ZORG
PRESTATIE
MODEL GGZ & FZ

Handreiking contractering setting
Hoogspecialistische ggz

juli 2026

Inhoud

A. Toelichting bij de totstandkoming 3

B. Handreiking contractering setting hoogspecialistische ggz 5

Bijlage 1 • Toelichting: Hoogspecialistische zorg door PAAZ en PUK 11

Handreiking contractering setting ‘Hoogspecialistische ggz’

A. Toelichting bij de totstandkoming

Doel en opbouw
Deze handreiking is bedoeld voor zorgverzekeraars en aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (ggz) om met minimale transactiekosten lokaal te komen tot contractering van hoogspecialistische ggz zoals bedoeld in de gelijknamig setting van het Zorgprestatiemodel (ZPM). Daartoe worden in dit document waar mogelijk objectiveerbare, onderscheidende en op feiten herleidbare criteria aangedragen, die recht doen aan de klinische praktijk en de noodzaak van het hogere tarief voor de hoogspecialistische setting onderbouwen.

In deze handreiking wordt achtereenvolgens ingegaan op:

1. **Doel van deze handreiking**
2. **Uitgangspunten voor deze handreiking**
3. **Definitie hoogspecialistische ggz**
4 **De plaats van de hoogspecialistische ggz in de sector / de zorgketen en de verwijsroute**
5. **Aspecten van de hoogspecialistische zorg die bijdragen aan hoger percentage indirecte tijd**
6. **Juridische houdbaarheid, incl. normering, verantwoording en spreiding van het aanbod**
7. **Proces om te komen tot een uniform overzicht van aanbieders van hoogspecialistische ggz**

Afbakening: wat wordt niet bekostigd uit het tarief van hoogspecialistische setting

Deze handreiking betreft de contractering van de setting 'hoogspecialistische ggz'. Het tarief voor deze setting is gebaseerd op de directe en indirecte kosten voor patiëntenzorg. Er zijn andere kostenposten, die randvoorwaardelijk zijn voor het leveren van die zorg. De meest relevante worden onderstaand opgesomd, met daarbij de wijze waarop deze kosten zijn verdisconteerd in prestaties of tarieven.

- extra bouwkundige en apparatuurkosten om hoogspecialistische ggz te kunnen leveren - bijvoorbeeld: extra beveiligde kamers bij behandeling van psychiatrisch ontregelde patiënten met infectieuze aandoeningen, steriele ruimtes om intraveneuze medicatie te bereiden, verkoeverkamervoorziening (inclusief apparatuur om de vitale functies van patiënten te bewaken) bij ECT, apparatuur voor afstellen neuromodulator bij experimentele DBS (deep brain stimulation), -> verdisconteert in de prestatie

- kosten voor verblijfsdagen -> bekostiging op basis van het tarief voor verblijfsdagen

- hoogspecialistische diensten voor niet-ingeschreven patiënten (consultatie en advies) -> bekostigingsvraag is onderdeel van gesprek over beoogde beschikbaarheidsbijdrage hoogspecialistische ggz

- infrastructuur en personele inzet voor onderzoek en kennisverspreiding buiten het eigen behandelteam -> bekostiging op basis van beoogde beschikbaarheidsbijdrage hoogspecialistische ggz

Werkgroep

Deze handreiking is het product van een werkgroep waarin vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en van (koepel)organisaties van hoogspecialistische ggz aanbieders zitting hadden. Deze werkgroep rapporteert aan het landelijk Programma Zorgprestatiemodel.

B. Handreiking contractering setting hoogspecialistische ggz

1. Doel van deze handreiking

Deze handreiking is bedoeld als instrument voor zorgverzekeraars en ggz-aanbieders (ziekenhuizen met PAAZ/PUK[1] en ggz-instellingen met TOPGGz[2]-afdelingen) om met vermijding van extra transactiekosten samen in de onderlinge contractonderhandeling te kunnen vaststellen op welke afdeling/ specifiek onderdeel van een afdeling/ locatie (verder te noemen: *afdeling*) er sprake is van hoogspecialistische ggz.

