



ZORG
PRESTATIE
MODEL GGZ & FZ



Tussenrapportage

Zorgprestatie model GGZ & FZ

Februari 2020

In het programma zorgprestatie model werken deze partijen samen:



Inhoud

1	Inleiding.....	5
2	Vertrekpunt.....	6
2.1	Opdracht aan en advies van NZa	6
2.2	Reactie VWS en Justitie.....	7
2.3	Programma zorgprestatie model.....	7
2.4	Inhoud programma	8
2.5	Plan van Aanpak.....	9
2.6	Ontwerpcriteria	9
3	Zorgprestaties als bekostigingsmodel	11
3.1	Inleiding.....	11
3.2	Prestaties	11
3.3	Setting	15
3.4	Omvang van de prestatie structuur.....	19
4	Zorgvraagtypering.....	20
5	Belangrijke thema's	22
5.1	Prikkels.....	22
5.2	Gepast gebruik.....	22
5.3	Verantwoording en controle	22
5.4	Transparantie en vertrouwen.....	22
5.5	Gevolgen voor cliënten.....	23
5.6	Beroepen in de ggz	23
5.7	Zorgtrajectnummer.....	23
5.8	Risicoverevening	25
5.9	Privacy.....	25
6	Veldafspraken	26
7	Implementatie en ICT.....	27
7.1	Implementatie	27
7.2	Simulatie	27
7.3	ICT	27
8	Bijlagen.....	29

8.1	Bijlage: Opdrachten Werkgroepen	29
8.2	Bijlage: Startnotitie Zorgvraagtypering.....	33

1 Inleiding

In het Bestuurlijk Akkoord Geestelijke Gezondheidszorg 2019-2022 hebben overheid en veldpartijen het perspectief voor de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland geschetst. In het akkoord staan afspraken over de inhoudelijke ontwikkeling van de zorg. Om die te ondersteunen zullen partijen samen ook aan een nieuwe bekostiging werken, die goed en tijdig op- en afschalen van zorg en (toetsing op) gepast gebruik van zorg mogelijk maakt. Deze nieuwe bekostiging zal gelden voor de generalistische basis ggz (gb-ggz), voor de gespecialiseerde ggz (g-ggz) inclusief jaar 2 en 3 van de langdurige ggz (l-ggz), en voor de forensische zorg (fz). Partijen streven hierbij naar een vermindering van de administratieve lasten, en een versnelling van de declaratiemogelijkheden en van de informatievoorziening over zorgkosten en -gebruik.

De samenwerking heeft vorm gekregen in het programma Zorgprestatiemodel ggz en fz. In dit programma werken overheid, brancheorganisaties en zorgverleners sinds juni 2019 samen aan de invoering van de nieuwe bekostiging, het **zorgprestatiemodel**. De nieuwe bekostiging moet in 2022 worden ingevoerd.

Dit document beschrijft de stand van zaken van het programma **per begin februari 2020**. De informatie in dit document kan nog wijzigen.

2 Vertrekpunt

2.1 Opdracht aan en advies van NZa

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in oktober 2018 gevraagd te adviseren over een nieuwe bekostiging voor de ggz en fz per 2020, en daarbij rekening te houden met het al genoemde Bestuurlijk Akkoord, en met de 'Meerjarenovereenkomst forensische zorg 2018-2021'. Mede op basis van dit advies zullen de ministeries van VWS en van Justitie en Veiligheid (JenV) een besluit nemen over de bekostiging de ggz en fz. De NZa heeft dit [advies](#) in april 2019 uitgebracht.

De NZa raadt aan om in de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg het zorgprestatiemodel in te voeren. Dit nieuwe model moet de dbc's en zzp's in de g-ggz, de dbbc's in de fz en de prestaties in de gb-ggz vervangen.

Het zorgprestatiemodel dat de NZa beschrijft wordt gekenmerkt door eenvoud en transparantie over de geleverde zorg. De zorgprestaties zijn herkenbaar en controleerbaar voor de patiënt en de tarieven van de zorgprestaties sluiten aan bij de behandelinzet van de zorgverlener en bij de behandelsetting. De administratieve lasten gaan structureel omlaag, omdat minutenregistratie niet meer nodig is.

Het zorgprestatiemodel zal sneller inzicht in zorguitgaven geven, omdat prestaties zijn gekoppeld aan een dag in plaats van aan een zorgtraject van 365 dagen. Dit zorgt er ook voor dat het shadebegrip van zorgverzekeraars en het omzetbegrip van zorgaanbieders beter op elkaar aansluiten. Verder komt er met het zorgprestatiemodel eenheid in de bekostiging van de ggz en fz. Zo vervallen de bekostigingsschotten tussen jaar 1 (dbc's) en jaar 2 en 3 (zzp's) van de g-ggz en de gb-ggz.

Het zorgprestatiemodel geeft ook ruimte voor het toevoegen van elementen die de zorgvraag typeren.

Het advies van de NZa is onderschreven door Dienst Justitiële Inrichtingen, GGZ Nederland, de Landelijke vereniging van vrijevestigde psychologen & psychotherapeuten (LVVP), de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), MIND, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en MeerGGZ.

2.2 Reactie VWS en Justitie

De staatssecretaris van VWS heeft, mede namens de minister voor Rechtsbescherming, in de kabinetsreactie aan de Tweede Kamer laten weten dat hij van plan is om het advies van de NZa over te nemen. Hierbij geldt wel als voorwaarde dat de uitwerking een aantal aannames zal bevestigen. De uitwerking van zorgprestatie model en zorgvraagtypering moeten ertoe leiden, dat de doelen van het Bestuurlijk Akkoord en van de Meerjarenovereenkomst worden gerealiseerd. Ook moeten eerder afgesproken criteria worden betrokken.

De staatssecretaris vraagt expliciete aandacht voor de ‘prikkelwerking’ van het zorgprestatie model. Ongewenste financiële gedragsprikkelers moeten in het nieuwe model zo veel mogelijk worden voorkomen en doelmatigheid moet worden gestimuleerd. Verder moet het model een passende vergoeding mogelijk maken voor zorg aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening.

2.3 Programma zorgprestatie model

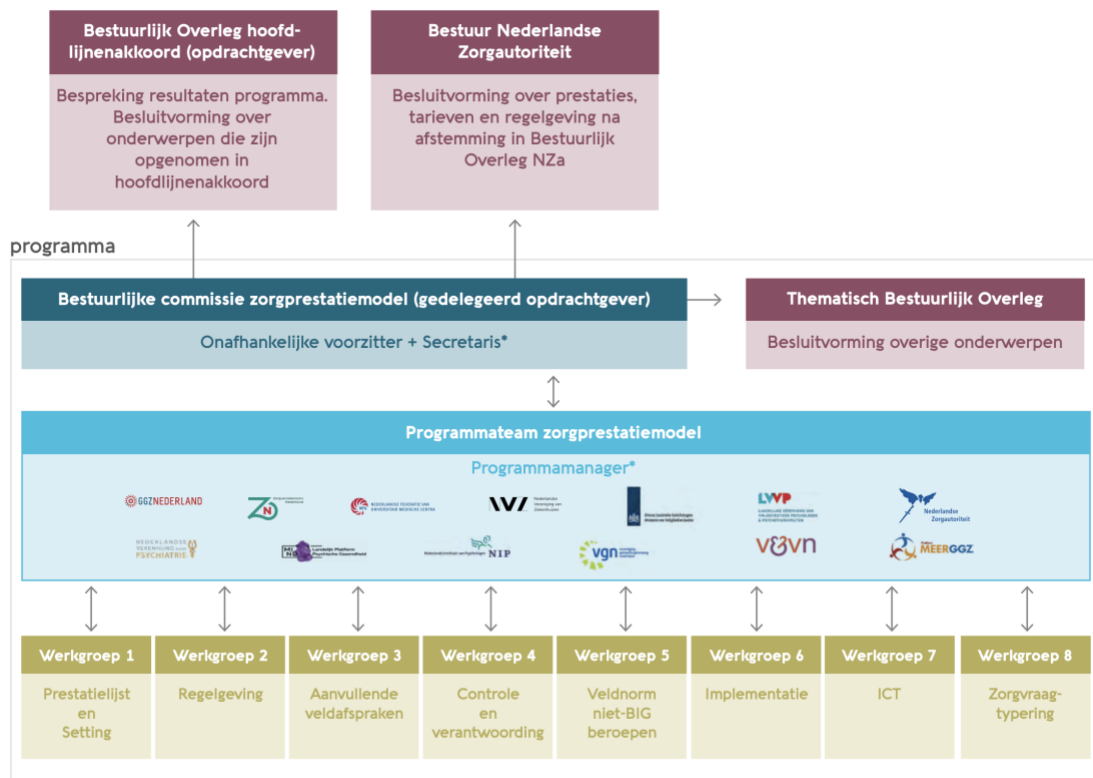
Om het advies van de NZa verder uit te werken, zijn de partijen van het Bestuurlijk Akkoord en de NZa samen het programma Zorgprestatie model ggz en fz gestart. Het programma heeft 3 hoofddoelen:

- Doorontwikkelen van het zorgprestatie model;
- Voorbereiden van de sectorbrede implementatie per 2022;
- Inhoudelijk doorontwikkelen van de zorgvraagtypering en het uitwerken van een routekaart voor invoering ervan.

Het advies ‘zorgprestatie model ggz en fz’ van de NZa en de kabinetsreactie hierop vormen de inhoudelijke basis voor het programma.

Het Bestuurlijk Overleg hoofdlijnenakkoord (BO HLA) is de formele opdrachtgever van het programma. Dit opdrachtgeverschap is via een programmaopdracht gedelegeerd aan een Bestuurlijke commissie. Een Programmteam is de spil van het programma. Het Programmteam voert de programmaopdracht (uitgewerkt in een plan van aanpak) uit en stuurt op basis van de planning van het programma. Het programmteam stelt werkgroepen in en formuleert op basis van de werkgroepresultaten eindvoorstellen. Die worden besproken in de Bestuurlijke commissie. Deze formuleert gezamenlijke bestuurlijke eindadviezen, en legt die voor besluitvorming voor aan het Bestuurlijk Overleg hoofdlijnenakkoord, of (al naar gelang het onderwerp) aan het bestuur van de NZa. De NZa besluit na raadpleging van het eigen bestuurlijke overleg (BO NZa).

Schematisch weergegeven ziet de inrichting van het programma er als volgt uit.



* Secretaris (in de bestuurlijke commissie) is dezelfde persoon als de programmamanager (in het Programmteam).

2.4 Inhoud programma

De programmaopdracht van het BO HLA aan de Bestuurlijke commissie luidt als volgt.

“Werk het advies ‘zorgprestatiemodel ggz en fz’ verder uit tot een bruikbaar bekostigingsmodel voor de ggz en fz, binnen de contouren van de kabinetsreactie op dit advies. Bereid de invoering van het zorgprestatiemodel per 2022 voor.

