

Aan: Nederlandse Zorgautoriteit
Van: Programmateam/bestuurlijke commissie Zorgprestatiemodel
Datum: 4 november 2020
Status: Definitief

In deze notitie zijn de besluiten opgesomd van de bestuurlijke commissie zorgprestatiemodel van 4 november 2020. Deze besluiten vormen het advies van het programma aan de NZa over de in te voeren zorgvraagtypering voor de ggz en fz per 2022.

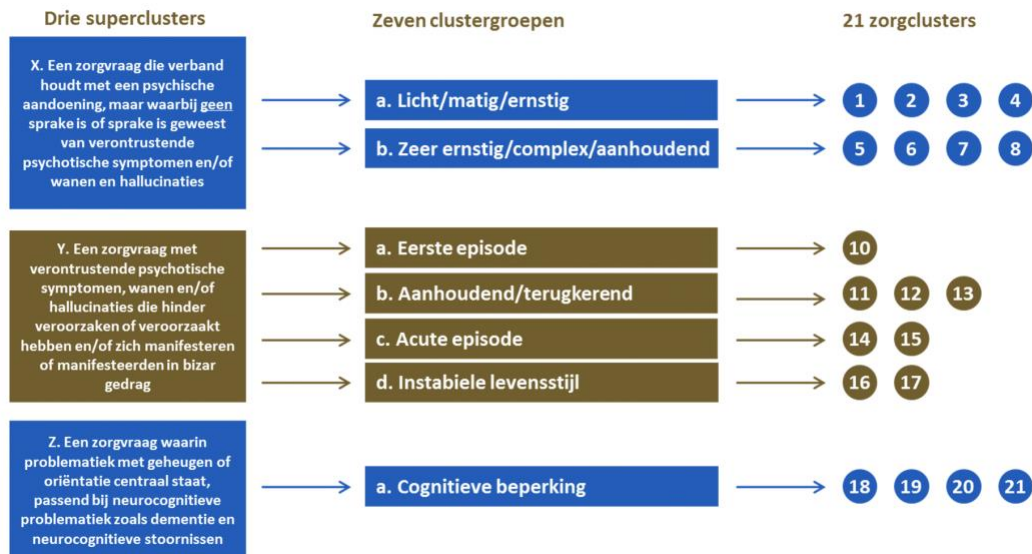
1. Algemeen

1. Er komt een model voor Zorgvraagtypering met daarin een GGZ- en een FZ-domein. Zorg uit de setting forensische zorg (ambulant en klinisch) wordt getypeerd met zorgvraagtypering FZ (C). Alle andere settings met zorgvraagtypering GGZ (de combinatie van A en B).
2. Het zorgvraagtype wordt verplicht op de factuur vermeld bij zorgprestaties (uitgezonderd: diagnostiekconsulten), mits de AP hiertegen geen onoverkomelijke belemmeringen opwerpt. Het verplicht vastleggen en aanleveren van de Zorgvraagzwaarte-indicator (Zvzi) vervalt.
3. Zowel in de GGZ als de FZ wordt ook de DSM-5 diagnose geregistreerd. Voor specialistische 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 traject) op de factuur vermeld. In ieder geval na 2 jaar zal worden geëvalueerd of zorgvraagtypering voldoende is ontwikkeld. De verplichte vermelding vervalt op dat moment tenzij uit de evaluatie blijkt dat vermelding hiervan nog steeds noodzakelijk is en voldoet aan de wettelijk vereisten rondom privacy.
4. Een groep behandelaars zal (o.l.v. SiRM) beoordelen of het vaststellen van een zorgvraagtype via een gedeeltelijke HoNOS+ tot lastenverlichting leidt.

2. GGZ

2.1 Indeling zorgvraagtypering GGZ

5. De 21 hoofdclusters uit het Zorgclustermodel vormen de basis van de zorgvraagtypering GGZ.



Cluster 0 (niet te clusteren zorgvraag) vervalt. Dit cluster werd vaak ingezet bij crisis of in de diagnosefase, als de zorgvraag nog niet duidelijk was. In de nieuwe situatie hoeft in die situaties niet te worden getypeerd. Het vervallen van cluster 0 leidt er meteen toe dat altijd een inhoudelijke keuze moet worden gemaakt.

6. In meerdere hoofdclusters zullen, op voorstel van SiRM, subclusters worden aangebracht. Deze voorstellen worden nog doorgerekend. Indien deze leiden tot verbetering van de klinische herkenbaarheid, verklaarde variantie en homogeniteit worden aan de bestuurlijke commissie deze voorgelegd voor besluitvorming.
7. De officiële omschrijvingen van de zorgclusters laten we zoals ze zijn. Dit zijn gevalideerde omschrijvingen. Waar nodig kunnen we een toelichting geven bij de clusters in de nog op te stellen handleiding.

2.2 Hoe de typering wordt vastgesteld

8. De voorgestelde typering wordt afgeleid uit beantwoording van de HoNOS+ vragenlijst. In 2022 geldt de Engelse database als basis voor het vertalen van de uitkomst van de HoNOS+ naar een zorgvraagtype (cluster). Dit 'typering-voorstel algoritme' noemen we hierna: het algoritme. Uit de te verzamelen data wordt stapsgewijs een Nederlandse dataset opgebouwd.
9. De HoNOS+ vragenlijst is het verplichte methodisch hulpmiddel voor zorgvraagtypering. Er zijn twee manieren om dit hulpmiddel te gebruiken:
 1. Invullen van de volledige HoNOS+.