Hiertoe worden de onderscheidende kenmerken van de hoogspecialistische ggz gegeven: de hoogspecialistische zorgvragen van patiënten, de plaats in de sector/ keten, de elementen van het hoogspecialistisch zorgaanbod die bijdragen aan extra indirecte kosten en het aantoonbaar voldoen aan de eigen kwaliteitsnorm voor het aanbieden van hoogspecialistische zorg. De combinatie van deze aspecten rechtvaardigt het contracteren van de "setting hoogspecialistische ggz" in het Zorgprestatiemodel (ZPM).

Stichting TOPGGz, NFU en NVZ stellen een overzicht beschikbaar aan het ZN-kenniscentrum GGZ van afdelingen die voldoen aan de criteria uit deze handreiking, incl. specialisatie en klinische capaciteit (bedden). Deze lijst is het richtinggevende referentiekader voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de contractering van hoogspecialistische ggz.

2. Uitgangspunten voor deze handreiking

bron: Rapportage uitkomsten werkgroep prestatielijst en setting, 4 december 2019

1. *Settings moeten functioneel worden omschreven.* Zie paragraaf 3 onderstaand voor definities.

2. *Settings moeten elkaar uitsluiten.* Zie de omschrijving van de plek in de sector/ keten in paragraaf 4.

3. *Tussen settings moet een substantieel kostenverschil bestaan.* Het gaat hierbij om kostenverschillen voor het leveren van patiëntenzorg die niet op een andere manier door het zorgprestatiemodel worden gecorrigeerd. Zie paragraaf 5 onderstaand voor de inhoudelijke onderbouwing van de extra indirecte kosten.

1 Voor de leesbaarheid wordt in de tekst steeds PUK en PAAZ gehanteerd. Hieronder dient begrepen te worden: dat deel van PUK en PAAZ dat voldoet aan de normen voor de hoogspecialistisch setting zoals nader omschreven in paragraaf 6.1.

2 Deze afdelingen hebben het TOPGGz-keurmerk; zij voldoen dus aan alle criteria die hiervoor gelden. Zie verder paragraaf 6.1 en de vigerende TOPGGz-criteria van Stichting TOPGGz (www.topggz.nl), zoals geldend op het moment van contractering.

4. *Settings moeten juridische houdbaar zijn (handhaafbaar en controleerbaar).* Zie onderstaande uitwerking in paragraaf 6.

5. *Het hanteren van settings in de bekostiging moet geen grote administratieve belasting met zich meebrengen.* Dit wordt bereikt door aansluiting op bestaande normen en controle daarop; zie paragraaf 6.

6. *Prikkels en gedrag: De mogelijkheid tot gamen/upcoden moet worden beperkt.* De (strenge) normen en toetsing daarop zoals beschreven in paragraaf 6 dammen deze risico's in.

Een algemeen uitgangspunt voor elke setting in het ZPM is dat deze op afdelingsniveau wordt gecontracteerd. Wanneer dit gekoppeld is aan een periodieke accreditatie heeft dit meerdere voordelen:

- aanbieders van hoogspecialistische ggz voldoen aan concrete criteria,
- de setting is functioneel omschreven,
- er is een heldere en harde scheiding met de andere settings,
- het biedt een juridisch sterkere basis,
- dit beperkt de administratieve lasten.
- een transparante accreditatie in combinatie met een concentratie en spreidingsbeleid[3] kunnen bijdragen aan een goede verdeling over het land en capaciteit die past bij de vraag.

Op basis van deze uitgangspunten is een concrete handreiking opgesteld voor de onderhandeling over en contractering van het tarief hoogspecialistische setting tussen zorgverzekeraars en individuele aanbieders.

3. Definitie hoogspecialistische ggz

Patiënten met hoogspecialistische ggz zorgvraag voldoen aan 3 kenmerken:

- de patiënt heeft (een) ernstige, complexe en/of zeldzame aandoening(en) of complicatie(s), of er is sprake van een voorspelbaar ernstig beloop van de klachten voor de patiënt dat vermijdbaar is door het hoogspecialistisch zorgaanbod;
- de patiënt heeft onvoldoende baat gehad of zal naar verwachting onvoldoende baat hebben bij een behandeling conform de professionele standaard in de specialistische ggz;
- de patiënt zal naar verwachting profiteren van hoogspecialistische ggz (de hoogspecialistische behandeling is geïndiceerd voor de patiënt in kwestie).

