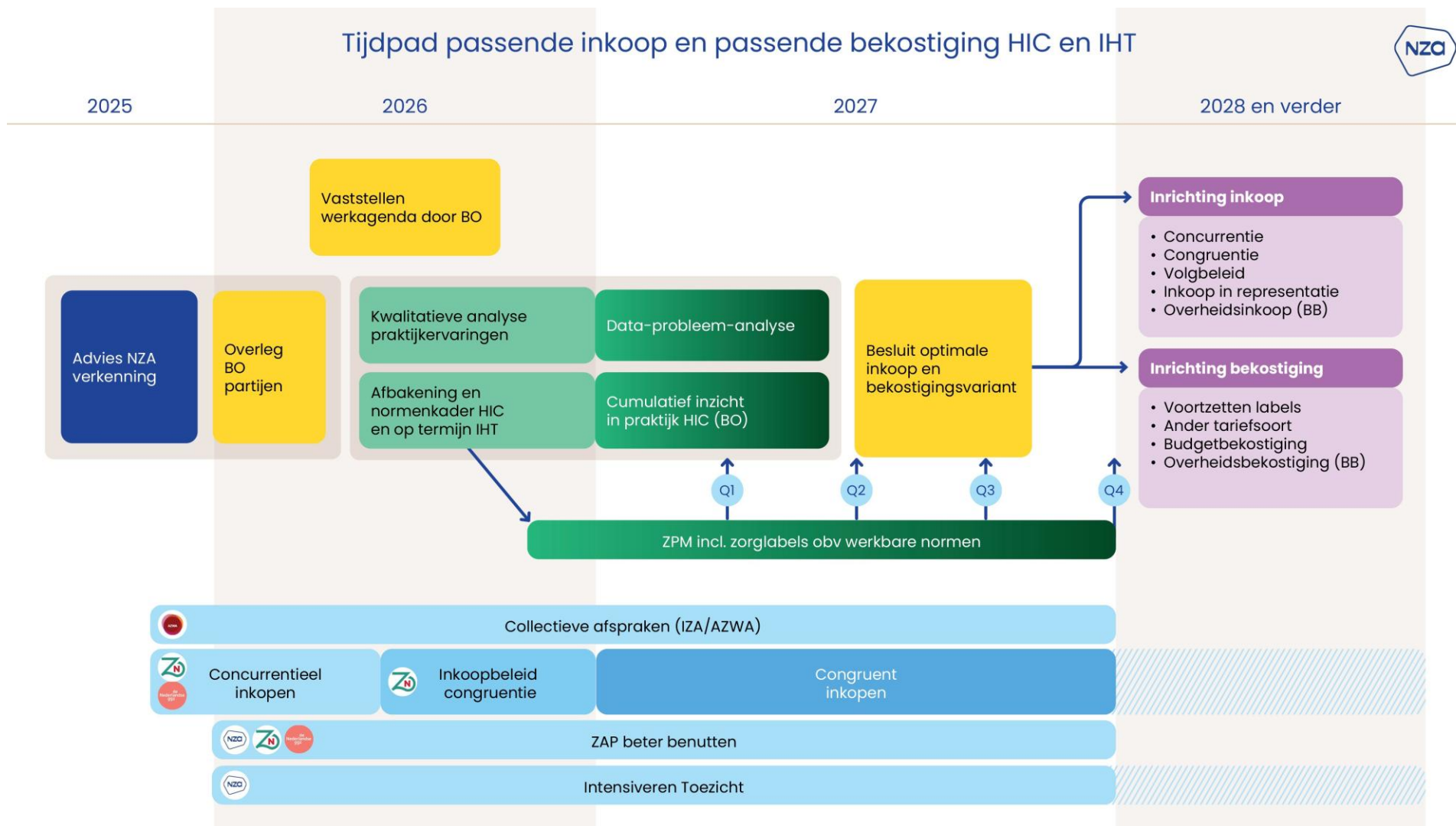
Naarmate de afbakening en het normenkader duidelijk(er) wordt en met het zorglabel gegevens kunnen worden verzameld, komt er meer inzicht beschikbaar in de HIC.

Afhankelijk van deze inzichten kunnen we bepalen of er verdere aanpassingen in de bekostiging en zorginkoop noodzakelijk zijn. Te denken valt aan:

- Als HIC, vergeleken met de al bestaande prestaties, een ander kostenbeslag kent en het een ander soort zorgactiviteit is, zou besloten kunnen worden dat er aparte prestaties moeten komen. Daar hoort dan bij dat beoordeeld wordt wat gelet op de inkoopdynamiek de juiste tariefsoort is die bij die prestaties past. Mocht blijken dat er ondanks de zorgplicht sprake is van freeridgedrag van zorgverzekeraars bij de zorginkoop, dan kan overwogen worden de tariefsoort aan te passen naar een bandbreedte- of vast tarief.
- Als blijkt dat er sprake is van grote fluctuaties in vraag naar HIC-zorg, die niet zijn op te vangen met aangepaste inzet van de budgetbekostiging met inkoop in representatie van de acute psychiatrie, dan kan een budgetsysteem met inkoop in representatie overwogen worden.

Afhankelijk van deze inzichten kunnen oplossingen mogelijk ook op andere plaatsen liggen: zoals bijvoorbeeld bij instroom/doorstroom, beschikbaarheid van professionals of bij de risico-verevening. Bovenstaande langetermijnmaatregelen zijn mogelijk ook van toepassing op de IHT, maar mogelijk met een ander tijdpad.

Tijdlijn passende inkoop en passende bekostiging HIC en IHT



Inleiding

Aanleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ontving in juli 2025 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een adviesaanvraag. Deze aanvraag betreft het verzoek om het beleidsvoornemen, om invoering van budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de volledige High & Intensive Care (HIC) en Intensive Home Treatment (IHT), te verkennen.

De HIC en IHT zijn allebei vormen van acute ggz voor mensen die ernstig zijn ontregeld of vastgelopen. De HIC omvat een kader voor klinische zorg aan patiënten voor wie ambulante behandeling tijdelijk niet toereikend is en kortdurende klinische opname noodzakelijk is. De IHT omvat een kader voor intensive outreachende behandeling/crisisinterventie in de thuissituatie en ondersteunende dagbehandeling ter voorkoming of verkorting van een opname in de kliniek. Bij IHT-zorg gaat het om zorg die 24/7 beschikbaar moet zijn voor de patiënt, zie [opdrachtbrief](#).

De aanleiding van dit verzoek van VWS is de afspraak die is gemaakt in het bestuurlijk overleg cruciale ggz van 24 april 2025. Afgesproken is om voor een deel van de cruciale ggz extra stappen te zetten in de inkoop en bekostiging met als belangrijkste doel om de beschikbaarheid van cruciale ggz beter te borgen, en daarmee verdere verschraling te voorkomen. Specifiek gaat het over afspraken gericht op de HIC en IHT. Veldpartijen hebben in de notitie “probleemanalyse met voorstellen HIC/IHT” (bijlage 1) aangegeven dat de initiële bestuurlijke afspraak om deze zorg gelijkgericht in te gaan kopen onvoldoende is. Zij geven aan verdergaande stappen te willen zetten door deze zorg in representatie in te kopen met een passend bekostigingsmodel om beschikbaarheidskosten te vergoeden.

Samengevat beoogt VWS hiermee:

- De beschikbaarheid van deze zorg beter te borgen, door meer ruimte te bieden voor ggz-instellingen om te investeren in de beschikbaarheid en kwaliteit van zorg en onwenselijke productieprikkels weg te nemen.
- Landelijk meer uniformiteit en minder vrijblijvendheid bij de inkoop van de HIC- en IHT-zorg realiseren, terwijl voldoende ruimte voor regionaal maatwerk en een actieve rol van de zorginkoper en zorgaanbieder behouden blijft.
- Samenwerking in de acute-ggz-keten bevorderen, en tegelijkertijd zoveel mogelijk voorkomen dat een wijziging in de bekostiging en inkoop leidt tot afwenteleffecten op de acute ggz vanuit andere delen van de ggz.

Opdracht aan de NZa

In de brief van 4 juli 2025 (kenmerk 4141236-1084727-PZO) combineert de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport van VWS een adviesaanvraag en een opeenvolgende uitvoerbaarheidstoets. Dit rapport gaat in op de adviesaanvraag. Alvorens een besluit te nemen over invoering van budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de volledige HIC en IHT, wil de staatssecretaris eerst de consequenties goed overzien. De staatssecretaris vraagt om zo goed mogelijk de consequenties van deze invoering in kaart te brengen aan de hand van verschillende scenario's.

Uitgangspunten en begrippenkader

De staatssecretaris heeft de NZa een aantal uitgangspunten meegegeven met betrekking tot de bekostiging en inkoop.

De geldende zorgstandaarden zijn leidend voor wat betreft de kwaliteit van HIC en IHT.

- Wijzigingen in de bekostiging en inkoop worden zoveel mogelijk budgettair neutraal vormgegeven. Daarbij zal een eventuele verhoging van kosten voor de HIC- en IHT-zorg, gecompenseerd moeten worden via maatregelen die de kosten verlagen elders in de sector.
- Wijzigingen in de bekostiging en inkoop zijn zo eenvoudig mogelijk en leiden niet tot een onevenredige structurele toename van administratieve lasten voor zorgaanbieders/zorgverzekeraars.
- De wijze van inkoop is uitvoerbaar, niet vrijblijvend en toekomstbestendig met behoud van ruimte voor regionaal maatwerk. Wanneer concurrentieprikkels/marktwerking het borgen van voldoende kwaliteit en beschikbaarheid te veel in de weg zitten, moet dit worden weggenomen. Tegelijkertijd moeten er voldoende prikkels blijven gericht op doelmatige zorgverlening, bijvoorbeeld door uit te gaan van benchmarking tussen regio's.

VWS heeft in de opdrachtbrief aangegeven dat een scherpe afbakening en duidelijke normen een randvoorwaarde zijn om budgetbekostiging met inkoop in representatie vorm te kunnen geven. En heeft daarbij meegegeven dat deze scherpe afbakening vooralsnog ontbreekt. Bestuurlijk overleg cruciale ggz heeft ingestemd een traject te starten waarin een werkgroep met vertegenwoordiging en experts van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten en overheidspartijen komt tot een uniforme afbakening van de HIC en IHT en een normenkader van voorwaarden voor de organisatie en kwaliteit van deze zorg. De staatssecretaris heeft bij aanvang van de adviesaanvraag aangegeven niet te willen wachten met het vragen van het onderhavige advies tot de uitkomsten van dit traject duidelijk zijn. Daarom heeft de staatssecretaris bij aanvang van het advies verzocht uit te gaan van de al beschikbare definities en normen voor de HIC en IHT: Voor het begrip van de HIC kan worden uitgegaan van het kader voor klinische zorg aan patiënten voor wie ambulante behandeling tijdelijk niet toereikend is en kortdurende klinische opname noodzakelijk is. Voor het begrip van de IHT kan worden uitgegaan van het kader voor intensieve outreachende behandeling/crisisinterventie in de thuissituatie en ondersteunende dagbehandeling ter voorkoming of verkorting van een opname in de kliniek. Bij IHT-zorg gaat het om zorg die 24/7 beschikbaar moet zijn voor de patiënt.

Invulling NZa aan de opdracht

De staatssecretaris heeft ons gevraagd de opdracht met betrekking tot budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de HIC en IHT op te knippen in een adviesdeel dat we zo snel mogelijk, maar uiterlijk 1 februari 2026 opleveren (hierna: deel 1), en een adviesdeel dat na de besluitvorming door VWS volgt. Hieronder beschrijven we welke stappen we gezet hebben in deel 1 om de budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de HIC verder te verkennen.

Methode en betrokkenheid partijen

Dit advies hebben we tot stand laten komen door gebruik te maken van drie methoden:

- 1 Verkenning en afstemming afbakening HIC en IHT.
- 2 Data-analyse op basis van beschikbare bronnen.
- 3 Input vanuit landelijke programma's en actuele documenten, gesprekken en een sessie met partijen.

Ad 1: Afbakening HIC en IHT:

Om de vragen te beantwoorden hoe de HIC en IHT op dit moment zijn georganiseerd en wat de afbakening voor HIC en IHT is waar de budgetbekostiging met inkoop in representatie op gebaseerd moet worden, is naar de resultaten van de werkgroep afbakening en naar bestaande documenten (o.a. HIC-monitor) gekeken. Hieruit konden geen duidelijke afbakeningen worden afgeleid. Om deze reden heeft de NZa voor de data-analyses twee werkdefinities opgesteld. Voor de IHT zijn de inhoud van de zorg en de bijbehorende normen onvoldoende uitgewerkt om als afbakening te kunnen gebruiken. Daarom gaan we in dit rapport niet nader in op de IHT en richten wij de aandacht alleen op de HIC.

Ad 2: Data-analyse:

In de data-analyses is in bestaande gegevens onderzocht hoe groot (een boven- en ondergrens van) de daadwerkelijke omvang van de HIC is. Daarnaast is onderzocht of de bestaande budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de acute psychiatrie (ZAP) onbenutte ruimte heeft om beschikbaarheid op te vangen in relatie tot onverwachte variaties aan instroom. Als laatste hebben we gekeken hoe het conceptnormenkader voor de HIC zich verhoudt tot de totale kosten die gemaakt zullen worden voor de HIC.

Ad 3: Input vanuit partijen:

Er is sprake van een korte doorlooptijd waarin door de NZa de gevraagde verkenning moet worden uitgevoerd. Dit betekent onder andere dat er beperkte tijd was voor raadpleging van de veldpartijen. Voor dit rapport maken we gebruik van de input van de betrokken partijen in het bestuurlijk overleg cruciale ggz, de eerder gemaakte afspraken tussen partijen en de probleemanalyse zoals deze in de opdracht is geformuleerd, gesprekken met externe partijen en opzet en documenten van landelijke programma's en rapporten van cruciale ggz gerelateerde (landelijke) programma's (onder andere IZA, AZWA, IBO mentale gezondheid en ggz en Actieaanpak arbeidsmarkt cruciale ggz), voortgangsgesprek met een kleine werkgroep (deNLggz, ZN, MIND en VWS) en van een online sessie die half december 2025 is georganiseerd met alle partijen die deel uitmaken van het bestuurlijk overleg cruciale ggz (deNLggz, ZN, MIND, NVvP, NVZ, UMCNL, VWS, ZiNL en IGJ).

In januari 2026 is het conceptadvies ter consultatie naar de partijen gestuurd en is deze in het bestuurlijk overleg cruciale ggz van 29 januari besproken. De uitkomsten van deze consultatie zijn in het definitieve rapport verwerkt.

Opbouw rapport

Dit rapport beschrijft de stappen die gezet zijn om invulling te geven aan de verkenning van (budget)bekostiging voor de HIC.

Het rapport bestaat uit de volgende onderdelen:

- a Visie op (stelsel van) mentale gezondheid (hoofdstuk 1)
- b Noodzaak afbakening en normenkader (hoofdstuk 2)
- c Inzicht in bekostiging- en zorginkoopmodellen (hoofdstuk 3)
- d Landelijke context en verdieping kwalitatieve probleemanalyse HIC (hoofdstuk 4)
- e Kwantitatieve bevindingen (hoofdstuk 5)
- f Oplossingsrichtingen en advies aan VWS (hoofdstuk 6)

In de tekst gebruiken we een aantal termen die we nader definiëren voor de doeleinden van dit advies. Hieronder geven we een toelichting op de kernbegrippen.

Toelichting kernbegrippen

Dit rapport richt zich op de verkenning naar een budgetbekostiging met inkoop in representatie voor HIC. We zien dat daarbij verschillende begrippen en terminologie soms tot verwarring leiden. Daarom hier een omschrijving van drie kernbegrippen: beschikbaarheidsbekostiging, (a) budgetbekostiging met inkoop in representatie en (b) de beschikbaarheidsbijdrage.

Beschikbaarheidsbekostiging

Bekostiging op basis van beschikbaarheid, om een bepaalde zorgcapaciteit beschikbaar te houden ongeacht de hoeveelheid geleverde zorg. Er zijn twee vormen van beschikbaarheidsbekostiging:

a Budgetbekostiging met inkoop in representatie (inkoop via zorgverzekeraars)

Budgetbekostiging met inkoop in representatie is een vorm van beschikbaarheidsbekostiging. Bij budgetbekostiging met inkoop in representatie komen een zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraars een budget overeen, waarmee zij afspreken dat met dit budget de afgesproken voorziening beschikbaar is. Zorgverzekeraar en zorgaanbieder kunnen de hoogte van het budget afspreken in de vorm van NZa-budgetparameters. De NZa stelt de overeengekomen hoogte van het budget vervolgens vast. Om het afgesproken budget te dekken, is er sprake van financiering door de zorgverzekeraars aan de zorgaanbieder door gedeclareerde zorgprestaties te vergoeden, eventueel aangevuld met een verrekeningsbedrag om beschikbare maar ongebruikte capaciteit te vergoeden.

We kennen al verschillende vormen van budgetbekostiging met inkoop in representatie binnen de acute zorg. Zo hebben we op dit moment een budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de acute ggz (ZAP), de regionale ambulancevoorzieningen en de huisartsenposten. Vaak is er bij een budgetbekostiging met inkoop in representatie sprake van een beschikbaarheidsfunctie. Het gaat om zorg die altijd beschikbaar moet zijn, ongeacht of er op elk moment vraag naar is. De zorgaanbieder moet ook haar kosten kunnen dekken wanneer zij de volledige capaciteit beschikbaar houdt maar niet volledig benut.

b Beschikbaarheidsbijdrage (overheidssubsidie)

De beschikbaarheidsbijdrage is een overheidssubsidie. Deze vorm van bekostiging mag alleen worden ingevoerd voor vormen van zorg waarvan de kosten niet (geheel) zijn toe te rekenen naar individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of waarvan die toerekening marktverstoring werkt, en die niet op andere manier bekostigd kan worden (art. 56a Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg)).

