



**Aan: de vaste Kamercommissie voor VWS**  
**Postbus 20018**  
**2500 EA DEN HAAG**  
**E [cie.vws@tweedekamer.nl](mailto:cie.vws@tweedekamer.nl)**

**Datum: 2 september 2021**  
**Kenmerk: 21-044**  
**Onderwerp: Zorgprestatie model**  
**t.b.v. vragenuur 7 september en procedurevergadering TKcie VWS 8 september as.**  
**Contact: Mirjam Drost E: [Mirjam.drost@wijzijnmind.nl](mailto:Mirjam.drost@wijzijnmind.nl) M 06 1997 3092**

Geachte Kamerleden,

Op 7 september is het Vragenuur in de Tweede Kamer, en op 8 september vindt de Procedurevergadering plaats van de commissie VWS. Wilt u deze brief van MIND, de LVVP, V&VN, de NVvP en het NIP over het Zorgprestatie model tijdens een van beide momenten aan de orde stellen?

Wij maken ons grote zorgen over het feit dat de invoering van het Zorgprestatie model (ZPM)<sup>1</sup> per 1 januari 2022, al op de korte termijn grote financiële gevolgen gaat hebben voor bijna 100.000 cliënten die dringend zorg nodig hebben. Dit blijkt uit een gesprek met het ministerie van VWS en een rapportage van de Nederlandse Zorgautoriteit.

De Nederlandse Zorgautoriteit had al eerder aangegeven dat er een verandering voor het berekenen van het eigen risico voor cliënten in de nieuwe ggz-bekostiging zou komen per 1 januari 2022 maar niet wat de consequenties zijn. Onder meer MIND en de LVVP hebben tijdens verschillende programmateam overleggen aangedrongen op verheldering hiervan. Eind mei werd in een gezamenlijk overleg met het ministerie van VWS, beroeps- en brancheverenigingen, instellingen, de NZa en MIND door de presentatie van de NZa pas duidelijk wat de gevolgen zijn. Door deze wijziging in de betaling

---

<sup>1</sup> Het zorgprestatie model in de GGZ is een goede ontwikkeling. Met het nieuwe model dat per 1 januari 2022 wordt ingevoerd verdwijnen de DBC's in de gespecialiseerde-ggz en de producten in de generalistische basis-ggz. De bedoeling is om de administratieve lasten te verlagen, dat nota's beter begrijpelijk zijn voor cliënten en financiële prikkels verdwijnen die de zorgkosten verhoogden. Als onderdeel van het zorgprestatie model wordt straks voor elke patiënt het zorgvraagtype bepaald. De bekostiging van een ggz-behandeling wordt vanaf 2022 bijna geheel afhankelijk van vier factoren: het type behandelaar, setting, duur van de behandeling en of het een diagnose of behandeling betreft. In het nieuwe model komt de vraag van de cliënt meer centraal te staan dan de aandoening of de classificatie. Bovendien kan hiermee meer maatwerk per cliënt worden geleverd: de behandeling en daarmee het beschikbare budget hangt af van de zorgvraag van de cliënt.



**krijgen jaarlijks 98.000 cliënten te maken met hogere zorglasten.** In totaal gaat het om 17 miljoen euro die extra ten laste komt van de patiënt (bron: NZa).

Hoe zit dit? Het ministerie van VWS heeft besloten om met de invoering van het zorgprestatie­model (ZPM) ook de berekening van het eigen risico in de ggz te veranderen: ggz-clie­nten zullen jaarlijks eerst zelf betalen conform het eigen risico voordat zij de zorgkosten vergoed krijgen vanuit hun verzekering. In de huidige bekostiging, DBC's in de gespecialiseerde ggz en producten in de generalistische basis-ggz, ontvangt een cliënt de factuur bij de afsluiting van de DBC of het traject. De factuur staat gedateerd op het startjaar waardoor cliënten alleen in het startjaar zelf betalen tot aan het maximale bedrag conform het eigen risico.

#### **Snelle facturering zorgt voor jaarlijkse aanspraak eigen risico**

In de nieuwe ggz-financiering gaat men uit van prestaties en worden sneller facturen verstuurd waardoor cliënten niet alleen in het startjaar maar **elk jaar** zelf betalen vanuit het eigen risico. Bovendien krijgen mensen die op dit moment in zorg zijn, te maken met een afsluiting van hun traject of DBC én met facturering volgens de nieuwe bekostiging. Zij zullen dus sowieso dit jaar en volgend jaar zelf moeten betalen conform het eigen risico.

Een voorbeeld: Een cliënt, die na een soms maandenlange wachtlijst, start met een intakegesprek in oktober 2021 en een paar gesprekken bij een psycholoog of psychotherapeut heeft, ontvangt eind dit jaar al een factuur en betaalt deze zelf conform het bedrag van het eigen risico. Wanneer zijn behandeling doorloopt in 2022, dan wordt opnieuw gevraagd om de factuur zelf te betalen conform het eigen risico. Cliënten die dit jaar starten of gestart zijn met een traject, zijn hier niet van op de hoogte.

