

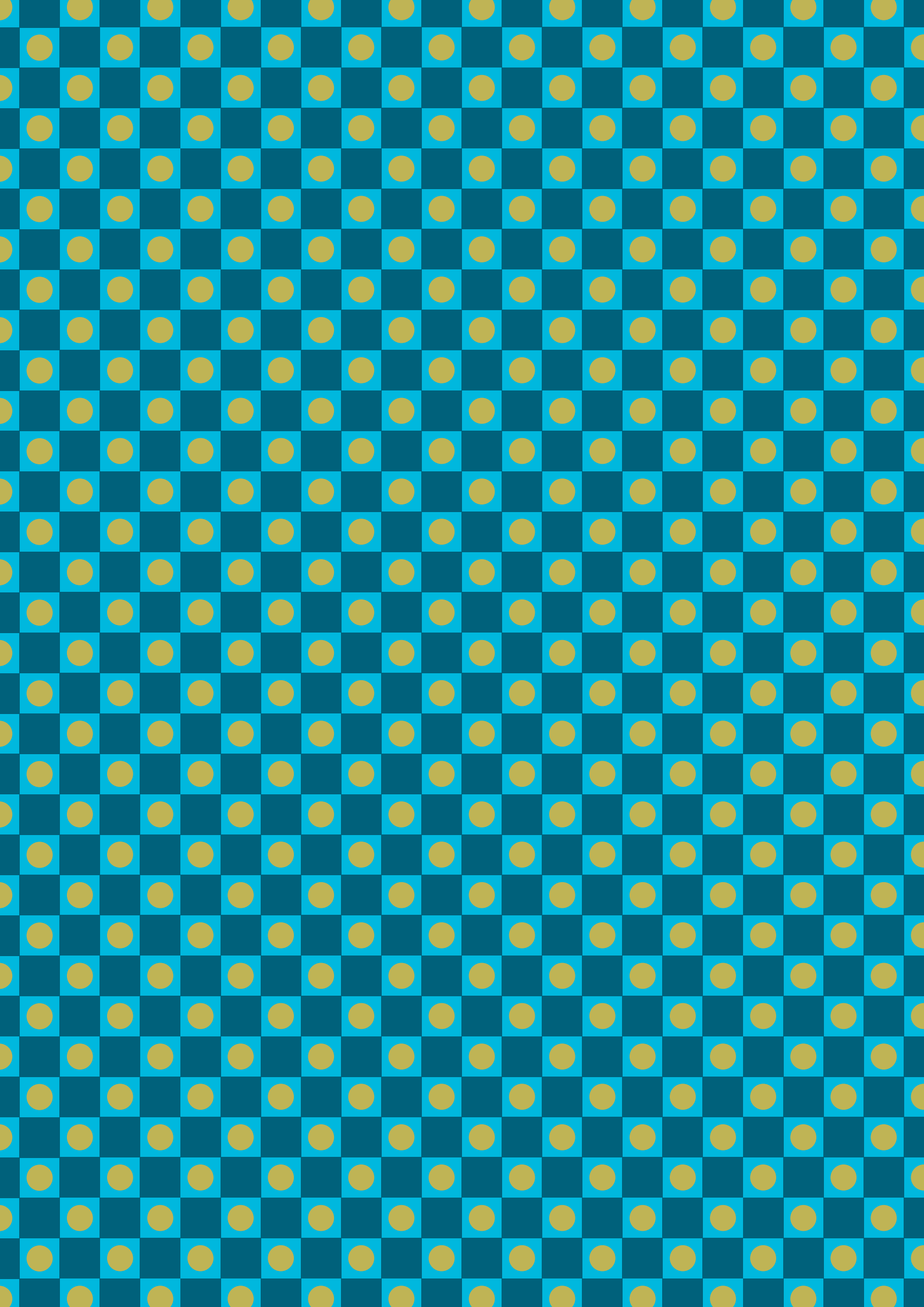


**ZORG
PRESTATIE**
MODEL GGZ & FZ

Veldafspraken

Zorgprestatie model GGZ & FZ

29 oktober 2021 definitief concept





De veldafspraken worden op 9 november 2021 ondertekend door de volgende partijen

de
Nederlandse
ggz



INHOUD

1 INLEIDING	4
1.1 Definities	4
2 OVER DEZE VELDAFSPRAKEN	7
2.1 Partijen die deelnemen aan deze veldafspraken	7
2.2 Partijen die deze veldafspraken ondersteunen	7
2.3 Overwegingen veldafspraken	8
2.4 Verhouding met andere regels en afspraken	8
3 INHOUD VELDAFSPRAKEN	9
3.1 ALGEMEEN	9
3.1.1 Algemene bepalingen veldafspraken	9
3.1.2 Nakoming, doorontwikkeling en onderhoud	9
3.2 VERWIJSAFSPRAKEN	10
3.3 PRESTATIES EN SETTING	10
3.3.1 Zorgtrajectnummer	10
3.3.2 Zorglabels	11
3.3.3 Setting hoogspecialistisch	11
3.3.4 Inzet tolken	12
3.4 BEROEPEN	12
3.4.1 Beroepenlijst	12
3.4.2 Overgang Jeugdwet naar Zvw	13
3.5 ZORGVRAAGTYPERING	13
3.5.1 Uitgangspunten	13
3.5.2 Registreren van zorgvraagtype	13
3.5.3 Indeling zorgvraagtypering ggz	14
3.5.4 Vaststelling van typering: ggz	14
3.5.5 Hertypering in de ggz	14
3.5.6 Indeling zorgvraagtypering fz	15
3.5.7 Vaststellen van typering: fz	15
3.5.8 Hertypering in de fz	15
3.5.9 Doorontwikkeling en onderhoud	15