Meer specifiek betekent dit:

- Definieer en beschrijf zorgprestaties met een indeling in behandelsettingen;
- Beschrijf hoe het zorgprestatiemodel de betaalbaarheid en toegankelijk van de zorg bevordert;
- Onderbouw dat en hoe ongewenste financiële gedragsprikkelers ten opzichte van de huidige bekostiging (aantoonbaar) afnemen en hoe nieuwe in het zorgprestatiemodel zo veel mogelijk zijn voorkomen;
- Faciliteer daarbij vergoeding op maat voor zorg aan personen met een ernstige psychiatrische aandoening;
- Stel eenvoudige en duidelijke registratieregels, declaratieregels en informatieverplichtingen op die fraudebestendig zijn en administratieve lasten zoveel mogelijk beperken;
- Definieer waar nodig aanvullende veldafspraken, bijvoorbeeld over hoe de beschikbare zorg het beste kan worden ingezet;

- Ontwikkel een uniform controle- en verantwoordingsarrangement in lijn met het gedachtegoed van Horizontaal Toezicht;
- Bepaal aan de hand van de nog te ontwikkelen veldnorm welke beroepen niet-regiebehandelaar declarabele consulten mogen registreren;
- Begeleid de implementatie van het zorgprestatie-model. Stel daarvoor een plan op, laat een impactanalyse uitvoeren en stel tools beschikbaar voor de simulatie;
- Laat functionele specificaties en EI-standaarden ontwikkelen door de daarvoor bestaande structuren;
- Ontwikkel een verbeterde zorgvraagtypering voor de ggz en fz. Interpreteer de uitkomsten van de pilot met het zorgclustermodel; evalueer of het zorgclustermodel bruikbaar is voor de zorgvraagtypering. Bepaal welke stappen wanneer nodig zijn om een zorgvraagtypering in te voeren.”

2.5 Plan van Aanpak

De in de vorige paragraaf beschreven opdracht is verder uitgewerkt in een Plan van Aanpak. Dit is in te zien via de website van het programma, zorgprestatie.nl.

In het plan van aanpak staan naast de masterplanning ook de acht werkgroepen beschreven die het programmateam heeft ingesteld. Van sommige werkgroepen heeft het programmateam de opdracht inmiddels aangescherpt. De huidige opdrachten staan vermeld in bijlage 8.1.

2.6 Ontwerpcriteria

De NZa heeft in haar advies tien ontwerpcriteria opgenomen. Dit zijn voorwaarden waaraan de nieuwe bekostiging zal moeten voldoen. Ze zijn gedestilleerd uit eerdere adviezen en onderzoeken. Het moeten ‘de goede eigenschappen’ van de nieuwe bekostiging worden. Binnen het programma worden voorstellen steeds aan de deze ontwerpcriteria getoetst.

Ontwerpcriteria zorgprestatie model



Eenvoudige prestaties,
begrijpelijk voor de
patiënt

1



Weerspiegelt daadwerkelijk
geleverde zorg,
controleerbaar voor
de patiënt

2



Prijzen sluiten aan bij
behandelinzet en
benodigde setting

3



Structurele verlichting
administratieve lasten,
géén tijdsregistratie

4



Maximale versnelling
inzicht zorguitgaven,
omzet en schade
vergelijkbaar

5



Eenvoudige en duidelijke
regels, ruimte voor
innovatie

6



Stimuleert procesgerichte
beheersing i.p.v. controle
achteraf

7



Ontschotting, zelfde
bekostiging voor
gb-ggz, fz jaar 1 en jaar
1/2/3 g-ggz

8



Basis voor sturen op
gepaste en doelmatige
zorg

9



Flexibel te combineren
met doorontwikkeling
zorgvraagtypering

10

3 Zorgprestaties als bekostigingsmodel

3.1 Inleiding

In het advies van de NZa is beschreven waarom de huidige bekostigingsstructuur, grotendeels gebaseerd op d(b)bc's niet voldoet. Samengevat gaat het erom dat de d(b)bc's verkeerde prikkels geven omdat ze uitgaan van gemiddelden, niet goed aansluiten bij de zorg die werkelijk is geleverd, en geen rekening houden met de setting waarin de zorg wordt geleverd. In het advies is het beoogde alternatief voor de huidige bekostigingsstructuur al grotendeels uitgewerkt. Wij hebben deze uitwerking getoetst, aangescherpt en op onderdelen gewijzigd. De uitkomsten staan in dit hoofdstuk.

3.2 Prestaties

Op hoofdlijnen bestaat het zorgprestatiemodel uit consulten, verblijfsprestaties en enkele overige prestaties. Een consult hebben wij gedefinieerd als een 'direct zorginhoudelijk contact tussen zorgverlener en (forensische) patiënt of het systeem van de patiënt'. In het advies was er al voor gekozen om indirecte tijd niet apart te vergoeden, maar te verdisconteren in de prestaties. Zo worden administratieve lasten voorkomen en wordt het patiëntcontact zoveel mogelijk gestimuleerd. Dit betekent bijvoorbeeld dat Multidisciplinair Overleg (MDO) niet meer hoeft te worden geregistreerd, maar verdisconteerd is in de andere prestaties.

Consulten worden in het zorgprestatiemodel gedifferentieerd naar:

- het beroep van de uitvoerder;
- diagnostiek respectievelijk behandeling;
- duur van de directe tijd¹;

Deze differentie is gekozen omdat zo wordt voldaan aan meerdere ontwerpcriteria. De prestaties moeten de daadwerkelijk geleverde zorg weerspiegelen en een reële vergoeding voor de behandelinzet bieden. De drie genoemde elementen bepalen voor een groot deel de kosten van een consult. Bovendien maakt de differentiatie de prestatie begrijpelijker voor de patiënt. Die ziet terug bij welke zorgverlener hij is geweest en hoe lang het consult duurde.

Beroep van de uitvoerder

Het zal duidelijk zijn dat ook het type beroep, een belangrijke determinant is van kosten van een prestatie. Bij de verschillende beroepen horen verschillende salarissen of gebruikelijke inkomens. Daarom maken we voor de consulten onderscheid naar soorten beroepen. Wij doen dat op basis van de verschillende BIG-beroepen, en dan met name de regiebehandelaars. Daarnaast komt er een categorie 'niet-regiebehandelaars', waaraan een beroepenlijst wordt gekoppeld. Die lichten wij toe in paragraaf 5.6.

¹ De ononderbroken zorginhoudelijke interactie tussen zorgverlener en patiënt (of diens systeem), face-to-face, telefonisch of screen-to-screen.

Voor de differentiatie naar beroep gebruiken wij de onderstaande categorieën beroepen:

- Arts - specialist (Wet Big artikel 14)
- Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big artikel 14)
- Verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg (Wet Big artikel 14)
- Arts (Wet Big artikel 3)
- Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)
- Psychotherapeut (Wet Big artikel 3)
- Verpleegkundige (Wet Big artikel 3)
- Overige beroepen – niet regiebehandelaar

Diagnostiek respectievelijk behandeling

Diagnostische consulten en behandelconsulten verschillen significant van elkaar in indirecte tijd per consult. Uit data-analyse blijkt dat een diagnostisch consult gemiddeld 9% meer indirecte patiëntgebonden tijd bevat dan een behandelconsult. Daarom voeren wij voor alle consulten twee varianten in: het diagnostiekconsult en het behandelconsult.

De indirecte tijd per consult verschilt ook aanzienlijk per behandelsetting. Hierop komen wij terug in paragraaf 3.3.

Duur van directe tijd

De omschrijving van het gedifferentieerde consult moet zo duidelijk mogelijk aangeven welk consult van toepassing is. Daarom is besloten een 'vanaf' grens aan te brengen. De afbakening van de consulten is gebaseerd op de gemiddelde tijdbesteding in de huidige praktijk. In de nieuwe indeling ligt dat gemiddelde dicht bij de ondergrens van de prestatie. Zo is een 'consult vanaf 30 minuten' gebaseerd op een huidig gemiddelde van 31 minuten en een 'consult vanaf 45 minuten' op een huidig gemiddelde van 46 minuten. Zo wordt de prikkel om strategisch net over de grens van het naast hogere consult te gaan beperkt.

Gekozen is voor de onderverdeling:

- Consult vanaf 5 minuten
- Consult vanaf 15 minuten
- Consult vanaf 30 minuten
- Consult vanaf 45 minuten
- Consult vanaf 60 minuten
- Consult vanaf 75 minuten
- Consult vanaf 90 minuten
- Consult vanaf 120 minuten

Groepsconsulten

Regelmatig verlenen één of meerdere behandelaren tegelijk zorg aan een groep patiënten. Om te zorgen dat ook dan de prijs de behandelinzet reëel vergoedt, moet een oplossing worden getroffen. Het is niet reëel als elke behandelaar voor elke patiënt een volledig tarief in rekening brengt. De oplossing moet rekening houden het aantal patiënten in de groep, het aantal (en type) behandelaren en de duur van het groepsconsult.

Wij hebben besloten dat er voor elke beroepscategorie een tarief komt dat rekening houdt met de groepsgrootte, voor eenheden van een half uur directe tijd. De eenheid moet worden volgemaakt. Een kwartier groepsbehandeling wordt dus niet vergoed; voor 45 minuten groepsbehandeling kan één eenheid in rekening worden gebracht. Als groepsgrootte is gekozen voor 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 en 10 of meer patiënten.

Verblijfsprestaties

Voor de verblijfszorg behouden we de huidige systematiek waarin verblijf in de instelling per dag wordt geregistreerd. Deze indeling voldoet in de praktijk en combineert goed met de structuur van het zorgprestatiemodel. De verblijfsdagen worden net als in de huidige systematiek onderverdeeld naar verzorgingsgraad (de gemiddelde VOV-inzet² op jaarbasis), in de categorieën A tot en met H.

De verblijfsprestaties worden daarnaast ingedeeld naar beveiligingsniveau. Dat kan variëren van geen beveiliging (niet van toepassing voor de fz) tot beveiligingsniveau 4 (alleen van toepassing voor de fz).

De verblijfsprestaties zijn:

- Verblijfsdag A (lichte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag B (beperkte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag C (matige verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag D (gemiddelde verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag E (intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag F (extra intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag G (zeer intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag H (hic)

Aanvullend op deze verblijfsprestaties A t/m H zijn drie nieuwe verblijfsprestaties ontwikkeld voor verblijf in de g-ggz, omdat deze een afwijkend kostenbeslag laten zien. Dit zijn:

- Verblijf zonder Overnachting (VZO) bij ECT.
- Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR).
- Verblijf met extreme zorgwaarde (met contractvoorwaarde³).

² Verzorgend, opvoedkundig en verplegend personeel.

³ Dit betekent dat hierover een schriftelijke afspraak moet zijn tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Dagbesteding en vaktherapie maken onderdeel uit van de verblijfsprestaties en mogen niet apart worden geregistreerd. Naast de verblijfsdag worden alleen consulten voor diagnostiek of behandeling geregistreerd. Er komt een facultatieve prestatie waarmee zorgaanbieders die ook consulten onderdeel willen laten zijn van de verblijfsprestatie, dat kunnen afspreken met de zorgverzekeraars.

Onderlinge dienstverlening

In principe declareert elke zorgaanbieder binnen het zorgprestatie model zijn eigen zorg, ook als die zorg geleverd wordt aan de patiënt van een andere zorgaanbieder. Als bijvoorbeeld een patiënt van een psychotherapeut naar een psychiater gaat voor een farmaceutisch consult, brengt de psychiater het tarief volgens de prestatie structuur in rekening bij (de verzekeraar van) de patiënt.

Alleen dat deel van de zorg waarvoor geen zorgprestatie is, kan als onderlinge dienstverlening in rekening worden gebracht aan de aanvragende zorgaanbieder. Over het tarief moeten dan wel vooraf afspraken zijn gemaakt tussen de aanvragende en de uitvoerende zorgverlener.