1 Visie op (stelsel) van mentale gezondheid

Voordat we in dit rapport ingaan op de uitkomsten van onze verkenning, vinden we het van belang een wat bredere visie op mentale gezondheid en de ggz-sector te geven.

Onze missie is helder: we werken aan toegankelijke, betaalbare zorg voor alle inwoners in Nederland. Wij werken vanuit betrokkenheid en maken toetsbare, onderbouwde keuzes die bijdragen aan impactvolle verbeteringen in de zorg en samenleving, zie onze strategische koers. De maatschappelijke opdracht staat evenwel onder druk. De ggz-sector kent forse uitdagingen en problemen zoals een toenemende zorgvraag, de blijvende tekorten aan zorgprofessionals, weinig grip op zorgvraagzwaarte en zorgkwaliteit en tot slot een stelsel dat domeinoverstijgende samenwerking moeizaam maakt. Dit leidt tot wachtlijsten, toenemende werkdruk, stijgende kosten, patiënten met complexe zorgvraag die tussen wal en schip vallen en daardoor kritiek op marktwerking. In het geval van de cruciale ggz leidt dit tot de vraag om vermindering van de marktwerking, specifiek in de vorm van een budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de HIC en IHT. In de ogen van de NZa is de kern van het probleem op dit moment niet zozeer de precieze bekostigingsvorm, maar het feit dat er onvoldoende wordt gestuurd, binnen de gehele ggz. Iemand moet de (helaas soms) pijnlijke keuzes maken om schaarste beter te verdelen. Nu maakt 'het systeem' impliciet de keuze door de wachtlijsten te laten oplopen en een gebrek aan plaatsen voor patiënten met een complexe zorgvraag te laten ontstaan. Dat moet beter. Wat hierin kan helpen is een differentiatie naar doelgroepgerelateerde problemen, -oorzaken en -oplossingen. In de praktijk is al een driedeling zichtbaar welke ook kan worden gebruikt in de systeemwereld.

- 1 Mensen met complexe psychische problemen (ernstig psychiatrische aandoeningen): Deze mensen moeten in zorg komen en niet tussen wal en schip belanden.
- 2 Mensen met psychische problemen (common mental disorders): Deze mensen moeten enerzijds op tijd de goede zorg krijgen en anderzijds moeten we als maatschappij accepteren dat ggz-zorg schaars is en dat zij vaker zorg krijgen in groepen of met een beperkt aantal sessies.
- 3 Mensen met een lichte mentale zorgvraag en/of sociale hulpvraag: Deze mensen kunnen minder terecht bij de ggz en zullen in veel gevallen in het sociale domein hun plek moeten krijgen.

Voor de eerste groep, de mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, is de cruciale ggz van belang, waarvan de HIC een klein maar belangrijk onderdeel is.

Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA)-afspraken

Bovenstaande kijkwijze is ook zichtbaar binnen het AZWA. Het afgelopen jaar is hard gewerkt aan de AZWA-afspraken. Meer behandelcapaciteit voor mensen met een ggz-vraag, met name voor mensen met een complexe zorgvraag, is een belangrijk onderdeel. De NZa heeft veel waardering voor de inzet die verschillende partijen tot dusverre hierop hebben gepleegd. Eén van de afspraken is 'C6 Verbeteren toegankelijkheid van de ggz', zie Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord.

We willen dat er meer behandelcapaciteit komt voor mensen met een ggz-vraag, specifiek voor patiënten met een complexe zorgvraag. Daarom gaan we binnen het bestaande kader schuiven met menskracht en middelen, waarbij het zwaartepunt verschuift van de behandeling van lichte zorgvragen naar de behandeling van complexe zorgvragen. Mensen met een complexe zorgvragen moeten nu vaak (te) lang op zorg wachten

Om deze afspraken goed van het papier te laten komen, is en blijft een goede samenwerkingsrelatie tussen zorgverzekeraars en ggz-aanbieders van groot belang. Een samenwerkingsrelatie die doorlopend vorm en inhoud moet krijgen, wat periodiek wordt bekrachtigd in de vorm van een passend contract. De ggz-contractering blijft verdere verbetering behoeven. Dit is iets wat van twee kanten moet

komen, zoals wij ook tot uitdrukking brengen in onze 'Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg' en publicaties over passende contractering.

Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) mentale gezondheid en ggz en Staatscommissie

Afgelopen jaar is het IBO mentale gezondheid en ggz gepubliceerd. Ook daarin worden problemen geconstateerd.

De manier waarop ondersteuning en zorg voor mensen met psychische klachten is georganiseerd kent ernstige gebreken. Daar zijn juist mensen die de hulp hard nodig hebben de dupe van. Steeds meer mensen worden geholpen in de ggz, maar tegelijkertijd is er sprake van lange wachtlijsten. Met name mensen met een complexe hulpvraag of ernstige psychische problematiek moeten lang wachten op passende hulp of vallen tussen wal en schip, met schrijnende situaties tot gevolg. Er is weinig bruikbare uitkomstinformatie over de ggz beschikbaar, waardoor de kwaliteit van zorg vaak moeilijk kan worden vastgesteld. Uit verschillende onderzoeken komt wel naar voren dat voor mensen met een complexe hulpvraag onvoldoende passend aanbod beschikbaar is. Desondanks groeien de uitgaven aan de curatieve ggz van 3,3 miljard euro in 2015 tot bijna 5,6 miljard euro in 2024. Dit is harder dan de uitgaven aan de Zvw als geheel. Ook de uitgaven aan de ggz in de Wlz zijn de laatste jaren meer toegenomen dan verwacht. De combinatie van de groeiende vraag, het groeiende aanbod, de groeiende kosten, de steeds langere wachttijden en het feit dat er mensen met zeer ernstige problemen zijn die in dit stelsel niet goed worden geholpen, maakt dat het huidige stelsel zonder aanpassing niet houdbaar is.

De voorbereidingen worden getroffen voor een staatscommissie die onderzoek doet naar en met voorstellen komt voor een toekomstbestendige en weerbare inrichting van het zorgstelsel in Nederland, zie Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2025. Wat de NZa betreft zal mentale gezondheid daarbij een belangrijk gespreksonderwerp zijn, met alle mogelijke opties op tafel om het stelsel voor mentale gezondheid anders in te richten. In dit rapport zal de NZa niet ingaan op een eventuele stelselwijziging, maar bij de beantwoording van de vragen uitgaan van het bestaande stelsel.

Nu alvast

We zijn het aan patiënten, naasten, behandelaren en premiebetalers verplicht om de huidige inrichting nu zo goed mogelijk te laten werken. De zorgverzekeraar heeft de regierol om toegang tot noodzakelijke zorg te bewerkstelligen in het huidige stelsel van gereguleerde marktwerking. Zorgverzekeraars treden op als zorginkoper waarbij zij onderhandelingspartners zijn van de zorgaanbieders, als het gaat over de prijs, inhoud en organisatie van de zorg, zie Kamerstukken. Naar hun verzekerden hebben zij een wettelijke zorgplicht. Deze regisseursrol brengt mee dat de zorgverzekeraar moet toezien op de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg en tevens moet streven naar kostenbeheersing, om de zorg betaalbaar te houden (zie bijvoorbeeld: Gerechtshof Den Haag 11 juni 2024). Dat is geen makkelijke rol, zoals zal blijken uit de rest van dit advies. Daarnaast ligt er ook een rol voor de ggz-aanbieders. Ggz-aanbieders hebben mede de verantwoordelijkheid voor een goede samenwerkingsrelatie, het bieden van inzicht en het vormgeven van een passend contract. Het ontwikkelen van sterke en duurzame contractrelaties is complex, intensief en tijdrovend, maar wel van belang voor het creëren van een situatie waarin partijen zich vanuit deze relatie richten op de gezamenlijke (regionale) opgave. Om een contractrelatie te ontwikkelen die de transformatie naar passende zorg centraal stelt, is het dan ook belangrijk dat partijen denken en handelen vanuit een 'wij-wij'-benadering. Daarbij kan gewerkt worden vanuit een relationeel contracteemodel, waarin niet de financiële afspraken centraal staan, maar de gemeenschappelijke visie en doelen, zie Naar transformatiegerichte contracten in de zorg. Bij deze verantwoordelijkheid van ggz-aanbieders hoort, in samenspel met zorgverleners, het inzicht bieden in de geleverde HIC-zorg en de afbakening daarvan.

De NZa gaat in dit advies in op de probleemanalyse van partijen over deze samenwerking en de knelpunten rond de HIC, en verkent verschillende oplossingsrichtingen.

2 Afbakening en normenkader

2.1 Noodzaak afbakening

In de opdrachtbrief is aangegeven dat een duidelijke afbakening en normenkader randvoorwaardelijk is, ongeacht de wijze van zorginkoop en de wijze van bekostigen. In paragraaf 2.2 gaan we verder in op het belang van de afbakening en in paragraaf 2.3 op de actuele stand van zaken van het normenkader voor de HIC.

2.2 Belang afbakening

Partijen geven aan dat er meer aandacht moet komen voor HIC- en IHT-zorg, zodat patiënten met een complexe zorgvraag beter in zorg kunnen komen. De NZa onderschrijft het belang van het vergroten van de toegankelijkheid van deze complexe zorgsoorten. En het belang van de randvoorwaardelijkheid van de afbakening die noodzakelijk is om te weten welke zorg onder HIC en IHT valt om deze zorg de noodzakelijke aandacht te kunnen geven.

De HIC-afdelingen en IHT-teams zijn sterk verweven met de zorgorganisatie van de zorgaanbieders. HIC en IHT kennen een sterke doorstroom van patiënten van bijvoorbeeld acute ggz naar ambulante teams en op het niveau van de declaraties zijn HIC en IHT niet te onderscheiden van andere vergelijkbare soorten ggz, zie bijlage 2. Dit betekent dat de afbakening geen sinecure is en toch is het noodzakelijk de zorgsoort duidelijk en concreet af te bakenen. Van belang is te weten welke HIC- en IHT-capaciteit en voorzieningen er beschikbaar moeten zijn en aan welke eisen op het gebied van kwaliteit en bereikbaarheid deze moeten voldoen. Deze noodzaak is onafhankelijk van de gekozen oplossingsrichting, of dit nu concurrentieel inkopen is of inkopen in representatie met een budgetbekostiging met inkoop in representatie, het is noodzakelijk dat alle partijen eenduidig en zonder interpretatieverschillen weten welke zorg onder de inkoopafspraken moet vallen.

Het is belangrijk dat de afbakening en het normenkader opgesteld en gedragen worden door partijen en dat het normenkader ook wordt ingeschreven als zorgstandaard in het register. Reden hiervoor is dat het daarmee ook een afdwingbaar kader wordt waar niet zonder reden van afgeweken kan worden. Met een ingeschreven norm wordt het ook mogelijk om te oordelen over de zorgplicht en om partijen hierop aan te kunnen spreken, wanneer niet aan de plicht wordt voldaan, bijvoorbeeld door onvoldoende inkoop. Ook hierin is het van belang om de HIC en IHT in het bredere perspectief van de gehele ggz-keten te zien. In het bestuurlijk overleg cruciale ggz van 6 november 2025 is ingestemd met het toewerken naar een kwaliteitsstandaard, zodat de uiteindelijke normenkaders openbaar, transparant en afdwingbaar zijn via inschrijving in het openbaar register van het Zorginstituut.

Met de normen die worden opgesteld worden enkele dingen duidelijk. Ten eerste wordt transparanter welke zorgaanbieders de zorgsoort leveren. Dit bepaalt welke zorgaanbieders dus in gesprek kunnen gaan met de zorgverzekeraars over een eerlijke vergoeding. Daarnaast zorgen de normen voor een duidelijke en controleerbare definitie van HIC en IHT, hiermee wordt het ook mogelijk om de zorgaanbieder aan te spreken wanneer hij de normen niet haalt. Als laatste leveren de normen een duidelijke onderbouwing van de (hoge) kosten die komen kijken bij het organiseren en leveren van HIC-

en IHT-zorg. Ook in de notitie “probleemanalyse met voorstellen HIC/IHT” (bijlage 1) wordt het belang van een scherpe afbakening en de ontwikkeling van normen als randvoorwaarden toegelicht.

2.3 Actueel normenkader HIC en IHT

De staatssecretaris heeft als een van de uitgangspunten meegegeven dat de geldende zorgstandaarden leidend zijn voor wat betreft de kwaliteit van HIC en IHT. Wij interpreteren dit voor deze verkenning zo dat nieuwe zorgstandaarden ervoor kunnen zorgen dat de kwaliteit van de HIC kan veranderen. De vanuit het bestuurlijk overleg cruciale ggz ingestelde werkgroep afbakening heeft een eerste concept opgesteld voor de afbakening en het bijbehorende normenkader voor de HIC en IHT. In eerste instantie heeft dit nog niet geresulteerd in een breed gedragen en concrete afbakening. Deze werkgroep is in het bestuurlijk overleg cruciale ggz van november 2025 decharge verleend. Inmiddels zijn partijen in opdracht van bestuurlijk overleg cruciale ggz in kleinere samenstelling verdergegaan met het ontwikkelen van twee concept normenkaders.

2.3.1 Normenkader HIC

Voor de HIC hebben partijen in samenwerking met VWS en de NZa de nodige concreetheid aangebracht, waardoor het reëel lijkt om binnen afzienbare tijd te komen tot een breed gedragen kader waarmee kan worden toegewerkt naar inschrijving bij het Zorginstituut. Voor de HIC zijn de normen in het normenkader geënt op het HIC-handboek en de scores op de HIC-monitor. De HIC-monitor bestaat uit 53 items die afzonderlijk beoordeeld worden op een 5-puntschaal, oplopend van “niet aantoonbaar geïmplementeerd” tot “volledig geïmplementeerd”. Hierbij tellen alle punten even zwaar. In de huidige vorm wordt ambitieus ingezet op de minimaal benodigde voorzieningen voor de HIC. De NVVP neemt momenteel het voortouw om, in samenwerking met partijen, het normenkader verder te concretiseren. Het concept normenkader voor de HIC is op dit moment ingericht op voornamelijk score 5. In het HIC-werkboek is sprake van een modelgetrouwheidsschaal (of monitor) om te meten hoe goed een psychiatrische afdeling het HIC-model implementeert. Hierin worden scores van 1 tot en met 5 onderscheiden, waarvan score 5 het meest uitgebreide is en 1 het minst. In de verdere ontwikkeling van de afbakening en het normenkader zal bepaald moeten worden vanuit de partijen welk niveau minimaal ingevuld dient te worden. Er wordt aangegeven dat de huidige invulling gemiddeld uitkomt op een 3,4. Voor certificering is gemiddeld een 3,2 nodig.

2.3.2 Ontbreken duidelijke normen IHT

Het normenkader van de IHT is nog onvoldoende concreet. Verschillende BO cruciale ggz partijen benoemen ook dat IHT-zorg slecht te definiëren is, omdat er een breed spectrum van invullingen is, waardoor er overlap is met andere outreachend georganiseerde zorgsoorten. Wij verwachten daarom niet dat er op korte termijn voldoende concretisering zal komen van de normen voor de IHT. Om deze reden richten wij ons in dit advies verder niet op de IHT, maar richten wij ons volledig op de HIC.

3 Bekostiging- en zorginkoopmodellen

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we verschillende manieren om de bekostiging en de zorginkoop vorm te geven. Het systeem van bekostiging in combinatie met zorginkoop door zorgverzekeraars vormt een spectrum met aan het ene uiterste de concurrentiële inkoop van prestaties met een vrij tarief en aan het andere uiterste de budgetsystematiek met inkoop in representatie. Naast de zorginkoop door zorgverzekeraars is er ook de mogelijkheid tot de beschikbaarheidsbijdrage waarbij de zorgverzekeraar geen rol heeft en de overheid de vergoeding vaststelt en verleent. Dit wordt ook wel zorginkoop door de overheid genoemd. Het introduceren van budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de HIC en IHT zou betekenen dat we van (bijna) het ene uiterste naar het andere uiterste gaan. Omdat er op dit spectrum ook nog vele tussenvarianten zitten, beschrijven we in dit hoofdstuk de verschillende manieren van bekostiging en modellen van zorginkoop. Voor de verschillende varianten wordt aangegeven in welke situaties ze passend kunnen zijn. Ook wordt beschreven aan welke randvoorwaarden voldaan moet zijn voor een optimale invulling van de betreffende variant. Voor alle varianten geldt in ieder geval dat er een gedragen en duidelijke afbakening en normenkader moet zijn met betrekking tot wat de HIC zorg is, zie hiervoor hoofdstuk 2. De noodzaak voor een duidelijke afbakening en normenkader wordt nog groter als bij de zorginkoop niet de visie van de individuele zorgverzekeraar, maar overkoepelende afspraken in de inkoop leidend zijn, zoals bij congruent handelen of inkoop in representatie.

Onder zorginkoop verstaan we de manier waarop de zorg door de zorginkoper wordt ingekocht bij de zorgaanbieder. De zorginkoper is in de ggz onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) de zorgverzekeraar.