3.6	VERANTWOORDING EN CONTROLE	15
3.6.1	Uitgangspunten	15
3.6.2	Reikwijdte	16
3.6.3	Inrichting van interne processen	17
3.6.4	Correct registreren en declareren	17
3.6.5	Afspraken over onderhoud en doorontwikkeling	17
3.7	GEPAST GEBRUIK	18
3.7.1	Achtergrond	18
3.7.2	Definitie Gepast Gebruik	18
3.7.3	Uitgangspunten Gepast Gebruik	18
3.8	OVERGANGSAFSPRAKEN	20
3.8.1	Inrichting generalistische basis-ggz	20
3.8.2	Voorfinanciering wanneer niet gefactureerd kan worden	20
3.8.3	Toepassing transitieprestatie	20
3.8.4	Overgangsafspraken zorgvraagtypering	21
4	ONDERTEKENING VELDAFSPRAKEN	22
5	BIJLAGEN BIJ VELDAFSPRAKEN	23
A.	Verwijsafspraken ggz	23
B.	Notitie verwijstypen en zorglabels	23
C.	Factsheet zorgtrajectnummer	23
D.	Handreiking contractering setting Hoogspecialistische ggz	23
E.	Limitatieve lijst Hoogspecialistische ggz 2022	23
F.	Inhoudelijk kader inzet tolken anderstaligen GGZ	23
G.	Factsheet Beroepenlijst Zorgprestatie model: het proces	23
H.	Lijst overige beroepen	23
I.	Lijst met beroepen die declarabele consulten kunnen registreren	23
J.	Regeling overgang Jeugdwet naar Zvw bij bereiken 18 jaar	23
K.	Startnotitie doelen zorgvraagtypering	23
L.	Contouren alternatieve zorgvraagtypering voor de Forensisch Zorg	23
M.	Beschrijving zorgvraagtypen ggz	23
N.	HoNOS+, instructie voor het invullen	23
O.	Handleiding zorgvraagtypering ggz	23
P.	Implementatieplan zorgvraagtypering fz	23
Q.	Foutcorrectie in het declaratieverkeer	23
R.	Spelregels correct registreren en declareren	23
S.	V&C-lijst	23
T.	Factsheet Basis-ggz in het zorgprestatie model	23



1

INLEIDING

In april 2019 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en aan het ministerie van Justitie en Veiligheid (J&V) geadviseerd om voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de forensische zorg (fz) een nieuwe bekostiging in te voeren: het zorgprestatie­model. Het kabinet heeft dit breed gedragen advies overgenomen. Brancheorganisaties, zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten­vertegenwoordigers zijn vervolgens samen met de NZa aan de slag gegaan om het model verder uit te werken.

Het zorgprestatie­model geldt vanaf 2022 als bekostiging voor de ggz en fz. Het zorgprestatie­model bestaat uit door de NZa vastgestelde prestaties, tarieven en regelgeving en uit een aantal veldafspraken. Deze veldafspraken staan in dit document met bijlagen. Het zijn afspraken die partijen met elkaar hebben gemaakt om de bekostiging zo goed mogelijk te laten werken.

De partijen die de veldafspraken hebben getekend, vinden dat alle zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars zich eraan moeten houden. In veel gevallen is dat ook verplicht, bijvoorbeeld omdat de NZa in de regelgeving naar de veldafspraken verwijst of omdat het gaat om een veldnorm opgenomen in het register van het Zorginstituut Nederland. Veldafspraken zijn niet nieuw. Sinds 2017 geldt al de afspraak dat elke aanbieder van geneeskundige ggz een kwaliteitsstatuut moet hebben. En ook gelden sinds 2017 afspraken over verwijzing in de geestelijke gezondheidszorg. Nieuw is dat de veldafspraken een brede scope hebben. Ze gaan bijvoorbeeld over verantwoording en controle, over beroepen in ggz en fz en over zorgvraag­typering.

Deze veldafspraken hebben een eigen onderhoudscyclus. Partijen blijven met elkaar in gesprek over de inhoud ervan.



1.1 Definities

In deze veldafspraken gebruiken wij de volgende definities:

- a. Instelling: een instelling zoals bedoeld in sectie III van het Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz.
- b. Hoofdbehandelaar: zorgverlener in de forensische zorg, al dan niet in dienst van een rechtspersoon als bedoeld onder (ii) die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij die patiënt de diagnose stelt en onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling van die patiënt wordt doorlopen. Uitsluitend zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in het BIG-register en die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de systematiek van de DSM-5 kunnen als hoofdbehandelaar worden aangemerkt.
- c. Kwaliteitsstandaard: richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving die:
 - betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces;
 - vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen;
 - ingeschreven staat in het openbaar register bij Zorginstituut Nederland.
- d. Partijen: de betrokken organisaties die onder de veldafspraken hun handtekening zetten.
- e. Patiënt: betrokkene die zorg ontvangt.
- f. Regiebehandelaar: de persoon die voldoet aan de definitie van regiebehandelaar in het Model Kwaliteitsstatuut ggz respectievelijk Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz. Waar in deze overeenkomst de term regiebehandelaar wordt gebruikt, moet voor de fz 'hoofdbehandelaar' worden gelezen. Het kwaliteitsstatuut is niet van toepassing voor de hoofdbehandelaar in de fz.
- g. Spelregel: dwingende vertaling van een veldafpraak naar de praktijk.
- h. Vrijgevestigden: zorgaanbieders zoals bedoeld in sectie II van het Model Kwaliteitsstatuut ggz.
- i. Veldnorm: normen die invulling geven aan algemeen geformuleerde wettelijke normen. Veldnormen worden opgesteld door veldpartijen en kunnen worden ingediend als kwaliteitsstandaard bij het Zorginstituut Nederland.
- j. Verantwoording en controle lijst (V&C lijst): het door partijen opgestelde document dat risico's met betrekking tot onrechtmatig registeren en declareren opsomt en dat beschrijft hoe die via processen en/of systemen kunnen worden beheerst, waar nodig aangevuld met controle.
- k. Verantwoordingmethodiek: de manier waarop verantwoording en controle zijn ingericht en worden uitgevoerd, bijvoorbeeld: zelfonderzoek, materiele controle en horizontaal toezicht.



- l. Zorg:
 - Zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, de Wet forensische zorg en de Wet langdurige zorg;
 - Individuele gezondheidszorg als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor zover uitgevoerd, al dan niet onder eigen verantwoordelijkheid, door personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 van die wet of door personen als bedoeld in artikel 34 van die wet en voor zover die handelingen niet zijn begrepen onder 1.
- m. Zorgaanbieder:
 - de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent;
 - de natuurlijke persoon of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld onder de voorgaande bullet.
- n. Zorgverlener: natuurlijk persoon die beroepsmatig zorg verleent.
- o. Zorgverzekeraar: een verzekeraar voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert. Hieronder valt ook de Divisie Forensische zorg/Justitiële Jeugdinstellingen (ForZo/JJI) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), onderdeel van het ministerie van JenV. In de fz is ForZo/JJI verantwoordelijk voor het inkopen van fz.



