

Advies zorgvraagtypering ggz, deel 1

Aan: NZa
Van: Adviescommissie zorgvraagtypering ggz
Datum: 29 juni 2023
Status: Definitief

1. Vooraf

1.1 Inleiding

In het zorgprestatie­model wordt voor de geneeskundige ggz de zorgvraag van patiënten in kaart gebracht met zorgvraagtypering ggz. Deze heet hierna kortweg zorgvraagtypering. Onder het zorgprestatie­model valt ook forensische zorg. Daarvoor wordt een zorgvraagtypering fz ontwikkeld. Deze valt buiten de scope van dit advies, dat alleen de zorgvraagtypering ggz betreft.

Zorgvraagtypering helpt een verband te leggen tussen zorgvraag en inzet van zorg. Zo kunnen zorgaanbieders onderling, met de patiënt, maar ook met bijvoorbeeld zorgverzekeraars in gesprek over wat er nodig is om (bepaalde groepen) patiënten goed te helpen en om dit financieel mogelijk te maken. Zorgvraagtypering kan zo eerlijke vergoedingen stimuleren voor zorg die zo goed mogelijk aansluit bij de zorgvraag van de patiënt. Zorgvraagtypering vergroot de ‘klinische herkenbaarheid’ van de zorgbehoefte.

1.2 Opdracht

Op 17 maart heeft de NZa opdracht gegeven voor het instellen van een Adviescommissie die de NZa adviseert over de doorontwikkeling van zorgvraagtypering in de ggz. De NZa heeft in haar brief de opdracht als volgt verwoord:

De opdracht aan de Adviescommissie is in te delen in verschillende onderdelen. Allereerst wordt de Adviescommissie gevraagd te verkennen en te inventariseren welke onderwerpen opgepakt moeten worden als doorontwikkelpunten van zorgvraagtypering in de ggz. Ten tweede zal de Adviescommissie werkgroepen met inhoudelijk specialisten instellen voor de doorontwikkelpunten. De Adviescommissie geeft elke werkgroep een duidelijke en specifieke opdracht mee en werft de specialisten die plaats zullen nemen. Als laatste zal de Adviescommissie de overwegingen van de werkgroepen in ontvangst nemen en hieruit een inhoudelijk advies aan de NZa geven. De opdracht aan de Adviescommissie is breed geformuleerd, zodat de Adviescommissie hier zelf ook een sturende rol in kan nemen. Startpunt voor de Adviescommissie is de doorontwikkelagenda die binnen het programma zorgprestatie­model is ontwikkeld. Naast bestaande onderwerpen zal de Adviescommissie onderwerpen verzamelen, bijvoorbeeld wanneer signalen binnenkomen over het functioneren van zorgvraagtypering in de praktijk.

De adviezen van de commissie aan de NZa zijn waar mogelijk gestoeld op wetenschappelijk onderbouwd onderzoek. Daarnaast heeft de Adviescommissie aandacht voor de rol van de patiënt en de interactie tussen patiënt en behandelaar bij de totstandkoming van de zorgvraagtypering. Wij verwachten dat onder andere onderstaande onderwerpen in de doorontwikkeling meegenomen zullen worden:

