

Het verantwoorden van settings binnen Horizontaal Toezicht

December 2025

Aanleiding

Binnen Horizontaal Toezicht is het verantwoorden van settings een belangrijk gespreksonderwerp. Vaak gaat het dan over het verantwoorden van settings die een afweging vragen: setting 2 (ambulant monodisciplinair), setting 3 (ambulant multidisciplinair) en setting 4 (outreaching).

De informatiekaart [settings in het zorgprestatieproces](#) geeft aanvullend op de regelgeving instructies voor een juiste toepassing van settings. Tabel 1 beschrijft de uitgangspunten die van toepassing zijn op alle settings. Tabel 2 beschrijft feitelijk omstandigheden (zwart/wit) die leidend zijn voor de settings 1, 5, 6, 7 en 8. Deze settings hierdoor zijn goed controleerbaar. Tabel 3 is een afwegingskader voor de settings 2, 3 en 4. De criteria die zijn opgenomen in dit afwegingskader worden in gezamenlijkheid gewogen om vast te stellen welke setting het best passend is.

Deze notitie geeft geen antwoord op alle vragen die er zijn rondom settings. Maar we beschrijven wel hoe je hier op een praktische manier binnen de HT-verantwoording uitvoering en invulling aan kunt geven. Deze afspraken gelden alleen binnen HT.

Verantwoorden van settings

Binnen HT wordt de juiste toepassing van settings op een procesgerichte manier verantwoord. De zorgaanbieder legt vast hoe de inrichting van settings binnen de organisatie is geregeld en hoe dit past binnen het afwegingskader van de NZa. De zorgaanbieder moet kunnen laten zien in hoeverre procescontroles (IT-dependent en application controls) het risico afdekken. Voor het afdichten van restrycties ten aanzien van feitelijke levering zijn data-analyses op groepsniveau de meest voor de hand liggende aanpak (zie volgende paragraaf). Uit de procescontroles en de data-analyses volgt of herijking van de inrichting van settings noodzakelijk is.

In de procesbeschrijvingen heeft de zorgaanbieder ook vastgelegd hoe vanuit de zorginhoud wordt bepaald welke setting passend is en op welke manier de triage wordt ingezet om patiënten in een juiste setting te behandelen. Een behandelaar bepaalt welke zorg gepast is gezien de zorgvraag van de patiënt en zorgt ervoor dat een behandeling aansluit bij richtlijnen/zorgstandaarden. Een behandelaar legt in het behandelplan vast hoe de behandeling eruit zal zien. De setting moet vooral logisch zijn bij de zorgvraag en passend bij de behandelcontext. Een setting kan bij evaluatiemomenten in het behandelproces worden aangepast. Uit een zorginhoudelijke evaluatie volgt of de patiënt nog in een juiste setting zit of dat behandeling in een andere setting passender is. Ook die werkwijze heeft de zorgaanbieder beschreven.

Data-analyses

Data-analyses worden ingezet om de plausibiliteit van de procesgerichte verantwoording aan te tonen. Deze data-analyses worden uitgevoerd door de zorgaanbieder met het oog op de periodieke herijking van settings. Minimaal jaarlijks onderzoekt de zorgaanbieder of de inrichting van de settings 2 (ambulant monodisciplinair), 3 (ambulant multidisciplinair) en 4 (outreaching) nog klopt met de inrichting van de organisatie en de feitelijk geleverde zorg op groepsniveau.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken binnen HT-afspraken over een minimale uniforme data-analyse voor de settings 2 (ambulant monodisciplinair) en 3 (ambulant multidisciplinair). Interpretatie en argumentatie gaan dan niet over de opzet van de analyse, maar over de uitkomsten van de analyse. In overleg met de zorgverzekeraar kan de zorgaanbieder ook eigen analyses toevoegen.

Minimale data-analyse

De zorgaanbieder voert regelmatig onderstaande data-analyse uit en rapporteert de uitkomsten minimaal één keer per jaar aan de representerende zorgverzekeraar.

Dataselectie:

- Selecteer alle gedeclareerde consulten in de behandelfase in verantwoordingsjaar X in alle zorgtrajecten (open & gesloten)
- Selecteer alle trajecten waarbij minimaal 10 consulten met een setting multidisciplinair zijn gedeclareerd. Hierdoor laat je patiënten op de wachtlijst (met een beperkt aantal consulten), maar ook (deels) patiënten die aan het eind van het zorgtraject zitten buiten beschouwing.

Analyse:

- Breng in kaart brengen welke trajecten wel en niet voldoen aan het criterium 'minimaal 2 verschillende beroepen'. De regiebehandelaar mag niet meegeteld worden als behandelaar en moet in deze analyse buiten beschouwing worden gelaten. Zie ook de [toelichting van de NZa](#). Er is sprake van een verschillend beroep als er sprake is van een andere 'Beroep_code' (codes BP01 t/m BP37). Verschillende beroepen kunnen wel in eenzelfde 'Beroepscategorie_code' vallen (code B01 t/m B08).
- Abstractieniveau staat vrij om te kiezen, waarbij aansluiting bij de inrichting van settings meest logisch is. Wel lager dan op totaal instellingsniveau.

De precieze uitvoering/definiëring vindt plaats in overleg met de representerende zorgverzekeraar.

Het verantwoorden van settings is complex en contextafhankelijk. Zorgverzekeraars willen de uitkomsten van de uniforme data-analyses gebruiken om landelijk te leren over de toepassing van settings. In samenspraak met de zorgaanbieders zou dit ook kunnen leiden tot het doen van gezamenlijke aanpassingsvoorstellen.

Voor outreachend schrijven we geen minimale uniforme data-analyse voor. In de bilaterale HT-relatie kan afgesproken worden hier eigen analyses op uit te voeren, met name in situaties dat het restrisico nog te hoog is.

Tot slot

De verantwoording van settings vindt binnen HT dus niet plaats op basis van feitelijke levering van een setting per consult, maar via een procesgerichte verantwoording van settings op groepsniveau. Er komen geen landelijke maximale percentages/bandbreedtes. Daarvoor is de inrichting van settings teveel afhankelijk van de instellingsspecifieke context. Binnen de bilaterale HT-relatie kunnen hier wel afspraken over worden gemaakt.

Op basis van de analyses van de zorgaanbieder wordt in de bilaterale HT-relatie besproken of een meer passende inrichting van settings nodig is. Centrale vraag: is de inrichting van settings nog steeds passend bij de feitelijke levering op groepsniveau of moet de inrichting prospectief worden verbeterd?

Bronnen

- [Beleidsregel prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg BR/REG-26134b](#)
- [Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg - NR/REG-2616b](#)
- [Informatiekaart settings in het zorgprestatie model, geldig vanaf 1 januari 2022](#)
- [Toets op fraude en handhaving van het zorgprestatie model in de ggz en fz, juli 2020](#)
- [Presentatie webinar met uitleg over settings, 25 mei 2022](#)
- [Het verantwoorden van settings, maart 2022](#)
- [Vraag en antwoord Wanneer is sprake van een multidisciplinaire setting?](#)