2

OVER DEZE VELDAFSPRAKEN

2.1 Partijen die deelnemen aan deze veldafspraken

De Nederlandse ggz
Dienst Justitiële Inrichtingen
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten
MIND
Nederlandse Federatie van UMC's
Nederlands Instituut van Psychologen
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Zorgverzekeraars Nederland

Hierna genoemd: 'Partijen' of 'Wij'

2.2 Partijen die deze veldafspraken ondersteunen

De ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en van Justitie en Veiligheid (J&V) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ondersteunen deze veldafspraken. Dat betekent dat ze het belangrijk vinden dat de deelnemende partijen deze afspraken maken en dat ze het belangrijk vinden dat iedereen ze naleeft. Ze ondersteunen partijen waar dat kan bij het tot stand brengen van afspraken en uitvoering ervan, bijvoorbeeld door daarover te communiceren. VWS, J&V en NZa zijn echter geen partij in deze afspraken.



2.3 Overwegingen veldafspraken

- De veldafspraken die in dit document staan, zijn onderling overeengekomen en getekend door partijen genoemd onder 2.1.
- Partijen hebben een gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid voor een juiste besteding van de zorguitgaven en erkennen deze ook. Zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de partijen hebben daarin elk hun eigen wettelijke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.
- Bij de formulering van de veldafspraken hebben wij inzichten gebruikt die voortkomen uit het RVS-rapport 'Blijk van vertrouwen', Het onderdeel 'Advies passende zorg' van het rapport 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú' van de NZa en Zorginstituut Nederland, de implementatie van Horizontaal Toezicht Zorg en de eindrapportage van de Taskforce Gepast Gebruik.
- Het is ons gezamenlijk belang en streven om te voldoen aan de tien ontwerpcriteria van het Zorgprestatie-model.
- De naleving van de veldafspraken wordt op verschillende manieren bevorderd en geborgd. Als dat van toepassing is, staat dat bij het ontwerp.

2.4 Verhouding met andere regels en afspraken

Het is een feit dat door de veldafspraken bestaande wet- en regelgeving niet verandert en gewoon geldig blijft. Dit zijn bijvoorbeeld de Wet forensische zorg (Wfz), Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) of op die wetten gebaseerde regels en besluiten (zoals Besluit zorgverzekering en Regeling zorgverzekering, regelingen van de NZa), en de uitwerking daarvan in bijvoorbeeld het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, het Kwaliteitskader forensische zorg en de standpunten van het Zorginstituut. Regelgeving van de NZa verwijst naar onderdelen van deze veldafspraken. De verplichting tot naleving van deze veldafspraken volgt dan uit die regelgeving.

Wij gaan ervan uit dat deze veldafspraken passen binnen de bestaande wet- en regelgeving. Als ze toch zouden afwijken, dan gaan de wet- en regelgeving voor.

Overige bestaande (veld)afspraken en kwaliteitsstandaarden blijven onverminderd van kracht, dit zijn bijvoorbeeld: zorgstandaarden en generieke modules, de ZN-circulaire 'Therapieën GGZ' en de veldafspraken tussen ZN en de Nederlandse ggz over Horizontaal Toezicht Zorg (landelijk raamwerk). Het is ook een feit dat overeenkomsten die gesloten zijn niet veranderen. Bijvoorbeeld een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over zorglevering. Zij moeten dus zelf actie ondernemen om deze aan te passen en in lijn te brengen met de veldafspraken.



3

INHOUD VELDAFSPRAKEN

3.1 ALGEMEEN

3.1.1 Algemene bepalingen veldafspraken

- Partijen zorgen ervoor dat hun onderlinge private overeenkomsten in lijn zijn met deze veldafspraken.
- Partijen stimuleren een optimale inrichting van de ICT, zodat de uitvoering van de veldafspraken wordt ondersteund.
- Onbedoelde prikkels die voortvloeien uit het Zorgprestatiemodel pakken we samen aan. Wij houden daarbij rekening met ieders taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.
- Het staat partijen vrij om naast deze multilaterale generieke veldafspraken bilaterale specifieke veldafspraken te maken, mits deze niet strijdig zijn met de multilaterale generieke veldafspraken.

3.1.2 Nakoming, doorontwikkeling en onderhoud

- Partijen spannen zich in om de veldafspraken na te komen en bevorderen naleving. Dit betekent in ieder geval dat:
 - Partijen bevorderen dat hun leden deze veldafspraken naleven;
 - Zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de overeenkomsten verwijzen naar de naleving van deze veldafspraken en dat zij daarvan niet afwijken;
 - Partijen geen onderscheid maken tussen ongecontracteerde en gecontracteerde zorgaanbieders als het gaat om naleving van de veldafspraken.

- Iedere individuele zorgaanbieder, zorgverzekeraar of zorgverlener is zelf verantwoordelijk voor het nakomen van de veldafspraken.
- Partijen spreken minimaal één keer per jaar over de nakoming en doorontwikkeling van de veldafspraken.
- Partijen passen de veldafspraken in dit document aan indien daarvoor een aanleiding is en maximaal één keer per jaar, behalve als hierna in specifieke bepalingen een andere termijn of procedure staat. Bij aanpassing van de veldafspraken worden actuele inzichten, onderzoeken en rapporten betrokken.
- In 2022 vindt de aanpassing voor 2023 uiterlijk 1 juli 2022 plaats, de jaren daarna steeds uiterlijk 1 april jaar t-1 voor het jaar t.
- Concepten van aanpassingen in veldafspraken zullen een maand voor vaststelling worden gepubliceerd. Het is mogelijk om als belanghebbende een reactie te geven op concept veldafspraken. Reacties zullen zorgvuldig worden afgewogen in verdere besluitvorming.
- Partijen organiseren gezamenlijk publiciteit over de inhoud van deze afspraken, om draagvlak te vergroten en om naleving door niet-deelnemende partijen te stimuleren.
- Het is mogelijk om als nieuwe partij deel te nemen aan de veldafspraken, als de al deelnemende partijen daarvoor hun akkoord geven.

3.2 VERWIJSAFSPRAKEN

Partijen houden zich aan de verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg. Deze zijn opgenomen als bijlage A. VWS ziet deze afspraken als de juiste invulling van de wettelijke verplichting. Zorgverzekeraars verwijzen in hun polisvoorwaarden naar de verwijsafspraken. DJI doet dat in de addenda bij hun overeenkomsten voor forensische zorg. Zorgaanbieders gebruiken in het declaratieverkeer de verwijstypen die zijn opgenomen in de 'Notitie Verwijstypen en zorglabels' in bijlage B. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruiken de verwijstypen overeenkomstig de uitleg in de notitie.

3.3 PRESTATIES EN SETTING

3.3.1 Zorgtrajectnummer

De NZa schrijft het gebruik van een zorgtrajectnummer in het declaratieverkeer voor in de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg. De veldafspraken over de verdere uitwerking van het zorgtrajectnummer zijn opgenomen in de 'factsheet Zorgtrajectnummer' in bijlage C. De NZa vindt dat deze veldafspraken in lijn zijn met de verplichting in de nadere regel. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruiken het zorgtrajectnummer overeenkomstig de uitleg in de factsheet.