- *Automatisering van de typering: Belangrijk uitgangspunt bij de doorontwikkeling van het systeem van zorgvraagtypering is het beperken van de uitvoeringslasten bij behandelaren. Om dit te bereiken moet worden bekeken of de vulling van zorgvraagtyperingselementen vanuit bestaande bronnen in het EPD kan plaatsvinden. De volgende onderwerpen zouden direct kunnen worden opgepakt.*
 - *Het gebruik van scores uit de MATE*
 - *Het gebruik van scores uit andere vragenlijsten zoals bijvoorbeeld de OQ45*
 - *Andere informatie in het EPD, bijvoorbeeld ZorgInformatieBouwstenen (ZIB's)*
- *Subtypering: De waarde van subtypering moet worden onderzocht op basis van informatie-elementen die zullen worden aangeleverd aan de NZa.*
- *Verbeteren algoritme: De algoritmes achter zorgvraagtypering moeten worden aangepast naar de Nederlandse situatie. Daarnaast bestaat de mogelijkheid methodes te gebruiken die dichter bij de keuze van de behandelaar komen.*
- *Gebruiksdoelen van zorgvraagtypering: De gebruiksdoelen van zorgvraagtypering zijn in de startnotitie zorgvraagtypering uitgewerkt. De Adviescommissie kan nagaan of deze notitie nog actueel is of dat de gebruiksdoelen aanscherping, herijking, en/of verduidelijking behoeven.*
- *Hertypering: Er kan verdieping plaatsvinden op de waarde en de frequentie van evaluatie en hertypering.*
- *Signalen uit de praktijk: Eventuele signalen over het functioneren van zorgvraagtypering in de praktijk kunnen aanleiding geven voor het doorvoeren van verbeteringen.*
- *Methodologie: Naast de inhoudelijke werkgroepen kan het wenselijk zijn een technische werkgroep, bestaande uit data-analisten op te richten. In deze werkgroep kan besproken worden welke methodes en data het beste aansluiten bij de onderzoeksvragen uit de andere werkgroepen. Daarnaast kan de werkgroep duiding geven aan resultaten van de onderzoeken.*

Dit document bevat het eerste deel van het advies. Het gaat hierna eerst in op hoe het advies tot stand is gekomen. In hoofdstuk 2 worden die adviezen besproken die nu al kunnen worden geven. Hoofdstuk 3 geeft een vooruitblik naar de onderwerpen die aan de orde komen in het volgende deel van het advies, dat eind 2023 zal verschijnen.

1.3 Werkwijze

De Adviescommissie heeft vier werkgroepen ingesteld. De werkgroepen bereiden de inhoudelijke adviezen voor. De leden van werkgroepen nemen zonder last en ruggespraak deel. Ze hebben zitting in een werkgroep vanwege hun inhoudelijke expertise. De Adviescommissie stelt de adviezen vast. Vergaderingen van de Adviescommissie worden voorbereid door een Voorbereidingscommissie. De verslagen van de Adviescommissie en dit advies worden gepubliceerd op de [website van de Adviescommissie](#).

De vier werkgroepen zijn:

1. Praktijk
2. Data-analyse
3. ICT
4. Contractering

Deze werkgroepen hebben van de Adviescommissie de volgende opdrachten gekregen.

Opdracht werkgroep 'Praktijk'

- Doe (veld)onderzoek naar de toepassing van zorgvraagtypering in de praktijk. Inventariseer knelpunten bij de toepassing van zorgvraagtypering en benoem hoe deze knelpunten verholpen kunnen worden. Vraag in dit veldonderzoek ook naar de bruikbaarheid van hertypering en doe eventueel voorstellen ter verbetering.
- Beoordeel of de ondersteunende producten zoals handleidingen (nog) voldoen en welke aanvullende instructies gewenst zijn om te zorgen dat zorgvraagtypering zoveel mogelijk op een vergelijkbare manier wordt uitgevoerd.

Opdracht werkgroep 'Data-analyse'

- Doe voorstellen voor het verbeteren van het algoritme en het aanpassen op de Nederlandse situatie.
- Onderzoek de zeggingskracht van zorgvraagtypering. Onderzoek onder andere of zorgvraagtypen indicaties zijn voor de echelons, voor bepaalde settings, voor klinisch/niet-klinisch, etc.
- Onderzoek wat de mogelijkheden zijn van de extra informatie-elementen in relatie tot zorgvraagtypering.
- Onderzoek hoe bruikbaar hertypering is en hoe de inzet van hertypering verbeterd kan worden.

Opdracht werkgroep 'ICT'

- Onderzoek hoe EPD's beter gebruikt kunnen worden bij het vullen van zorgvraagtypering en welke mogelijkheden er zijn om de informatievastlegging verder te standaardiseren en/of te automatiseren.