#### **Gevolgen voor de cliënt**

Uit cijfers van de NZa blijkt dat het om ongeveer 9 % van de cliënten gaat; dat is ongeveer 98.000 verzekerden/cliënten die het vooral treffen, zowel in de gespecialiseerde als generalistische basis-ggz. We verwachten grote problemen bij minder draagkrachtige mensen zoals bijvoorbeeld studenten, jongvolwassenen, alleenstaande ouders en mensen die vanwege hun klachten een laag inkomen ontvangen vanuit de WW of bijstand.

#### *Voorbeeldcasus:*

*Student van 20 jaar in Utrecht met lening, geen bijbaantje, geen andere ziekten, heeft een eigen risico van € 385,- of zelfs € 500,- . Hij heeft een angststoornis en mag in oktober 2021 beginnen met een traject. Vier gesprekken kosten al snel € 500,- , dan betaalt hij geheel zijn eigen risico. Ook de volgende maanden in 2023 is dit eigen risico al snel bereikt bij 5 consulten. Dat betekent dat deze student tussen de € 770,- en € 1000 zelf zou moeten betalen van zijn behandeltraject. Om kosten te besparen zal hij liever in januari gaan beginnen of wellicht wachten. Anders betaalt hij feitelijk de hele behandeling zelf. Het is mogelijk dat zijn plek op de wachtlijst inmiddels wordt ingenomen door iemand anders, en hij weer maandenlang moet wachten.*

### **Risico op uitstel of afzien van behandeling**

Mogelijk moeten cliënten na een maandenlange wachtlijst (ten gevolge van onder meer “budgetplafonds”) kiezen voor uitstel van hun intakegesprek en behandeling omdat ze zich het financieel niet kunnen veroorloven om 2x het eigen risico te betalen. Zij zullen dan vragen om aan het begin van het jaar te starten met hun behandeling in de hoop deze in hetzelfde kalenderjaar te voltooien. Dit leidt tot uitstel en verdere verergering van de psychische problemen bij mensen, zeker bij mensen met lagere inkomens. Dit vergroot de kans dat meer jongeren hun studie beëindigen, (jong)volwassenen langdurig uitvallen op hun werk, of zelfs hun baan verliezen.

In deze coronacrisis is de mentale gezondheid steeds meer in het gedrang gekomen. Goede en tijdige ggz-zorg is daarom van groot belang. Door 2x het eigen risico te moeten betalen, ontstaat de situatie dat in de generalistische basis-ggz de zorg feitelijk niet meer is verzekerd, terwijl deze zorg juist laagdrempelig moet zijn. Het argument dat het eigen risico toch wel volloopt, gaat niet op voor deze patiëntengroep die niet vaak te maken heeft met comorbiditeit.

In de gespecialiseerde ggz geldt feitelijk hetzelfde voor patiënten die kortdurend worden behandeld. Ook deze groep heeft weinig comorbiditeit. Hun eigen risico loopt dus alleen maar vol met ggz-kosten, waardoor de kortdurende behandelingen feitelijk niet verzekerd zijn

Het raakt tegelijkertijd ook de mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) in de langer durende ggz, die elk jaar een stuk van hun eigen behandeling zelf moeten betalen. Juist EPA-cliënten hebben echter veelal lage inkomens en worden door deze aanzienlijke kosten hard getroffen. Dit zijn ongewenste effecten van de bekostiging van de ggz.

Professionals en vrijgevestigden in de ggz verwachten dat zij de vragen of klachten van hun cliënten hierover moeten gaan opvangen en te maken krijgen met cliënten die hun behandeling stopzetten dan wel moeten uitstellen.

We hebben bovengenoemde problemen kenbaar gemaakt in het eerder genoemd overleg van eind mei, maar ZN blijkt het niet meer tijdig te kunnen aanpassen. Het ministerie wil intussen inzetten op goede voorlichting.

MIND, de LVVP, de NVvP, V&VN en NIP pleiten er voor dat cliënten pas aan het eind van het behandeltraject een rekening krijgen voor het ggz-behandeltraject, dat dit maximaal 1x het eigen risico bedraagt, en dat het niet ieder jaar terugkeert. Net als in de cure en care sector: hier wordt nog steeds met een DBC gewerkt en komen de zorgkosten alleen ten laste van het eigen risico in het jaar dat de DBC is gestart. Deze ongelijkheid tussen somatische en psychische zorg is ons een doorn in het oog.

*Vragen aan de staatssecretaris: Is de staatssecretaris er van op de hoogte dat er zo ongelijkheid ontstaat tussen de psychische en somatische zorg? Is het ministerie van VWS bereid om de regeling waarbij tweemaal het eigen risico betaald zou moeten worden in de ggz terug te draaien naar maximaal eenmaal per behandeling, zoals ons bovenstaand voorstel?*



Met vriendelijke groet,  
Mede namens LVVP, NVvP, V&VN en NIP

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "M.J. ter Avest", is written over a horizontal line.

Drs. M.J. ter Avest,  
Directeur/bestuurder MIND



LANDELIJKE VERENIGING VAN  
VRIJGEVESTIGDE PSYCHOLOGEN  
& PSYCHOTHERAPEUTEN



Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**