Bij bekostiging hebben we het in deze verkenning over de manier waarop de zorgaanbieders worden betaald voor de zorg die zij leveren en waarmee de financiële kant van de zorgverlening afgehandeld wordt tussen de zorgaanbieder en de zorginkoper. De bekostiging bepaalt op welke manier en voor welke prestatie(s) een zorgaanbieder een vergoeding kan ontvangen bij het leveren van zorg, aan welke voorwaarden voldaan moet worden om in aanmerking te komen voor een vergoeding en (afhankelijk van de bekostigingsrichting) ook eventueel hoe hoog deze vergoeding mag zijn.

In paragraaf 3.2 werken we de bekostigingsvormen verder uit en in paragraaf 3.3 de zorginkoopvarianten. In paragraaf 3.4 beschrijven we de belangrijkste combinaties van 'zorginkoopvarianten en bekostigingsvormen' met hun kenmerken die wij zien voor de HIC.

3.2 Bekostiging

Zoals hierboven toegelicht, hebben we het bij bekostiging in deze verkenning over de manier waarop de zorgaanbieders worden betaald voor de zorg die zij leveren. In de Zvw is de NZa door de wetgever aangewezen als instantie die de wijze van bekostiging voorschrijft, dit al dan niet na aanwijzing van de minister van VWS. In dit hoofdstuk benaderen we de bekostiging met de bril van alle verplichtingen die er vanuit de overheid (NZa) bestaan, zoals de te declareren zorgprestaties en tarieven en de bijbehorende registratie- en informatieverplichtingen. De NZa stelt in de ggz prestaties vast voor zorglevering met een bijbehorend tarief of tariefsoort. De tariefsoort kan variëren tussen vrije tarieven, vaste (punt)tarieven, bandbreedtetarieven of maximumtarieven. Prestaties kan de NZa vaststellen op

het niveau van één prestatie voor één specifieke individuele zorglevering (bijvoorbeeld een diagnostisch consult van 15 minuten) tot één prestatie voor de levering van een heel zorgtraject (voorbeeld hiervan zijn de dbc's die tot 2022 in de ggz de vigerende prestaties waren). Een budget is een variant hierop waarbij er een vaste financiële grens (het budget) aan een bundel prestaties wordt gekoppeld. Op grond van Artikel 50, tweede lid sub a, van de Wet marktordening gezondheidszorg is een budget een vaste grens aan een som van de tarieven voor de betrokken prestaties. De betrokken prestaties zijn dan bijvoorbeeld alle prestaties acute ggz geleverd in één jaar aan alle acute ggz patiënten van één zorgaanbieder.

Een alternatieve bekostigingsvorm in de Zvw is de beschikbaarheidsbijdrage waarbij er geen prestaties worden vastgesteld met een tarief, maar een subsidie wordt verstrekt aan de zorgaanbieder voor het leveren/beschikbaar houden van zorg die niet op de reguliere wijze bekostigd kan worden.

3.2.1 Prestaties en tarieven voor de huidige HIC-zorg

De HIC-zorg door ggz-aanbieders en ziekenhuizen wordt momenteel op twee manieren bekostigd. Het grootste deel van deze zorg wordt bekostigd via de reguliere prestatiebekostiging in het zorgprestatiemodel (ZPM). Een kleiner deel wordt bekostigd via de budgetbekostiging acute ggz (de eerste drie kalenderdagen). De bekostiging door de reguliere ZPM-prestaties betreft de consulten en verblijfsdagen met een bijbehorend maximumtarief per prestatie en prestaties die binnen de inkoop in representatie van de acute psychiatrie worden gebruikt. Hierbij is er één specifieke verblijfsdag voor de HIC, verblijfsdag H, al weten we dat op de HIC soms ook verblijfsdagen F en G worden gebruikt.

Prestatiebeschrijving Verblijfsdag H ggz (high & intensive care (hic))

De prestatie Verblijfsdag H is bedoeld voor patiënten met een zeer intensieve verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. De behoefte aan begeleiding is afhankelijk van het beloop van het ziektebeeld van de patiënt en kan, indien nodig, tot 1-op-1 begeleiding worden opgeschaald. De nadruk ligt hierbij op het aanbieden van oplossingen en voorkomen van dwangmaatregelen. Wat betreft de zelfstandigheid in het ADL/BDL is er permanente begeleiding nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is wisselend. Wel is er gedeeltelijk overname van zorg en permanent (opvoedkundig) toezicht door VOV-personeel nodig. Intensiteit van de begeleiding kan sterk wisselen en, indien nodig, opgeschaald worden tot 1-op-1 begeleiding. Patiënten vertonen over het algemeen ernstige gedragsproblemen/agressie, dan wel ernstige verstoringen in het functioneren. In het algemeen is sprake van intensieve dagelijkse begeleiding en dagstructurering, met continu individueel (opvoedkundig) toezicht. Bij een verblijfsdag H wordt tussen de 1,3 en 2,0 fte per bed/plaats ingezet. De patiënten blijven doorgaans tijdens de gehele duur van de behandeling in de kliniek. Het betreft een gesloten afdeling, die beschermd is waarbij het grootste deel van de patiënten de afdeling niet zal verlaten en waar het grootste deel van de patiënten zich niet aan het toezicht kan onttrekken. De afdeling kent over het algemeen specifieke bouwkundige en installatietechnische aanpassingen op het gebied voorkomen van terugval en stimuleren van herstel. Zo is er de mogelijkheid op te schalen naar een prikkelarme intensieve begeleidingsafdeling.

3.2.2 Alternatieven voor de huidige bekostiging van HIC

Voorwaardelijk voor wijzigingen in de bekostiging is dat de zorg duidelijk beschreven is en afgebakend kan worden. Deze voorwaarde geldt voor elke verandering van bekostiging. Afbakening en normenkader worden nader toegelicht in hoofdstuk 2.

Informatie toevoegen

Voor goede zorginkoop van specifieke zorgsoorten is het essentieel dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar het met elkaar eens kunnen zijn over welke declaraties bij de zorgsoort horen. Dit kan worden georganiseerd door in de bekostiging de registratie en vermelding van een zorglabel voor HIC te verplichten. Het wordt dan immers inzichtelijk wat er binnen de HIC geleverd wordt en dit kan richting geven in het inkoopgesprek.

Setting Hoogspecialistisch

In het normenkader wordt bepaald en beschreven wat voor soort zorg HIC-zorg is. De vraag die daarbij beantwoord moet worden is of HIC-zorg hoogspecialistische zorg is als in de zin van de setting Hoogspecialistisch van het ZPM.

Deze setting is in artikel 2.4 van de beleidsregelprestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg (BR/REG-26134b) als volgt gedefinieerd:

Prestatiebeschrijving setting Hoogspecialistisch ggz (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)

Voor hoogspecialistische zorg die vanwege de zeldzaamheid, ernst en/of complexiteit van de zorgvraag van de patiënt in zijn geheel is ingericht op het kunnen leveren van multidisciplinaire, intensieve zorg. De geboden zorg vereist een specifieke infrastructuur of (medisch-) specialistische kennis, expertise of vaardigheden. Door dit vereiste is er een sterke vertegenwoordiging van specialistische professionals in het behandelteam dat binnen de setting werkt. Vanwege (het opbouwen van) de benodigde kennis en infrastructuur is concentratie van deze zorg nodig. Binnen deze setting worden ook een second opinion en consultatiefunctie vervuld voor andere aanbieders. Daarnaast wordt vanuit de hoogspecialistische setting kennis verspreid naar de andere settings.

In de tariefbeschikking zal de NZa opnemen dat prestaties binnen de setting Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde) alleen gedeclareerd mogen worden indien er schriftelijke overeenstemming is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over het gebruik van die setting.

Mocht HIC-zorg gekwalificeerd worden als hoogspecialistisch, in de zin van setting Hoogspecialistisch, dan kan de HIC-zorg na schriftelijke overeenstemming hierover tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar gedeclareerd worden in deze setting. Dit zorgt voor aanvullende mogelijkheden in de zorginkoop om een hogere vergoeding af te spreken voor HIC-zorg.

Nieuwe prestaties

Voorwaarde voor nieuwe, specifieke HIC-prestaties is dat er objectief sprake is van een ander soort zorgactiviteit. Daarnaast moet de betreffende zorgactiviteit een ander kostenpatroon kennen dan gedekt via de bestaande reguliere prestaties waar die zorgactiviteit tot dan toe onder gedeclareerd werd. Vergelijkbare zorgactiviteiten met een vergelijkbaar kostenniveau moeten zoveel mogelijk via dezelfde prestaties bekostigd worden. De Wmg biedt de mogelijkheid om te experimenteren met de prestaties en bekostigingsvorm in het geval het nog niet zeker is hoe een optimale bekostiging of prestatiestructuur eruit moet zien. Ook is er in het huidige bekostigingsmodel ruimte om een facultatieve prestatie overeen te komen door zorgaanbieder en zorgverzekeraar, dit voor zover er nog geen reguliere prestaties zijn voor die activiteit. Hiermee kunnen na overeenstemming tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar individuele prestaties worden overeengekomen. Deze facultatieve prestaties kennen naast het contractvereiste een vrij tarief.

Verandering in tariefsoort

Als er aparte prestaties zijn vastgesteld voor de HIC kan beoordeeld worden welke tariefsoort optimaal is. Mocht bijvoorbeeld blijken dat er bij concurrentiële zorginkoop of zorginkoop via volgreide te hoge afslagen worden gehanteerd op maximumtarieven, dan kan een bandbreedtetarief of zelfs een vast tarief worden overwogen. Ook te hoge afslagen door bijvoorbeeld freeridgedrag van een enkele zorgverzekeraar kunnen voorkomen worden door een bandbreedte- of vast tarief. Dit beperkt de ruimte van de individuele zorginkoper om eigenstandig keuzes te maken in de tariefhoogte, waarmee congruent handelen op vergoeding voor deze zorg feitelijk wordt afgedwongen. Bandbreedte- of vaste tarieven maken de uitvoeringspraktijk meer rigide. Het wordt moeilijker voor een zorgaanbieder om binnen hetzelfde contract zowel lichtere als zwaardere zorg te leveren en daar ook financiële afspraken over te maken met de zorginkoper. Ook maatwerk in de contractering wordt lastiger.

Overige bekostigingsmogelijkheden

Er bestaat nog een veelheid aan varianten die in meer of mindere mate van toepassing kunnen zijn voor de HIC. Hieronder valt bijvoorbeeld een bundelbekostiging voor de HIC, waarin de zorgverzekeraar en zorgaanbieder afspraken maken over gemiddelde kosten en *shared savings*-afspraken gemaakt kunnen worden over geleverde kwaliteit of uitkomst van zorg. In het uiterste geval kan zelfs populatiebekostiging worden overwogen, waarbij er een budget bijvoorbeeld wordt bepaald op basis van het aantal inwoners in een werkgebied van een zorgaanbieder. Deze bekostigingsvormen vragen meer commitment of fundamentele wijzigingen van het zorgstelsel, daarom werken we deze niet verder uit. Partijen kunnen hier uiteraard wel over in gesprek als er wenselijke eigenschappen zijn van deze modellen.

Budgetbekostiging met inkoop in representatie

Budgetbekostiging met inkoop in representatie is een vorm van beschikbaarheidsbekostiging en kan worden ingezet om een bepaalde soort zorg en de daarbij behorende ondersteunende structuur en activiteiten te borgen. In tegenstelling tot prestatiebekostiging staat hierbij niet de hoeveelheid geleverde zorg centraal, maar wordt een bepaalde capaciteit vergoed en toegankelijk gehouden ongeacht de zorgvraag. Daarbij schaalst het vaste budget dus niet direct mee met een stijging of daling van de geleverde zorg, maar is de insteek dat het budget de capaciteit bekostigt die nodig is om de potentiële zorgvraag (tot een bepaald niveau) te kunnen opvangen. Op die manier geeft een budgetbekostiging met inkoop in representatie zorgaanbieders financiële zekerheid. Deze bekostigingsvorm is tegelijkertijd minder flexibel om mee te bewegen met ontwikkelingen in de zorgvraag dan de huidige prestatiebekostiging. Ook de administratieve lasten van budgetbekostiging met inkoop in representatie kunnen afhankelijk van de precieze invulling fors zijn, zorgaanbieders moeten namelijk naast de reguliere zorginkoop ook een overeenkomst sluiten over het budget al dan niet met een voorcalculatie- en nacalculatieronde. Hier staat tegenover dat er maar met één representerende zorgverzekeraar inkoopgesprekken gevoerd hoeven te worden.

Kenmerken van budgetbekostiging met inkoop in representatie

Met een budgetbekostiging met inkoop in representatie wordt de beschikbaarheid van vooraf vastgelegde capaciteit geborgd, dit zal met de juiste afspraken leiden tot een bepaald niveau van beschikbaarheid voor de instroom van nieuwe patiënten.

Wat zijn de kansen en risico's bij de invoering van budgetbekostiging met inkoop in representatie?

Met budgetbekostiging met inkoop in representatie is een bepaalde vooraf vastgelegde capaciteit beschikbaar. In het geval van acute zorg die 24/7 beschikbaar moet zijn is de daadwerkelijke beschikbaarheid van groot (maatschappelijk) belang. Een budgetbekostiging met inkoop in representatie biedt ook kansen omdat alleen zorgaanbieders die door de representerende zorgverzekeraar zijn geselecteerd in aanmerking komen voor een vergoeding. Deze selectie kan in het kader van spreiding en concentratie voorkomen dat het aanbod met hoge (beschikbaarheids)kosten en een laag volume te

veel versplinterd wordt over zorgaanbieders. Een risico bij budgetbekostiging in representatie is dat als de capaciteit maximaal is ingezet het niet geborgd wordt dat een fluctuatie naar boven wordt opgevangen. Sterker nog, doordat alles boven het budget niet vergoed wordt (budget is immers vaste grens) levert een budgetsysteem een negatieve prikkel op om zorg te leveren boven de vooraf vastgelegde capaciteit. De andere kant hiervan kan zijn dat omdat het met een vast budget niet meer loont om extra zorg te leveren, patiënten wellicht makkelijker worden overgedragen. Dit effect zal echter minder zijn in een sector met personeelstekorten en wachttijden zoals de ggz.

Als er daarentegen een fluctuatie in de zorgvraag naar beneden is, dan wordt schaarse capaciteit ingezet voor beschikbaarheid in plaats van voor daadwerkelijke zorglevering. Wanneer te veel capaciteit beschikbaar is die niet wordt ingezet heeft dit nadelige gevolgen voor de rest van de ggz.

Dit is een afweging tussen beschikbaarheid en doelmatigheid. Als een budget gebaseerd wordt op krappe capaciteit dan scoort het goed op doelmatigheid, maar kan het pieken boven het afgesproken capaciteitsniveau in de zorg niet opvangen. Als een budget gebaseerd wordt op ruime capaciteit dan scoort het slecht op doelmatigheid, maar kan het pieken tot het afgesproken capaciteitsniveau goed opvangen.

Overigens zal een te ruime capaciteit in de beschikbaarheid in de praktijk vaak betekenen dat 'beschikbaar' personeel taken gaat uitvoeren voor de reguliere zorg. Hiermee is er een risico op dubbele financiering.

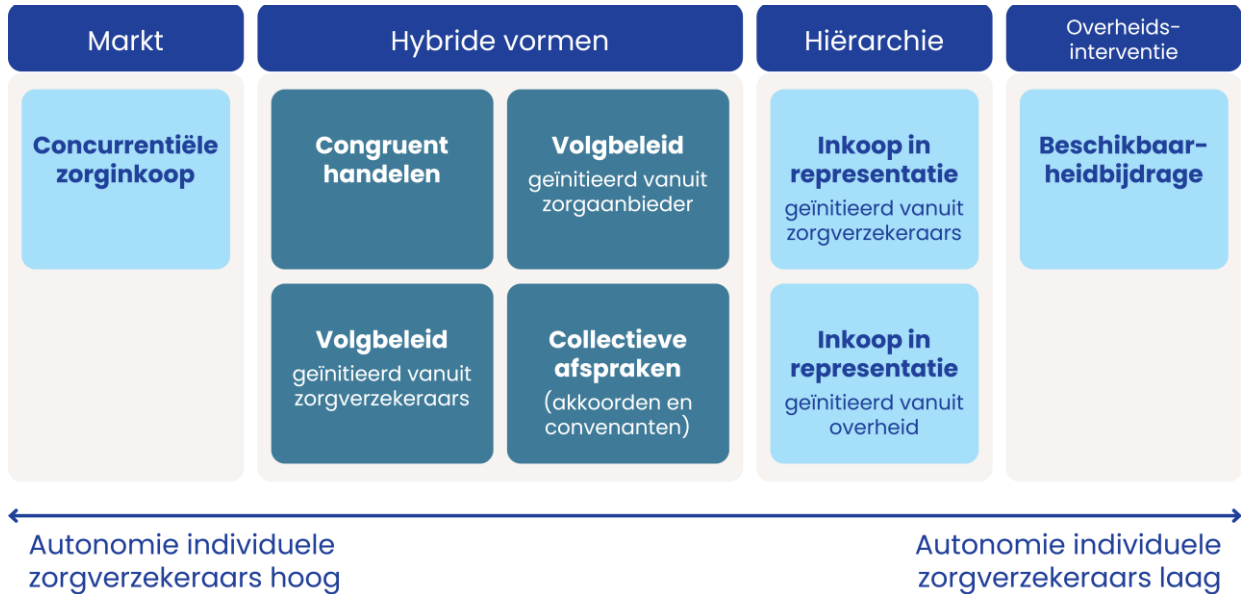
Zorgverzekeraars vervullen een belangrijke rol in het stelsel op het gebied van zowel de betaalbaarheid als de toegankelijkheid van zorg. Bij een budgetbekostiging met inkoop in representatie worden zorgverzekeraars beperkt om individueel hun toegevoegde waarde in het inkoopproces en de zorgplicht te vervullen.