Opdracht werkgroep 'Contractering'

- Beschrijf hoe zorgvraagtypering het goede gesprek tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over passende zorg voor groepen patiënten kan faciliteren. Denk aan verschillende aspecten van dat gesprek, zoals in- en verkoop, kwaliteit van zorg en wachttijden. Schets, zo nodig per aspect, een model met voor- en nadelen en spelregels. Beschrijf (per aspect) welke inhoudelijke informatie (naast informatie over zorgvraagtypen) betrokken kan worden, wat de verwachte tijdlijnen zijn, wat nodig is voor de toepassing en welke aanpassing dit vraagt in regelgeving en/of veldafspraken.

1.4 Doelen

In het programma Zorgprestatie model hebben de veldpartijen in 2020 afgesproken welke doelen zij precies met zorgvraagtypering willen nastreven. Deze doelen staan in de 'Startnotitie doelen Zorgvraagtypering' (januari 2020). Zorgvraagtypering staat immers niet op zichzelf, maar zal moeten aansluiten op het stelsel van prestaties en tarieven om de zorg af te rekenen, van regels over aanspraak op zorg, en van afspraken over vergoeding van zorg.

De Adviescommissie heeft de 10 kenmerken van zorgvraagtypering uit die notitie aangescherpt. De doelen zijn geactualiseerd en onderverdeeld naar doelen voor de korte, middellange en lange termijn. Ze staan in de [Startnotitie Adviescommissie Zorgvraagtypering](#) (september 2022) en luiden samengevat als volgt.

Hoofdoel:

Zorgvraagtypering ggz bevordert het gepast gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en ondersteunt een juiste allocatie van middelen.

De Adviescommissie zorgvraagtypering ggz richt zich alleen op de doelen voor de korte termijn. De doelen voor de middellange en lange termijn zijn opgenomen om de doelen voor de korte termijn in perspectief te plaatsen.

Doelen korte termijn (2024):

1. Zorgvraagtypen dekken alle patiëntgroepen op hoofdlijnen. *Is de zwaarte van de zorgvraag bij bijvoorbeeld EPA, verslavingszorg én common mental disorders terug te zien in de zorgvraagtypen?*
2. Verbeteren van de aansluiting van het algoritme bij de Nederlandse situatie. *Representativiteit output: leidt de vragenlijst af naar het juiste zorgvraagtype?*
3. Er is in beeld in hoeverre zorgvraagtypering door behandelaren op een juiste en vergelijkbare manier wordt uitgevoerd. Dit onderzoek leidt tot duidelijkheid over:
 - de manier waarop zorgvraagtypering in de praktijk wordt uitgevoerd;
 - wanneer zorgvraagtypering (opnieuw) moet plaatsvinden;
 - wat de functie van zorgvraagtypering is bij tussentijdse evaluaties (past de inzet van zorg nog bij de zorgvraag/zorgbehoefte) en bij op- of afschalen.
 - wat op termijn de functie zou kunnen zijn van zorgvraagtypering in het goede gesprek tussen patiënt en zorgverlener over de inzet van zorg.
4. Zorgvraagtypering is een gezamenlijk begrippenkader voor (zorg)professionals en vergemakkelijkt het gesprek tussen (zorg)professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars over gepast gebruik en bij in- en verkoop van zorg voor groepen patiënten.

Doelen middellange termijn (2025/2026):

5. Zorgvraagtypering is een hulpmiddel bij het maken van afspraken over in- en verkoop van zorg, en over behandelinzet bij groepen van patiënten.
6. Zorgvraagtypering draagt bij aan transparantie over de keuzes van zorgverzekeraars in hun inkooprol.
7. Zorgvraagtypering heeft een normatieve werking. Deze normen (bijvoorbeeld bandbreedtes op groepsniveau) kunnen opgenomen worden in veldafspraken.

Doelen lange termijn (2027 en verder):