3.3.2 Zorglabels

De veldafspraken over het toepassen van verwijstypen en private zorglabels zijn opgenomen in de 'Notitie Verwijstypen en zorglabels' in bijlage B. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruiken de zorglabels overeenkomstig de uitleg in de notitie. De borging volgt uit het wederzijdse belang bij een juiste toepassing; declaraties zonder relevant label kunnen worden afgewezen.

3.3.3 Setting hoogspecialistisch

De setting 'hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)' kan alleen in rekening worden gebracht als zorgaanbieder en zorgverzekeraar dit in een contract hebben afgesproken. Bij het maken van deze afspraken houden zij zich aan de 'Handreiking contractering setting Hoogspecialistische ggz', zoals opgenomen in bijlage D.


De Nederlandse ggz, NFU, NVZ en ZN zullen bij de eerstvolgende aanpassing van de veldafspraken (uiterlijk 1 juli 2022) de inhoudelijke bepalingen uit de handreiking en de samenstelling van de limitatieve lijst evalueren. Aanpassingen kunnen dan worden verwerkt in de update van de veldafspraken die per 2023 van kracht worden.

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.

Op basis van een initiële beoordeling door de werkgroep 'Handreiking Hoogspecialistisch' zijn voor het jaar 2022 de volgende (afdelingen van) zorgaanbieders op de lijst geplaatst:

- Psychiatrische Universitaire Klinieken (PUK'en) als geheel;
- De Medisch Psychiatrische Units (MPU's) van Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ);
- Afdelingen van ggz-instellingen met het label TOPGGz (als onderdelen van zorgaanbieders).



De limitatieve lijst van zorgaanbieders die volgens partijen in 2022 aan de inhoudelijke criteria van de 'Handreiking contractering setting Hoogspeciale ggz' voldoen, is opgenomen in bijlage E.


3.3.4 Inzet tolken

De veldafspraken over de inzet van tolken voor anderstaligen zijn opgenomen in het 'Inhoudelijk kader inzet tolken anderstaligen GGZ' in bijlage F. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruiken de toeslag 'inzet tolk' overeenkomstig de veldafpraak. De NZa verwijst naar dit kader in haar regelgeving.

3.4 BEROEPEN

3.4.1 Beroepenlijst

- Volgens de afspraak in het Bestuurlijk akkoord ggz hebben partijen de inzet van specifieke beroepen in de curatieve ggz onderbouwd vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg. Het programma Zorgprestatiemodel heeft deze opdracht uitgevoerd voor de beroepen die niet vallen onder de zeven Big-beroepscategorieën van het zorgprestatiemodel. Het proces en de toetsingscriteria staan beschreven in de 'Factsheet Beroepenlijst Zorgprestatiemodel: het proces' (bijlage G). De beroepen waarvan de inzet onderbouwd kan worden, staan in de 'Lijst overige beroepen' (bijlage H).
- Partijen spreken af om een hardheidsclausule toe te passen voor:
 - de beroepen waarover geen overeenstemming bestaat en waarvoor geldt dat het niet opnemen in de lijst onevenredige gevolgen zou hebben voor de continuering van de feitelijke zorglevering
 - de beroepen waarvoor geldt dat ze naar verwachting van partijen op relatief korte termijn alsnog voor opname in aanmerking zal komen. Met toepassing van deze hardheidsclausule kunnen deze beroepen alsnog (tijdelijk) worden opgenomen op de 'lijst overige beroepen'.
- Opname via de hardheidsclausule geldt voor 3 jaar (2022 t/m 2024) en kan worden verlengd. De criteria voor het al dan niet verlengen van de hardheidsclausule zullen partijen als onderdeel van de update van de veldafspraken in 2022 vaststellen. Als dit onverhoopt niet lukt, zal de looptijd van de hardheidsclausule worden verlengd.
- Partijen verklaren de hardheidsclausule t/m 2024 van toepassing voor de beroepen WO-orthopedagoog, WO-psycholoog en Ervaringsdeskundige werker NLQF 5/NLQF6.
- Partijen betrekken de beroepenlijsten in de jaarlijkse evaluatie van de veldafspraken volgens artikel 3.1.2.
- Zorgaanbieders zorgen ervoor dat alleen beroepen die vermeld zijn op de 'Lijst met beroepen die declarabele consulten kunnen registreren' (bijlage I), declarabele consulten kunnen registreren. De financiële dekking voor de inzet van niet op deze lijst vermelde beroepen wordt geacht opgenomen te zijn in de (wel) declarabele zorgprestaties.
- Partijen spannen zich gezamenlijk in om deze veldafpraak uiterlijk 1 januari 2022 te hebben omgezet in een veldnorm die wordt ingediend bij het registratie van Zorginstituut Nederland.

- 
- De ervaringsdeskundige werker NLQF 6 mag binnen het zorgprestatie-model declarabele consulten registreren als 'overig beroep'. Dit geldt niet voor de ervaringsdeskundige werker NLQF 5. Voor die laatste dienen partijen een aanvraag in bij de NZa voor facultatieve prestaties voor behandelconsulten en groepsconsulten. Partijen adviseren gebruikers van deze facultatieve prestaties maximaal de tarieven voor 'behandelconsulten/groepsconsulten overige beroepen, ambulante sectie III multidisciplinair' te hanteren.

3.4.2 Overgang Jeugdwet naar Zvw

Voor patiënten die bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd overgaan van Jeugdwet naar Zorgverzekeringswet, passen partijen de 'Regeling overgang Jeugdwet naar Zvw bij bereiken 18 jaar' toe, opgenomen in bijlage J.

3.5 ZORGVRAAGTYPERING

3.5.1 Uitgangspunten

Partijen hebben de kenmerken en gebruiksdoelen van zorgvraagtypering voor de ggz vastgelegd in de 'Startnotitie doelen Zorgvraagtypering' (bijlage K). Deze blijven onverkort gelden.

Partijen hebben de hoofdlijnen van de zorgvraagtypering voor de fz uitgewerkt in de notitie 'Contouren alternatieve zorgvraagtypering voor de Forensisch Zorg, versie 1.4 (bijlage L). Deze notitie is de basis voor de ontwikkeling van zorgvraagtypering voor de fz.

