

Startnotitie doelen Zorgvraagtypering

Datum: 22 januari 2020

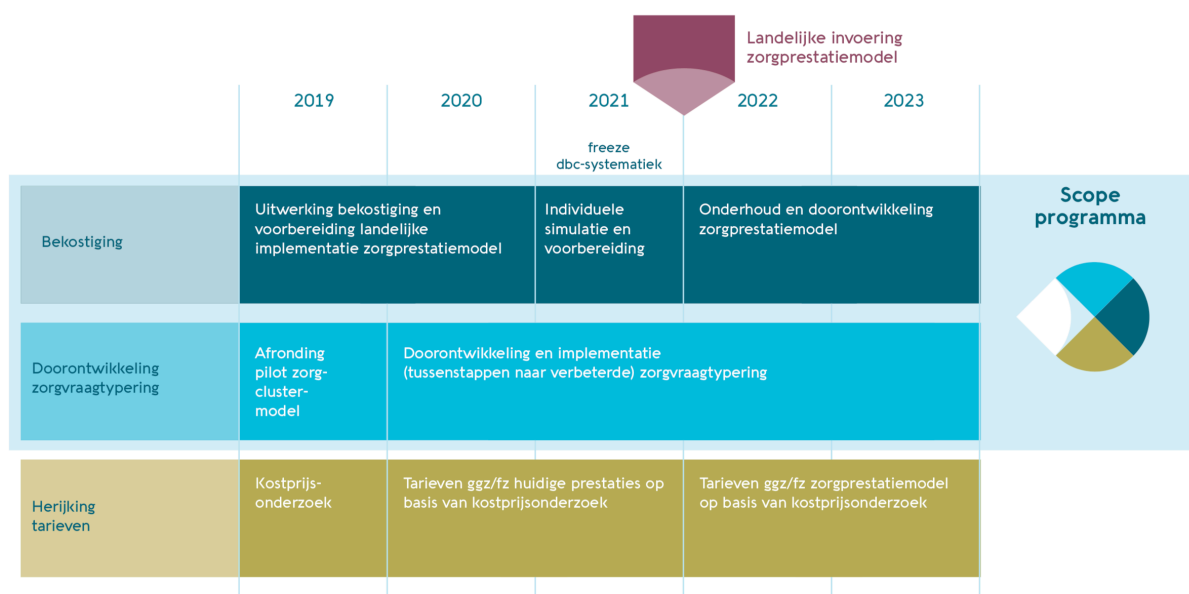
Status: Vastgesteld door de Bestuurlijke commissie zorgprestatie model

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 open 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 zorgprestatie model), 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 zorgzwaarte 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 somatisch 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.