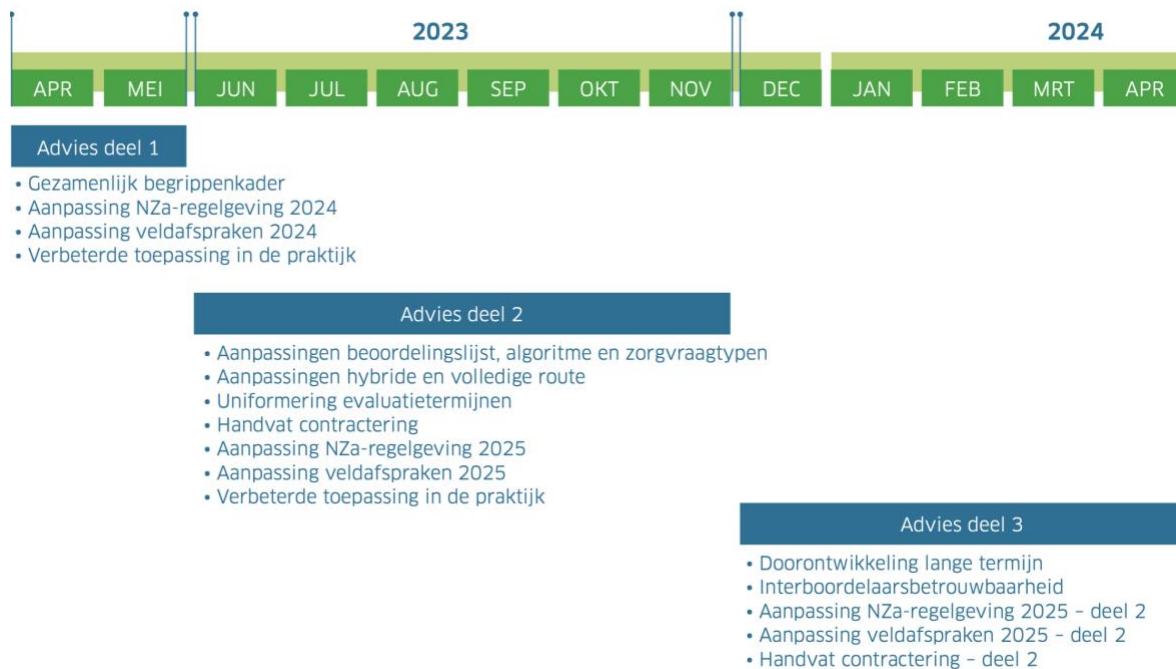
8. Zorgvraagtypering heeft een plaats in de zorgstandaarden.
9. Zorgvraagtypering helpt om keuzes over de inzet van schaarse middelen (geld en menskracht) te onderbouwen.
10. De aanspraak op verzekerde zorg wordt (mede) bepaald op basis van zorgvraagtypen.¹
11. Zorgvraagtypering kan worden ingezet in het gesprek over uitkomsten van zorg.

¹ Dit kan niet zonder betrokkenheid van Zorginstituut Nederland, de pakketbeheerder.

1.5 Fasering

De Autoriteit Persoonsgegevens (AP) heeft extra onderzoek gedaan naar de onderbouwing van de gegevensaanlevering aan de NZa. De NZa heeft in verband met de tijd die met dat extra onderzoek was gemoeid, de verplichte gegevensaanlevering over de periode 1 juli 2022 tot 1 juli 2023 uitgesteld. De aanlevering moet nu plaatsvinden tussen 1 juli 2023 en 1 september 2023.

De vertraging in de data-aanlevering heeft gevolgen voor het advies aan de NZa en daarmee ook voor het behalen van de doelen. De Adviescommissie heeft met instemming van de NZa besloten het advies niet in een keer maar in delen op te leveren. Deel 1 gaat vooral over de toepassing van zorgvraagtypering in de praktijk. Dit is het document dat u nu leest. Deel 2 zal de adviezen op basis van data-onderzoek bevatten en een voorstel voor het vervolgtraject, en wordt rond 1 december 2023 opgeleverd. Deel 3 gaat over de doorontwikkeling op de lange termijn en wordt rond 1 mei 2024 opgeleverd.



De Adviescommissie streeft er ondanks de vertraagde data-aanlevering naar de hierboven genoemde doelen 2, 3 en 4 begin 2024 gerealiseerd te hebben. Doel 1 verschuift naar de middellange termijn.

2. Adviezen

2.1 Akkoord op aangepaste planning en doelen

De Adviescommissie wil graag weten wat de NZa vindt van de ingezet koers. Onderschrijft de NZa de geformuleerde doelen? En is de NZa het eens met de (aangepast) planning? Voor de Adviescommissie is het ook belangrijk om te weten of er nog voorbehouden zijn bij bepaalde doelen. Met deze informatie kan de Adviescommissie dan rekening houden in het vervolg van het adviestraject.