Intercollegiaal overleg

Vrijgevestigde zorgaanbieders overleggen (net als zorgverleners in instellingen) regelmatig met collega's over de behandeling van een specifieke patiënt. Het kan per patiënt of per zorgaanbieder verschillen hoe vaak dat overleg plaatsvindt. De indirecte tijd is daardoor onvoldoende homogeen om te versleutelen in het consulttarief. Daarom wordt voor de setting 'ambulant kwaliteitsstatuut sectie II', die deze groep van zorgaanbieders afbakt, de prestatie 'intercollegiaal overleg' vastgesteld. Deze prestatie kan worden gebruikt als de behandelaar een andere erkende zorgverlener raadpleegt over (en in het belang van) zijn of haar patiënt. Overleg met de verwijzer of een huisarts en een overleg van minder dan 5 minuten vallen hier niet onder.

Er komen hiervoor twee zorgprestaties: vanaf 5 minuten en vanaf 15 minuten. Als voorwaarden gelden dat het overleg wordt vastgelegd in het patiëntendossier, en dat het echt gaat om een zorginhoudelijke bespreking van een individuele patiënt. Deze prestaties kunnen bijvoorbeeld niet worden geregistreerd voor intervisie. Het is van belang dat de behandelaar de patiënt vooraf informeert over de inzet van collegiaal overleg, en daarbij meldt dat deze prestatie in rekening gebracht kan worden.

Overige zorgprestaties

Voor zorg die niet onder consulten en verblijfsprestaties is te vatten, worden nog drie andere soorten zorgprestaties vastgesteld:

- Overige verrichtingen
- Toeslagen consult
- Toeslagen verblijf

3.3 Setting

In de nieuwe bekostiging willen wij de zorg in de ggz en fz van een tarief voorzien dat past bij de manier waarop de zorg wordt geleverd. Dat doen wij door onderscheid te maken naar 'setting.'

Onder setting verstaan we een onderscheidende combinatie van benodigde infrastructuur, disciplines en/of methodieken die worden ingezet voor het leveren van zorg aan een patiënt. In de praktijk zal dit meestal verband houden met de plaats waar de zorg aan een patiënt geleverd wordt. De behandeling binnen een setting onderscheidt zich van behandeling in andere settings dus door de manier waarop de behandeling wordt gegeven, of door de organisatie van zorg waarbinnen deze behandeling wordt gegeven.

Door in de bekostiging rekening te houden met de setting, kunnen wij corrigeren voor kostenverschillen die samenhangen met de manier waarop de zorg wordt geleverd. Differentiatie naar setting draagt eraan bij dat iedere zorgaanbieder een reëel tarief kan declareren voor de zorg.

Vertrekpunt voor het definiëren van settings zijn kostenverschillen. Deze uit zich met name in een verschil in de declarabele kosten per uur direct patiëntgebonden zorg. In deze parameter komen meerdere kostenverschillen tot uitdrukking. Denk bijvoorbeeld aan indirecte patiëntgebonden tijd (de belangrijkste verklarende factor voor kostenverschillen tussen settings) en productiviteit. Kostenverschillen die al op een andere manier door het zorgprestatie model worden gecorrigeerd (zoals reistijd, of een afwijkende mix van behandel disciplines hebben wij hierbij buiten beschouwing gelaten.

Wij hebben de kostenverschillen tussen settings onderzocht en gekeken tussen welke settings substantiële kostenverschillen bestaan. Ook gingen wij na of settings functioneel konden worden omschreven, over en weer voldoende konden worden afgebakend, en of het hanteren ervan geen onevenredige administratieve belasting zou meebrengen.

Wij zijn op grond van dit onderzoek tot volgende indeling gekomen.

1. Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie II
Voor zorg door zorgaanbieders die onder deze sectie van het kwaliteitsstatuut vallen.
2. Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III
Voor zorg door zorgaanbieders die onder deze sectie van het kwaliteitsstatuut vallen.
3. Outreachend
Voor wijkgerichte zorg door een multidisciplinair team. Deze setting is onafhankelijk van de plek (thuis, kantoor, of elders zoals het park). De zorgverlener werkt nauw samen met de crisisdienst, huisarts en andere hulpverleners die van belang zijn voor een individuele patiënt. Zorg wordt zowel tijdens als buiten kantoor tijden geleverd en is flexibel qua intensiteit.
4. Klinisch (exclusief fz)
Voor zorg tijdens klinische opname (inclusief de dag van ontslag).
5. Forensische zorg, niet-klinisch
Voor niet-klinische behandeling van patiënten die vanuit de doelstelling van forensische zorg zijn aangewezen op zorg in een forensische of beveiligde setting.
6. Forensische en beveiligde zorg, klinisch
Voor klinische behandeling van patiënten die vanuit de doelstelling van forensische zorg zijn aangewezen op zorg in een beveiligde of forensische setting. De zorg wordt geleverd in een gesloten en beveiligde gespecialiseerde voorziening voor geestelijke gezondheidszorg die zorg levert aan het ministerie van Justitie en Veiligheid. Er worden patiënten behandeld met een strafrechtelijke titel en (delict)gevaarlijke patiënten zonder strafrechtelijke titel. De geleverde zorg voldoet aan de eisen van het kwaliteitskader Forensische Zorg.
7. Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)
Voor hoogspecialistische zorg in een omgeving die in zijn geheel is ingericht op het leveren van zorg aan mensen met complexe meervoudige problematiek. Vanuit deze setting wordt ook een second opinion en consultatiefunctie vervuld voor andere aanbieders in de ggz en fz. Ook wordt vanuit de setting kennis verspreid naar de specialistische zorgaanbieders.

De settings 2 tot en met 7 zijn alleen beschikbaar voor zorgaanbieders die onder sectie III van het kwaliteitsstatuut vallen.

De hiervoor beschreven indeling van zorgprestaties is grafisch weergegeven op de volgende twee pagina's.

INDELING ZORGPRESTATIES GGZ & FZ (concept februari 2020)

		Consulteren						
		Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie II	Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III	Outreaching	Klinisch (exclusief fz)	Forensische zorg, niet-klinisch	Forensische en beveiligde zorg, klinisch	Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)
Arts - specialist (Wet Big artikel 14)	Diagnostisch consult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandelingsconsult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Klinisch (neuro) psycholoog (Wet Big artikel 14)	Diagnostisch consult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandelingsconsult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Verpleegkundig specialist ggz (Wet Big artikel 14)	Diagnostisch consult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandelingsconsult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Arts (Wet Big artikel 3)	Diagnostisch consult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandelingsconsult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	Diagnostisch consult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandelingsconsult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Psychotherapeut (Wet Big artikel 3)	Diagnostisch consult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandelingsconsult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Verpleegkundige (Wet Big artikel 3)	Diagnostisch consult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandelingsconsult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
Overige beroepen niet legibehandelbaar	Diagnostisch consult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120
	Behandelingsconsult	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120	5 15 30 45 60 75 90 120

Groeps-consulten	Arts - specialist (Wet Big artikel 14)	Klinisch (neuro) psycholoog (Wet Big artikel 14)	Verpleegkundig specialist ggz (Wet Big artikel 14)	Arts (Wet Big artikel 3)	Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)	Psychotherapeut (Wet Big artikel 3)	Verpleegkundige (Wet Big artikel 3)	Overige beroepen niet regiebehandelaar
Groeps grootte 2 personen	45	45	45	45	45	45	45	45
Groeps grootte 3 personen	45	45	45	45	45	45	45	45
Groeps grootte 4 personen	45	45	45	45	45	45	45	45
Groeps grootte 5 personen	45	45	45	45	45	45	45	45
Groeps grootte 6 personen	45	45	45	45	45	45	45	45
Groeps grootte 7 personen	45	45	45	45	45	45	45	45
Groeps grootte 8 personen	45	45	45	45	45	45	45	45
Groeps grootte 9 personen	45	45	45	45	45	45	45	45
Groeps grootte ≥ 10 personen	45	45	45	45	45	45	45	45

Verblijfsprestaties

	Beveiligingsniveau geen	Beveiligingsniveau 1	Beveiligingsniveau 2	Beveiligingsniveau 3	Beveiligingsniveau 4
Verblijfsdag A (lichte verzorgingsgraad)	A 0	A 1	A 2	A 3	A 4
Verblijfsdag B (beperkte verzorgingsgraad)	B 0	B 1	B 2	B 3	B 4
Verblijfsdag C (matige verzorgingsgraad)	C 0	C 1	C 2	C 3	C 4
Verblijfsdag D (gemiddelde verzorgingsgraad)	D 0	D 1	D 2	D 3	D 4
Verblijfsdag E (intensieve verzorgingsgraad)	E 0	E 1	E 2	E 3	E 4
Verblijfsdag F (extra intensieve verzorgingsgraad)	F 0	F 1	F 2	F 3	F 4
Verblijfsdag G (zeer intensieve verzorgingsgraad)	G 0	G 1	G 2	G 3	G 4
Verblijfsdag H (hic)	H 0	H 1	H 2	H 3	H 4
Verblijf zonder Overnachting (VZO) bij ECT					
Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR)					
Verblijf met extreme zorgzwaarte (met contractvoorwaarde)					

Overige zorgprestaties

Overige verrichtingen	Toeslagen consult
<ul style="list-style-type: none"> • Intercollegiaal overleg (alleen setting Ambulant-ks II) • Onderlinge dienstverlening <p>Geestelijke gezondheidszorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elektroconvulsietherapie (ECT) • Ambulante methadonverstrekking (AMV) • Consultatie bij euthanasieverzoeken • Onderlinge dienstverlening • Niet basispakketzorg consult • Niet basispakketzorg verblijf • Verblijf zonder overnachting <p>Forensische zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elektroconvulsietherapie (ECT) • Ambulante methadonverstrekking (AMV) • Consultatie bij euthanasieverzoeken • Onderlinge dienstverlening • Ambulante dagbesteding forensische zorg • Forensisch psychiatrisch toezicht (FPT) 	<p>Geestelijke gezondheidszorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • RTMS • Doventolk/communicatiedeskundige • Reistijd tot 25 minuten • Reistijd vanaf 25 minuten <p>Forensische zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • RTMS • Doventolk/communicatiedeskundige • Reistijd tot 45 minuten • Reistijd vanaf 45 minuten
	Toeslagen verblijf
	<p>Geestelijke gezondheidszorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oorlogsgereleerd psychotrauma (op verblijfsdag D) <p>Forensische zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extreem vlucht- en beheersgevaarlijk (EVBG) • Sglvg+ bij beveiligings-niveau 2

3.4 Omvang van de prestatiestructuur

Door de in voorgaande paragrafen beschreven keuzes ontstaat een model met een aanzienlijk aantal zorgprestaties. Als wij groepsbehandeling, toeslagen en overige verrichtingen buiten beschouwing laten, gaat het om 8 beroeps categorieën, met voor elk 8 varianten voor consultduur, een onderscheid tussen diagnostiek en behandeling, in 1 van 7 settings. Dit levert theoretisch $8 \times 8 \times 2 \times 7 = 896$ verschillende prestaties op. In werkelijkheid zal dit aantal lager zijn, bijvoorbeeld omdat bepaalde prestaties maar in 1 van de 7 settings kunnen voorkomen.

Analyses laten zien dat tarieven door deze onderverdeling goed aansluiten bij werkelijke kosten.

Wij gaan ervan uit dat de omvang van de prestatiestructuur in de praktijk geen problemen gaat opleveren. Zorgverleners zullen nooit met het hele palet te maken hebben. Zij werken meestal vanuit 1 beroep, en meestal maar in 1 setting. Dat brengt het aantal keuzemogelijkheden terug tot bijvoorbeeld 1 beroep x diagnostiek of behandeling x 8 tijdsduurvarianten x 1 setting = 16 mogelijkheden. Dat is te overzien. Bovendien vult het elektronisch patiëntendossier (EPD) de meeste gegevens automatisch in. De zorgverlener registreert eenmalig een aantal basisgegevens, en hoeft daarna alleen nog aan te geven hoe lang een consult heeft geduurd. Ook dat gaat vaak automatisch, via de elektronische agenda. De zorgverlener hoeft de gegevens dan alleen nog te accorderen.