3.5.2 Registreren van zorgvraagtype

In 2022 en 2023 is de registratie van het zorgvraagtype bedoeld om informatie verzamelen voor de validatie en doorontwikkeling van zorgvraagtypering. Vanaf 2024 gaat zorgvraagtypering ondersteunen bij afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over wat voor specifieke patiëntengroepen een reële vergoeding is, gegeven de voor die groep gepaste zorg. Zowel in de ggz als fz wordt ook de DSM-5 classificatie geregistreerd. Voor gespecialiseerde GGZ wordt voor de periode waarin wordt toegewerkt naar een stabiele zorgvraagtypering de diagnose hoofdgroep op de factuur vermeld. Voor de gb-ggz wordt het profiel (type product) op de factuur vermeld. In ieder geval na 2 jaar zal worden geëvalueerd of zorgvraagtypering voldoende is ontwikkeld. De verplichte vermelding van de DSM-5 diagnose en van het gb-ggz profiel vervalt op dat moment, tenzij uit de evaluatie blijkt dat vermelding nog steeds noodzakelijk is en ook voldoet aan de wettelijk vereisten rondom privacy.



3.5.3 Indeling zorgvraagtypering ggz

De zorgvraagtypering ggz bestaat uit zorgvraagtypen 1 t/m 21, ingedeeld in drie hoofdgroepen (X, Y, Z). De hoofdgroepen en de zorgvraagtypen zijn beschreven in het document 'Beschrijving zorgvraagtypen ggz' (bijlage M).

Partijen onderzoeken of het verbijzonderen van zorgvraagtypen met sub-zorgvraagtypen leidt tot verbetering van de klinische herkenbaarheid, verklaarde variantie en homogeniteit.

3.5.4 Vaststelling van typering: ggz

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de vastlegging van het juiste zorgvraagtype. Hij gaat daarbij uit van de omschrijvingen in het document 'Beschrijving Zorgvraagtypen ggz'.

De HoNOS+ is het verplichte methodisch hulpmiddel voor zorgvraagtypering in de ggz. Partijen hanteren de in het programma vastgestelde omschrijvingen in het document 'HoNOS+, instructie voor het invullen' (bijlage N).

Er zijn twee werkwijzen om het zorgvraagtype met de HoNOS+ te bepalen:

1. Invullen van de volledige HoNOS+ en de scores toetsen aan kleurschema's en omschrijvingen in het document 'Beschrijving Zorgvraagtypen'.
2. Invullen van een gedeeltelijke HoNOS+ (dynamische route), waarbij de ICT de relevante vragen aanwijst. Er moeten dan altijd voldoende vragen worden doorlopen om een 95% zekerheid te hebben dat de uitkomst hetzelfde is als bij het volledig doorlopen van de HoNOS+. In 5% van de (aselect gekozen) typeringsmomenten moet ook bij de keuze voor werkwijze 2 de volledige HoNOS+ worden ingevuld.

Voor zowel werkwijze 1 als 2 geldt dat de regiebehandelaar van het voorstel kan afwijken.

Partijen stelden samen een 'Handleiding zorgvraagtypering ggz' (bijlage O) op voor behandelaren en zullen deze onderhouden. Partijen houden zich aan de meest recente versie van de handleiding.

De borging hiervan is geregeld in de regeling Geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg van de NZa. Daarin staat dat de zorgvraagtypering conform de veldafpraak wordt gedaan, door de regiebehandelaar.

3.5.5 Hertypering in de ggz

Hertypering vindt plaats op logische (evaluatie)momenten in het behandelproces. Elk zorgvraagtype heeft een termijn die richtinggevend is voor het moment van hertyperen. Deze 'reviewtermijnen' staan in de 'Beschrijving Zorgvraagtypen ggz'. Op het eerste contactmoment na 1 jaar waarin niet is ge-hertypeerd, zal altijd moeten worden getypeerd.



3.5.6 Indeling zorgvraagtypering fz

Voor elke forensische patiënt bepaalt de hoofdbehandelaar met bestaande risicotaxatie instrumenten het recidive risico (niveau 1 t/m 5 volgens de gestandaardiseerde risk levels, Hanson et al., 2017). De ernst van het delict kan ervoor zorgen dat een patiënt maximaal met 1 niveau opschuift, omhoog of omlaag. Exceptionele problemen met betrekking tot de responsiviteit kan leiden tot 1 categorie hoger. Dit leidt tot een score in de range 0 t/m 7.

3.5.7 Vaststellen van typering: fz

In het 'Implementatieplan zorgvraagtypering fz' (bijlage P) is vastgelegd hoe zorgvraagtypering in de forensische zorg door partijen wordt toegepast.

3.5.8 Hertypering in de fz

Hertypering in de forensische zorg vindt plaats als er opnieuw een risicotaxatie moet worden afgenomen. Afhankelijk van het gehanteerde instrument is dit minimaal eens per 365 dagen.

3.5.9 Doorontwikkeling en onderhoud

In de komende jaren zullen de partijen werken aan de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering in de ggz en fz.

Partijen onderzoeken in de doorontwikkeling in ieder geval hoe meer gebruik gemaakt kan worden van informatie die al wordt vastgelegd, bijvoorbeeld in andere gestandaardiseerde vragenlijst of in ZIB's. Ook wordt onderzocht hoe specifieke patiëntgroepen een plaats kunnen krijgen in het model, zoals patiënten met somatische comorbiditeit, verslavingen, LVB of SOLK. Deze en andere onderwerpen agenderen partijen in de doorontwikkelagenda.

Partijen nemen de handleiding zorgvraagtypering ggz, de HoNOS+, zorgvraagtypen ggz en het implementatieplan zorgvraagtypering fz mee in het jaarlijkse onderhoud van de veldafspraken volgens artikel 3.1.2.

3.6 VERANTWOORDING EN CONTROLE

3.6.1 Uitgangspunten

- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben een gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de juiste besteding juiste zorguitgaven. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben daarin elk hun eigen wettelijke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.