Deze problematiek vereist complexe én veelal innovatieve kennis en vaardigheden betreffende diagnostiek en/of behandeling. Dit wordt geborgd met een nadere afbakening van de plaats in de sector / keten van hoogspecialistische ggz.

3 Een beleid voor concentratie en spreiding is nog niet beschikbaar ten tijde van het opleveren van de handreiking. In de oplegger bij deze notitie is te lezen dat partijen zich nu inspannen om hier snel invulling aan te geven.

4 De plaats van de hoogspecialistische ggz in de sector / de zorgketen en de verwijsroute

- *Verwijzing* voor hoogspecialistische ggz (3e lijn) gebeurt vanuit de tweede lijn indien diagnostiek en/of behandeling in de specialistische ggz (2e lijn) niet afdoende is gebleken. Soms kan verwijzing direct vanuit de eerste lijn of tweede lijn medisch specialisten worden gedaan, indien de verwijzer inschat dat diagnostiek en/of behandeling in de specialistische ggz niet afdoende zal zijn of (in geval van zeldzame aandoening) niet beschikbaar is. Alle verwijzers hanteren hiervoor dezelfde criteria cq. de relevante beslissingsondersteunende tools.

- *Toetsing op hoogspecialistisch karakter van de zorgvraag*
  De NZa-basisregel is dat iedere patiënt die ingeschreven wordt op een setting, moet voldoen aan de criteria voor die setting. Als tijdens de nadere diagnose en/of behandeling blijkt dat andere interventies (die strikt genomen niet passen bij de setting) (op dat moment) beter passen bij de patiënt, dan kan dat geleverd worden zonder dat de setting aangepast hoeft te worden en tegen het aan de setting toegekende tarief.
  Aanbieders van hoogspecialistische ggz triageren bij aanmelding op basis van de bovenstaande definities in de context van hun eigen doelgroepspecifieke expertise. Dit gebeurt op basis van het klinisch oordeel van een daartoe bevoegd en bekwaam professional met behulp van hierop toegesneden gevalideerde beslissingsondersteunende instrumenten; voor TOPGGz-afdelingen zijn dit de Decision Tools[4], voor MPU op PUK en PAAZ gelden de veldnormen voor de MPU[5], voor niet-MPU patiënten hanteert de PUK artikel 1.4 van de WHOWO. Zo garanderen deze afdelingen dat bij instroom de patiënten voldoen aan de criteria van de hoogspecialistische ggz. Mochten patiënten die bij start van hun behandeling een hoogspecialistisch zorgvraag hadden, in de loop van hun behandeling niet meer voldoen aan die norm, of wanneer er een andere dan een hoogspecialistische behandeling geïndiceerd blijkt, dan heeft dit geen gevolgen voor de toegekende setting hoogspecialistisch, noch voor het daaraan gekoppelde tarief, conform de bovenstaand aangehaalde NZa basisregel. Deze regel is dus geen beperking voor de continuïteit van zorg binnen de hoogspecialistische afdeling.
  Indien de afdeling voor hoogspecialistische ggz ook bij de start van de zorgvraag, zorg biedt voor patiënten met een zorgvraag die buiten de hoogspecialistische criteria valt, dan mag de setting hoogspecialistisch alleen gecontracteerd worden voor het verwachte aandeel van de hoogspecialistische patiënten in de afdelingspopulatie. Voor de afdeling betekent dit dat er een administratieve knip dient te worden gemaakt tussen patiënten die wel en patiënten die niet onder de hoogspecialistische criteria vallen. Administratief ressorteren de professionals dan onder verschillende teams, terwijl in de praktijk naadloos samengewerkt wordt in één team. De aan de patiënt toegekende setting is bepalend voor de declaratie van de verrichte behandeling.
  In het contracteringsgesprek tussen zorgaanbieder en verzekeraar is het

4 https://www.topggz.nl/decision-tools-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plaats
5 Veldnormen MPU (NVvP), zoals geldend op het moment van contractering; zie de actuele versie op www.nvvp.net.

zaak dat aangetoond wordt welk aandeel de hoogspecialistische patiëntenpopulatie betreft, en welk deel daarbuiten valt (en waarop dus een andere setting van toepassing is). In veel gevallen is uit de historie informatie beschikbaar over het aandeel hoogspecialistische patiënten van de afdeling, zoals uit de gegevens van de TOPGGz visitatie en de kwaliteitsvisitaties van de psychiaters op de MPU.