4 Zorgvraagtypering

Zowel uit het Bestuurlijk Akkoord als uit het NZa advies volgt, dat tegelijk met het nieuwe bekostigingsmodel ook (verder) zal worden gewerkt aan een verbetering van typering van de zorgvraag van patiënten. Deze heet in het programma kortweg 'zorgvraagtypering'. Hierbij zullen de ervaringen met eerdere pilots met het zogenoemde zorgclustermodel worden betrokken,

De zorgvraagtypering moet gepast gebruik van zorg gaan ondersteunen, en de klinische herkenbaarheid van de zorg die bij een bepaalde zorgvraag nodig is, vergroten. Het Bestuurlijk Akkoord noemt de vermindering van administratieve lasten als randvoorwaarde.

Een robuust systeem voor zorgvraagtypering zal bijdragen aan een optimale allocatie van beschikbare middelen. Daarmee kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over en weer betrouwbare partners zijn en gezamenlijk bijdragen aan een duurzaam, goed werkend stelsel voor ggz en fz.

Een van de werkgroepen van het programma heeft uitgewerkt hoe, gegeven de hiervoor genoemde doelen, zorgvraagtypering praktisch kan worden toegepast. Op basis van die uitwerking en na overleg tussen de betrokken partijen, heeft de bestuurlijke commissie de volgende vijf 'gebruiksdoelen' bepaald, en een randvoorwaarde.

1. Zorgvraagtypering vergroot de klinische herkenbaarheid van de zorg die nodig is bij een bepaalde zorgvraag van patiënten in de geneeskundige ggz en de fz. Het creëert een gezamenlijk begrippenkader voor (zorg)professionals, dat het gesprek tussen (zorg)professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars over gepast gebruik van zorg op groepsniveau en praktijkvariatie vergemakkelijkt. In de toepassing van het model kan waar nodig worden gedifferentieerd, naar bijvoorbeeld omvang van de zorgaanbieder, complexiteit van zorg of naar de setting waar de zorg wordt geleverd.
2. Zorgvraagtypering ondersteunt tussentijdse evaluatie door het (periodiek) beoordelen of de inzet van zorg nog past bij de zorgvraag of dat moet worden op- of afgeschaald. Zorgvraagtypering ondersteunt 'samen beslissen' in de relatie patiënt-zorgverlener. De zorgvraagtypering bepaalt echter niet wat de behandeling van een individuele patiënt mag kosten.
3. Zorgvraagtypering is een hulpmiddel bij het maken van afspraken over in- en verkoop van zorg, en over behandelinzet bij groepen van patiënten. Voor groepen van patiënten kan bijvoorbeeld een bandbreedte worden afgesproken voor wat (op groepsniveau, in termen van zorgprestaties, setting e.d.) gepaste zorg is. In veldafspraken kan de contractering tussen met name kleinere zorgaanbieders en de zorgverzekeraars worden geüniformeerd. Zorgvraagtypering draagt zo bij aan transparantie over de keuzes van zorgverzekeraars in hun inkooprol. Voor niet-gecontracteerde zorg kan zorgvraagtypering ook een normatieve werking hebben.

4. Zorgvraagtypering is een stimulans voor kennisontwikkeling. Het stimuleert uniforme registratie van data door alle zorgaanbieders, en het gebruik van data die al beschikbaar zijn over de relatie tussen zorgvraag en inzet van zorg op groepsniveau. Deze kennis leidt weer tot betere zorgvraagtypering.
5. Zorgvraagtypering vergemakkelijkt en verbetert planning van zorg binnen het domein van de geneeskundige ggz en de fz, door inzicht te geven in het te verwachten zorgpad (zwaarte, duur, evaluatiemomenten). Zorgvraagtypering vergemakkelijkt en verbetert ook de coördinatie van zorg over domeinen heen, door het mogelijk te maken groepen van patiënten te definiëren, waar vervolgens afspraken over kunnen worden gemaakt.

De randvoorwaarde is, dat zorgvraagtypering moet bijdragen aan de vermindering van administratieve lasten. Door het uniform registreren van gegevens die voor meerdere doelen worden gebruikt neemt de registratiedruk af. De invulling van bovenstaande doelen leidt ertoe dat de ook uitvoeringslasten afnemen.

De zorgvraagtypering zal nu verder worden uitgewerkt. Daarbij moet worden bedacht dat het ene gebruiksdoel sneller te realiseren zal zijn dan het andere. Er zijn ook afhankelijkheden: het ene gebruiksdoel bouwt voort op het andere. Bovendien moet ook de bijzondere positie van de fz nog verder worden uitgewerkt. Daar bepalen vooral veiligheid en recidiverisico de inzet van zorg bepalen.

De periode tot en met 2021 zal nodig zijn voor de (door)ontwikkeling van de zorgvraagtypering. In deze periode worden de uitkomsten van de pilot met het zorgclustermodel in verband gebracht met de gebruiksdoelen. Dit moet leiden tot een eindconclusie over de bruikbaarheid van het zorgclustermodel voor de zorgvraagtypering. In deze fase moet ook besloten worden welke data verzameld zullen worden, en hoe de regelgeving zo wordt ingericht dat een uniforme registratie door alle zorgaanbieders gewaarborgd is. De beoogde vermindering van administratieve lasten wordt daar natuurlijk bij betrokken.

Dit hoofdstuk is een samenvatting van de 'startnotitie' van de werkgroep zorgvraagtypering. De volledige tekst staat in paragraaf 8.2.

5 Belangrijke thema's

5.1 Prikkel

In de kabinetsreactie op het advies van de NZa wordt expliciete aandacht gevraagd voor de 'prikkelwerking' van het zorgprestatie­model. Ongewenste financiële gedragsprikkel­len moeten in het nieuwe model zo veel mogelijk worden voorkomen en doelmatigheid moet worden gestimuleerd. Verder moet het model een passende vergoeding mogelijk maken voor zorg aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening.

Bij de uitwerking van het zorgprestatie­model zal er daarom op worden gelet dat het model (in vergelijking met het huidige bekostigingssysteem) betere prikkels voor doelmatige zorg en aantoonbaar minder averechtse financiële gedragsprikkel­len bevat. Het model zal meer dan de huidige bekostiging doelmatige zorg moeten stimuleren.

De NZa heeft een eerste verkenning uitgevoerd over de mate waarin de nieuwe bekostiging aan deze voorwaarden voldoet.

5.2 Gepast gebruik

De nieuwe bekostiging moet volgens het Bestuurlijk Akkoord het gepast gebruik van zorg ondersteunen. *Dit onderwerp wordt uitgewerkt in een volgende versie van dit document.*

5.3 Verantwoording en controle

Parallel aan het definiëren van prestaties en het opstellen van regelgeving, is in werkgroep 4 een start gemaakt met het vormgeven van afspraken over verantwoording en controle. Deze worden zoveel mogelijk aan de voorkant van het proces ingericht. Dit geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars zo snel mogelijk duidelijkheid over omzet en schade. De afspraken zullen zoveel mogelijk aansluiten bij bestaande ontwikkelingen, zoals de transitie naar Horizontaal Toezicht en een meer proces- en systeemgerichte verantwoording als vervanging van de achterafcontroles (ook als het gaat om gepast gebruik⁴). Beheersmaatregelen worden zoveel mogelijk ingebouwd in processen en/of systemen. De ontwerpcriteria 'minder administratieve lasten', 'zo snel mogelijk duidelijkheid over de zorgnota' en 'waar mogelijk procesgerichte beheersing' zijn belangrijke kaders voor de werkgroep. Als prestaties en settingen en de regelgeving bekend zijn, kan de vertaalslag naar een uniform verantwoordings- en controlearrangement worden gemaakt.

5.4 Transparantie en vertrouwen

Dit onderwerp wordt uitgewerkt in een volgende versie van dit document.

⁴ Zie ook het rapport van de Taskforce Gepast Gebruik.

5.5 Gevolgen voor cliënten

Dit onderwerp wordt uitgewerkt in een volgende versie van dit document.

5.6 Beroepen in de ggz

In het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken om in een landelijke veldnorm de inzet van specifieke beroepen in de ggz te onderbouwen, vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg. Daarbij moet volgens het akkoord ook worden gezien, hoe deze beroepen een plaats krijgen in de nieuwe bekostiging. Omdat de inzet van regiebehandelaars een gegeven is, is in het programma besloten de eerste vraag te beantwoorden voor de beroepen die nu geen regiebehandelaar zijn. De tweede vraag wordt dan automatisch, welke van die niet-regiebehandelaars zelf consulten kunnen registreren.

Werkgroep 5 werkt aan de beantwoording van deze vragen en heeft Akwa GGZ gevraagd daarbij te ondersteunen. Akwa GGZ heeft aan dit verzoek voldaan; hun inbreng is voor het programma van grote waarde geweest.

Uitgangspunt van het programma is dat aan de veldnorm uniforme criteria ten grondslag moeten liggen, zodat verantwoord kan worden waarom een beroep al dan niet is (of als het gaat om een nieuw beroep: wordt) opgenomen. Bij criteria kan bijvoorbeeld gedacht worden aan opleidingseisen, organisatiegraad, registraties en verworven competenties. Deze criteria kunnen worden ontleend aan wettelijke kaders als WGBO en wet BIG, opleidingsplannen en beroepsprofielen. De veldnorm zal dynamisch moeten zijn: inzichten over zorg en externe factoren kunnen veranderen. Dit brengt mee dat regelmatig onderhoud moet worden gepleegd door een geschikte partij. De veldnorm moet ook helder maken wat past binnen de aanspraak op verzekerde zorg, en zal ook moeten aansluiten bij het model-kwaliteitsstatuut en bij zorgstandaarden die de inhoud van zorg beschrijven, zodat deze met elkaar een sluitend systeem vormen.

Op basis van de informatie uit onder meer kwaliteitsstandaarden, heeft Akwa GGZ een 'groslijst' opgesteld van beroepen die kunnen voorkomen in ggz en fz, en daarin zoveel mogelijk een ordening aangebracht naar basisberoep. Deze lijst omvat nu meer dan 150 beroepen. De werkgroep is bezig criteria te formuleren waaraan deze beroepen zullen worden getoetst. Dit moet dan leiden tot een lijst met beroepen met een erkende rol. Een volgende toetsing (aan nog op te stellen criteria) bepaalt dan, welke van de beroepen met een erkende rol consulten zouden moeten kunnen registreren. De uitkomsten van dit proces zullen aan het einde van het eerste kwartaal van dit jaar worden getoetst bij veldpartijen en beroepsorganisaties.

5.7 Zorgtrajectnummer

In het NZa-advies staat dat moet worden voorkomen dat door de invoering van het zorgprestatiemodel een trendbreuk optreedt in de informatie die nu voor partijen beschikbaar is. Daarvoor zal een zorgtrajectnummer worden ingezet. Dat is een unieke numerieke identificatie die het administratieve verband aangeeft tussen enerzijds de zorgvraag van een patiënt en anderzijds een verzameling declareerbare prestaties, tussen een begin- en een einddatum. Er bestaat in het

programma overeenstemming over het feit dát een trajectnummer wordt ingezet, en over wat de gebruiksdoelen zijn.