Advies (1): Maak duidelijk in hoeverre de NZa de door de Adviescommissie geformuleerde doelen en de aangepaste planning onderschrijft.

2.2 Voldoende data nodig

Op dit moment doet de NZa op verzoek van de adviescommissie data-onderzoek op basis van declaratiedata van Vektis. Daarin zijn de vastgelegde zorgvraagtypen zichtbaar en ook de geleverde zorg. Uiterlijk 31 augustus 2023 ontvangt de NZa data uit de ingevulde vragenlijsten.

De AP heeft de NZa toestemming gegeven om informatie over een specifieke periode (1 juli 2022 – 1 juli 2023) op te vragen. De veldpartijen willen graag over een langer tijdvak onderzoek doen naar zorgvraagtypering. GGZ-trajecten duren vaak langer dan 1 jaar en in de te ontvangen data zitten zeker ook incomplete trajecten.

Advies (2): Doe over een langere periode onderzoek naar zorgvraagtypering. In ieder geval op basis van de doorlopend te ontvangen declaratiedata van Vektis en de eenmalige dataset met ingevulde vragenlijsten. Doe in aanvulling daarop met akkoord van de AP gericht onderzoek op basis van steekproeven of selecties van populaties. De Adviescommissie zal hier voorstellen voor doen.

2.3 Valide data van voldoende kwaliteit

Er moet niet alleen voldoende data zijn, minstens zo belangrijk is dat deze data valide zijn (meten we wat we beogen te meten?) en van voldoende kwaliteit. De Adviescommissie pleit hier minimale normen voor te stellen. Alleen data die aan de normen voldoen kunnen worden gebruikt voor de doorontwikkeling. Per doel kan dan worden bepaald of de doorontwikkeling voortgang kan hebben, of dat een pas op de plaats gemaakt moet worden.

De Adviescommissie zegt het voorgaande, omdat ze zich zorgen maakt over de validiteit van de gegevens en over de betrouwbaarheid van de scores en van de gekozen zorgvraagtypen. Bij de leden leven ook vragen over de klinische herkenbaarheid van de zorgvraagtypen en over de vergelijkbaarheid van zorgvraagtyperingen tussen verschillende behandelaren.

De Adviescommissie wil daarom meer inzicht in de betrouwbaarheid van de geregistreerde gegevens en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. De Adviescommissie zal dit ook meenemen in het overleg met een wetenschappelijk partner die ons kan helpen hier verder onderzoek naar te doen (zie 3.6).

Advies (3): Vraag aan de Adviescommissie een ondergrens te bepalen voor de validiteit en betrouwbaarheid van de data. Vraag de Adviescommissie om per doel aan te geven of de doorontwikkeling kan plaatsvinden als de ondergrens niet wordt gehaald.

2.4 Aanpassing algoritme, zo mogelijk al per 2024

Het algoritme is nu gebaseerd op een Engelse referentiedatabase, die voor een groep patiënten zowel de toegekende HoNOS-scores als het door de behandelaar gekozen zorgvraagtype bevat. Op basis hiervan is er in Engeland voor elke zorgvraagtype een profiel bepaald. De patiëntenpopulatie in Engeland is anders dan die in Nederland.

Zodra informatie beschikbaar is over de Nederlandse patiënt, geeft die per definitie een passender beeld dan de referentiedatabase. Daar komt bij dat die nieuwe dataset min of meer volledig is voor de patiëntenpopulatie in die betreffende periode. Dat zorgt voor een veel grotere representativiteit dan de Engelse referentiedatabase, die de gegevens van enkele duizenden patiënten bevat. Hierbij is de voorwaarde wel dat de kwaliteit van de data voor dit doel voldoende is.

Met de informatie die beschikbaar zal komen, kan de NZa een nieuw algoritme opstellen. Als dit nieuwe algoritme al voor 1 november 2023 klaar is, zou het kunnen worden ingevoerd per 1 januari 2024. Voorwaarde is dan wel dat de structuur ongewijzigd blijft, omdat anders de ICT-aanbieders meer tijd nodig hebben voor invoering.