- Partijen zijn het, in navolging van het advies 'Blijk van vertrouwen – anders verantwoord voor goede zorg' van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, erover eens dat verantwoording de voorkeur heeft boven controle. Het initiatief en de verantwoordelijkheid voor verantwoording ligt bij de zorgaanbieder die verantwoording aflegt en niet bij degene die verantwoording vraagt. Dit kan alleen vanaf een toereikend transparantieniveau bij de zorgaanbieder. Bij onvoldoende transparantie kan de zorgverzekeraar extra informatie opvragen, rekening houdend met de verantwoordingsmethodiek die zorgverzekeraar en zorgaanbieder toepassen.
- Partijen streven naar proces- en systeemgerichte beheersing aan de voorkant van het zorgproces en naar het voorkomen van controles achteraf.
- Partijen zoeken naar efficiency in de verantwoordingsketen en streven ernaar dat de verantwoording voor meerdere doeleinden (bijvoorbeeld jaarrekening) kan worden ingezet. We automatiseren regels en de veldafspraken over verantwoording en controle waar het kan.
- Partijen professionaliseren de verantwoordingsketen en stimuleren zorgaanbieders waar nodig om hun verantwoordelijkheid voor een goede bedrijfsvoering te nemen en om registraties 'first-time-right' te laten plaatsvinden. Partijen zien de invoering van Horizontaal Toezicht bij zorginstellingen als een passende werkwijze hiervoor.
- Zorgaanbieders werken aan efficiëntere en effectievere administratieve processen die borgen dat facturen in één keer goed zijn. Partijen zorgen voor een efficiënt correctieproces en zorgen voor een tijdige afwikkeling van correcties volgens de notitie 'Foutcorrectie in het declaratieverkeer' (bijlage Q).
- De V&C-lijst is een hulpmiddel voor het inrichten van processen en systemen. De lijst is een van de middelen die partijen kunnen inzetten in hun streven naar 'First Time Right' en naar het zoveel mogelijk voorkomen van correcties achteraf.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars houden zich aan de afspraken in deze paragraaf. De andere partijen bevorderen de naleving.

3.6.2 Reikwijdte

De afspraken in deze paragraaf gaan over correct registreren en declareren van zorg, over hoe zorgaanbieder zich hierover kunnen verantwoorden en over de manier waarop zorgverzekeraars en DJI hier uitvoering aan geven in hun controleplannen. Ze gaan niet over de inhoud en naleving van afspraken in het concurrentiele deel van overeenkomsten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder en ook niet over afhandeling van (verzekerden)signalen en fraude(onderzoek).



3.6.3 Inrichting van interne processen

- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars spannen zich zo veel als mogelijk in om hun interne processen of (voor zover van toepassing) hun praktijkvoering conform veldafspraken verantwoording en controle in te richten.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zorgen voor een optimale inrichting van de ICT, zodat die de uitvoering van deze afspraken zo goed als mogelijk ondersteunt.
- Zorgaanbieders dragen zorg voor transparante processen en kunnen laten zien hoe registraties, declaraties uitgevoerd zijn.
- Zorgverzekeraars zorgen voor een transparant betalings- en correctieproces.

3.6.4 Correct registreren en declareren

- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars houden zich aan de 'Spelregels correct registreren en declareren' in bijlage R:
 - De spelregel minimale betrokkenheid regiebehandelaar is een operationalisering van het Landelijk Kwaliteitsstatuut als het gaat om correct registreren en declareren;
 - De spelregel Diagnostiek voorafgaand aan onverzekerde zorg is een operationalisering van de aanspraak op verzekerde zorg als het gaat om niet verzekerde diagnostiek;
 - Spelregels Planning = realisatie, Groepsconsulten en Reistijd zijn een operationalisering van afspraken over de registratie waarnaar wordt verwezen in de regelgeving van de NZa.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruiken de beschrijvingen in de V&C-lijst (bijlage S) over correct registreren en declareren als hulpmiddel om systemen en registratie- en declaratieprocessen in te richten en risico's op onjuiste registraties en declaraties te voorkomen.
- Zorgaanbieders spannen zich in om gebruik te maken van EPD's die ondersteuning bieden bij:
 - het inrichten van registratie- en declaratieprocessen conform regelgeving en gemaakte veldafspraken, en;
 - het aantonen van de in het EPD ingebouwde beheersmaatregelen.Partijen onderzoeken de mogelijkheid om EPD's hiervoor te certificeren.

3.6.5 Afspraken over onderhoud en doorontwikkeling

- Partijen spreken minimaal twee keer per jaar over de implementatie van de veldafspraken over verantwoording en controle.
- Partijen nemen de spelregels correct registreren en declareren en de V&C-lijst mee in het jaarlijkse onderhoud van de veldafspraken volgens artikel 3.1.2.
- Nieuwe spelregels over correct registreren en declareren en omschrijvingen in de V&C-lijst leggen partijen zoveel mogelijk vast in 'goed of fout' bepalingen.
- Partijen hebben hierbij nadrukkelijk oog voor het beperken van administratieve lasten.



3.7 GEPAST GEBRUIK

3.7.1 Achtergrond

Eén van de ontwerpcriteria van het zorgprestatie-model is dat het gepast gebruik moet bevorderen. Om binnen het zorgprestatie-model een verdere invulling te geven aan Gepast Gebruik is door het programma Zorgprestatie-model een werkgroep Gepast Gebruik ingesteld. De hiernavolgende definitie en uitgangspunten zijn het startpunt van de inhoudelijke gesprekken die we op landelijk niveau over dit onderwerp gaan voeren in de periode tot aan de eerstvolgende update van de veldafspraken. Eerder heeft de taskforce Gepast Gebruik een inhoudelijk advies opgesteld over de mogelijkheden om als gecontracteerde zorginstelling procesgericht te verantwoorden over Gepast Gebruik. De in deze veldafpraak geformuleerde definitie en uitgangspunten zijn in lijn met dit door het bestuurlijk overleg hoofdlijnenakkoord ggz vastgestelde advies.


3.7.2 Definitie Gepast Gebruik

In de nog te voeren gesprekken gaan we voor de geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg uit van de volgende definitie van Gepast Gebruik. Onder gepast gebruik verstaan we dat de zorg die wordt geleverd voldoende bewezen effectief zijn en dat alleen zorg wordt geleverd aan patiënten die deze zorg ook echt nodig hebben. Met bewezen effectief bedoelen we dat de zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Met 'echt nodig hebben' bedoelen we dat de patiënt redelijkerwijs is aangewezen op de zorg gezien zijn gezondheidssituatie (medische noodzaak) en, voor forensische zorg, gezien het voorkomen van recidive.

3.7.3 Uitgangspunten Gepast Gebruik

In de nog te voeren inhoudelijke gesprekken zijn de volgende uitgangspunten het startpunt. Bij het maken van inhoudelijke afspraken kunnen uitgangspunten worden herzien.

1. Zorgaanbieders en zorgverleners zorgen samen voor een continue cyclus van reflecteren en leren over Gepast Gebruik, ze stimuleren de dialoog hierover en borgen dit in het (zorg)proces en/of de praktijkvoering.
2. Zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars kunnen onderwerpen aandragen voor het gesprek (landelijk of lokaal) over Gepast Gebruik, bijvoorbeeld naar aanleiding van (benchmark) analyses, landelijk uitgewerkte casussen of eigen inzichten. Deze onderwerpen kunnen bijdragen aan het reflecterend en lerend vermogen en kunnen als basis dienen voor te maken afspraken.