Het eerste gebruiksdoel is het toezien op de aanspraak op zorg die volgt uit de Zorgverzekeringswet. Gegeven de wettelijke taken van zorgverzekeraars moet het mogelijk zijn om in rekening gebrachte prestaties te relateren aan de aanspraak op zorg. Uit losse prestaties is dit verband waarschijnlijk (en niet zonder interpreteren door de zorgverzekeraar) onvoldoende af te leiden. Er zal dus een koppeling moeten worden gelegd tussen een specifieke zorgvraag enerzijds en een verzameling prestaties anderzijds, onafhankelijk van de vraag of er een contractrelatie is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Het tweede gebruiksdoel is het volgen van afspraken. Onder het zorgprestatiemodel is er een onderscheid tussen bekostiging en vergoeding. Bekostiging is het door de overheid voorgeschreven systeem van prestaties en tarieven, dat bepaalt hoe een zorgaanbieder geleverde zorg moet declareren (beschreven in hoofdstuk 3). Vergoeding gaat over hoeveel de zorgaanbieder uiteindelijk vergoed krijgt. Om de twee op elkaar aan te kunnen sluiten moet er een manier zijn om uit het grotere geheel een verzameling van prestaties af te bakenen waarvoor een bepaalde afspraak geldt. Het trajectnummer maakt dit mogelijk.

Het trajectnummer draagt bij aan het voldoen aan de ontwerpcriteria van paragraaf 2.6. Het faciliteert de procesgerichte verantwoording (ontwerp criterium 7) en het gesprek over gepast gebruik (ontwerp criterium 9): als losse prestaties in samenhang kunnen worden verantwoord en besproken, ontstaat een zinvolle context. Bovendien kan het de administratieve lasten verlagen (ontwerp criterium 4), doordat de eigenschappen van een set van prestaties die horen bij één zorgvraag maar één keer (bij het trajectnummer) hoeven te worden vastgelegd.

Tegelijkertijd moet het trajectnummer niet tot een trajectbekostiging leiden, omdat die met de invoering van het zorgprestatiemodel juist wordt verlaten. Omdat het zorgprestatiemodel versnelling van het inzicht in zorguitgaven beoogt, mag het ook niet leiden tot nieuwe onzekerheid bij het vaststellen van jaarrekeningen. Partijen zijn het erover eens dat het moment van zekerheid (gegeven wettelijke kaders en bijvoorbeeld factureringstermijnen) zo dicht als mogelijk bij, en bij voorkeur op, de jaarovergang moet liggen. Het trajectnummer moet ook niet als controlemiddel op het correct registreren en declareren van zorgprestaties worden ingezet.

De redenen voor de invoering van een trajectnummer gelden ook als er geen contractrelatie is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Het ligt daarom voor de hand dat de NZa het gebruik ervan voorschrijft in een regeling.

In de bestuurlijke commissie is inmiddels besloten over de gebruiksdoelen van het zorgtrajectnummer en over de kaders voor het gebruik. In het programma zullen nu de details verder worden uitgewerkt, zodat hierover een veldafspraken kan worden voorbereid.

Concrete stappen hierbij zijn:

- Afspraken maken over de termijnen die in het model gehanteerd zullen worden (termijn van factureren, termijn voor controle op correcte registratie en declaratie, termijn voor controle op aanspraak en afspraken, looptijd van individuele zorgtrajectnummers)
- Onderzoeken hoe trajectnummers met zo min mogelijk administratieve lasten kunnen worden toegewezen;
- Verdere uitwerking van de onderwerpen ‘toezien op aanspraak’ en ‘verantwoording op gepast gebruik’ (werkgroep 4) in afstemming met accounts;
- Onderzoeken of en hoe gebruik van het zorgtrajectnummer kan worden voorgeschreven door de NZa (werkgroep 2).

5.8 Risicoverevening

Zorgverzekeraars hebben voor de basisverzekering een acceptatieplicht. Dit zorgt ervoor dat verzekerden die veel zorg nodig hebben, niet worden belemmerd in het overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Deze verzekerden zijn niet per definitie gelijk verdeeld over de zorgverzekeraars. De ene verzekeraar kan daardoor hogere kosten hebben dan de andere. Om dit effect zoveel mogelijk te corrigeren, verstrekt Zorginstituut Nederland elke zorgverzekeraar een vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Dit wordt ook wel risicoverevening genoemd.

De invoering van het zorgprestatiemodel kan gevolgen hebben voor de uitkomsten van de risicoverevening. Programmamanagement en NZa zijn hierover in gesprek met Zorginstituut Nederland.

5.9 Privacy

Zorgverzekeraars beschikken in de huidige bekostiging over de DSM hoofdgroepdiagnose. Dat is privacygevoelige informatie. De inrichting van de huidige bekostiging rechtvaardigt het gebruik van deze informatie, en biedt voldoende waarborgen dat met deze informatie zorgvuldig wordt omgegaan. In het advies van de NZa staat dat deze informatie ook onder het zorgprestatiemodel beschikbaar zal blijven, in ieder geval tot daarvoor een beter alternatief is gevonden, bijvoorbeeld in de vorm van een nieuwe methode voor zorgvraagtypering. De vraag is of de rechtvaardigingsgrond voor het gebruik van de informatie ook geldt onder het zorgprestatiemodel, en of dat model voldoende waarborgen biedt als het gaat om privacygevoelige informatie. Het ministerie van VWS en de NZa zijn hierover in overleg met de Autoriteit Persoonsgegevens. Het is belangrijk dat dit snel leidt tot een antwoord op de hierboven gestelde vragen. Ook moet snel duidelijk zijn of de antwoorden ook gelden voor de nieuwe elementen in het zorgprestatiemodel, met name de zorgvraagtypering en het trajectnummer. Als zou blijken dat de informatie niet of alleen onder andere voorwaarden kan worden ingezet, heeft dit gevolgen voor het ontwerp van het zorgprestatiemodel en voor de uitvoerbaarheid. *Dit onderwerp wordt daarom verder uitgewerkt in de eerstvolgende versie van dit document.*

6 Veldafspraken

De NZa zal de in hoofdstuk 3 beschreven prestatiestructuur vastleggen in (beleids)regels, en regels stellen over wie de prestaties in rekening mag brengen. Zij is daarbij gebonden aan haar wettelijke taken. De NZa moet bijvoorbeeld uitgaan van ‘functionele omschrijvingen’ en kan geen regels stellen over de kwaliteit van zorg. Voor een goede werking van het zorgprestatie model moeten de regels daarom op sommige punten verder worden ingevuld. Daarvoor willen partijen ‘veldafspraken’ maken. Er gelden nu ook al veldafspraken, bijvoorbeeld over de inhoud van het Kwaliteitsstatuut dat zorgaanbieders moeten hebben.

Binnen het programma zal werkgroep 3 onderzoeken hoe de veldafspraken het beste kunnen worden vastgelegd. Daarbij is van belang dat de afspraken breed gelden, dus ook bijvoorbeeld als zorg wordt geleverd zonder dat daarover een overeenkomst is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

De werkgroep zal op basis van de input van andere werkgroepen de veldafspraken inhoudelijk voorbereiden. De besluitvorming verloopt via het proces dat is beschreven in paragraaf 2.3. Uiteindelijk zijn het dus de bij het Bestuurlijk Akkoord betrokken partijen die de veldafspraken ondertekenen.

Het programmateam heeft al een aantal onderwerpen aangewezen die in aanmerking komen voor veldafspraken. Dit zijn bijvoorbeeld:

- De toepassing van Zorgvraagtypering
- Uniforme toepassing van prestaties, zoals: wanneer geldt de setting hoogspecialistisch
- Beroepen in ggz en fz: welke beroepen hebben een erkende rol en welke van die beroepen kunnen consulteren registreren
- Verantwoording en controle: wie zijn verplicht het verantwoording- en controlearrangement na te leven
- Transitie naar nieuwe bekostiging: hoe verloopt de implementatie, wat zijn de regels voor het afsluiten van lopende prestaties eind 2021, hoe wordt de transitieprestatie ingevuld.

7 Implementatie en ICT

7.1 Implementatie

Het programma zal de implementatie van het zorgprestatie­model bij zorgaanbieders zo goed mogelijk ondersteunen. Op dit moment brengt werkgroep 6 in kaart hoe de invoering van het zorgprestatie­model de bedrijfsprocessen van zorgaanbieders kan beïnvloeden. Die informatie wordt dan vertaald naar generieke handvatten en checklists die zorgaanbieders en behandelaars kunnen gebruiken om zich op de invoering voor te bereiden. Deze zullen in de tweede helft van 2020 worden gepubliceerd.

7.2 Simulatie

De NZa berekent tot welke financiële verschuivingen de invoering van het zorgprestatie­model kan leiden. Deze berekeningen gaan met name over de verschuivingen tussen groepen van zorgaanbieders ('strata'). De invoering van het zorgprestatie­model kan ook voor individuele zorgaanbieders een financieel effect hebben. Dit effect zullen zorgaanbieders zelf kunnen berekenen.

In het programma zal een rekenmodel worden opgesteld dat productie over 2019, uitgedrukt in de productstructuur die in dat jaar van toepassing was, vertaalt naar omzet onder het zorgprestatie­model. Dit rekenmodel zal eind 2020 beschikbaar komen voor zorgaanbieders. In de eerste helft van 2021 kan elke zorgaanbieder dan de impact van het zorgprestatie­model voor de eigen praktijk of instelling in kaart brengen.

7.3 ICT

Om het zorgprestatie­model in te kunnen voeren, zijn aanpassingen nodig in de software van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, en in de specificaties voor hun berichtenverkeer. Om te zorgen dat de aanpassing tijdig kan starten, zal werkgroep 7 mijlpalen formuleren voor de ontwikkeling van technische specificaties en EI-standaarden. De feitelijke ontwikkeling vindt plaats bij bijvoorbeeld Vektis, Vecozo en (brancheorganisaties van) softwareleveranciers. Deze zijn alle in de werkgroep goed vertegenwoordigd. De werkgroep rapporteert aan het programmteam over de voortgang. Dezelfde werkwijze geldt voor de benodigde aanpassingen in de elektronische patiëntendossiers (EPD's): de werkgroep formuleert mijlpalen en faciliteert inhoudelijke afstemming tussen alle betrokkenen, de feitelijke ontwikkeling vindt plaats buiten de werkgroep.

Medio 2020 moeten de technische specificaties klaar zijn, het daadwerkelijk aanpassen van systemen en processen zal daarna plaatsvinden in de periode tot medio 2021. Uitrol en praktijktesten vinden plaats in de tweede helft van 2021.

8 Bijlagen

8.1 Bijlage: Opdrachten Werkgroepen

Werkgroep 1 – Prestatielijst en setting

Opdracht:

- Definieer een beperkt aantal behandelsettings die met reden een significant hoger kostenbeslag opleveren en stel daarvoor functionele omschrijvingen op;
- Onderbouw deze settings kwantitatief met resultaten van het kostprijsonderzoek en eventuele andere data;
- Onderzoek en beschrijf de financiële gedragsprikkelers die voor zorgaanbieders uitgaan van de zorgprestaties. Beschrijf hoe en in welke mate dit gedrag zich zal kunnen voordoen en wat daarvan de gevolgen zijn voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Vergelijk dit met de huidige bekostiging en ga na of het zorgprestatiemodel op dit punt een aantoonbare verbetering inhoudt;
- Stel mede op basis van de uitkomsten van de drie voorgaande deelopdrachten een definitieve lijst met prestaties op (de zorgprestatielijst), inclusief settings;
- Beschrijf hoe en wanneer een transitieprestatie zou moeten kunnen worden ingezet, en doe een voorstel voor de prestatiebeschrijving.