3.3 Zorginkoopmodellen

Het Nederlandse zorgstelsel, waaronder de ggz in de Zvw, is gebaseerd op het principe van gereguleerde marktwerking. Dit betekent dat zorgverzekeraars onderling concurreren om de gunst van de verzekerde. Indien wordt voldaan aan de randvoorwaarden voor een goed functionerende markt kunnen zij beter onderhandelen met zorgaanbieders als het gaat over prijs, inhoud, en organisatie van de zorg. Zorgaanbieders zullen ook met elkaar moeten concurreren om de gunst van de verzekerde/zorgverzekeraars. Het zorgstelsel heeft een doelmatigheidsprikkel in de inkooprelatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Soms werkt dit systeem suboptimaal en is er meer samenwerking tussen zorgverzekeraars gewenst, bijvoorbeeld als beschikbaarheid van een voorziening gegarandeerd moet zijn. In dit geval kan worden afgestapt van het model van concurrentiële zorginkoop en kunnen zorgaanbieders of zorgverzekeraars in coördinatie inkopen (bijv. congruent handelen of inkoop in representatie). Het is in deze gevallen belangrijk om zorgvuldig te bepalen welke variant van zorginkoop dan het meest geschikt is.

De verschillende varianten van zorginkoop kunnen als volgt worden ingedeeld:

Figuur 1: Coördinatievormen in zorginkoop



3.4 Zorginkoopmodellen geschikt voor HIC

Er zijn drie modellen van zorginkoop te onderscheiden, die mogelijk geschikt zijn voor de HIC. Te weten concurrentiële zorginkoop, volgbeleid en tenslotte inkoop in representatie. Een variant betreft het congruent handelen door de zorgverzekeraars wat zowel in de concurrentiële zorginkoop als bij inkoop in volgbeleid kan plaatsvinden en wat bij de inkoop in representatie feitelijk een gegeven is. Een beschikbaarheidsbijdrage laten we voor deze verkenning verder buiten beschouwing. Hierover heeft de NZa in eerder instantie voor de cruciale ggz al geconcludeerd dat dit een *last resort* instrument is voor de situatie als alle andere vormen van zorginkoop niet werken, zie [onderzoeksnotitie cruciale ggz](#). Randvoorwaardelijk voor elk van deze modellen is een heldere uniforme afbakening en normenkader, zoals we bespraken in hoofdstuk 2.

3.4.1 Concurrentiële zorginkoop door de zorgverzekeraars

Het huidige inkoopmodel voor het overgrote deel van de ggz in de Zvw is concurrentiële zorginkoop. Zorgverzekeraars kopen zorg in voor hun verzekerden en organiseren in deze afspraken een doelmatigheidsprikkel. Zorgverzekeraars kopen veelal in op het totaal van de omzet van de verzekerdenpopulatie in behandeling bij een zorgaanbieder, vaak met plafonds op het niveau van de totale omzet of de maximale gemiddelde omzet per unieke cliënt. Afspraken worden zelden gemaakt op het niveau van specifieke zorgsoorten of onderdelen van de zorgaanbieder. Wanneer HIC goed afgebakend zou zijn, zou dit de eerste stap kunnen zijn, bijvoorbeeld door zorg op de HIC uit te sluiten van de plafondafspraken, of door hiervoor andere tariefafspraken te maken.

3.4.2 Congruent handelen door de zorgverzekeraars

Bij congruent handelen door de zorgverzekeraars blijven zorgverzekeraars hun eigen zorginkoop doen, alleen committeren zij zich hierbij aan een aantal gezamenlijke uitgangspunten/doelen. Gedacht kan worden aan bijvoorbeeld een doel om een bepaalde minimumcapaciteit aan bedden in iedere regio beschikbaar te houden voor HIC-zorg. Het is hierbij belangrijk dat er een gezamenlijk beeld is van de doelen en uitgangspunten van de zorgsoort. Bij deze gelijkgerichte inkoop kan onderscheid worden

gemaakt tussen gelijkgerichtheid op inhoud en/of prijs. De grootste zorgverzekeraar(s) delen bijvoorbeeld de uitkomst op inhoud en/of prijs met de andere zorgverzekeraars wat resulteert in een gelijk aanbod van de verschillende individuele zorgverzekeraars aan de individuele zorgaanbieder. Complicerend bij congruent handelen zijn de mededingingskaders voor het uitwisselen van informatie tussen zorgverzekeraars. Gelijkgerichtheid op prijs is in dit kader complexer dan gelijkgerichtheid op inhoud. De mate waarin een individuele zorgverzekeraar gebonden is aan het congruent handelen hangt af van welke afspraken zij hierover maken. De opzet is een intentie tot congruent handelen en verzekeraars kunnen zich via een onderling convenant hieraan committeren. Net als bij concurrentiële inkoop landt de uitkomst in de individuele contractering.

Kraamzorg

In de kraamzorg is in een convenant tussen zorgverzekeraars en de kraamzorgsector afgesproken dat partijen hun verantwoordelijkheid nemen voor de kraamzorgsector om de problemen die daar spelen het hoofd te bieden. Er is afgesproken dat de continuïteits- en capaciteitsproblemen gezamenlijk worden aangepakt door het treffen van verschillende maatregelen waaronder het vergroten van de opleidingscapaciteit en het beschikbaar stellen van meer financiële middelen. Zorgverzekeraars hebben zich eraan gecommitteerd om in hun individuele en concurrentiële contractering volledig rekenschap te geven van de gemaakte afspraken en om hun individuele contracteringsvoorstel volledig in lijn te laten zijn met die afspraken. Daarbij is overeengekomen via de max-max te contracteren op 10% boven het NZa maximumtarief.

3.4.3 Inkoop met volgreleid door de zorgverzekeraars

Bij inkoop met volgreleid ligt het initiatief bij de zorgaanbieder om de contractafspraken die zij met een bepaalde zorgverzekeraar maken, ook aan te bieden aan andere zorgverzekeraars. Zorgaanbieders kunnen zorg dan makkelijker organiseren en de administratie wordt daardoor eenvoudiger. De andere zorgverzekeraars kunnen deze afspraken volgen voor hun eigen verzekerden. Ook hier is, net als bij congruent handelen, een onderscheid mogelijk tussen volgen op inhoud en/of prijs. Verschil met congruent inkopen is dat de individuele zorgaanbieder de uitkomst met de grootste zorgverzekeraar(s) deelt met de individuele zorgverzekeraar. De mate waarin een individuele zorgverzekeraar gebonden is aan het congruent handelen hangt af van welke afspraken zij hierover maken. De opzet is een intentie tot congruent handelen en verzekeraars kunnen zich via een onderling convenant hieraan committeren. Net als bij concurrentiële inkoop landt de uitkomst in de individuele contractering.

3.4.4 Inkoop in representatie door 1 of 2 zorgverzekeraars

Bij zorginkoop in representatie kopen één of twee zorgverzekeraars namens alle zorgverzekeraars de zorg in voor die betreffende regio of zorgaanbieder. In vergelijking met congruent handelen en volgreleid zijn de individuele zorgverzekeraars bij inkoop in representatie meer gedwongen de gemaakte afspraken te volgen. Dit is een praktisch gevolg van de bekostigingssystematiek, zoals bijvoorbeeld een budgetbekostiging, waarmee de vrijheid van individuele zorgverzekeraars aanzienlijk beperkt wordt. Dit is een geschikte manier van inkopen om de beschikbaarheid van een voorziening te garanderen, maar is daarvoor niet de enige mogelijkheid. Bij met name volgreleid en inkoop in representatie zijn goede afspraken belangrijk: ZN/zorgverzekeraars moeten een overzicht hebben of maken in welke regio welke zorgverzekeraar de te volgen of representerende zorgverzekeraar is en welke afspraken hiervoor gelden. Dit is er voor de farmaceutische spoedzorg en de huisartsenzorg, en wordt momenteel opgesteld door ZN voor de acute zorg – seh. Daarnaast is het belangrijk dat alle zorgaanbieders die de specifieke zorgsoort leveren in aanmerking komen voor afspraken en dat de

inkoop in representatie dus niet zorgt voor het buitensluiten van concurrenten. Daarbij moet duidelijk zijn hoe de patiënt er per saldo beter van wordt, mag de inkoop in representatie niet verder gaan dan noodzakelijk en moet het kunnen rekenen op steun van zowel de zorgaanbieder als de patiënt als de zorgverzekeraar.

4 Context en kwalitatieve probleemanalyse HIC

4.1 Inleiding

Voor de keuze van oplossingsrichtingen is het belangrijk om inzicht te hebben in de context van de adviesaanvraag en de actuele probleemsituatie bij de HIC. In dit hoofdstuk wordt hier verder op ingegaan. Eerst gaan we in paragraaf 4.2 in op de verschillende probleemcategorieën voortkomend uit enerzijds de context waarbinnen de cruciale ggz-problemen landelijk worden opgepakt met de daarbij behorende actuele landelijke probleemanalyses. Anderzijds op de, door partijen, specifiek voor de HIC en IHT opgestelde kwalitatieve probleemanalyse (zie bijlage 1). In paragraaf 4.3 gaan we vanuit NZa-perspectief in op de in probleemanalyse opgenomen bekostigingsvraagstukken.

4.2 Context en probleemanalyse bestuurlijk overleg

4.2.1 Context probleemanalyse cruciale ggz

De bespreking van de problematiek en oplossingsrichtingen binnen de cruciale ggz en in het bijzonder binnen de HIC en IHT loopt al jaren. Uitgangspunt is dat de beschikbaarheid van de HIC en IHT voor mensen met een (dreigende) psychiatrische crisis, te allen tijde voldoende geborgd moet zijn, ook bij een tijdelijk groot aantal patiënten. Het is van belang dat de bekostiging en inkoop daarop aansluiten. Partijen uit de ggz hebben in hun probleemanalyse aangegeven dat het zorgverzekeraars en zorgaanbieders nu onvoldoende lukt om de beschikbaarheid van HIC en IHT via reguliere prestatiebekostiging en zorginkoop te borgen.

HIC en IHT zijn een klein maar belangrijk onderdeel van de cruciale ggz. Binnen dit cruciale ggz-veld lopen op dit moment meerdere verbeterprogramma's. In onderstaande figuur wordt deze context weergegeven.



In de verbeterprogramma's zijn verschillende doelstellingen geformuleerd en zijn onderliggende probleemanalyses uitgevoerd. Hierin wordt aangegeven welke obstakels er worden gezien met betrekking tot toegankelijke cruciale ggz-zorg, en wat als gewenste beweging. Bij het onderzoeken van de programma's hebben we breder gekeken dan zaken die aan een budgetbekostiging met inkoop in representatie raken. Dit omdat er ook nadelen kleven aan budgetbekostiging met inkoop in representatie en wij vermoeden dat andere bekostigings- en inkoopoplossingen mogelijk zijn met minder nadelen. In de verschillende landelijke programma's zien we dat de actuele knelpunten in de HIC- en IHT-zorg grofweg verdeeld worden in drie categorieën: organisatie, bekostiging en ontwikkeling. De rapporten zijn het in grote lijnen eens over één belangrijk punt, namelijk dat het benodigd hulpaanbod zeker voor mensen met ernstige problemen onvoldoende tot stand komt. In het IBO mentale gezondheid en ggz wordt in één van de beleidsopties specifiek genoemd dat er een structurele (financiële) investering moet komen voor de HIC en de IHT om de capaciteit te behouden en de kwaliteit te verbeteren.

In het IBO mentale gezondheid en ggz zijn de verschillende problemen in een probleemanalyse samengevoegd:



Kernoorzaak 3 uit de IBO-analyse mentale gezondheid en ggz geeft aan dat benodigd hulpaanbod zeker voor mensen met ernstige problematiek onvoldoende tot stand komt. In de beschrijving wordt aangegeven dat de inkoop van deze zorg op gespannen voet staat met de voorwaarden voor een goed functionerende markt, waardoor er in de zorginkoop onvoldoende op de zorg voor mensen met ernstige problematiek kan worden gestuurd. Als beleidsoptie wordt het vergroten van de kwaliteit en beschikbaarheid van de HIC en IHT genoemd. Deze beleidsoptie is als volgt omschreven: “Een structurele investering in de acute ggz, specifiek in de HIC (High & Intensive Care) en IHT (Intensive Home Treatment) om daarmee de beschikbaarheid en kwaliteit van deze zorg te vergroten. De middelen worden geïnvesteerd in meer capaciteit, behoud van capaciteit en het vergroten van de kwaliteit van het aanbod.”

De landelijke tafel cruciale ggz heeft in 2025 onderzoek gedaan naar de landelijke knelpunten in zorgvraag en -aanbod en zal daarover rapporteren in de jaarrapportage.

4.2.2 Probleemanalyse vanuit bestuurlijk overleg cruciale ggz

DeNLggz en ZN hebben twee brainstormsessies georganiseerd met HIC- en IHT-zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarnaast zijn nog twee separate sessies georganiseerd met V&VN en MIND. De

uitkomsten hiervan zijn vastgelegd in de notitie “probleemanalyse met voorstellen HIC/IHT” (bijlage 1). De analyse is onderverdeeld in de categorieën: 1. Cliënt; 2. Instroom/doorstroom; 3 Kwaliteit en 4. Contractering en bekostiging. Voor de laatste drie categorieën worden in de notitie verbetervoorstellen benoemd. Alleen de laatste categorie heeft betrekking op het vraagstuk waar dit advies direct betrekking op heeft. Voor de context lichten we ook de twee niet-financiële categorieën waarvoor de notitie voorstellen doet kort toe.

Instroom/doorstroomvraagstukken

Volgens de notitie zijn HIC en IHT onderdelen van een keten waarbij ontwikkelingen rechtsreeks impact hebben op de inhoud en omvang van de zorgvraag. Aangegeven wordt dat de zorgverlening vanuit politie, meldpunt verwarde personen en GGD onder druk staat en er in sommige regio's onvoldoende aanbod en samenwerking is waardoor de problematiek van patiënten zwaarder wordt en meer mensen in de acute hulpverlening terecht komen. Partijen hebben het gevoel dat de tekorten bij politie, meldpunt verwarde personen, GGD en ggz ertoe leiden dat patiënten te makkelijk worden doorgestuurd naar de acute psychiatrie, waardoor soms onnodige medicalisering optreedt.

Oplossingen voor de knellende acute-ggz-capaciteit liggen voor een belangrijk deel ook buiten de acute keten. Lagere instroom betekent immers dat minder HIC-capaciteit nodig is. De door partijen voorgestelde oplossingen voor verbetering van de in- en doorstroom van de cliënt is onder andere het investeren in openbare geestelijke gezondheidszorg, beschermd wonen en het creëren van ruimte binnen de reguliere ggz voor complexe zorgvragen. Dit knelpunt wordt verder in de actieaanpak arbeidsmarkt cruciale ggz van het Zorginstituut meegenomen.

Kwaliteit

Partijen beschrijven in de notitie dat de kwaliteit binnen de cruciale ggz een sterke afhankelijkheid kent van beschikbaar personeel. In de probleemanalyse wordt aangegeven dat er sprake is van een tekort aan professionals binnen de acute keten waardoor de werkdruk hoog ligt en continuïteit in sommige gevallen afhankelijk is van de inzet van tijdelijke krachten. Dit gaat ten koste van de kwaliteit en continuïteit op de afdeling.

Partijen stellen voor te onderzoeken hoe het werken op een HIC-afdeling aantrekkelijker gemaakt kan worden. Genoemde voorbeelden in de notitie zijn het meer waardering uitspreken voor de geleverde inzet, aanpassen van arbeidsvoorwaarden, onderzoeken of een deelname aan deze zorg meer verplicht gesteld moet worden, een herverdeling van de opleidingsplekken en als laatste het delen van goede voorbeelden uit de regio. In de notitie wordt aangegeven dat de problemen niet alleen opgelost kunnen worden doormiddel van een wijziging in de bekostiging. Partijen stellen voor een actieaanpak te lanceren vanuit de werkgroep cruciale ggz samen met de beroepsverenigingen Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

4.2.3 Contractering en bekostigingsvraagstukken

In de probleemanalyse staat dat afspraken over de coördinatie en beschikbaarheid en kwaliteit van de HIC en IHT worden belemmerd door prikkels in de contractering. Hiervoor worden een vijftal oorzaken aangegeven:

- 1 Financiering op basis van volumes in plaats van beschikbaarheid.
- 2 Onvoorspelbare zorgvraag met verhoudingsgewijs hoge kosten.
- 3 Versnippering van financiers/zorgverzekeraars.
- 4 Wisselende incidentele uitgaven.
- 5 Onvrijwilligheid/geen of beperkte keuzevrijheid HIC-/IHT-zorg.

De oorzaken zijn van belang voor de oplossingsrichtingen. Voor de toelichting op bovenstaande aangegeven oorzaken wordt verwezen naar de notitie "probleemanalyse met voorstellen HIC/IHT" (bijlage 1).