Mocht de Adviescommissie meer tijd nodig hebben om de analyses over dit algoritme te beoordelen en/of wijzigt de structuur van het algoritme, dan lijkt een ingangsdatum halverwege 2024 of per 1 januari 2025 mogelijk. De Adviescommissie neemt de planning van de aanpassing mee in haar advies deel 2.

Advies (4): Baseer het nieuwe Nederlandse algoritme op de dataset over de periode 1 juli 2022 – 1 juli 2023. Laat het nieuwe algoritme ingaan zodra (ook gelet op de datakwaliteit) een betrouwbaar oordeel over een verbeterd algoritme kan worden gegeven, maar uiterlijk per 1 januari 2025.

2.5 Extra ontwikkeltijd is nodig

Over het registreren van zorgvraagtypering is in de bestuurlijke [veldafspraken 2023](#) van het zorgprestatieproces het volgende afgesproken (paragraaf 3.5.2.):

In 2022 en 2023 is de registratie van het zorgvraagtype bedoeld om informatie te 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 classificatie 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.

De jaren 2022 en 2023 zijn ontwikkeljaren. Per 2024 zou zorgvraagtypering volgens de veldafspraken moeten ondersteunen bij afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Wij constateren dat per 2024 nog geen sprake zal zijn van een stabiele zorgvraagtypering. Zeker tot halverwege 2024 zal nog onderzoek plaatsvinden. We verwachten dat pas in de loop van 2024 een definitief oordeel gegeven kan worden over de bruikbaarheid van zorgvraagtypering voor de genoemde doelen, dus als alternatief voor DSM-classificatie en generalistische basis ggz-profiel. Dit moet vervolgens nog besproken worden met VWS, Zorginstituut, zorgverzekeraars en belanghebbenden. Zolang er nog geen

stabele zorgvraagtypering is én de DSM nog de basis vormt voor de aanspraak in de geneeskundige ggz, moeten zorgverzekeraars een middel hebben om op aanspraak te kunnen controleren.² De veldpartijen in de Adviescommissie hebben er begrip voor dat om deze reden in 2024 de DSM-classificatie en de profielen gb-ggz nog op de factuur moeten worden vermeld, mits de privacy van patiënten gewaarborgd is.

Zoals aangegeven zal tot zeker medio 2024 nog onderzoek moeten plaatsvinden. De hoofdlijnen van het NZa-beleid voor 2025 moeten al eerder (op 1 april 2024) bekend zijn. Dit betekent dat op zijn vroegst in de regelgeving van 2026 gebouwd kan worden op een stabele zorgvraagtypering. Dit betekent niet dat zorgvraagtypering niet al vóór 2026 kan worden ingezet. De doelen voor de middellange termijn kunnen per 2025 al voor een belangrijk deel bereikt zijn. Zo is het nadrukkelijk de bedoeling dat zorgvraagtypering per 2025 als hulpmiddel wordt ingezet bij het maken van afspraken over in- en verkoop van zorg, en over behandelinzet bij groepen van patiënten.

Advies (5): Neem in afstemming met het Zorginstituut op basis van het voorgaande een besluit over het gebruik van de DSM-classificatie en de profielen gb-ggz in 2024.

2.6 Gezamenlijk begrippenkader

De Adviescommissie heeft voorgesteld welke structuuraanpassingen wel en niet mogelijk zouden moeten zijn in de route naar het hoofddoel en dit vastgelegd in de notitie '[Kaders doorontwikkeling zorgvraagtypering ggz](#)'. De Adviescommissie vindt het belangrijk dat iedereen vanuit gelijke verwachtingen en binnen dezelfde kaders aan de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering werkt.

Advies (6): Houd rekening met de keuzes uit de notitie '[Kaders doorontwikkeling zorgvraagtypering ggz](#)' en hanteer het begrippenkader uit die notitie in de regelgeving.