Werkgroep 2 – Regelgeving

Opdracht:

Stel eenvoudige en duidelijke registratieregels, declaratieregels en informatieverplichtingen op die noodzakelijk zijn voor een goede werking van de bekostiging, die fraudebestendig zijn en die administratieve lasten zoveel mogelijk beperken.

Werkgroep 3 – Aanvullende veldafspraken

Concept-opdracht⁵:

- Doe een voorstel voor de manier(en) waarop aanvullende veldafspraken het beste kunnen worden vastgelegd en geborgd, zowel voor contracterende als niet-contracterende zorgaanbieders
- Formuleer de inhoud van de afspraken, op basis van de door het programmateam en bestuurlijke commissie vastgestelde resultaten van andere werkgroepen
- Doe zo nodig voorstellen voor afspraken over onderwerpen die (nog) niet door werkgroepresultaten zijn gedekt

⁵ Deze werkgroep moet nog van start gaan. Het programmateam moet de opdracht nog definitief vaststellen.

Onderwerpen waarover veldafspraken gewenst zijn:

- Zorgvraagtypering
 - toepassing in de praktijk
 - kaders bij toepassing
 - doorontwikkeling en onderhoud
- Prestaties en tarieven
 - normen voor uniforme toepassing setting 'hoogspecialistisch'
 - normen voor toepassen facultatieve prestatie integrale verblijfsdag
- Beroepen in ggz en fz
 - beroepen met een erkende rol in ggz en fz
 - de subgroep daarvan die declarabele consulten kan registreren
 - procedure voor onderhoud van de beroepenlijst
 - welke interventie kan door welk beroep worden uitgevoerd
- Verantwoording en controle
 - verantwoording- en controlearrangement
 - wie zijn verplicht het verantwoording- en controlearrangement na te leven
- Transitie huidige naar nieuwe bekostiging
 - afspraken t.b.v. zorgvuldige implementatie (zoals: ondersteuning)
 - methode voor afrekenen voor Onderhanden werk
 - hoe omgaan met transitieprestatie

Wergroep 4 – Controle en verantwoording

Opdracht:

- Ontwikkel een uniform controle- en verantwoordingsarrangement bij het zorgprestatiemodel, met in ieder geval een procesbeschrijving over hoe te verantwoorden onder het zorgprestatiemodel;
- Onderzoek of controleprotocollen moeten worden opgesteld;
- Betreft hierbij het APZ, Coziek en de ADR.
- Sluit daarbij zoveel mogelijk aan op (de transitie naar) Horizontaal Toezicht en op proces- en systeemgerichte verantwoording.

Wergroep 5 – Veldnorm beroepen (niet-regiebehandelaar)

Opdracht:

- Beschrijf welke beroepen niet-regiebehandelaar een erkende rol hebben in de zorgverlening in de ggz en fz;
- Sluit hierbij waar mogelijk aan op lopende onderzoekstrajecten;
- Stem af met het Zorginstituut, bijvoorbeeld over de deponering van de veldnorm als standaard;
- Doe een voorstel voor welke beroepen niet-regiebehandelaar declarabele consulten mogen registreren.

Werkgroep 6 – Implementatie

Opdracht:

- a) Breng in kaart hoe de invoering van het zorgprestatieproces de bedrijfsprocessen beïnvloedt (deadline: 1 februari 2020).
- b) Beschrijf in een implementatieplan hoe zorgaanbieders/behandelaren zich het beste op het zorgprestatieproces kunnen voorbereiden (gegeven de uitkomst van a). Het implementatieplan is een generiek handvat (inclusief een checklist) dat elke zorgaanbieder/behandelaar zelf kan toepassen (deadline: 1 juni 2020).
- c) Maak een checklist/handvat voor zorgaanbieders met wat nodig is om het zorgprestatieproces succesvol te implementeren (deadline: 1 juni 2020).

Verantwoordelijkheid voor de invoering van het zorgprestatieproces ligt bij het programmteam en niet bij de werkgroep. Deze is ook niet verantwoordelijk voor implementatie bij zorgverzekeraars.

Werkgroep 7 – ICT

Opdracht:

- a) Formuleer mijlpalen voor de ontwikkeling van technische specificaties en EI-standaarden, volg deze en stuur waar nodig bij, draag aan de ontwikkeling bij als inhoudelijk klankbord, rapporteer regelmatig aan het programmteam over de voortgang.
- b) Formuleer mijlpalen voor aanpassingen in EPD's/ECD's, volg deze en stuur waar nodig bij, draag bij als inhoudelijk klankbord, rapporteer regelmatig aan het programmteam over de voortgang. Organiseer waar nodig ketencoördinatie.

Voor deze werkgroep geldt de volgende planning.

- 1 september 2019 - 1 januari 2020: Functionele beschrijvingen prestaties, tarieven en regelgeving (buiten verantwoordelijkheid werkgroep)
- 1 januari 2020 – 1 juli 2020: Technische specificaties en EI-standaarden
- 1 juli 2020 – 1 juli 2021: Aanpassing ECD/EPD door leveranciers voor livegang 2022
- 1 april 2021 – 1 okt 2021: Ketentesten ECD/EPD door het ICT-leveranciers (zorgverzekeraars & zorgaanbieders-zijde)
- 1 juli 2021 – 1 okt 2021: Uitrol en (keten)testen ECD/EPD door het veld – zorgverzekeraars & zorgaanbieders

Werkgroep 8 – zorgvraagtypering

Opdracht:

Ontwikkel een verbeterde zorgvraagtypering voor de ggz en fz. Interpreteer de uitkomsten van de pilots met het zorgclustermodel en ontwikkel een routekaart met tijdspad om deze zorgvraagtypering (of als dat nodig is: een alternatief scenario) te ontwikkelen en te implementeren. Laat daarbij zien hoe en wanneer de verbeterde zorgvraagtypering gebruikt kan worden om de doelen uit het Hoofdlijnenakkoord met betrekking tot de ondersteuning van gepast gebruik te realiseren.

Deelopdrachten voor de eerste periode:

- a) Ontwikkel een gezamenlijke denkrichting ten aanzien van demanieren waarop een verbeterde zorgvraagtypering gebruikt kan worden om het doel uit het HLA (verbeterde ondersteuning van gepast gebruik) te realiseren.
- b) Kom met een tussenevaluatie op basis van de pilotdata en ontwikkel een routekaart met concrete vervolgstappen en een tijdspad om te komen tot een bruikbare typering van de zorgvraag.
- c) Kom met een eindevaluatie van de pilot over zorgclustermodel en de bruikbaarheid van het model voor de zorgvraagtypering.
- d) Geef op basis van de eindevaluatie een (bijgestelde) visie op hoe en wanneer een verbeterde zorgvraagtypering gebruikt kan worden om het doel uit het HLA (verbeterde ondersteuning van gepast gebruik) te realiseren en stel daarvoor een implementatieplan met tijdspad op.

8.2 Bijlage: Startnotitie Zorgvraagtypering

Startnotitie Werkgroep Zorgvraagtypering

Datum: 22 januari 2020

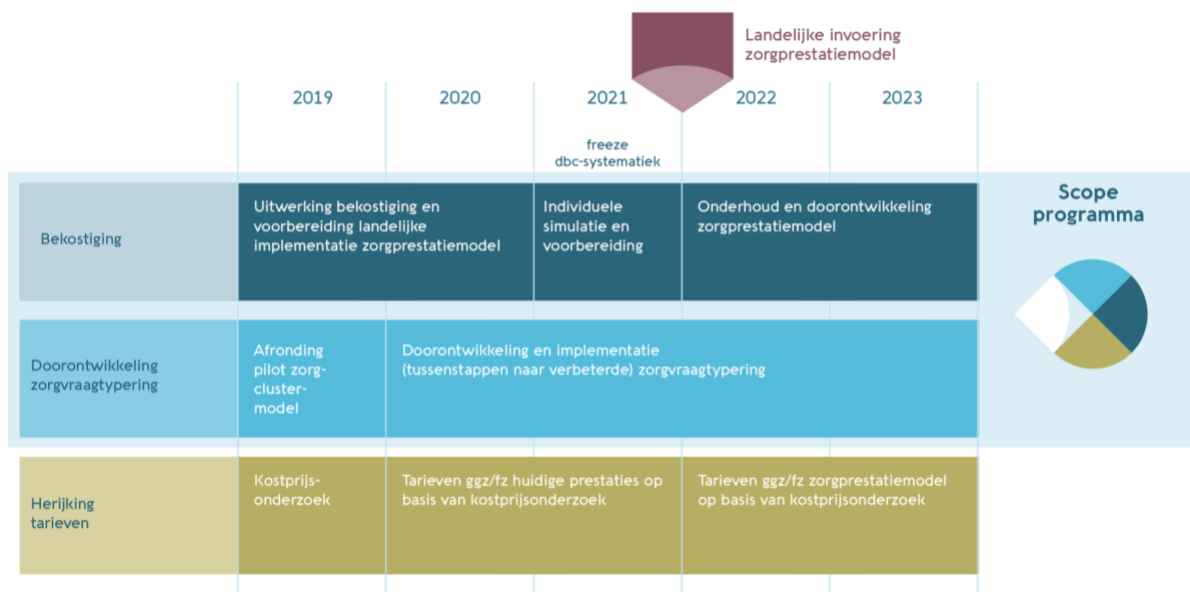
Status: Vastgesteld door Bestuurlijke commissie

INLEIDING

Met invoering van het zorgprestatie model wordt afscheid genomen van de producten van de generalistische basis-ggz en prestaties als dbc's, dbbc's en zzp's in de geneeskundige gespecialiseerde ggz en de fz. Dit staat in het advies 'zorgprestatie model ggz en fz' dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in mei 2019 heeft uitgebracht aan de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Justitie en Veiligheid. De betrokken staatssecretaris en minister hebben laten weten dit advies over te zullen nemen, als tenminste bij de uitwerking nog een aantal zaken wordt bevestigd.

In het advies schrijft de NZa: *Met deze nieuwe bekostiging zijn we er nog niet. We zien dit als een startpunt. Een verbetering van de zorgvraagtypering van patiënten is nodig om fundamentele stappen te zetten naar nog betere klinische herkenbaarheid en meer sturing op gepaste en doelmatige zorg. Partijen committeren zich aan deze doorontwikkeling en zullen daarbij de input vanuit de pilots van het zorgclustermodel gebruiken.*

Per 1 juni 2019 is een programma gestart waarin veldpartijen samen werken aan de verdere uitwerking en implementatie van het zorgprestatie model én aan de verdere ontwikkeling van de zorgvraagtypering: het programma zorgprestatie model ggz en fz. De scope en globale planning van dit programma staan hieronder.



In het programma wordt onderscheid gemaakt tussen bekostiging en vergoeding. Bekostiging is het door de overheid voorgeschreven systeem van prestaties en tarieven, dat bepaalt hoe een zorgaanbieder geleverde zorg moet declareren. Vergoeding gaat over hoeveel de zorgaanbieder uiteindelijk betaald krijgt. Vergoeding gaat dus over de manier waarop we in de praktijk begrenzingen aanbrengen, bijvoorbeeld met bandbreedtes per patiëntgroep voor duur en intensiteit van de behandeling. Het is nader uit te werken hoe zorgvraagtypering wordt gepositioneerd ten opzichte van de bekostiging en in hoeverre gezamenlijk bindende afspraken kunnen

worden gemaakt. De doorontwikkeling van de zorgvraagtypering is niet afhankelijk van de ontwikkeling van de bekostiging en vice versa.

Binnen het programma zijn werkgroepen actief die specifieke onderwerpen voorbereiden en gezamenlijke voorstellen inbrengen in het programma. Een van deze werkgroepen (werkgroep 8) richt zich op de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering.