In de notitie worden een viertal redenen opgegeven waarom gelijkgerichte inkoop onvoldoende is:

- 1 Een stap naar gelijkgerichte inkoop (of volgreleid of het vaststellen van vaste tarieven) lost de echte financiële knelpunten niet op.
- 2 Zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrezen voor het ontbreken van een dwingend kader.
- 3 Zorgverzekeraars geven aan dat het maken van fair-share-afspraken financiële risico's met zich meebrengt voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders vanwege grote regionale verschillen.
- 4 Het maken van afspraken via gelijkgerichtheid is een administratief belastend proces.

Voor de toelichting op deze redenen wordt verwezen naar de notitie "probleemanalyse met voorstellen HIC/IHT" (bijlage 1).

In de notitie wordt aangegeven dat deze problemen overeenkomen met verschillende (wetenschappelijke) rapporten die wijzen op ongewenste financiële prikkels in de individuele contractering voor zware en complexe zorgvragen in de ggz . Met name wanneer sprake is een onvoorspelbare zorgvraag en een zekere mate van beschikbaarheid gewenst is, wijzen verschillende onderzoekers op de risico's van concurrentie in de inkoop en doen zij de aanbeveling alternatieve inkoopmodellen te overwegen.

De in dezelfde notitie voorgestelde oplossing is om te verkennen of de HIC- en IHT-zorg onderdeel gemaakt kunnen worden van het budgetmodel acute ggz (afgebakend tot de eerste 3 kalenderdagen) met inkoop in representatie. Partijen wijzen erop dat het uitwerken van randvoorwaarden, onderzoek en advisering door de NZa en implementatie ervan veel voorbereidingstijd vergt. Partijen stellen voor om tijdens deze periode te blijven werken volgens de bestuurlijke afspraken (regionale aanpak volgens de leidraad cruciale ggz en voorkomen sluiting aanbod om financiële redenen) en nu vol in te zetten op het zo snel mogelijk afronden van de verkenning en het invullen van de benodigde randvoorwaarden.

4.2.4 Risicoverevening

De risicoverevening is het instrument waarmee verzekeraars financieel worden gecompenseerd voor (voorspelbare) hogere zorgkosten, vanwege complexere zorgvragen in hun verzekerdenpopulatie. In diverse rapporten (Risico-selectie van de Ven et al, 2015; Doelen en uitgangspunten risico-verevening: een eerste stap naar consensus met de begeleidingscommissie 2021; Voorlegger rapport SiRM-onderzoek naar versnelde opname passende zorg in de risicoverevening 2024 en Uit balans 2025) is geconcludeerd dat, indien de risicoverevening voor bepaalde doelgroepen niet voldoende werkt, de prikkel ontbreekt om de zorg voor die groepen optimaal in te kopen. Hierbij is ook geconstateerd dat de complexe ggz zorg minder goed in de risicoverevening wordt meegenomen. De risicoverevening in de huidige vorm lijkt daarmee een onderdeel van de oorzaken die ervoor zorgen dat er knelpunten zijn in de inkoop en beschikbaarheid van de HIC-zorg en gehele cruciale ggz.

4.2.5 Doelstelling veldpartijen

Ggz-instellingen, zorgverzekeraars en (vertegenwoordigers van) patiënten willen toewerken naar een financieringsmodel waarmee eerdergenoemde knelpunten in de bekostiging en contractering en kwaliteit kunnen worden ondervangen. Daarbij staan de volgende doelen centraal:

- 1 Ggz-instellingen meer zekerheid bieden.
- 2 Duidelijke handvatten met ruimte voor regionaal maatwerk.

4.3 NZa-interpretatie

Bij de door partijen genoemde doelen rijst de vraag of invoering van budgetbekostiging met inkoop in representatie het juiste middel is om deze doelen te bereiken. Momenteel ontbreekt een duidelijke afbakening en is er een gebrek aan inzicht: we weten momenteel niet precies wat HIC- en IHT-zorg inhoudt, waarom en door/voor wie het geleverd wordt en wat de risico's voor de beschikbaarheid zijn. Wij zien de HIC en IHT als kleine, maar zeer belangrijke onderdelen van de cruciale ggz. Wij onderschrijven de wens van partijen dat in elke regio voldoende HIC- en IHT-voorzieningen beschikbaar moeten zijn, al moet eerst duidelijk zijn aan welke eisen deze voorzieningen moeten voldoen. Als er een tekort is/dreigt aan HIC- en IHT-voorzieningen, moet dit worden aangepakt. In hoofdstuk 3 is aangegeven dat de oorzaak/aard en omvang van de problemen mede bepaalt welk instrument de best passende oplossing is. Op dit moment is op basis van de kwalitatieve probleemanalyses niet goed te onderbouwen dat HIC in de huidige situatie onvoldoende beschikbaar is, of dat verschraling aanstaande is. Het is daarom niet duidelijk of er op dit moment werkelijk een toegankelijkheidsprobleem is en in welke mate. Dit leidt tot onzekerheid of en vooral hoe moet worden ingegrepen. Hiermee bedoelen we nadrukkelijk niet dat er geen problemen zijn maar dat – met inachtneming van ook de nadelen van een landelijke budgetbekostiging met inkoop in representatie – niet duidelijk is hoe deze systematiek positief bijdraagt aan een oplossing van de problemen.

Gegeven deze uitkomsten stellen we voorlopig vast dat invoering van landelijke budgetbekostiging met inkoop in representatie op dit moment weinig bijdraagt aan het oplossen van de ervaren problemen en daarbij nieuwe problemen creëert, waaronder een meer rigide systeem waar minder mogelijkheden tot maatwerk zijn. Zoals ook al is onderkend in de kamerbrief van 4 juli 2025 (25424, 764) is budgetbekostiging met inkoop in representatie geen oplossing voor de schaarste aan zorgpersoneel of andere middelen en leidt het ook niet tot verbeterde uitstroom naar de verdere ggz-keten.

De breedte van de problematiek en het belang van alternatieve strategieën wordt bevestigd in het artikel "Toegankelijkheid en zorgplicht onder druk: samenwerking bij zorginkoop als strategisch instrument" waarin is aangegeven dat door personeelstekorten, een toenemende zorgvraag en complexe transitieopgaven de toegankelijkheid van de zorg onder druk staat. Waardoor het voor zorgverzekeraars steeds lastiger wordt om hun wettelijke zorgplicht – het borgen van voldoende, bereikbare en kwalitatief goede zorg – te vervullen. Daarbij wordt benadrukt dat in het huidige zorglandschap concurrentiele zorginkoop kwetsbaar kan zijn en dat er alternatieve strategieën mogelijk zijn waarbij zorgverzekeraars, daar waar de toegankelijkheid en zorgplicht onder druk staan meer kunnen gaan samenwerken in de inkoop. Samenwerking bij de zorginkoop kan in bepaalde gevallen een strategisch verdedigbare keuze zijn in hoe zorgverzekeraars dit instrument doelbewuster kunnen inzetten om hun zorgplicht effectief te vervullen.

5 Kwantitatieve bevindingen

5.1 Inleiding

In de adviesopdracht vraagt VWS om een kwantitatieve verkenning van de organisatie en omvang van de HIC en de IHT (nulmeting). Helaas is het niet goed mogelijk de HIC of IHT voor deze verkenning af te bakenen (zie hoofdstuk 2). Dit wordt versterkt door de wens en noodzaak het onderzoek uit te voeren op basis van bestaande gegevens. We hebben daarom ingezet op twee 'theoretische' afbakeningen waarvan we aannemen dat die de bandbreedte vormen waartussen de daadwerkelijke omvang van de HIC valt.

In paragraaf 5.2 laten we zien dat de beste benaderingen van de HIC ons niet tot een bandbreedte van de HIC brengen. Afbakening van de IHT is op dit moment in het geheel niet mogelijk, de poging tot afbakening op basis van bestaande gegevens is te zien in bijlage 2. In paragraaf 5.3 bespreken we kort de kwantitatieve inzichten vanuit onderzoek naar de budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de acute psychiatrie (zie ook bijlage 3). Hieruit trekken we de conclusie dat de huidige budgetbekostiging met inkoop in representatie ruimte lijkt te laten voor verbetering voor het borgen van beschikbaarheid. In paragraaf 5.4 behandelen we een model waarmee we (een deel van) het conceptnormenkader vertalen naar kosten. Naar aanleiding van deze berekeningen verwachten we dat het conceptnormenkader in de huidige vorm gezien moet worden als kwaliteitsimpuls en dat implementatie tot meerkosten op de HIC kan leiden. Als laatste wordt in paragraaf 5.5 ingegaan op fluctuaties van jaarlijks HIC-gebruik op het niveau van de zorgverzekeraarsconcerns per regio.

5.2 Benadering HIC in declaratiegegevens

HIC-zorg is niet herkenbaar in bestaande declaratiegegevens. Daarom werken we met een boven- en ondergrens voor de verwachte daadwerkelijke omvang van de HIC. De conclusies die we kunnen trekken zijn beperkt, daarom behandelen we in deze paragraaf slechts enkele doorsnedes. Het volledige analyseoverzicht is te vinden in bijlage 2.

5.2.1 Smalle afbakening

De HIC is een belangrijk onderdeel van de acute keten en een aanzienlijk aandeel van de patiënten stroomt in via de acute psychiatrie. De acute psychiatrie wordt als budgetbekostiging met inkoop in representatie ingekocht en is te herkennen in de declaratiegegevens. De budgetbekostiging met inkoop in representatie van de acute psychiatrie eindigt drie dagen na triage. We weten dat patiënten op de HIC meestal langer in zorg blijven. Bij deze afbakening nemen we alleen de patiënten die via de acute psychiatrie instromen en in de kliniek worden opgenomen. We nemen ook de vervolgzorg van deze patiënten voorbij de eerste drie dagen en bezien wat er in de eerste drie weken na instroom in de acute psychiatrie wordt geleverd, dit is de wenselijke duur van HIC-opname volgens het HIC-werkboek. Dit levert een onderschatting op ten opzichte van de daadwerkelijke omvang van de HIC. We herkennen patiënten die niet via de acute keten instromen niet en nemen ze daardoor niet mee.

5.2.2 Brede afbakening

HIC-zorg is klinische zorg met hoge intensiteit en verzorgingsgraad. HIC-afdelingen declareren verblijfsdagen met verzorgingsgraden F, G en H. Hiermee kunnen we de HIC benaderen door alle geleverde zorg mee te nemen voor patiënten op de dagen dat zij ook verblijfsdagen F, G of H

ontvangen. Dit levert een overschatting op ten opzichte van de daadwerkelijke omvang van zorg op de HIC. Dit omdat verblijfszorg met verzorgingsgraad F en G ook buiten de HIC wordt geleverd en we hebben signalen dat dit ook geldt voor verzorgingsgraad H.

Met de declaratiegegevens die horen bij deze afbakeningen hebben we twee datasets opgebouwd waaruit we doorsnedes hebben gemaakt. We bespreken twee uitkomsten van de analyses in dit hoofddocument, de volledige set aan doorsnedes (inclusief onvoldoende bruikbare IHT-achtige afbakeningen) is te vinden in bijlage 2.

5.2.3 Aantal dagen HIC-proxy's

Met de afbakeningen maken we inzichtelijk wat de onder- en bovengrens is van het aantal dagen dat patiënten in totaal jaarlijks op de (benadering van) HIC zijn opgenomen. Dit is een indicatie voor het aantal 'bedden' dat er landelijk beschikbaar is, maar helpt niet om een exact aantal bedden te berekenen. De bedbezetting is immers niet 365 dagen per jaar (100%), de daadwerkelijke bezettingsgraad is niet bekend.

In de smalle afbakening nemen we acute-ggz-episodes die een verblijfsdag hebben op de laatste dag als proxy voor de HIC. We zien dat er jaarlijks ongeveer 18.000 acute-ggz-episodes eindigen met een verblijfsdag (zie figuur 8, bijlage 2). We achten het aannemelijk dat dit vooral patiënten op de HIC betreft en dat deze trajecten worden voortgezet op de HIC. We kunnen met 18.000 startende episodes en 21 dagen na instroom berekenen dat er in totaal ongeveer 378.000 HIC-achtige dagen in de smalle afbakening zitten. Dit is een overschatting, omdat we weten dat patiënten niet altijd de volle 21 dagen op de HIC verblijven, al zijn er ook uitschieters van patiënten die langer dan 9 weken verblijven. In de brede afbakening kunnen we zonder verdere berekeningen direct bepalen hoeveel verblijfsdagen F, G en H er zijn gedeclareerd, dit zijn er ongeveer 900.000 (zie figuur 15, bijlage 2). Het grote verschil tussen de smalle en brede afbakening laat zien dat er veel onzekerheid is over de werkelijke omvang van het aantal bedden en verblijfsdagen op de HIC.

5.2.4 Kosten van HIC-proxy's

Voor beide afbakeningen kunnen we berekenen hoe groot de totale kosten/omzet van de HIC-achtige zorg is. Dit kan door de totale vergoeding van geleverde zorg door de zorgverzekeraars bij elkaar op te tellen. In de smalle afbakening levert dit een totaal van ongeveer € 240 miljoen op (zie figuur 10, bijlage 2). Dit bedrag is exclusief de voor- en nabetalingen in verband met de budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de acute psychiatrie. Dit omdat deze niet goed toe te rekenen zijn naar HIC-specifieke beschikbaarheid. Waarschijnlijk heeft een deel van deze verrekeningen te maken met beschikbaarheid van de HIC. Voor de brede afbakening is er sprake van ongeveer € 650 miljoen aan kosten/omzet op de HIC-achtige dagen. Er is bijna een factor 3 verschil tussen de totale kosten in de brede en de smalle afbakening. Daarmee is duidelijk dat we HIC-achtige zorg niet goed herkennen in bestaande gegevens.

5.3 Bekostiging acute psychiatrie

Er bestaat een budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de acute psychiatrie waarmee de beschikbaarheid van de voorzieningen voor acute psychiatrie zeker gesteld moet worden. Wij hebben in de budgetaanvragen voor de acute psychiatrie bekeken hoe de budgetten zich verhouden tot de realisatie van zorg en tot de beschikbaarheid van de voorziening. De volledige set aan analyses is te vinden in bijlage 3. We zien in deze analyses dat het budget groter is dan de totale kosten aan

geleverde zorg, dat geeft een vermoeden dat de budgetbekostiging met inkoop in representatie zorgt voor beschikbaarheid. Wanneer we dieper in detail kijken naar de budgetparameters en de daadwerkelijk geleverde zorg zien we een discrepantie. In het budget blijkt beschikbaarheid van zorg te worden aangevraagd die nooit wordt geleverd (zie bijvoorbeeld de GZ-psychologen in twee regio's in figuur 7, bijlage 3) en zorg die niet of nauwelijks in het budget is opgenomen en dus niet tot de beschikbare voorziening lijkt te behoren, maar toch wordt gedeclareerd (zie bijvoorbeeld klinisch neuropsycholoog en in sommige regio's verpleegkundig specialisten en overige beroepen in figuur 7, bijlage 3). De grootste mismatch tussen het principe van de beschikbaarheid van een voorziening en de ingediende budgetaanvragen zit in de verblijfsdagen. In vrijwel alle gevallen worden fracties van verblijfsdagen gebudgetteerd (bijvoorbeeld 0,2 'bedden' verblijfsdag G (zie figuur 9, bijlage 3) terwijl we er bij een voorziening van uit moeten gaan dat er alle dagen van het jaar een bed aanwezig is. De bezetting van dit bed kan fluctueren en daarmee invloed hebben op de beschikbaarheid, maar bij een beschikbaarheidsfinanciering van een voorziening moeten we op de aanwezigheid van bedden en personele inzet van de voorziening kunnen rekenen. We vinden dat er een duidelijke overeenkomst zou moeten zijn tussen de voorzieningen in het budget, zoals personele beschikbaarheid en bedden, en de tastbare voorzieningen op de werkvloer.

We concluderen uit de analyses dat de budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de acute psychiatrie mogelijk nog ruimte bevat die verkend moet worden voor verbetering van de inkoop. We verwachten dat, wanneer deze ruimte wordt benut, de problemen door variaties van instroom/zorgvraag op de HIC in ieder geval deels afgedekt kunnen worden. Voor het gedeelte instroom op de HIC vanuit de acute psychiatrie is immers met de bestaande budgetbekostiging met inkoop in representatie ruimte te maken om variaties in de instroom op te vangen. Deze ruimte wordt in de huidige situatie niet (optimaal) benut. Als de instroom vanuit de acute ggz optimaal wordt gebufferd met de bestaande budgetbekostiging met inkoop in representatie is de onvoorspelbaarheid teruggebracht tot de onbekende instroom buiten acute ggz om en de variatie in ligduur. Met aannames en kennis van de instroom en ligduur zijn hier afspraken over te maken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, Zeker omdat de totale benodigde beschikbaarheid vanwege acute ggz-instroom kleiner is dan de totaal benodigde beschikbaarheid.