2.7 Correctie van evidente fouten in vragenlijst

De Adviescommissie heeft eind 2022 een overzicht van [geïnterviewde knelpunten](#) gepubliceerd. Hieruit is duidelijk dat er verschillende patiëntgroepen zijn waarvan zorgverleners zich afvragen of er wel een passend zorgvraagtype voor vast te stellen is.

Hierbij speelt mee dat de vragenlijst (ten opzichte van de oorspronkelijke HoNOS) een onjuistheid bevat. Deze betreft vraag 8, waarin 'overige psychische en gedragsproblemen' worden uitgevraagd. Bij de scores kan, anders dan in de officiële HoNOS-lijst, de optie 'J. verslaving' worden gekozen. Verslaving wordt in de oorspronkelijke HoNOS-lijst in vraag 3 gescoord. Deze aanpassing blijkt problemen op te leveren, omdat in de instructie van de HoNOS staat dat een probleem maar op één plek in de vragenlijst gescoord mag worden. De oplossing hiervoor zou kunnen zijn de toevoeging met ingang van 2024 weer ongedaan te maken, onder meer omdat dan een beter beeld kan worden gevormd over de invloed van verslaving bij het vaststellen van een zorgvraagtype.

Vertegenwoordigers van de verslavingszorg stellen een andere oplossing voor. Die oplossing is – kort gezegd – dat verslaving zowel in vraag 3 als in vraag 8 moet worden

² De DSM heeft ook een rol in de risicoverevening, het pakketbeheer en in onderzoek. Het Zorginstituut heeft daarom een belangrijke rol in de besluitvorming.

gescoord. De Adviescommissie onderzoekt wat de beste oplossing is. Mogelijk leidt de uitkomst van de besprekingen over de beide opties nog tot een aanvulling op dit deel 1 van het advies.

Op de dekkendheid van de zorgvraagtypen en daarmee samenhangende aanpassingen van het algoritme, zullen wij in deel 2 van het advies terugkomen. Dan zullen wij ook de patiëntgroepen waarvoor mogelijk geen passend zorgvraagtype kan worden bepaald, bespreken.

2.8 Verantwoordelijkheidsverdeling

De NZa is verantwoordelijk voor het bekostigingssysteem en dus ook voor zorgvraagtypering als onderdeel hiervan. Het veld gaat in principe zelf over de inhoud van zorgvraagtypering en heeft daarom een belangrijke stem in de doorontwikkeling ervan. Om te zorgen dat de voorziene gebruiksdoelen van zorgvraagtypering in de praktijk uitvoerbaar zijn, is het belangrijk dat alle zorgaanbieders de zorgvraagtypering op de juiste wijze inzetten. Dit laatste moet worden vastgelegd in de regelgeving van de NZa. Daarom ziet de Adviescommissie de volgende verantwoordelijkheidsverdeling:

Onderdeel	Verantwoordelijk
A. Zorgvraagtyperingssystematiek (structuur en algoritme)	NZa
B. Zorgvraagtypering als instrument in de bekostiging	NZa
C. Regels voor eenduidige toepassing op verzoek van veld	NZa
D. Informatie genereren voor bekostiging of doorontwikkeling	NZa & Veld
E. Indeling en beschrijving zorgvraagtypen	Veld
F. Typeringsinstrument (vragenlijst)	Veld
G. Instructies	Veld

De veldpartijen spreken in het najaar van 2024 met elkaar verder over hoe hun verantwoordelijkheid concreet kan worden vormgegeven. Het veld kan overwegen hiervoor een veldnorm te ontwikkelen.

Advies (7): Bekrachtig de verantwoordelijkheidsverdeling tussen NZa en veldpartijen, zodat ieder zich op de juiste taken richt.

2.9 Scholing

Uit de knelpunteninventarisatie blijkt dat er nog veel misverstanden zijn over zorgvraagtypering. We adviseren daarom aandacht te besteden aan (online) scholing van zorgprofessionals in zorgvraagtypering en hiervoor een cursusaanbod te (laten) ontwikkelen. Verder is het belangrijk dat de betrokkenheid bij zorgvraagtypering onder zorgprofessionals wordt vergroot. Het is belangrijk dat zorgprofessionals een juist beeld hebben van de doelen van zorgvraagtypering en van het belang voor de zorg. De Adviescommissie ziet hier een gedeelde verantwoordelijkheid voor het veld en voor de NZa.