- Inbedding in keten met reguliere specialistische zorg
  Een afdeling voor hoogspecialistische zorg kan alleen adequaat functioneren als er (zo snel mogelijk) afgeschaald kan worden naar zorg in de gespecialiseerde ggz, zodra de hoogspecialistische zorg niet meer nodig is. Dit betekent dat de hooggespecialiseerde afdeling functioneert in een keten met reguliere specialistische ggz, binnen en/of buiten de eigen ggz-instelling/ziekenhuis.

5. Aspecten van de hoogspecialistische zorg die bijdragen aan hoger percentage indirecte tijd

Wat maakt dat hoogspecialistische ggz meer indirecte tijd kost?
Behandelen van patiënten met een hoogspecialistische zorgvraag is individueel maatwerk; richtlijnen bieden veelal geen passend antwoord bij de ernstige, complexe of zeldzame problematiek. In de hoogspecialistische ggz worden daarom ook nieuwe behandelvormen ontwikkeld en het resultaat daarvan wordt onderzocht op effectiviteit. In de hoogspecialistische ggz gaat het per definitie om multidisciplinaire behandeling: voor het verlenen van hoogspecialistische ggz is een infrastructuur nodig waarin verschillende disciplines op hoogspecialistisch kennis- en vaardigheidsniveau samenwerken, ook bij de aanpak van complicaties. Ook bij op- en afschalen is individueel maatwerk noodzakelijk om in afstemming in de keten tot passende vervolgzorg te komen.

De elementen in de hoogspecialistische ggz die bijdragen aan meer indirecte tijdsbesteding aan de patiëntenzorg door behandelaren zijn[6]:

- *langer aanmeldtraject*, bijvoorbeeld doordat uitgebreider dossieronderzoek en intercollegiaal overleg nodig zijn vanwege de veelheid aan eerdere behandelingen voor een of meerdere aandoeningen

- *meer afstemming met ketenzorgpartners bij aanmelding en ontslag*, met name bij aanmeldingen van buiten de regio om de indicatiestelling adequaat te laten plaatsvinden, maar ook de kennisoverdracht naar (meestal) de gespecialiseerde ggz om de zorg weer af te schalen in het kader van benodigde vervolgzorg

- *meer voorbereiding bij het bepalen en regelen van passende complexe diagnostiek* (bijvoorbeeld: dossieranalyse, wetenschappelijke literatuur raadplegen, vooroverleg met collega's, diagnostische onderzoeken plannen zoals MRI-scans, labonderzoek, systeemonderzoek, neuropsycho-

6 De impactanalyses die het NZa in 2020 heeft opgesteld, gaan in op de omvang van de indirecte tijd per groep aanbieders.

logisch onderzoek), incl. kennisoverdracht binnen het behandelteam of naar direct betrokken andere specialisten om hoogspecialistische diagnostiek mogelijk te maken.

- *op maat maken van individueel behandelaanbod* voor vragen waar de bestaande richtlijnen geen passend antwoord bieden, incl. kennisoverdracht binnen het behandelteam om innovatieve, hoogspecialistische behandeling mogelijk te maken

- *meer multidisciplinair overleg* vanwege de betrokkenheid van meerdere specialisten, meer afstemming rond individuele zorgpaden; de kwaliteit van zorg wordt sterk bepaald door de integratie van de interventies van deze diverse specialisten/ disciplines.