- 
3. Zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars maken op basis van gelijkwaardigheid afspraken over Gepast Gebruik op groepsniveau (niet op het niveau van individuele patiënten) met als doel Gepast Gebruik te bevorderen. Onder het bevorderen van Gepast Gebruik, wordt zowel het voorkomen van overbehandeling als het voorkomen van onderbehandeling verstaan. Deze afspraken richten zich op het continue verbeteren naar de toekomst en niet het corrigeren van het verleden. Vooraf worden afspraken gemaakt over de eventuele consequenties van het niet halen van verbeterafspraken.
 4. De onderbouwing van wat op groepsniveau Gepast Gebruik is en of zorg bij groepen patiënten effectief en medisch noodzakelijk is, is voorbehouden aan beroepsgroepen en moet uitlegbaar en transparant zijn.
 5. Bij afwegingen over Gepast Gebruik op individueel niveau wordt door de behandelaar waar mogelijk de patiënt en diens naasten betrokken (samen beslissen).
 6. Bij het maken van afspraken over Gepast Gebruik kunnen de informatie-elementen van het zorgprestatie-model worden ingezet, zoals zorgvraagtypering, beveiligingsniveaus, settings, beroepen, type consulten (diagnostiek, behandeling, groep), duur behandeling (in tijd), aantal consulten en verblijf.
 7. Gepast Gebruik gaat ook over het voldoen aan wet- en regelgeving (rechtmatigheid) en daarmee is Gepast Gebruik een niet-concurrentieel onderwerp.

De werkgroep Gepast Gebruik van het programma Zorgprestatie-model werkt verder aan de volgende opdracht:

- Doe een voorstel voor hoe het zorgprestatie-model en zorgvraagtypering worden ingezet om gepast gebruik van zorg inzichtelijk te maken en praktisch toepasbaar. Betrek hierbij ook de startnotitie zorgvraagtypering.
- Doe een voorstel voor hoe we het goede gesprek over gepast gebruik van zorg organiseren en faciliteren, zowel op landelijk niveau, als tussen individuele zorgaanbieder en zorgverzekeraar, als op het niveau van de zorgaanbieder.
- Formuleer de veldafspraken die moeten worden gemaakt om uitvoering te geven aan de twee bovengenoemde bullets. Ga na hoe daarin gedifferentieerd moet worden (bijvoorbeeld op basis van setting).
- Werk een aantal voorbeelden uit van inhoudelijke afspraken, waaronder in ieder geval een voorstel voor afspraken over gepast gebruik van generalistische basis-ggz dat in 2022 toepasbaar kan zijn voor de setting ambulante kwaliteitsstatuut sectie II.

De uitkomst van dit vervolg zal worden verwerkt in een volgende versie van de veldafspraken.



3.8 OVERGANGSAFSPRAKEN

3.8.1 Inrichting generalistische basis-ggz

Het echelon generalistische basis-ggz blijft zichtbaar via het door de NZa in de nadere regel verplichte informatie-element 'basis-ggz profiel', dat gekoppeld wordt aan de betreffende zorgprestaties. Partijen hadden al afgesproken dat dit zo blijft tot het moment dat de verbeterde zorgvraagtypering is gerealiseerd. Partijen gaan ervan uit dat per 2024 het zorgvraagtype een passende vervanging zal zijn van het informatie-element. De inhoudelijke afspraken over het zichtbaar houden van de generalistische basis-ggz staan in de 'factsheet Basis-ggz in het zorgprestatie-model' in bijlage T.


3.8.2 Voorfinanciering wanneer niet gefactureerd kan worden

Partijen spreken de intentie uit dat zorgaanbieders niet door de invoering van het zorgprestatie-model in een nadelige financiële positie komen. Partijen bespreken op de landelijke tafel de voortgang van de implementatie van het zorgprestatie-model, inclusief het tijdig gereed hebben van de EPD's. Wanneer er sprake is van collectieve problemen bij de implementatie (bijvoorbeeld één EPD die meerdere aanbieders bedient is veel later gereed of ICT problemen bij een of meerder zorgverzekeraars), waardoor groepen van zorgaanbieders lange tijd niet kunnen declareren en daardoor in de financiële problemen geraken, zullen deze problemen op de programmatafel worden besproken en wordt gekeken naar een oplossing. Partijen dragen zorg voor een terugkoppeling van deze bespreking richting de groep aanbieders om wie dit gaat.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders houden elkaar op de hoogte van de voortgang van de implementatie. Wanneer vanwege de invoering van het zorgprestatie-model declaraties van een individuele zorgaanbieder lange tijd niet via de gebruikelijke route kunnen worden ingediend, kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders lokaal afspraken maken over financiering van reeds geleverde zorg.

3.8.3 Toepassing transitieprestatie

Volgens de beleidsregel van de NZa kunnen een zorgverzekeraar en zorgaanbieder samen schriftelijk het gebruik van een transitieprestatie overeenkomen om bedoelde/gewenste effecten of onvoorziene, en door hen gezamenlijk als ongewenst benoemde, effecten van de overgang naar het zorgprestatie-model op te vangen als die niet redelijkerwijs binnen de maximum tarieven kunnen worden opgevangen. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen dit ook doen als dit effect komt door een tekortkoming in het zorgprestatie-model. Van een tekortkoming is sprake als een onderwerp dat zorgverzekeraar en zorgaanbieder daarvoor (gezamenlijk) aandragen bij het programma zorgprestatie-model, door het programma op de landelijke doorontwikkelagenda worden opgenomen.



In de transitie naar het zorgprestatie­model is ook aandacht voor vrijgeves­­tigde praktijken en kleine zorginstellingen. De contractering vindt digitaal plaats, zorgverzekeraars voeren doorgaans geen individueel gesprek met deze zorgaanbieders. In het eerste kwartaal van 2022 bespreken we in het programma zorgprestatie­model eventuele onvoorziene gevolgen, bijvoor­­beeld wanneer er sprake is van ongewenste verschuivingen in patiënten­­stromen, onevenredige impact voor specifieke groepen zorgverleners en/of zorginstellingen of continuïteitsproblemen in de zorgverlening.

3.8.4 Overgangsafspraken zorgvraagtypering

Patiënten die in 2022 in de ggz in behandeling komen, worden bij de start van de behandeling door de regiebehandelaar getypeerd. Bij alle behandel­­consulten van deze nieuwe patiënten wordt het zorgvraagtype vermeld op de factuur.