5.4 Rekenmodel HIC-score naar kosten

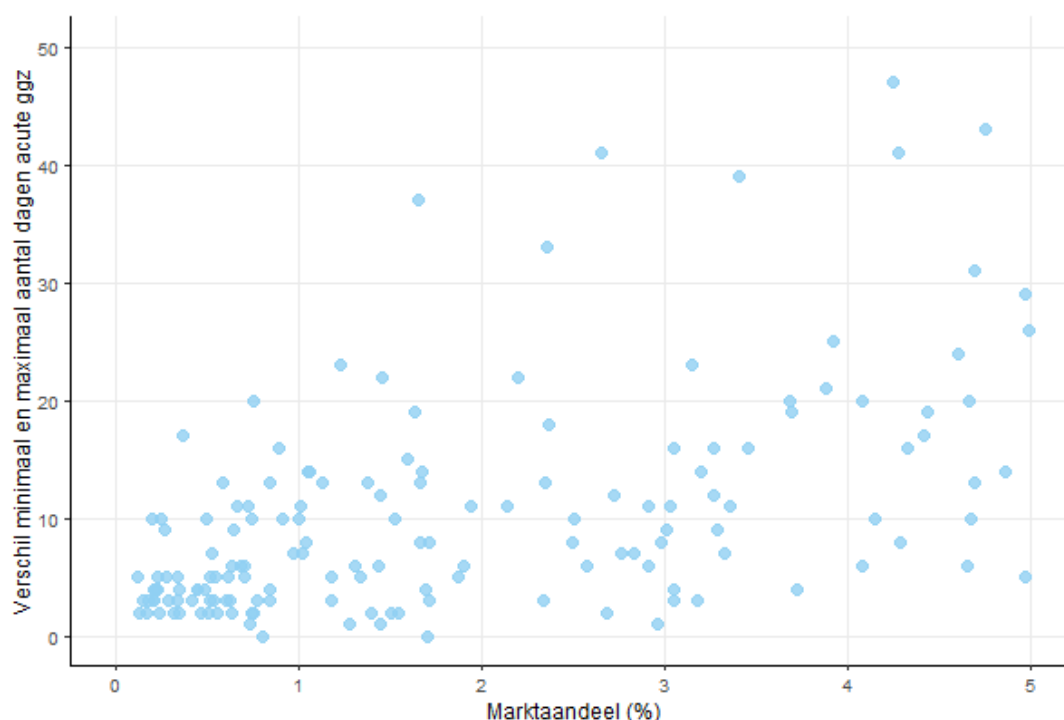
Zoals benoemd in hoofdstuk 2 is er een grote noodzaak voor een afbakening en normenkader, om de beschikbaarheid van de HIC te garanderen. Dit is onafhankelijk van het bekostigings- en inkoopmodel dat gekozen gaat worden. In het huidige conceptnormenkader is opgenomen welke ruimtes, voorzieningen en personele beschikbaarheid noodzakelijk zijn en hoe groot (beddencapaciteit) een HIC moet zijn in relatie tot het aantal inwoners in de regio. Het normenkader is gebaseerd op de HIC-monitor en is in de huidige conceptvorm (peildatum 8 januari 2026) zeer ambitieus. Het conceptnormenkader gaat uit van de hoogste score op een schaal van 5. We weten uit gepubliceerde HIC-monitors dat geen van de HIC-afdelingen aan deze scores voldoet. Gemiddeld hebben afdelingen een score van 3,4; dit is iets boven de ondergrens voor certificering (gemiddeld 3,2). Alsnog voldoen aan de eisen uit het normenkader brengt kosten met zich mee. De NZa heeft een model ontwikkeld om de relatie tussen normen en kosten inzichtelijk te maken. Hierbij moet worden vermeld dat nog niet alle normen hiervoor concreet genoeg zijn. We verwachten daarom dat het model een onderschatting geeft van de totale kosten wanneer aan alle normen wordt voldaan.

Wanneer we het huidige conceptnormenkader invoeren in het rekenmodel vertaalt zich dit in (zeer) hoge kosten. Als we rekenen met één HIC per acute-ggz-regio met precies voldoende HIC-bedden (1 per 20.000 inwoners), dan komen we uit op totaalkosten van € 558 miljoen voor in totaal 870 bedden.

Wanneer voor deze bedden een onmogelijk maximale bezetting van 365 dagen per jaar wordt gerekend (dus geen 'lege' bedden als beschikbaarheid voor nieuwe instroom) worden ruim 317.000 verblijfsdagen geleverd met gemiddelde kosten van € 1.750 per verblijfsdag. Het is niet duidelijk hoe groot de HIC in de huidige situatie is binnen het budgettaire kader, omdat de HIC in bestaande gegevens niet goed is te herkennen (zie ook hoofdstuk 4). Het is aannemelijk dat de HIC-kosten in de huidige situatie aanzienlijk lager liggen dan deze € 558 miljoen. In totaal wordt er € 2,2 miljard besteed aan klinische behandeling van patiënten in de ggz, dit levert 2,6 miljoen verblijfsdagen op, zie [Factsheet GGZ](#). In deze berekening gaat de HIC, wanneer het conceptnormenkader wordt gevolgd, voor 25% van het budget 12% van de verblijfsdagen leveren. Dit betekent gemiddelde kosten rond € 1.750 per verblijfsdag. We zien in de analyses van paragraaf 5.2 en bijlage 2 dat weinig verblijfsdagen kosten hebben rond of boven deze kosten. Specifieker zijn er in 2023 slechts 28.000 dagen geweest met kosten boven € 1.500, slechts 10% van de hierboven genoemde 317.000 HIC-dagen. Hiermee lijkt het redelijk dat het huidige conceptnormenkader een financiële impuls én een kwaliteitsimpuls voor de HIC zal betekenen.

Het huidige conceptnormenkader gaat uit van hogere kwaliteitsnormen dan waar nu aan voldaan wordt. Implementatie van de normen betekent een kwaliteitsimpuls. Er is vanuit VWS aangegeven dat de geldende zorgstandaarden leidend zijn voor wat betreft de kwaliteit van HIC en IHT. In BO cruciale ggz is besloten dat het normenkader niet moet leiden tot een kwaliteitsimpuls ten gevolge van nieuwe normen. Daarom heeft de NZa een scenario uitgewerkt zonder kwaliteitsimpuls. Voor dit scenario rekenen we met alle normen die gelden voor een score van 3 op de HIC-monitor, maar laten we het aantal bedden per verzekerde gelijk. Een score 3 haalt in feite niet de certificeringsgrens. Voor dit scenario is het onbekend of dit een impuls betekent voor investeren in de kwaliteit van de HIC's, omdat er momenteel gemiddeld 3,4 wordt gescoord, maar niet duidelijk is op welke scores extra investering nodig is. Met een score 3 als norm komt de NZa uit op kosten van ongeveer € 458 miljoen, wederom voor landelijk 870 HIC-bedden. Ook deze norm heeft naar verwachting een financiële impact, zonder dat hier een kwaliteitsimpuls tegenover staat.

5.5 Fluctuaties



Partijen geven aan dat de onvoorspelbaarheid van de kosten die gemaakt worden op de HIC bij een klein marktaandeel ervoor zorgen dat congruente zorginkoop niet goed werkt. We willen daarom de fluctuaties van jaarlijks HIC-gebruik bekijken op het niveau van de zorgverzekeraarsconcerns per regio. We hebben geen inzicht in het gebruik op de HIC, zoals veelvuldig benoemd, daarom gebruiken wij de acute psychiatrie als proxy om de variaties in instroom inzichtelijk te maken. Een aanzienlijk deel van HIC-patiënten stroomt immers in via de acute psychiatrie. Wij hebben hiervoor alle verblijfsdagen (op de eerste drie dagen) van de acute psychiatrie uit 2022, 2023 en 2024 genomen en deze gekoppeld aan de viercijferige postcode van de patiënt. We berekenen voor elk jaar hoeveel acute ggz-verblijfsdagen er in iedere regio bij elk van de zorgverzekeraarsconcerns zijn gedeclareerd. We nemen het verschil van het totaal aantal dagen tussen het jaar met het hoogste aantal en het jaar met het laagste aantal en zien dit als de geobserveerde fluctuatie tussen jaren. Hierbij nemen we als proxy het marktaandeel van de verschillende concerns in de regio's. De proxy berekenen we op basis van het aantal personen in de regio verzekerd bij het concern en (reguliere) ggz-zorg ontvangt ten opzichte van het totaal aantal personen dat in de regio ggz-zorg ontvangt. We selecteren concerns met een laag marktaandeel in de regio (<5%) en visualiseren het verschil tussen het maximaal en het minimaal aantal verblijfsdagen in de regio ten opzichte van het marktaandeel (n = 154). We zien dat de fluctuaties meevallen en kleiner zijn naarmate het marktaandeel kleiner is. Gemiddeld is de fluctuatie (verschil tussen meeste en minste dagen) ongeveer 10 verblijfsdagen. Dit komt neer op een risico van ongeveer €5.900 per jaar per regio op basis van een gemiddelde vergoeding voor acute ggz-verblijfsdagen in 2023 (€591). Dit lijkt ten opzichte van het macrobudget en ten opzichte van de schadelast van zelfs de kleinste concerns dermate laag dat het bij congruente zorginkoop geen prikkel mag zijn voor freeridgedrag van zorgverzekeraars met in de regio klein marktaandeel. Dit blijft gelden als we aannemen dat de instroomfluctuaties op de HIC iets groter kunnen zijn dan puur die van de acute psychiatrie. Samenvattend kijken we met zorginkoopperspectief naar de fluctuaties van jaarlijkse instroom op het niveau van zorgverzekeraarsconcerns in de regio's en we zien geen grote fluctuaties. Hierbij kijken we nadrukkelijk niet naar de fluctuaties van de instroom per dag, zoals deze worden ervaren door de zorgprofessionals op de HIC of acute psychiatrie. Na invoering van zorglabels kunnen fluctuaties van specifiek de HIC inzichtelijk gemaakt worden.

6 Oplossingsrichtingen en advies VWS

6.1 Inleiding

Deze verkenning bevat geen definitief advies over de meest geschikte oplossingsrichting voor passende bekostiging en passende inkoop op de HIC en IHT. De belangrijkste oorzaken daarvoor zijn het ontbreken van een goede afbakening en normenkader waardoor ook de impact niet goed in kaart is te brengen. Daarnaast is de onderbouwing te beperkt dat er sprake zou zijn van landelijke financiële problematieken onderliggend aan beschikbaarheids- en toegankelijkheidsproblemen van de HIC die met een budgetbekostiging met inkoop in representatie op te lossen zijn.

Daarentegen zien wij de mogelijkheid om eerste stappen te zetten om vooruit te komen. Het is belangrijk dat we bij het zetten van de stappen rekening houden met een volgordelijkheid (zie tijdlijn in de samenvatting). Sommige keuzes kunnen namelijk niet goed gemaakt worden voordat eerdere stappen zijn afgerond. Om die reden maken we een onderscheid tussen enerzijds de stappen voor de korte termijn en anderzijds stappen voor de langere termijn. Voor de IHT zijn deze stappen mogelijk ook van toepassing maar met een ander tijdpad.

We adviseren om samen met betrokken partijen aan de slag te gaan met de oplossingsrichtingen uit de op te stellen werkagenda. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben hierin een belangrijke rol. Daarnaast zal de NZa het toezicht op de cruciale ggz intensiveren.

In het bestuurlijk overleg cruciale ggz van 29 januari 2026 is met alle partijen afgesproken onderstaande maatregelen in een werkagenda om te zetten.

6.1.1 Korte termijn

- De allereerste stap moet zijn dat er een duidelijke afbakening en normenkader ontwikkeld worden, met een herkenbare HIC als apart onderdeel van de ggz. Voor veranderingen in zowel bekostiging als zorginkoopmodellen is een goede afbakening en normenkader onmisbaar. Dit is ook van toepassing op de IHT maar mogelijk met een ander tijdpad.
- Introduceer vanuit de NZa een zorglabel HIC op basis van het normenkader, zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk inzicht kunnen krijgen in wat de HIC-zorg inhoudt, door welke zorgaanbieders het wordt geleverd en aan welke patiënten. Dit is ook van toepassing op de IHT maar mogelijk met een ander tijdpad.
- Verzamel informatie op basis van een kwalitatieve analyse van praktijkervaringen. Dit kan enerzijds input zijn voor gerichte data-analyses en regionale vergelijkingen. En anderzijds voor de afweging regionale versus landelijke problemen.
- Handel als zorgverzekeraars congruent bij de inkoop van HIC-zorg. Maak hierover in Zorgverzekeraars Nederland (ZN)-verband op korte termijn afspraken en zorg dat de voorgenomen lijn terugkomt in het zorginkoopbeleid dat uiterlijk 1 april 2026 gepubliceerd wordt ten behoeve van de zorginkoop voor 2027. Om dan ook feitelijk congruent in te kopen is inzicht nodig, er is dus afhankelijkheid van het normenkader en de zorglabels. Afhankelijk van het tijdpad rondom de IHT kan afgewogen worden of de IHT-zorg ook congruent ingekocht moet worden.
- Benut de mogelijkheden binnen bestaande budgetbekostiging met inkoop in representatie van de ZAP beter. In de huidige budgetbekostiging met inkoop in representatie ZAP zouden eventuele

fluctuaties van instroom via de acute psychiatrie moeten worden opgevangen door de budgetsystematiek. De HIC is een belangrijk onderdeel van de acute keten en het is de verwachting dat andere inzet van de budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de ZAP kan leiden tot vergroting van de capaciteit op de HIC. Dit houdt in dat de budgetbekostiging met inkoop in representatie ingezet wordt om daadwerkelijk een voorziening te bekostigen. De feitelijke mogelijkheden hiervoor moeten nog nader verkend worden.

6.1.2 Langere termijn

Naarmate de afbakening- en het normenkader duidelijk(er) wordt en met het zorglabel gegevens kunnen worden verzameld, komt er meer inzicht beschikbaar in de HIC.

Afhankelijk van deze inzichten kunnen we bepalen of er verdere aanpassingen in de bekostiging en zorginkoop noodzakelijk zijn. Te denken valt aan:

- Als HIC, vergeleken met de al bestaande prestaties, een ander kostenbeslag kent en het een ander soort zorgactiviteit is, zou besloten kunnen worden dat er aparte prestaties moeten komen. Daar hoort dan bij dat beoordeeld wordt wat gelet op de inkoopdynamiek de juiste tariefsoort is die bij die prestaties past. Mocht blijken dat er ondanks de zorgplicht sprake is van freeridgedrag van zorgverzekeraars bij de zorginkoop, dan kan overwogen worden de tariefsoort aan te passen naar een bandbreedte- of vast tarief.
- Als blijkt dat er sprake is van grote fluctuaties in vraag naar HIC-zorg, die niet zijn op te vangen met aangepaste inzet van de budgetbekostiging met inkoop in representatie van de acute psychiatrie, dan kan een budgetstelsel met inkoop in representatie overwogen worden.

Afhankelijk van deze inzichten kunnen oplossingen mogelijk ook op andere plaatsen liggen: zoals bijvoorbeeld bij instroom/doorstroom, beschikbaarheid professionals of bij de risicoverevening.

6.2 Advies deel 1 aan VWS

Omdat er nog onvoldoende sprake is van een helder onderbouwde afbakening van HIC en van nog onvoldoende onderbouwde probleemanalyses kan er niet aangetoond worden dat er sprake is van een landelijk beschikbaarheidsprobleem. Dit betekent dat we niet kunnen vaststellen dat een zeer ingrijpende landelijke invoering van budgetbekostiging met inkoop in representatie de meest geschikte oplossing is voor de actuele problemen. Zo'n invoering kent namelijk ook verschillende nadelen die in de afweging betrokken moeten worden. Er wordt daarom vanuit deze verkenning geen advies gegeven over een definitief te kiezen oplossingsrichting.

We adviseren om de verschillende (kortetermijn)oplossingsrichtingen in samenwerking met de partijen van het bestuurlijk overleg cruciale ggz te bespreken zodat een roadmap samengesteld kan worden om vanaf 2026 vooruit te kijken.

Bijlage 1: Notitie probleemanalyse met verbetervoorstellen HIC/IHT

Samenvatting

In het Bestuurlijke Overleg (BO) cruciale ggz van 5 december 2024 is bestuurlijk afgesproken dat verkend moet worden wat de problemen zijn in de organisatie van het benodigde High & Intensive Care (HIC)-zorgaanbod en welke oplossingen er zijn, waaronder gelijkgerichte inkoop door zorgverzekeraars per 2026 om de continuïteit van de HIC-zorg beter te borgen. Naar aanleiding van deze afspraak zijn er door de Nederlandse ggz (dNLggz) en Zorgverzekeraars Nederlands (ZN) op 12 en 19 februari een tweetal brainstormsessies tussen HIC-aanbieders en zorgverzekeraars georganiseerd waarin de problemen en mogelijke oplossingen zijn verkend. Bij deze sessies waren experts van aanbieders en verzekeraars aanwezig ook was VWS aanwezig als toehoorder. Conclusies en vervolgstappen uit de sessies zijn ook op het niveau van bureaumedewerkers getoetst bij deelnemers van het BO cruciale ggz¹ en overheidspartijen (Nederlandse Zorgautoriteit, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en Zorginstituut Nederland). Daarnaast hebben MIND en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) parallel uitvraag gedaan bij hun achterband om te identificeren welke knelpunten en oplossingen zij zien in de organisatie van het benodigde HIC zorgaanbod. Deze input is eveneens meegenomen in het memo.

Op basis van deze sessies en input vanuit BO-partijen cruciale ggz is een uitgebreide probleemanalyse gemaakt en hebben deNLggz en ZN 3 verbetervoorstellen geformuleerd:

1. *Verbetering van de in- en doorstroom van de cliënt*
Investeren in openbare geestelijke gezondheidszorg (Oggz²), beschermd wonen en het creëren van ruimte binnen reguliere ggz voor complexe zorgvragen zijn randvoorwaardelijk om het beroep op de acute ggz beperkt te houden. Oplossingen voor de knellende acute ggz capaciteit liggen voor een belangrijk deel ook buiten de acute keten.