6. Juridische houdbaarheid, incl. normering, verantwoording en spreiding van het aanbod

Normen voor aanbieders van hoogspecialistische ggz
Hoogspecialistische ggz wordt geboden in 3 onderdelen van de gezondheidszorg. In elk van die onderdelen worden eigen normen gehanteerd om de status van hoogspecialistische ggz af te bakenen; zie onderstaande tabel. Wanneer een afdeling voldoet aan de criteria van het eigen smaldeel dan geeft dit toegang tot het kunnen contracteren van het ZPM-tarief voor de setting hoogspecialistische ggz.

gezondheids-zorg onderdeel	type afdeling	toetsingskader	aantoonbaar met
universitair medisch centrum	Psychiatrische Universitair Kliniek (PUK)	•Veldnormen MPU[7] (alleen van toepassing voor PUK-ken met een MPU voor dat onderdeel) •Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie[8] •Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek[9]	Kwaliteitskeurmerk (JCI, NIAZ) + Kwaliteitsvisitatie n.t.b.
algemeen ziekenhuis	Medisch Psychiatrische Unit (MPU) als onderdeel van een Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)	•Veldnormen MPU •Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie	Kwaliteitskeurmerk (JCI, NIAZ) + Kwaliteitsvisitatie n.t.b.
organisatie voor geestelijke gezondheidszorg	Topklinische ggz (TOPGGz-) afdeling	TOPGGz-criteria[10]	TOPGGz-keurmerk (voldoen aan alle criteria)

7 Veldnormen MPU (NVvP), zoals geldend op het moment van contractering; zie www.nvvp.net.
8 Kwaliteitsindicatoren Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie, zoals geldend op het moment van contractering; zie www.ggzstandaarden.nl (Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie).
9 In de Wet op het Hoger Onderwijs (WHOHO) wordt de derdelijns functie van de PUK beschreven – zie ook https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_322715_22/1/
10 Vigerende TOPGGz-criteria van Stichting TOPGGz, zoals geldend op het moment van contractering; zie www.topggz.nl.

7. Proces om te komen tot een uniform overzicht van aanbieders van hoogspecialistische ggz

Voor het aanpassen van criteria waaraan een afdeling moet voldoen om te worden opgenomen op de limitatieve lijst ligt het primaat bij de professionals in het betreffende segment (umc, algemeen ziekenhuis, ggz-instelling). Zij consulteren daarbij partijen van belanghebbenden zoals te doen gebruikelijk bij de ontwikkeling van normen in de sector.

Uiterlijk 31 mei van ieder jaar publiceren Stichting TOPGGz, NFU, NVZ en ZN gezamenlijk een overzicht van afdelingen die voldoen aan de criteria uit de handreiking, inclusief specialisatie en klinische capaciteit (bedden). Het is een limitatieve lijst met aanbieders die aan de inhoudelijke criteria van de handreiking voldoen en die in aanmerking komen voor een contract over het toepassen van de setting hoogspecialistisch. Deze lijst is het richtinggevende referentiekader voor de contractering van hoogspecialistische ggz tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

BIJLAGE 1

Toelichting: Hoogspecialistische zorg door PAAZ en PUK

Binnen de UMC's (PUK) en op de medisch-psychiatrische unit (MPU) van algemene/topklinische ziekenhuizen (PAAZ) wordt hoogspecialistische zorg geboden aan patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Daarnaast heeft de PUK bijkomende academische functies, zoals het opleiden van artsen en doen van hoogwaardig wetenschappelijk onderzoek. De PUK delegeert regelmatig delen van deze academische functies aan de STZ-ziekenhuizen, zoals stageplaatsen voor studenten en bijdragen aan klinisch wetenschappelijke studies.

Derdelijns zorg. Patiënten die voor hoogspecialistische zorg naar de PUK worden verwezen, hebben al veel reguliere behandelingen gehad zonder een bevredigend resultaat. Het gaat dan om second/third/fourth opinions op verzoek van patiënt/regiebehandelaar, gevolgd door collegiaal overleg, een behandeladvies, en/of overname van behandeling door de PUK. Het betreft dan patiënten met complexe klinische problemen, vaak met een combinatie van verschillende psychiatrische en somatische diagnosen, die elders niet adequaat gediagnosticeerd en/of behandeld kunnen worden. Een PUK heeft voor deze complexe patiënten vaak een eigen/additioneel en gepersonaliseerd diagnostiek- en behandelaanbod, waarbij regelmatig verschillende medische, verpleegkundige en paramedische disciplines intensief betrokken zijn. Daardoor verschilt de beroepenmix van ingezette behandelaren door de PUK van de reguliere ggz.