2. Invullen van een gedeeltelijke HoNOS+, waarbij de ICT de relevante vragen aanwijst. Er moeten dan altijd voldoende vragen worden doorlopen om een (nader te bepalen) percentage zekerheid te hebben dat de uitkomst hetzelfde is als bij het volledig doorlopen van de HoNOS+. In een vooraf te bepalen aantal aselekt gekozen gevallen moet ook bij de keuze voor 2 toch de volledige HoNOS+ worden doorlopen. Zo kan de ICT herijken wat relevante vragen zijn.
10. De vragen die aanvullend op de Honos+ lijst waren opgesteld tijdens de pilot (t.a.v. BOPZ, recente behandeling door medisch specialist en verstandelijk beperking) kunnen vervallen. De informatie kan automatisch uit het dossier worden gehaald of worden uitgevraagd als dat nodig is.
11. Een regiebehandelaar moet de zorgvraag typeren. Hij kan afwijken van het voorgesteld cluster. Het voorgestelde cluster en de reden van afwijking worden vastgelegd, zodat deze voor de doorontwikkeling van het model kunnen worden gebruikt. Deze informatie wordt echter niet standaard naar de zorgverzekeraar gestuurd.

2.3 Evaluatiemomenten

12. Er worden geen op- en afschaalclusters toegevoegd. Bij evaluaties/hertyperingen zal de bestaande indeling gevolgd worden. Dat betekent dat een indeling in een bepaald cluster na evaluatie/hertypering gevolgd kan worden door een indeling in hetzelfde, een lager of een hoger cluster. Opeenvolgende typeringen willen we wel van elkaar kunnen onderscheiden/aan elkaar kunnen relateren. Waarschijnlijk kan dit via het zorgtrajectnummer (een uniek nummer per zorgvraag per aanbieder). Dit wordt nog uitgezocht.
13. De evaluatiemomenten vloeien voort uit het behandelplan. Per cluster worden richtinggevende termijnen vastgesteld, gebaseerd op de termijnen in de pilot. Er komt ook een maximale termijn. Op het eerste contactmoment na 1 jaar waarin niet is getypeerd, zal altijd moeten worden getypeerd.

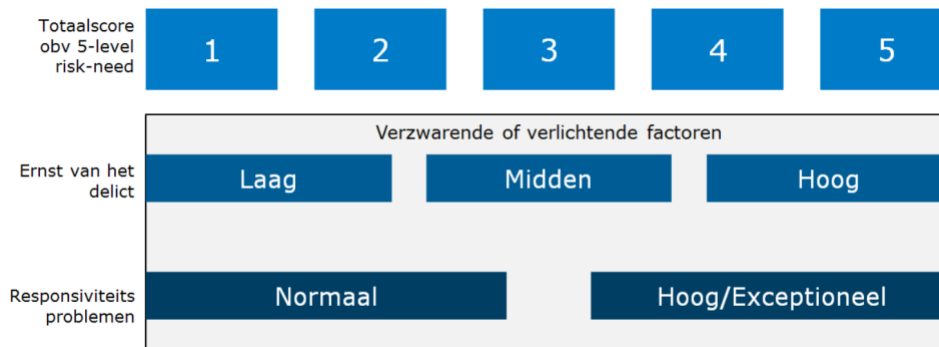
2.4 Ondersteuning en doorontwikkeling

14. In de komende jaren zullen de partijen van het programma Zorgprestatiemodel gezamenlijk werken aan de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering GGZ. Daarbij geldt als uitgangspunt dat zoveel mogelijk gebruik gemaakt zal worden van informatie die al wordt vastgelegd, bijvoorbeeld in ZIB's. Daarbij zal ook worden gekeken naar specifieke patiëntgroepen, zoals: somatische comorbiditeit, verslavingszorg, LVB.
15. Het gebruik door de zorgprofessional zal zoveel mogelijk worden ondersteund. Er zal een Handleiding Zorgvraagtypering worden opgesteld en een tabellenboek (met o.a. de omschrijving van de zorgclusters). Ook zal aan de opleidingen gevraagd worden hier aandacht aan te besteden.

16. Optioneel worden kleurkaarten aangeboden die kunnen helpen bij het vormen van een klinisch oordeel over de juiste zorgvraagtypering (deze werken alleen als HoNOS+ volledig wordt ingevuld).

3. Forensische Zorg

17. De zorgvraagtypering FZ zal worden uitgewerkt langs de hooflijnen van het model in de notitie 'Contouren alternatieve zorgvraagtypering voor de Forensisch Zorg, versie 1.4.' De zorgvraag van een forensische patiënt wordt getypeerd aan de hand van drie uitgangspunten:
1. Het recidiverisico is leidend voor de bepaling van de zorgvraag
 2. Het model houdt rekening met het gepleegde delict en impact op de maatschappij en de veiligheid
 3. Het model houdt rekening met de verwachte responsiviteit op behandeling
18. Elke forensische patiënt krijgt een risiconiveau tussen de 1 en 5 volgens de gestandaardiseerde risk levels (Hanson et al., 2017).



De score wordt bepaald aan de hand van risicotaxatie instrumenten en dus niet de HoNOS+. De reden hiervoor is dat de HoNOS te weinig richting geeft aan de behandeling en onvoldoende sensitief is voor bepaling van de intensiteit van de FZ. 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 (dus een moeilijk behandelbare patiënt) kan ook leiden tot 1 categorie hoger.

19. In 2020 moet een gebruiksklare versie worden opgeleverd door DJI, dat wil zeggen een model waar in het recidiverisico en ernst van het gepleegde delict zijn verwerkt. Dit model zal per 2022 van toepassing zijn. Naar het invoegen van het element responsiviteitsprobleem wordt onderzoek gedaan.