Patiënten die al in behandeling zijn op 1 januari 2022 (deze zijn herkenbaar aan het zorglabel 'overgang uit oude bekostiging'), worden in de loop van dat jaar door de regiebehandelaar getypeerd. De behandelconsulten van deze patiënten worden vanaf het eerste logische moment in het behandel­­proces, maar uiterlijk 1 januari 2023 voorzien zijn van een zorgvraagtype. Dit eerste logische moment is doorgaans het moment waarop de (voortgang van de) behandeling wordt geëvalueerd.

Voor bestaande cliënten in de forensische zorg spreken partijen af dat de vastlegging van het zorgvraagtype zal plaatsvinden vanaf het eerstvolgende moment dat er weer een risicotaxatie moet worden afgenomen. Afhankelijk van het gehanteerde instrument is dit maximaal 365 dagen later. Dit bete­­kent dat voor alle bestaande fz cliënten voor 1 januari 2023 een zorgvraag­­type is geregistreerd.

4

ONDERTEKENING VELDAFSPRAKEN

Deze veldafspraken gaan in op 1 januari 2022 en blijven gelden totdat partijen anders overeenkomen.

De Nederlandse ggz

Dienst Justitiële Inrichtingen

Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde
Psychologen & psychotherapeuten

MIND

Nederlandse Federatie van UMC's

Nederlands Instituut van
Psychologen

Nederlandse Vereniging
van Ziekenhuizen

Nederlandse Vereniging
voor Psychiatrie

Vereniging Gehandicaptenzorg
Nederland

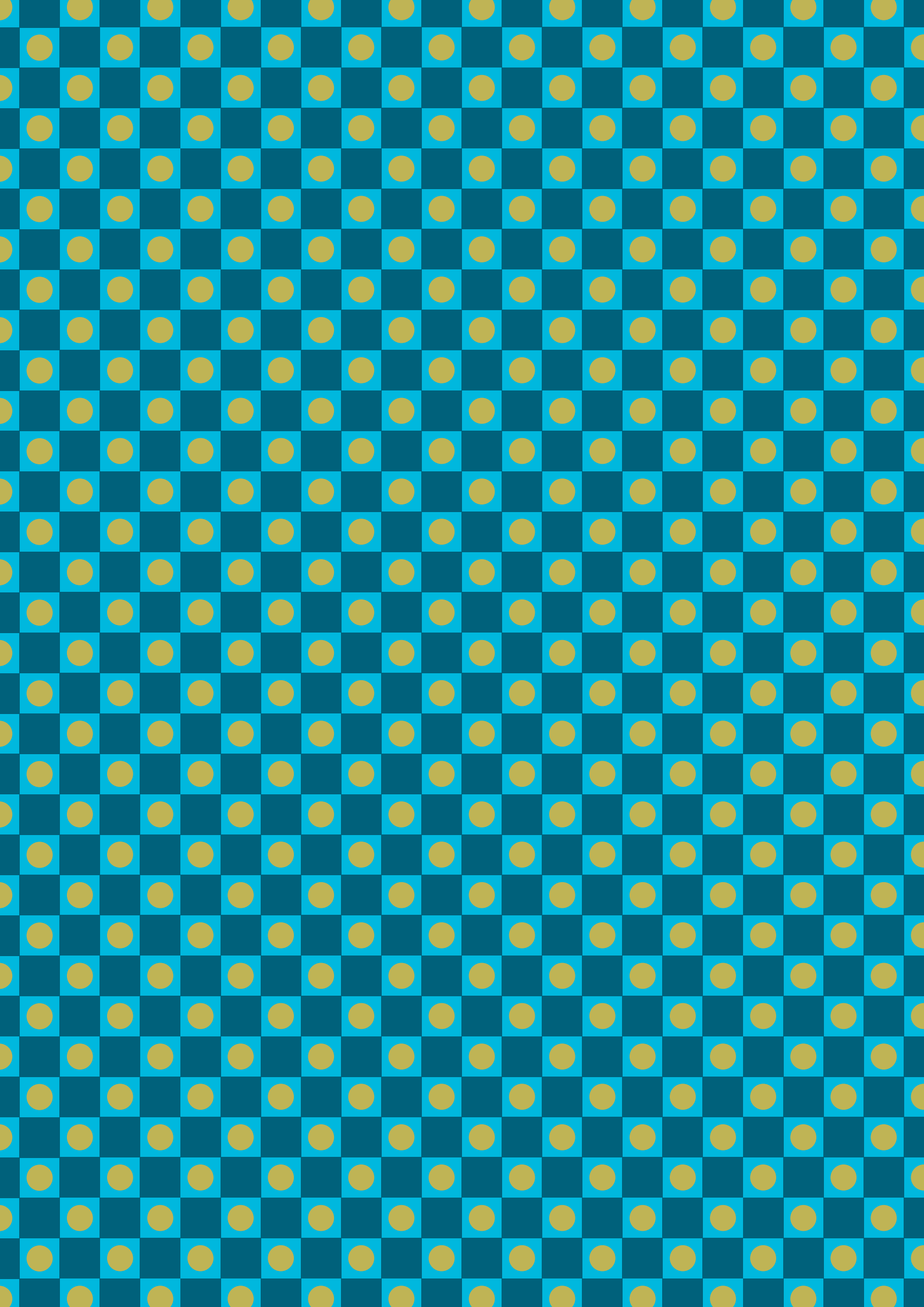
Verpleegkundigen &
Verzorgenden Nederland

Zorgverzekeraars Nederland

5

BIJLAGEN BIJ VELDAFSPRAKEN

- A. Verwijsafspraken ggz
- B. Notitie verwijstypen en zorglabels
- C. Factsheet zorgtrajectnummer
- D. Handreiking contractering setting Hoogspecialistische ggz
- E. Limitatieve lijst Hoogspecialistische ggz 2022
- F. Inhoudelijk kader inzet tolken anderstaligen GGZ
- G. Factsheet Beroepenlijst Zorgprestatiemodel: het proces
- H. Lijst overige beroepen
- I. Lijst met beroepen die declarabele consulten kunnen registreren
- J. Regeling overgang Jeugdwet naar Zvw bij bereiken 18 jaar
- K. Startnotitie doelen zorgvraagtypering
- L. Contouren alternatieve zorgvraagtypering voor de Forensisch Zorg
- M. Beschrijving zorgvraagtypen ggz
- N. HoNOS+, instructie voor het invullen
- O. Handleiding zorgvraagtypering ggz
- P. Implementatieplan zorgvraagtypering fz
- Q. Foutcorrectie in het declaratieverkeer
- R. Spelregels correct registreren en declareren
- S. V&C-lijst
- T. Factsheet Basis-ggz in het zorgprestatiemodel





www.zorgprestatie.nl



**ZORG
PRESTATIE**
MODEL GGZ & FZ