De opdracht van de Werkgroep Zorgvraagtypering is: *Ontwikkel een verbeterde zorgvraagtypering voor de ggz en fz. Interpreteer de uitkomsten van de pilots en ontwikkel een routekaart met tijdpad om deze zorgvraagtypering (of als dat nodig is: een alternatief scenario) te ontwikkelen en te implementeren. Laat daarbij zien hoe en wanneer de verbeterde zorgvraagtypering gebruikt kan worden om de doelen uit het Hoofdlijnenakkoord met betrekking tot de ondersteuning van gepast gebruik te realiseren. (...)*

Een van de deelopdrachten is, om eerst **een gezamenlijke denkrichting te ontwikkelen** ten aanzien van de manieren waarop een verbeterde zorgvraagtypering gebruikt kan worden om het doel uit het HLA (verbeterde ondersteuning van gepast gebruik) te realiseren.

Partijen zijn het erover eens dat de forensische zorg hierbij een eigen positie inneemt, doordat daar vooral veiligheid en recidiverisico de inzet van zorg bepalen, en gewerkt wordt met indicaties van NIFP. Wij onderzoeken nog, hoe hiermee moet worden omgegaan.

Volgens de tijdlijn in deze startnotitie zullen alle zorgaanbieders per 2022 starten met het uniform registreren van de gegevens die nodig zijn met het oog zorgvraagtypering. Het gaat om gegevens op het niveau van de individuele patiënt en diens behandeling. Dit hoeven niet altijd 'nieuwe' gegevens te zijn. Wij gaan er vanuit dat uitvoering van bijvoorbeeld horizontaal toezicht en het invulling geven aan gepast gebruik waar mogelijk van dezelfde gegevens gebruik maken, zodat per saldo de administratieve lasten afnemen.

OPZET STARTNOTITIE

Wij bespreken in deze notitie achtereenvolgens:

1. Zorgvraagtypering: kenmerken en afbakening
Wat verstaan we precies onder zorgvraagtypering? Hoe verhoudt zorgvraagtypering zich tot andere afspraken, regels en de zorgprestaties?
2. Inzet zorgvraagtypering bezien vanuit actoren
Wat heb ik eraan als patiënt, zorgaanbieder, zorgverzekeraar, maatschappij?
3. Gebruiksdoelen zorgvraagtypering
Wat zijn (mogelijke) gebruiksdoelen, gezien 1 en 2?
4. Vervolgstappen
Welke (tussen)stappen zien wij in de ontwikkeling van de zorgvraagtypering?

1. ZORGVRAAGTYPERING: KENMERKEN EN AFBAKENING

Het Hoofdlijnenakkoord vult logischerwijs niet in detail in hoe zorgvraagtypering kan worden ingezet om *een verbeterde ondersteuning van gepast gebruik* te bereiken. Het noemt als voorbeeld wel *het goed en tijdig op- en afschalen van zorg*, en geeft mee dat de lessen uit de pilot moeten worden benut. Inmiddels is wel, zoals afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord, het proces van verantwoording op gepast gebruik in de ggz verder ingevuld, door een advies van de Taskforce Gepast Gebruik ggz.

Om 'zorgvraagtypering' en doelen die ermee kunnen worden bereikt in te kaderen, bespreken wij hieronder eerst een aantal algemene kenmerken: wat verstaan we nu precies onder zorgvraagtypering? En hoe verhoudt de zorgvraagtypering zich tot de andere onderdelen van het stelsel? Zorgvraagtypering staat immers niet op zichzelf, maar zal moeten aansluiten op het stelsel van prestaties en tarieven om de zorg af te rekenen (vanaf 2022: het zorgprestatiemodel), van regels over aanspraak op zorg, en van afspraken over vergoeding van zorg. Zorgvraagtypering moet in dat stelsel passen. Bovendien heeft de zorgvraagtypering al 'een geschiedenis'. De zorgvraagtypering die nu in pilotvorm wordt getest, is een aan de Nederlandse situatie aangepaste versie van het 'Engelse model' voor het profileren van patiëntgroepen, het zorgclustermodel. Dat model zou eerder in combinatie met zorgprestaties de nieuwe bekostigingsstructuur voor ggz en fz worden. Via de zorgclusters zouden de (ernst van de) zorgvraag van de patiënt, dagelijkse gevolgen ervan (bijvoorbeeld op functioneren), en eigenschappen van de patiënt in de bekostiging worden betrokken

1. Zorgvraagtypering is **een middel om de (werkelijke) zorgbehoefte transparant te maken**. Het helpt een verband te leggen tussen zorgvraag en inzet van zorg. Daarbij kan het gaan over *zorgzwaarte*, maar bijvoorbeeld ook over de kans op herstel of op stabiliteit, terugval of recidive. Hierover zijn al veel data beschikbaar. De te ontwikkelen structuur van de zorgvraagtypering kan helpen die in onderling verband te brengen. Het is hierbij van belang dat alle zorgaanbieders de gegevens op een uniforme manier registreren.
2. De zorgvraagtypering is **een (onderbouwde) momentopname** van de zorgvraag van een patiënt. Opnieuw typeren, bijvoorbeeld op een review-moment of na een behandeltraject kan richtinggevend zijn voor op- of afschalen of voortzetten van zorg. Het is echter geen middel voor het afrekenen van de behandeling van een individuele patiënt.
3. Bij een beter inzicht in werkelijke zorgbehoefte kan **voor groepen van patiënten** worden voorspeld **welke inzet van zorg** naar verwachting nodig is. Inzet van zorg kan bijvoorbeeld worden afgemeten aan het aantal en de soort zorgprestaties die worden gedeclareerd. De typering van een individuele zorgvraag zal niet bepalen wat de beste zorg is voor de individuele zorgvrager. Maar groepen van patiënten met een bepaalde zorgvraagtypering zullen naar verwachting wél een enigszins stabiele bandbreedte voor wat betreft zorginzet laten zien.
4. Zorgvraagtypering maakt **afspraken mogelijk tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders** over wat voor specifieke patiëntengroepen een reële vergoeding is, gegeven de voor die groep gepaste zorg. Het is daarmee een belangrijke aanvulling op (en in de toekomst mogelijk: een alternatief voor) de DSM-classificatie, die op zichzelf onvoldoende voorspellende waarde heeft voor bijvoorbeeld de te verwachten zorgzwaarte. Zorgvraagtypering bepaalt niet de inzet van zorg voor *individuele* patiënten, maar kan wel worden betrokken in een gesprek daarover tussen zorgverlener en patiënt, of tussen zorgprofessionals onderling. De werkgroep merkt daarbij op dat de forensische zorg een heel eigen karakter heeft. De inzet van zorg is daar meer richtinggevend.
5. Omdat maatschappelijke omstandigheden en inzichten kunnen veranderen, kan het zorgvraagtyperingsmodel zelf ook veranderen. Naarmate meer data beschikbaar zijn, zijn betere voorspellingen mogelijk en kan het model verder worden verfijnd. Het model van de zorgvraagtypering is

'lerend'. Op termijn zou zorgvraagtypering daardoor ook een rol kunnen gaan spelen in bijvoorbeeld zorgstandaarden of bij het bepalen van de aanspraak op zorg.

6. De prestatieregulering regelt de bekostiging van de zorg. Dit zijn de regels van de overheid waarin staat welke zorgprestaties in rekening mogen worden gebracht, wie dat mogen doen en vaak ook welke bedrag maximaal in rekening mag worden gebracht. Uit deze regels volgt bijvoorbeeld wat onder een declarabel consult moet worden verstaan. De zorgvraagtypering is geen onderdeel van de bekostiging, maar wel een **verrijking van het Zorgprestatiemodel** die bedoeld is om (gegeven de bekostiging) in de praktijk gepast gebruik en doelmatigheid te bevorderen. Hoe zorgvraagtypering wordt gepositioneerd ten opzichte van de bekostiging en in hoeverre gezamenlijk bindende afspraken kunnen worden gemaakt, moet nog worden uitgewerkt.
7. Zorgvraagtypering beschrijft niet wat goede zorg is bij een bepaalde aandoening of symptoom, of hoe die zorg georganiseerd zou moeten worden. Dat doen kwaliteits- en zorgstandaarden. Er is wel een relatie tussen de standaarden en de zorgvraagtypering. Als wij ervan uitgaan dat de zorg in de praktijk volgens de standaarden wordt geleverd, dan vertaalt zich dit (met een zekere bandbreedte) in de behandeling die bij een getypeerde zorgvraag verwacht mag worden. En op termijn zou een kwaliteitsstandaard kunnen voorschrijven dat het toepassen van de zorgvraagtypering onderdeel is van goede zorg. Zorgvraagtypering **bevordert gepaste en doelmatige zorg**, door op groepsniveau over- en onderbehandeling tegen te gaan.
8. Zorgvraagtypering is **geen vervanging voor diagnostiek**. Wel kan de zorgvraag worden getypeerd als er nog geen duidelijke klinische diagnose is. Wij nemen aan dat de diagnose een factor is die van invloed kan zijn op het zorgvraagtype.
9. **De aanspraak op zorg** – geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen die plegen te bieden – **verandert niet** door invoering van de zorgvraagtypering. De zorgvraagtypering is in eerste instantie een hulpmiddel bij het maken van afspraken over vergoeding en gepast gebruik van de zorg die een verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet of de Wet forensische zorg krijgt. Het is wel wenselijk dat zorgvraagtypering, aanspraak en zorgstandaarden (op termijn) een samenhangend geheel gaan vormen.
10. De mogelijkheden van zorgvraagtypering kunnen beperkt worden door privacyregels. De **speelruimte moet tijdig in kaart worden gebracht**, zodat hier bij de ontwikkeling van de zorgvraagtypering rekening mee kan worden gehouden. De zorgvraagtypering moet ook voldoen aan de ontwerpcriteria van het zorgprestatiemodel, en mag bijvoorbeeld niet gepaard gaan met meer administratieve lasten.

2. INZET ZORGVRAAGTYPERING BEZIEN VANUIT ACTOREN EN MAATSCHAPPIJ

In deze paragraaf verkennen wij hoe zorgvraagtypering voor patiënt, zorgprofessional, zorgaanbieder, zorgverzekeraar en de maatschappij als geheel in de nabije of verdere toekomst van nut zou kunnen zijn. **Het gaat daarbij vooral om de ‘denkrichting’: de werkgroep gaat er niet van uit dat elke stelling werkelijk haalbaar zal blijken.** Dit zal afhangen van hoe de zorgvraagtypering zich gaat ontwikkelen, maar bijvoorbeeld ook van feitelijke omstandigheden: voor een grote instelling zal de situatie anders zijn dan bij een vrijgevestigde zorgverlener. De voorbeelden vertalen wij in paragraaf 3 naar mogelijke gebruiksdoelen.

Bezien vanuit de patiënt

- Ik ben beter toegerust voor het proces van ‘shared decision making’: ik kan vooraf nadenken over hoe een behandeltraject aansluit bij mijn behoefte en verwachting.
- Als ik mijn zorgtype weet, kan ik nagaan wat voor behandeltraject ik in grote lijnen zou kunnen krijgen.
- De zorgvraagtypering maken zowel mijn zorgvraag als het aanbod van de zorgverleners beter herkenbaar, specifiek.
- Ik merk dat de wachtlijsten korter worden, omdat aanbieders de zorg beter kunnen plannen.