MPU-zorg. Het speerpunt voor de MPU op de PUK/PAAZ zijn de patiënten die naast hun psychiatrische ziekte(n) ook een somatische ziekte(n) hebben, die tevens medisch-specialistische zorg behoeft. In vrijwel alle gevallen betreft het patiënten met zeer heterogene medische problematiek, zowel ten aanzien van de psychiatrische stoornissen als ook de comorbide somatische aandoeningen. De aard en de ernst van de somatische problematiek kan variëren, maar deze is als regel moeilijker te behandelen naast de psychische stoornis(-sen), en patiënten met combinaties van problemen lopen veel meer kans op mortaliteit, morbiditeit en complicaties, met een ongunstig beloop wanneer niet op beide gebieden optimale zorg kan worden geleverd.

Dit vraagt nauwe afstemming tussen de psychiater, andere medisch specialisten, verpleegkundigen en paramedici, vanuit een breed scala aan vakgebieden. Daardoor verschilt de beroepenmix van ingezette behandelaren op de MPU van de reguliere ggz. Patiënten vragen veelal een individueel, op de persoon afgestemd diagnostisch- en behandelplan dat de reguliere richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van de verschillende onderliggende aandoeningen veelal overstijgt. Zowel ten aanzien van de bemoeienis van hoogopgeleide specialisten vanuit verschillende medische disciplines, als ten aanzien van de zorgomgeving vraagt dit aanvullende mogelijkheden ten opzichte van reguliere ggz. Daarnaast zijn voor optimale, veilige en doel-

matige hoogspecialistische zorg regelmatig aanvullende hoogspecialistische diagnostische instrumenten (bijvoorbeeld: bewaking van vitale functies, laboratoriumonderzoek, beeldvormende technieken) in hogere frequentie (bijvoorbeeld: meerdere keren per dag, 24/7 beschikbaarheid van deze faciliteiten) noodzakelijk; dit vraagt meer indirecte tijdsbesteding door de (regie-)behandelaren van de patiënten op de MPU.

De Veldnormen MPU (NVvP; geautoriseerd door de NVvP, met betrokkenheid van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, het ministerie van VWS, ZN, de Nederlandse ggz, de IGJ, de NVZ, de NFU en MIND), zoals geldend op het moment van contractering, geeft de normen waaraan een klinische setting (PAAZ/PUK) moet voldoen om deze hoogspecialistische zorgvragen te kunnen beantwoorden. Dit vraagt om gespecialiseerde afdelingen, meestal binnen een groter geheel van een PUK/PAAZ of somatische afdeling van UMC/algemeen ziekenhuis, waarbij bouwtechnische faciliteiten beschikbaar zijn, breder geschoold medisch en ondersteunend personeel (zowel psychiatrisch als somatisch) aanwezig is, en voldoende personele capaciteit om deze complexe zorg 24/7 te kunnen bieden. De multidisciplinaire, intensieve inzet van hoogopgeleide medisch specialisten geldt regelmatig ook voor de second/third/fourth opinions die klinisch en/of poliklinisch worden gedaan, eveneens conform de veldnormen MPU.

Daarom zullen de ZPM-consulten, gedeclareerd vanuit deze hoogspecialistische setting, de derdelijns PUK en de MPU vanuit PUK/PAAZ, meer indirecte tijd moeten faciliteren om aan deze minimale veldnormen te kunnen voldoen (bijvoorbeeld ten behoeve van meer indirecte tijd voor multidisciplinair overleg, meer uitzoekwerk, meer regelwerk betreffende aan te vragen hoogspecialistische diagnostische onderzoeken, meer afstemming tussen medisch specialismen, huisartsen, apothekers, ambulante GGZ, en indicatiestellers/hulpverleners in de WMO/WLZ, bieden van coaching aan collega-instellingen, bieden van consultatie, et cetera).