➔ In de actieaanpak cruciale ggz van het Zorginstituut wordt dit knelpunt meegenomen.
2. *Verbeteren van de arbeidsmarkt*
Onderzocht moet worden hoe we het werken op een HIC-afdeling aantrekkelijker kunnen maken voor professionals. Genoemde voorbeelden in de notitie zijn: meer waardering uitspreken voor de geleverde inzet, aanpassen van arbeidsvoorwaarden, onderzoeken of een deelname aan deze zorg niet meer verplicht gesteld moet worden, onderzoek naar een herverdeling van de opleidingsplekken en als laatste het delen van goede voorbeelden uit de regio.

➔ Dit probleem kan niet alleen opgelost kan worden doormiddel van een wijziging in de bekostiging. Parallel aan het inkoop- en bekostigingsvraagstuk moet dit dan ook geadresseerd worden. Het voorstel is een actieaanpak te lanceren vanuit de werkgroep cruciale ggz samen met de beroepsverenigingen Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
3. *Het aanpassen van de financiering en het gehanteerde inkoopmodel*
De problemen in de financiering van de HIC-zorg vertonen grote overlap met de problemen die eerder in de acute ggz speelden. Ggz-aanbieders en verzekeraars concluderen daarnaast dat de HIC in de organisatie en financiering sterk is verweven met de Intensive Home Treatment (IHT), waar vergelijkbare knelpunten spelen. Om te komen tot een betere inkoop en bekostiging van de HIC en IHT concluderen ggz-aanbieders en verzekeraars dat het initiële voorstel om over te gaan tot gelijkgerichte inkoop onvoldoende is, en verwachten zij dat budgetbekostiging met inkoop in representatie een passend antwoord kan geven om de beschikbaarheid van zorg te garanderen.

¹ Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse ggz, MIND, de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zorginstituut Nederland, Nederlandse Zorgautoriteit en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

² Openbare geestelijke gezondheidszorg (Oggz), ook wel bemoeizorg, wordt geleverd door GGD en/of een ggz-aanbieder gericht op mensen met psychische en sociale problematiek.

- ➔ Partijen stellen voor om te gaan verkennen of de HIC- en IHT-zorg onderdeel gemaakt kunnen worden van het budgetmodel acute ggz volgens de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP, afgebakend tot de eerste 3 kalenderdagen) met inkoop in representatie. De probleemanalyse laat zien dat ingrijpen in de huidige wijze van inkopen en financieren van deze keten noodzakelijk is om de kwaliteit en continuïteit te borgen. Deze conclusie is ook congruent met het eerdere traject wat is ingezet om de eerste drie dagen acute zorg onder representatie te brengen op basis van budgetbekostiging (GMAP) waar grotendeels dezelfde argumentatie van toepassing was.

Het nadeel van de voorgestelde route naar budgetbekostiging qua proces is dat het uitwerken van randvoorwaarden, onderzoek en advisering door de NZa en implementatie ervan veel voorbereidingstijd vergen. dNLggz en ZN zouden graag willen dat een transitie naar deze wijze van inkopen en bekostigen kan worden ingevoerd per 2027. Gedurende de verkenning- en ontwikkelingsperiode stellen partijen voor de bestaande bestuurlijke afspraken voort te zetten en nu vol in te zetten op het zo snel mogelijk afronden van de verkenning en het invullen van de benodigde randvoorwaarden.

In dit memo worden de probleemanalyse en verbetervoorstellen nader toegelicht. Deze probleemanalyse en verbetervoorstellen zijn ook getoetst bij Team Overheid (VWS, NZa, ZIN, IGJ). Alle overheidspartijen waarderen de inspanning van partijen om te komen tot een gezamenlijke probleemanalyse en verbetervoorstellen, en begrijpen daaruit dat partijen een groter beroep willen doen op de overheid. Zij concluderen daarbij wel dat de inspanning van veldpartijen onverminderd van groot belang blijft, zowel bij de invulling van landelijke kaders (bv. afbakening en normering HIC en IHT) als in de tussenliggende periode. Een andere wijze van bekostigen is immers een sluitstuk en niet de enige oplossing. De NZa heeft daarnaast zorgen en vragen of budgetbekostiging met inkoop in representatie de beste oplossing is, kijkend naar het doel dat beoogd wordt. Onderdeel van de verkenning van deze oplossingsrichting, zal een adviesaanvraag aan de NZa zijn waarin zij dit uitgebreider kan onderzoeken.

Op basis van input van BO-partijen (incl. alle overheidspartijen) heeft VWS de volgende besluitvormende punten geformuleerd voor tijdens het BO cruciale ggz:

Ter besluitvorming:

- a. Onderschrijft het BO de probleemanalyse HIC/IHT?

Stemt het BO in met voorstel voor de lange termijn:

- b. Inkoop/bekostiging: start verkennen van de route uitbreiding budgetbekostiging met inkoop in representatie (GMAP/ZAP) voor de HIC en IHT?

Stemt het BO in met het voorstel voor de korte termijn:

- c. Werkgroep afbakening en normering HIC en IHT: start werkgroep met vertegenwoordiging en experts van aanbieders, verzekeraars, patiënten en overheidspartijen om te komen tot een uniforme afbakening van de HIC en IHT en een normenkader dat beschrijft aan welke voorwaarden de organisatie en kwaliteit van deze zorg moet voldoen.
- d. Verbeteren van arbeidsmarkt: start actieaanpak vanuit de werkgroep cruciale ggz samen met de beroepsverenigingen NVVP, NIP en V&VN om het tekort aan professionals in de acute keten te verminderen. In het volgende BO volgt een plan van aanpak.

Voor alle vormen van cruciale ggz, inclusief HIC en IHT, bekrachtigen we opnieuw dat:

- e. Regionale tafels cruciale ggz: we blijven de regionale aanpak volgens de gespreksleidraad cruciale ggz volgen. Daarmee bedoelen we dat (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars, aanbieders en patiënten met de gespreksleidraad cruciale ggz de zorgvraag in de regio in kaart brengen en bespreken welk aanbod daarvoor nodig is. Op die manier worden knelpunten in de kaart gebracht en waar nodig meer samenwerking in de inkoop bewerkstelligd.
- f. Afbouw/centralisatie aanbod om financiële redenen: verlengen bestuurlijke afspraak dat geen cruciaal ggz aanbod verdwijnt om financiële redenen. Aanbieders hebben daarbij nog wel steeds een duidelijke verantwoordelijkheid zich in te spannen voor gezonde financiële en integere bedrijfsvoering.

**Toelichting: een duidelijke afbakening, normenkader en een zo scherp mogelijk inzicht in de (omvang van de) doelgroep en de benodigde capaciteit, is van wezenlijk belang voor een voorspoedig verloop van een bekostigingsadvies van de NZa. Deelnemers van de werkgroep zullen in ieder geval zijn de deNLggz, NVvP, NVZ/NFU, ZN, MIND, VWS, NZa. De werkgroep rapporteert aan het BO cruciale ggz. Zij zullen een stand van zaken aanleveren voor het BO cruciale ggz in juli, en eindproducten (definitie + normenkader) opleveren voor het BO cruciale ggz in november. Bekeken zal worden hoe parallel een adviesaanvraag aan de NZa kan worden verzonden.*

***Toelichting: we starten direct met een nadere verkenning van de oorzaken van het tekort aan professionals in de acute keten en maken een actieplan om de regio's te ondersteunen bij verbeteringen. De NVVP, V&VN en het NIP spelen een belangrijke rol in de actieaanpak. We nemen in de actieaanpak de uitkomsten van het actieonderzoek cruciale zorg van het Zorginstituut Nederland mee.*

1 Inhoudsopgave

1	Inhoudsopgave.....	4
2	Probleemanalyse HIC en IHT	5
2.1	Cliënt	5
2.2	Instroom/doorstroom.....	5
2.3	Contractering en bekostiging	6
2.4	Kwaliteit.....	7
2.5	Conclusie.....	7
3	Eerste analyse naar passend model voor contractering en bekostiging	8
3.1	Waarom is gelijkgerichte inkoop onvoldoende?	8
3.2	Uitbreiding van budgetbekostiging acute ggz.....	9
3.3	Aandachtspunten bij uitwerking budgetbekostiging.....	10
4	Bestuurlijke afspraken HIC en IHT voor korte- en middellange termijn	12

2 Probleemanalyse HIC en IHT

De High & Intensive Care (HIC) is een acute opname voorziening, en vormt samen met de Intensive Home Treatment (IHT) een groot en belangrijk onderdeel van de acute ggz. De acute ggz is bedoeld voor mensen die ernstig zijn ontregeld of vastgelopen door bestaande psychiatrische problemen of door een psychische crisis. De HIC-werkwijze is bedoeld voor klinische zorg aan cliënten voor wie ambulante behandeling tijdelijk niet toereikend is en voor wie kortdurende klinische opname noodzakelijk is. Opname op een HIC is een behandelmogelijkheid in een meestal langer lopend ambulant traject. De IHT-werkwijze is bedoeld voor intensieve outreachende behandeling thuis en ondersteunende dagbehandeling ter voorkoming of verkorting van een opname in de kliniek. Bij zowel de HIC- als IHT-zorg gaat het om zorg die 24/7 beschikbaar moet zijn voor de patiënt.

Gezien de samenhang in zowel inhoud als problematiek is in de twee sessies daarom geconcludeerd dat de HIC en IHT in samenhang met de acute ggz volgens de GMAP onderzocht dienen te worden. De probleemanalyse is gemaakt op de vier onderdelen: cliënt, instroom/doorstroom, de contractering en bekostiging, en op kwaliteit.

2.1 Cliënt

De zorgvraag van de patiënt en de maatschappij verandert. De verandering heeft impact op de zorgprofessionals en de eisen die aan de organisatie van de zorg gesteld worden.

- De intensiteit/agressiviteit en zwaarte van de zorgvraag die op de HIC terecht komt neemt toe. Zeker wanneer cliënten onder invloed van drugs binnenkomen, neemt de agressie heftige vormen aan. Als voorbeeld wordt gegeven dat de HIC gemiddeld 4x per jaar ruimtes dermate beschadigd worden dat alles vervangen moet worden. In de tweede bijeenkomst wordt nog maar eens benadrukt dat beschadigingen sterk wisselen (soms dagelijks) en dat dit een forse kostenpost is binnen de HIC.
- De behandelinzet die per cliënt nodig is, stijgt vanwege de toename van de complexiteit. Dat betekent dat er soms sprake is van 2 op 1 inzet en zelfs van 3 op 1.
- Er is taalproblematiek (A'dam) in de behandeling en het mensen terug begeleiden naar hun thuisomgeving.
- De maatschappij is minder tolerant ten opzichte van de overlast van deze patiëntengroep.

2.2 Instroom/doorstroom

De HIC en IHT zijn onderdeel van een keten waarbij ontwikkeling in deze keten rechtsreeks impact hebben op de inhoud en omvang van het beroep dat op deze zorg wordt gedaan.

- De zorgverlening vanuit politie, meldpunt verwarde personen, GGD en Oggz staat onder druk. In sommige regio's is er onvoldoende aanbod en samenwerking met als gevolg dat problematiek van patiënten zwaarder wordt en mensen uiteindelijk in de acute hulpverlening terecht komen.
- Aanbieders en verzekeraars ervaren dat vanwege de tekorten bij politie, meldpunt verwarde personen, GG&GD en Oggz ook actief wordt gestuurd richting de psychiatrie met onnodige medicalisering tot gevolg.
- Aanbieders ervaren daarnaast dat er onvoldoende verblijfsplekken vanuit de Wmo zijn met als extra complicatie dat een Wmo plekken komt te vervallen als een cliënt meerdere weken (31 dagen) klinisch opgenomen is. Dit is ongewenste situatie en het is onwenselijk om patiënten eerder te ontslaan om het vrijvallen van plekken te voorkomen. Dit zou terugval en/of verslechtering van de situatie in de hand werken.
- Voor de bedden die worden gedeclareerd met de prestatie verblijfsdag G³ (zeer intensieve verzorgingsgraad) wordt een hogere vergoeding geboden dan voor de bedden die worden gedeclareerd met de prestatie verblijfsdag H (high intensive care). Aanbieders ervaren dat dit verschil in vergoeding vaak niet passend is gezien de intensiteit van de problematiek op de HIC.

³ Zie ook: [Beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg - BR/REG-25107a - Nederlandse Zorgautoriteit](#)

2.3 Contractering en bekostiging

Er zijn al langere tijd signalen dat prikkels in de contractering afspraken over de coördinatie en beschikbaarheid en kwaliteit van de HIC en IHT in de weg zetten. Uit verschillende gesprekken met ggz-aanbieders, verzekeraars, en (vertegenwoordigers van) patiënten volgt onderstaande probleemanalyse:

- Financiering op basis van volumes in plaats van beschikbaarheid
Het behoud van voldoende opnamecapaciteit vereist een zekere mate van beschikbaarheid (onbezette bedden en intensieve ambulante zorg), ongeacht de daadwerkelijke instroom van patiënten. De huidige financiering zorgt voor ongewenste volumeprikkels. In het huidige systeem zorgt een afname van opnames voor minder inkomsten met negatieve resultaten tot gevolg omdat er wel beschikbaarheidskosten zijn gemaakt.
- Onvoorspelbare zorgvraag met verhoudingsgewijs hoge kosten
De HIC en IHT vormen een klein onderdeel binnen de ggz, kennen een complexe infrastructuur en de benodigde personele bezetting is moeilijk te voorspellen (ook in relatie tot de rest van de zorg). Vanwege de kleine aantallen en moeilijk voorspelbare zorgvraag, is het op voorhand onduidelijk bij welke verzekeraar de zorg gaat landen. Dit maakt het lastig van te voren goede afspraken te maken en bijstelling gedurende het jaar nodig is. Dat maakt het rendabel organiseren van de HIC kwetsbaar.
- Versnippering van financiers/verzekeraars
Het maken van afspraken met een grote hoeveelheid financiers is complex en administratief belastend met name wanneer er achteraf of gedurende het contractjaar ook nog een bijstelling plaatsvindt vanwege een onvoorspelbare zorgvraag. Daarbij speelt mee dat ggz-instellingen ook vaak afspraken moeten maken met zorgkantoren, gemeenten en de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI).
- Wisselende incidentele uitgaven
Aanbieders van HIC-zorg hebben vaak te maken met wisselende incidentele uitgaven, bijvoorbeeld omdat voorzieningen een aantal keer per jaar worden vernield door patiënten. Het is vanwege de wisselende variabele kosten lastig om deze incidentele kosten uit de prestaties te vergoeden.
- Onvrijwilligheid/geen of beperkte keuzevrijheid HIC/IHT-zorg
Het is zeer twijfelachtig in hoeverre er sprake is van keuzevrijheid voor de HIC en IHT-zorg, en selectieve contractering van meerwaarde is. Voor de HIC en IHT geldt vaak dat sprake is van verplichte zorg in het kader van de Wet verplichte ggz (Wvvgg). Daarbij is vaak geen sprake van een vrije keuze voor arts, cliënt of aanbieder. In het geval dat acute zorg nodig is, kan de patiënt bovendien geen toegang tot HIC-zorg worden ontzegd, ook wanneer hiermee de op voorhand afgesproken volumes tussen de aanbieder en verzekeraar worden overschreden.

Deze signalen komen overeen met verschillende (wetenschappelijke) rapporten die wijzen op ongewenste financiële prikkels in de individuele contractering voor zware en complexe zorgvragen in de ggz⁴. Met name wanneer sprake is van een onvoorspelbare zorgvraag en een zekere mate van beschikbaarheid gewenst is, wijzen verschillende onderzoekers op de risico's van concurrentie in de inkoop en doen zij de aanbeveling een alternatieve inkoopmodellen te overwegen.

⁴ Zie bijvoorbeeld:

- [Algemene Rekenkamer](#) (2023). Resultaten verantwoordingsonderzoek 2023 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Trottmann, M., Stam, P., Visser, J., & Brammli-Greenberg, S. (2023). Balancing between competition and regulation in healthcare markets. *Health Economics Policy And Law*, 1–10. <https://doi.org/10.1017/s1744133123000312>
- Varkevisser, Van de Ven, Schut in [Zorgvisie](#) (2023) over oplossingsrichtingen om contracten tussen zorgverzekeraars en ggz-aanbieders te bevorderen.

2.4 Kwaliteit

De kwaliteit binnen de cruciale ggz waar de acute keten onderdeel van uitmaakt kent een sterke afhankelijkheid met voldoende beschikbaarheid van professionals. De V&VN heeft een uitvraag gedaan onder verpleegkundigen op de HIC om problemen in kaart te brengen. De eerste uitkomsten van de actieaanpak van het Zorginstituut Nederland (ZiN) ondersteund de weergave van de V&VN. MIND heeft daarnaast met ervaringsdeskundigen gesproken over ervaringen binnen de acute keten. De volgende probleemanalyse volgt hieruit:

- Er is een tekort aan professionals binnen de acute keten waardoor de werkdruk hoog ligt en continuïteit in sommige gevallen afhankelijk is van de inzet van tijdelijke krachten.
- Er zijn te weinig opleidingskansen en doorgroeimogelijkheden voor de betrokken zorgprofessionals.
- De salarissen binnen de klinieken liggen lager dan in de ambulante zorg.
- De verpleegkundige identiteit binnen de acute keten wordt gemist (als voorbeeld worden de ziekenhuizen genoemd met specialisaties voor bijvoorbeeld de IC, SEH).
- Agressie binnen de acute opname afdelingen neemt toe.
- Hersteltijd voor professionals is er weinig door de hoge werkdruk. Dit leidt tot ziekteverzuim. Om het verzuim en/of tekort aan personeel op te vangen worden er vaak tijdelijke krachten ingezet. Deze inzet is echter duur en draagt niet bij aan de gewenste kwaliteit en stabiliteit van de zorg.
- Balans over de leeftijdsgroepen in het personeelsbestand is onvoldoende, voornamelijk jonge en oudere collega's. De middengroep ontbreekt, omdat die vaker kiest voor de ambulante zorg vanwege de werk-privé balans.
- Cliënten ervaren een verschaald aanbod bijvoorbeeld op het gebied van dagactiviteiten.
- De tijd om familie en naasten voldoende te betrekken is beperkt.