Bezien vanuit de zorgprofessional

- Ik ben beter toegerust voor het proces van ‘shared decision making’: de patiënt weet binnen welke bandbreedte de tijd en financiering ongeveer zouden moeten liggen bij haar/zijn zorgvraag.
- Ik kan beter aan verwijzers uitleggen welke patiënten naar mij kunnen worden verwezen.
- Ik heb een extra aanknopingspunt voor kwaliteitsontwikkeling – ik gebruik de zorgvraagtypering om zelf of met andere zorgverleners te reflecteren op de zorg die wij leveren.
- Zorgvraagtypering is een extra hulpmiddel bij tussentijdse evaluatie met de cliënt.

Bezien vanuit de zorgaanbieder

- Ik hoef minder vaak toestemming vooraf te vragen bij de zorgverzekeraar. Dat doe ik alleen als ik voor een gehele groep substantieel ga afwijken van de voor het zorgvraagtype afgesproken bandbreedte.
- Ik ben minder tijd kwijt aan discussies met verzekeraars over de zorg die ik heb geleverd en over de zorgwaarde van mijn patiënten, want ik heb de zorgvraag op de afgesproken manier getypeerd en ben gemiddeld binnen de afgesproken normen gebleven.
- De vergoedingsafspraken die ik met zorgverzekeraars maak, zijn beter dan voorheen afgestemd op mijn patiëntenpopulatie.
- Ik kan instroom beter plannen, door de voorspellende waarde van de zorgvraagtypering.
- Ik kan mijn productportfolio eenvoudig inzichtelijk maken.

Bezien vanuit de zorgverzekeraar

- Zorginkoop: Ik kan inschatten hoe vaak de verschillende zorgvraagtypen in mijn populatie voorkomen en maak op basis daarvan afspraken met zorgaanbieders. In sommige gevallen gaan wij daarbij stapsgewijs over naar populatiebepaling.
- Ik kan beter inschatten hoeveel zorg ik moet inkopen om aan mijn zorgplicht te voldoen, omdat er een duidelijker verband is tussen de zorgvraagtypen die in mijn populatie voorkomen en de hoeveelheid zorg die daarvoor nodig is.
- Ik kan makkelijker in gesprek gaan over over- en onderbehandeling op groepsniveau, en of het voor bepaalde (sub)groepen al dan niet nodig is om van het gemiddelde profiel bij de getypeerde zorgvraag af te wijken.
- Het is eenvoudiger om wachtlijstbemiddeling te verlenen voor patiënten met een getypeerde zorgvraag, omdat ik weet welke aanbieders welk aanbod hebben en hoeveel daarvan al is ingezet.

- Doordat wij afspraken hebben gemaakt over de bandbreedte van de zorginzet op groepsniveau, kan ik makkelijker en beter toegerust in gesprek gaan over gepast gebruik. In die gesprekken hebben we eenheid van taal.

Bezien vanuit de maatschappij

- Zorgvraagtypering draagt bij aan een duurzame, goed werkende ggz en fz. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zorgen samen voor de juiste afstemming van het zorgaanbod op de zorgbehoefte van (groepen van) patiënten. De beschikbare middelen worden op die manier optimaal ingezet.
- Zorgvraagtypering zorgt ervoor dat geestelijke gezondheidszorg efficiënt wordt ingezet. Doordat wij data op een gestructureerde manier in onderling verband kunnen bezien, weten wij bijvoorbeeld hoe een ggz-traject effect heeft in andere domeinen, bijvoorbeeld door een afname in het gebruik van somatische zorg, door effect op de ondersteuningsbehoefte in het sociaal domein, of bij forensische zorg, door effecten op het benodigde veiligheidsniveau. Zo kunnen wij onderbouwde keuzes maken over allocatie van middelen.
- De afstemming tussen verschillende zorgdomeinen (preventie, geneeskundige en forensische zorg, langdurige zorg, ondersteuning door gemeenten) wordt makkelijker en beter. Zorgvraagtypering helpt om groepen van zorgvragers aan te wijzen waarover de domeinen regionaal afspraken maken.

3. DOELEN ZORGVRAAGTYPERING

In paragraaf 1 is al aangegeven dat het doel van de zorgvraagtypering volgt uit het Hoofdlijnenakkoord: de zorgvraagtypering moet gepast gebruik van zorg gaan ondersteunen. Een ander belangrijk doel is het vergroten van de klinische herkenbaarheid. Samen vormen deze doelen het hoofddoel. Het Hoofdlijnenakkoord noemt de vermindering van administratieve lasten hierbij als randvoorwaarde. Een robuust systeem voor zorgvraagtypering draagt bij aan een optimale allocatie van beschikbare middelen. Daarmee kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over en weer betrouwbare partners zijn en gezamenlijk bijdragen aan een duurzaam, goed werkend stelsel voor ggz en fz.

Deze notitie gaat over de manieren waarop de zorgvraagtypering gebruikt kan worden om deze doelen te realiseren. Die 'manieren waarop' noemen wij hierna de gebruiksdoelen, omdat ze gaan over het praktisch toepassen van zorgvraagtypering. Er zijn vijf gebruiksdoelen gedefinieerd en een randvoorwaarde:

1. Zorgvraagtypering **vergroot de klinische herkenbaarheid** van de zorg die nodig is bij een bepaalde zorgvraag van patiënten in de geneeskundige ggz en de fz. Het creëert een gezamenlijke begrippenkader voor (zorg)professionals, dat het gesprek tussen (zorg)professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars over gepast gebruik van zorg op groepsniveau en praktijkvariatie vergemakkelijkt. In de toepassing van het model kan waar nodig worden gedifferentieerd, naar bijvoorbeeld omvang van de zorgaanbieder, complexiteit van zorg of naar de setting waar de zorg wordt geleverd.
2. Zorgvraagtypering **ondersteunt tussentijdse evaluatie** door het (periodiek) beoordelen of de inzet van zorg nog past bij de zorgvraag of dat moet worden op- of afgeschaald. Zorgvraagtypering ondersteunt 'samen beslissen' in de relatie patiënt-zorgverlener. De zorgvraagtypering bepaalt echter niet wat de behandeling van een individuele patiënt mag kosten.
3. Zorgvraagtypering is een **hulpmiddel bij het maken van afspraken** over in- en verkoop van zorg, en over behandelinzet bij groepen van patiënten. Voor groepen van patiënten kan bijvoorbeeld een bandbreedte worden afgesproken voor wat (op groepsniveau, in termen van zorgprestaties, setting e.d.) gepaste zorg is. In veldafspraken kan de contractering tussen met name kleinere zorgaanbieders en de zorgverzekeraars worden geüniformeerd. Zorgvraagtypering draagt zo bij aan transparantie over de keuzes van zorgverzekeraars in hun inkooprol. Voor niet-gecontracteerde zorg kan zorgvraagtypering ook een normatieve werking hebben.
4. Zorgvraagtypering is een **stimulans voor kennisontwikkeling**. Het stimuleert uniforme registratie van data door alle zorgaanbieders, en het gebruik van data die al beschikbaar zijn over de relatie tussen zorgvraag en inzet van zorg op groepsniveau. Deze kennis leidt weer tot betere zorgvraagtypering.
5. Zorgvraagtypering **vergemakkelijkt en verbetert planning van zorg** binnen het domein van de geneeskundige ggz en de fz, door inzicht te geven in het te verwachten zorgpad (zwaarte, duur, evaluatiemomenten). Zorgvraagtypering vergemakkelijkt en verbetert ook de coördinatie van zorg over domeinen heen, door het mogelijk te maken groepen van patiënten te definiëren, waar vervolgens afspraken over kunnen worden gemaakt.

Zorgvraagtypering draagt bij aan de vermindering van administratieve lasten. Door het uniform registreren van gegevens die voor meerdere doelen worden gebruikt neemt de registratiedruk af. De invulling van bovenstaande doelen leidt er toe dat de ook uitvoeringslasten afnemen.

4. VERVOLGSTAPPEN

In het voorgaande heeft de werkgroep vijf gebruiksdoelen en een randvoorwaarde geformuleerd. Het is duidelijk dat het ene gebruiksdoel sneller te realiseren zal zijn dan het andere. En dat er afhankelijkheden zijn: het ene gebruiksdoel bouwt voort op het andere. De opdracht aan de werkgroep spreekt in dit verband van een 'routekaart met tijdpad'. Als eerste aanzet daartoe schetst de werkgroep de onderstaande fasering.

De eerste fase **tot en met 2021**, waarin de implementatie van het zorgprestatie model wordt voorbereid, zal nodig zijn voor de (door)ontwikkeling van de zorgvraagtypering. In deze periode brengt de werkgroep de uitkomsten van de pilot in verband met de gebruiksdoelen van paragraaf 3. Dit leidt tot een tussenevaluatie van de pilot en de in de opdracht aan de werkgroep bedoelde routekaart. Ook zal de werkgroep aan de hand van de pilotdata een eindconclusie opstellen over de bruikbaarheid van het zorgclustermodel voor de zorgvraagtypering. In deze fase moet besloten worden welke data verzameld zullen worden, en hoe de regelgeving zo wordt ingericht dat een uniforme registratie door alle zorgaanbieders gewaarborgd is. Daarbij wordt ook de beoogde vermindering van administratieve lasten betrokken. Om het mogelijk te maken dat de 'minimale dataset' in de regelgeving van de NZa wordt opgenomen, moet deze begin 2021 bekend zijn. Aanpassingen in ICT moeten voor juli 2020 bekend zijn.

De tweede fase van **2022 tot 2024** staat in het teken van ervaring opdoen met het model. Er wordt informatie verzameld over de werking van het model in de praktijk, en er worden stappen gezet om de knelpunten die daarbij naar voren komen op te lossen.

Vanaf 2024 zou er dan een stabiele zorgvraagtypering kunnen zijn.

De werkgroep zal deze planning in de komende maanden verder uitwerken. Tegelijkertijd start de werkgroep met de volgende activiteiten.

1. Koppelen pilotdata aan gebruiksdoelen
Hebben de data een significant voorspellende waarde voor de gebruiksdoelen? Welke vervolgstappen zijn nodig voor concrete toepassing?
2. Beschrijven verhouding kwaliteits- en zorgstandaarden en zorgvraagtypering
Bij het ontwerpen van de zorgvraagtypering moet rekening worden gehouden met de manier waarop de standaarden zijn georganiseerd, zodat de beide systemen in de praktijk zo goed mogelijk op elkaar kunnen aansluiten.
3. Beschrijven positie forensische zorg binnen zorgvraagtypering
Dit startdocument gaat grotendeels over 'gewone' geneeskundige ggz. De bijzondere kenmerken van zorg in de forensische omgeving moeten nog op een rij worden gezet. Daarna kan worden bezien wat die betekenen voor de toepassing van zorgvraagtypering.
4. Afstemming met Zorginstituut Nederland over verhouding tussen aanspraak op zorg en doorontwikkeling van de zorgvraagtypering
Het Zorginstituut heeft eerder aangegeven dat het zorgclustermodel nog niet in lijn is met de indeling van de aanspraken op zorg. Inmiddels is de functie van zorgvraagtypering veranderd. Wij moeten dus bespreken hoe het Zorginstituut aankijkt tegen de voorgestelde doorontwikkeling.
5. Onderzoek privacyaspecten zorgvraagtypering
Er is al een advies van het kantoor van de Landsadvocaat over het gebruik van de DSM-classificatie in de bekostiging, dit moet echter nog worden vertaald naar de zorgvraagtypering.
6. Opstellen lijst van kenmerken die worden ingezet voor zorgvraagtypering.
Aan de hand van deze lijst kan verkennend onderzoek worden gedaan naar het gebruik van aanvullende data, naast de pilot met het zorgclustermodel.