2.5 Conclusie

Ggz-instellingen, zorgverzekeraars en (vertegenwoordigers van) patiënten willen toewerken naar een financieringsmodel waarmee eerdergenoemde knelpunten in de bekostiging en contractering en kwaliteit kunnen worden ondervangen. Daarbij staan de volgende doelen centraal:

- Ggz-instellingen meer zekerheid bieden door een vorm van beschikbaarheidsfinanciering met beperking van de concurrentie in de inkoop, waarmee investeringen in de kwaliteit en continuïteit van zorg beter worden geborgd.
- De problematiek bij aanbieders kent regionale verschillen. De noodzakelijke oplossing dient duidelijke handvatten voor verbetering te bieden maar dient tegelijkertijd ook ruimte te bieden voor regionaal maatwerk passend bij de regionale situatie.
- Het primaire doel moet blijven om patiënten zodanig te ondersteunen dat behandelingen in de acute keten voorkomen worden. Tegelijkertijd moet het HIC en IHT aanbod wel beschikbaar zijn als deze nodig is.

3 Eerste analyse naar passend model voor contractering en bekostiging

Experts van zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben tijdens twee sessies met elkaar gekeken naar passende afspraken over contractering en bekostiging op basis van de probleemanalyse. Initieel was afgesproken dat de HIC per 2026 als onderdeel van de cruciale ggz gelijkgericht ingekocht zou worden. Uit de twee sessies is naar voren gekomen dat een gelijkgerichte inkoop niet bijdraagt aan de nu ervaren problemen en dat een stap naar budgetbekostiging met representatie noodzakelijk lijkt. In paragraaf 3.1 wordt onderbouwd waarom gelijkgerichte inkoop onvoldoende is. In paragraaf 3.2 wordt toegelicht waarom budgetbekostiging noodzakelijk geacht wordt. In paragraaf 3.3 worden de aandachtspunten voor een stap naar een stap naar budgetbekostiging met representatie uitgewerkt.

3.1 Waarom is gelijkgerichte inkoop onvoldoende?

Gelijkgerichte inkoop betekent dat de coördinerend zorgverzekeraar op inhoud en/of prijs een afspraak maakt met een aanbieder en dat de coördinerend zorgverzekeraar deze afspraak voorlegt aan de andere verzekeraars met het verzoek deze te volgen. In vervolg op de afspraak in het BO hebben partijen onderzocht of de ervaren problemen opgelost kunnen worden met een stap naar gelijkgerichte inkoop. De conclusie van partijen is dat de bestaande problemen met gelijkgerichte inkoop niet worden opgelost. Zij noemen daarbij de volgende risico's:

- Een stap naar gelijkgerichte inkoop (of volgreed of het vaststellen van vaste tarieven) lost de echte financiële knelpunten niet op.
Deze stap zal niet de gewenste 100% dekking van de beschikbaarheidskosten opleveren (goed verdeeld over verzekeraars) waarin er geen ongewenste volume prikkel is. Bij een gelijkgerichte inkoop zal de prestatie aan de individuele verzekerde de basis van de vergoeding blijven waarbij het tarief vooraf in de inkoop wordt bepaald. Het is niet toegestaan dit tarief achteraf aan te passen op basis van veranderende volumes en/of kosten waarmee de risico's op over- of onderfinanciering blijven bestaan. Dit probleem wordt pas opgelost wanneer de regievoerder een budget ontvangt waarin de NZa de betaling van eventuele onder- of overdekking reguleert via de vaststelling van vereffenings- of verrekenbedragen.
- Zorgaanbieders en verzekeraars vrezen voor het ontbreken van een dwingend kader.
Ondanks een bestuurlijke intentie tot gelijkgerichtheid, houdt een individuele zorgverzekeraar binnen de mededingingsregels altijd de vrijheid om deze afspraken niet te volgen en zijn eigen voorwaarden af te spreken. Ook andere zorgverzekeraars kunnen zorgverzekeraars die het contract niet willen volgen, niet dwingen om dit te doen.
- Zorgverzekeraars geven aan dat het maken van fair share afspraken financiële risico's met zich meebrengt voor verzekeraars en aanbieders vanwege grote regionale verschillen.
Met name verzekeraars die een relatief klein marktaandeel hebben in een regio vinden het complex om zich als individuele verzekeraar te committeren, omdat de bijdrage in termen van het marktaandeel mogelijk niet overeenkomt met de daadwerkelijk geleverde zorg. In dit proces bestaat er dan ook een risico op ongewenst free-rider gedrag dat de beschikbaarheid van de noodzakelijke zorg in gevaar kan brengen. Dit risico wordt nog groter als de volumes en kosten gedurende het jaar aan verandering onderhevig zijn.
- Het maken van afspraken via gelijkgerichtheid is een administratief belastend proces.
Het maken van afspraken door een coördinerend verzekeraar en het vervolgens delen met de andere zorgverzekeraars vraagt de nodige inspanningen van de individuele verzekeraars. In dit proces dient bij het uitwisselen van de informatie rekening gehouden te worden met de mededingingsregels. De stap naar gelijkgerichtheid kan dan ook alleen genomen worden als deze een duidelijke oplossing biedt voor de nu ervaren problemen. Deze voordelen worden door aanbieders en verzekeraars niet gezien en het model kan vanwege de lasten niet ingezet worden als 'nice to have'.
- MIND vreest dat een sterke focus op bestuurlijke inkoopafspraken voor de korte termijn (2026) ten koste gaan van aandacht voor de langetermijn, continuïteit, samenhang en kwaliteit voor en positie van cliënten.

Om hierboven genoemde redenen willen partijen een stap extra zetten en onderzoeken of uitbreiding van de bestaande budgetbekostiging acute ggz (afgebakend tot de eerste 3 kalenderdagen) mogelijk is, zodat afspraken die de concurrentie beperken een zorgvuldig fundament kennen in wet- en regelgeving.

3.2 Uitbreiding van budgetbekostiging acute ggz

Als structurele oplossing stellen partijen voor om te verkennen of de HIC- en IHT-zorg onderdeel gemaakt kan worden van budgetmodel acute ggz (GMAP, afgebakend tot de eerste 3 kalenderdagen) met inkoop in representatie. Dat vergt tevens een advies van de NZa wat de gevolgen zijn van deze oplossingsrichting en of die bijdraagt aan de ervaren knelpunten in de organisatie van de HIC en IHT. Dit is in het kader van de mededinging een vergaande stap maar deze stap wordt door verzekeraars en aanbieders noodzakelijk geacht om de volgende redenen:

- Een budgetmodel met voor- en nacalculatie bevat geen volumeprikkel.
Financiering op basis van beschikbaarheid zorgen ervoor dat plannen die gericht zijn op continuïteit en/of kwaliteit van zorg door minder volume te draaien niet direct ten koste gaan van de inkomsten van de aanbieder zelf (ook wel de 'brandweerfunctie' genoemd). Verder biedt een budgetmodel ruimte om achteraf afspraken aan te passen op onvoorzienbare kosten (bijvoorbeeld niet te voorspellen vernielingen op de afdeling).
- Een budgetmodel met inkoop in representatie biedt minder vrijblijvendheid (t.o.v. gelijkgerichte inkoop).
Afspraken kennen geen vrijblijvendheid. De budgetbekostiging gaat samen met een vorm van inkoop in representatie, waarbij zorgverzekeraars volgens een vaste verdeelsleutel naar rato bijdragen aan de afspraak tussen de marktleider zorgverzekeraar in de regio en de ggz-kerninstelling.
- Een budgetmodel met inkoop in representatie biedt minder versnippering in de zorginkoop en zorgt hiermee voor betere kaders om de kwaliteit en beschikbaarheid van de HIC- en IHT-zorg te borgen.
Versnippering van financiering wordt verminderd, doordat er één representerend zorgverzekeraar is die afspraken maakt namens de andere zorgverzekeraars. Meer coördinatie door de representerend zorgverzekeraar kan mogelijk ook bijdragen aan verbeterde afstemming met andere domeinen, zoals het veiligheidsdomein, het sociaal domein en de langdurige zorg.
- Een budgetmodel met inkoop in representatie sluit aan bij de beweging die eerder is ingezet rondom de acute ggz (GMAP).
Al bij invoering van de huidige budgetbekostiging acute ggz waren er twijfels over begrenzing van 3 dagen. De bestaande budgetbekostiging acute ggz (GMAP) beperkt zich tot het benodigde personeel (fte) en de beschikbaarheid van bedden tot de eerste 3 dagen. Al bij de invoering van deze bekostiging in 2020 waren er twijfels of de begrenzing van 3 dagen zou volstaan, omdat de acute psychiatrische zorg niet stopt na 72 uur. GGZN (nu: dNLggz) en ZN wilden de tijdsgrens destijds uitbreiden naar twee weken.
- Een budgetmodel met representatie biedt ruimte voor meer regionaal maatwerk dan bij een beschikbaarheidsbijdrage.
Bij budgetbekostiging is nog steeds ruimte voor regionaal maatwerk in de afspraken tussen de kerninstelling en representerend zorgverzekeraar, anders dan bij de beschikbaarheidsbijdrage (een rechtstreekse subsidie vanuit de overheid op grond van art. 56a Wmg) waarbij de inkooprol van de zorgverzekeraar buiten spel wordt gezet.
- De inrichting sluit aan bij de reeds zeer beperkte concurrentiemogelijkheden tussen verzekeraars.
De patiënt met een acute zorgvraag heeft behoefte aan een snelle en goed georganiseerde zorgketen die 24/7 beschikbaar is. In dit proces is er weinig tot geen ruimte voor een vrije artskenkeuze van de patiënt. De mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden, en dus te concurreren, in de acute zorg zijn daarmee nu al beperkt.

Afhankelijk van de precieze vormgeving van de budgetbekostiging kunnen verzekeraars geen/zeer beperkt concurrentievoordeel meer behalen.

3.3 Aandachtspunten bij uitwerking budgetbekostiging

Partijen realiseren zich dat budgetbekostiging geen eenvoudige oplossing is, en daarom in de uitwerking rekening moet worden gehouden met de volgende randvoorwaarden en aandachtspunten:

- Scherpe afbakening is een randvoorwaarde
Uitbreiding van de budgetbekostiging vergt een scherpe afbakening van HIC en IHT. Lessen uit de evaluatie van de NZa naar de budgetbekostiging acute ggz⁵ en het recente advies naar invoering budgetbekostiging in de medisch-specialistische zorg laten zien dat het vaststellen van een passende afbakening complex is, vanwege verwevenheid met zorg die via de individuele contractering wordt ingekocht. Als niet duidelijk is welke functies er bekostigd gaat worden is het niet mogelijk een budgetbekostiging te bouwen. Bij voorkeur is naast dat duidelijk is "wat" er bekostigd wordt ook welke type zorgverlener dit uitvoert en hoeveel tijd het kost. Bij uitbreiding kan gedacht worden aan verschillende varianten. Bijvoorbeeld: de bestaande afbakening van 3 kalenderdagen uitbreiden naar meerdere dagen zodat toerekening van kosten beter past bij de organisatie van zorg, of een meer functionele zorginhoudelijke afbakening.
- Ontwikkeling van normen is een randvoorwaarde
Een duidelijk kader aan welke voorwaarden de organisatie en kwaliteit van zorg moet voldoen (normering) is randvoorwaardelijk. Samenhangend met een scherpe afbakening is het nodig het normenkader voor de HIC- en IHT-methodiek verder uit te werken. Denk daarbij bijvoorbeeld aan duidelijke normen over de aanwezigheid van gekwalificeerd personeel en gewenste bezettingsgraad van de HIC. Dit kan in de vorm van een richtlijn/kwaliteitskader, waarbij een gelijke aanpak worden gevolgd als voor de invulling van de normen acute ggz via de GMAP en Zorgstandaard acute psychiatrie (ZAP).

Zo'n normenkader moet bijvoorbeeld inzicht geven in de bereikbaarheid van de functie. Zo geldt voor de GMAP dat tenminste 90% van de personen met U2 op psychiatrische kenmerken de crisisbeoordeling binnen één uur na psychiatrische triage gestart wordt. Deze normen helpen bij de onderbouwing van het aantal locaties en de geografische spreiding van deze locaties.

Voor de HIC verwachten partijen dat afbakening eenvoudiger tot stand komt, omdat kan worden aangesloten bij de reeds bestaande certificering/keurmerk voor de HIC-methodiek (CCAF). Voor de IHT verwachten partijen dat extra inspanning nodig is om een gedragen normenkader te ontwikkelen.
- Het inzichtelijk maken van de financiële impact is een randvoorwaarde
De totale verwachte kosten dienen in kaart gebracht te worden zodat beoordeeld kan worden hoe deze ingepast kunnen worden in het beschikbare budgettaire kader (het totale kader ggz zal voor deze aanpassing niet vergroot worden).
- Verminderende doelmatigheidsprikkels
Het financieren van voorzieningen op basis van beschikbaarheid met voor- en nacalculatie door de NZa vermindert de mate waarin zorgverzekeraars risicodragend zijn en daarmee de prikkel deze zorg doelmatig in te kopen. Kosten worden gelijkmatig onder zorgverzekeraars gedeeld, en zijn daarmee minder afhankelijk van de inspanning van één individuele zorgverzekeraar. Tegelijkertijd geven zorgverzekeraars aan dat juist de doelmatigheidsprikkel de continuïteit van de HIC en IHT in gevaar brengt.
- Kruissubsidiëring
Het naast elkaar bestaan van verschillende bekostigingsmodellen (budgetbekostiging en reguliere prestaties) voor één ggz-instelling brengt het risico van kruissubsidiëring met zich

⁵ [Evaluatie inkoop en bekostiging acute ggz - Nederlandse Zorgautoriteit](#)

mee, waarbij de inkomsten uit de budgetbekostiging niet worden ingezet voor beschikbaarheidsdoeleinden, maar voor andere delen van de ggz. Dit risico kan deels worden ondervangen door een duidelijk normenkader en aparte registratie, met aandacht voor de administratieve lastendruk. Daarnaast is op dit moment ook al sprake van omgekeerde kruissubsidiëring, waarbij juist de inkomsten uit laagcomplexere zorg worden gebruikt om de hoogcomplexere zorg te financieren.

- Positie ketenpartners

Bij de toevoeging van de HIC en IHT-zorg aan het budgetmodel kijken we met elkaar nog een keer goed naar de positie van de regievoerder en de ketenpartners (de ggz-instelling naast de kerninstellingen zoals bijvoorbeeld de ziekenhuizen). Het regioplan en de budgettering moeten bijdragen aan het functioneren van de keten waarin de partners op basis van gelijkwaardigheid en een gezamenlijke verantwoordelijkheid met elkaar samenwerken.

- Precedentwerking van uitbreiding

Het aanpassen van de huidige afbakening voor de budgetbekostiging acute ggz heeft mogelijk een precedentwerking voor de rest van de ggz, waarbij steeds meer zorg op de lange termijn in representatie op basis van een vast budget wordt ingekocht. Knelpunten uit probleemanalyse lijken ook op te gaan voor 'beveiligde bedden', die ook deel uitmaken van de cruciale ggz. Richting de adviesaanvraag aan de NZa, kan worden overwogen dit ook mee te nemen. Voor andere delen van de cruciale ggz (zoals hoogspecialistische ggz, outreachende ggz en klinische ggz) gaat de probleemanalyse van de HIC/IHT niet op. Voor de andere vormen van cruciale ggz lijkt het meer voor de hand te liggen dat nadere invulling van gelijkgerichtheid plaatsvindt via de regionale en landelijke tafels.

4 Bestuurlijke afspraken HIC en IHT voor korte- en middellange termijn

Het nadeel van de voorgestelde route naar budgetbekostiging qua proces is dat het uitwerken van randvoorwaarden, onderzoek en advisering door de NZa en vervolgens implementatie veel tijd vergen. deNLggz en ZN zouden graag willen dat een transitie naar deze wijze van inkopen en bekostigen kan worden ingevoerd per 2027. Gedurende de verkenning- en ontwikkelingsperiode stellen partijen voor de bestaande bestuurlijke afspraken voort te zetten en nu vol in te zetten op het zo snel mogelijk afronden van de verkenning en het invullen van de benodigde randvoorwaarden. Zie voorstellen in de vorm van besluitvormende punten 3 c, d, e, 7 (pagina 2).

Bijlage 2: Afbakeningen in declaratiegegevens

Is als aparte bijlage aan het rapport toegevoegd.

Bijlage 3: Analyses budgetbekostiging acute psychiatrie

Is als aparte bijlage aan het rapport toegevoegd.



Newtonlaan 1-41 • 3584 BX Utrecht • Postbus 3017 • 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 • E info@nza.nl • www.nza.nl