Het veld kan ambassadeurs werven die kennis over zorgvraagtypering aan collega's overdragen. Verder kunnen veldpartijen er (in de tweede helft van dit jaar) voor zorgen dat de instructies voor zorgvraagtypering worden verduidelijkt door aandacht te besteden aan:

- Gebruik van uniforme terminologie

- Verduidelijken van uitgangspunten en systematiek
- Toegankelijke documenten en teksten
- Betere uitleg van hoe te typeren
 - o Keuze juiste hoofdgroep
 - o Juist invullen van de vragenlijst
 - o Keuze voor best passende zorgvraagtype
 - o Kiezen van evaluatiemomenten

De NZa kan op haar beurt communiceren over het belang van en de verplichting tot het volgen van die inhoudelijke instructies en over de werking van de systematiek.

De veldpartijen en NZa zullen gezamenlijk ervoor moeten zorgen dat zorgprofessionals via een opleidingsaanbod op de hoogte worden gebracht van alle relevante instructies.

Advies (8): Communiceer duidelijk over het volgen van de door veldpartijen op te stellen instructies en stel samen met het veld een (online) cursusaanbod op.

3. Vooruitblik deel 2

Rond 1 december 2023 zal de Adviescommissie het tweede deel van haar advies uitbrengen. Dit gaat onder meer in op de volgende onderwerpen.

3.1 Handvat voor het goede gesprek

De Adviescommissie is gestart met het beschrijven hoe zorgvraagtypering het goede gesprek tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over passende zorg voor groepen patiënten kan faciliteren. Dit moet leiden tot praktische handvatten.

Belangrijke uitdaging is het bepalen van herkenbare patiëntgroepen, in een bepaalde context, die iets kunnen zeggen over zorgzwaarte, wachttijden of andere onderwerpen waar het goede gesprek over kan gaan.

De Adviescommissie kijkt ook naar het goede gesprek in de spreekkamer. Hoe kan zorgvraagtypering bijdragen aan *shared decision-making* en aan het behandelplan? Hoe betrekken we het perspectief van de patiënt bij zorgvraagtypering?

3.2 Standaardisering van de termijnen voor hertypering

In de praktijk wordt er op zeker vier verschillen manieren omgegaan met het opnieuw vaststellen van een zorgvraagtype (hertypering):

- volgens de in de [Handleiding zorgvraagtypering](#) gegeven 'suggesties voor reviewtermijnen'
- op de uiterste termijn de volgt uit de NZa-regeling, waarin staat 'hertypering vindt minimaal een keer per jaar plaats'
- op volgens de zorgverlener logische momenten in het behandelproces. Volgens de instructie kunnen dit geplande momenten zijn, maar ook ingelaste evaluaties naar aanleiding van veranderingen in de problematiek van de patiënt.
- bij wijzigingen in het behandelproces. Bijvoorbeeld op het moment dat een ambulante behandeling overgaat in een klinische behandeling.

We constateren dat het voor de betrouwbaarheid van de toekomstige data belangrijk is dat er meer eenduidigheid komt over deze momenten van hertypering. De uitkomst kunnen veldpartijen dan meenemen bij de verduidelijking van de instructies voor

zorgvraagtypering. In december, als de data-analyse heeft plaatsgevonden, zullen wij hierover een inhoudelijk advies geven.

3.3 Toepassing hybride/verkorte route

Er zijn verschillende argumenten aangedragen waarom de kwaliteit en bruikbaarheid van de hybride/verkorte route verder moeten worden onderzocht. De hybride/verkorte route werkt op basis van kansberekeningen die zijn gebaseerd op het volledige algoritme. Dat is een Engels algoritme, gebaseerd op een relatief kleine populatie, waarvan we weten dat het nog moet worden aangepast naar de Nederlandse situatie. Signalen uit de praktijk laten zien dat vragen worden overgeslagen die juist relevant zijn voor bepaalde patiëntgroepen (zoals de vraag over verslaving bij patiënten in de verslavingszorg).

De hybride/verkorte is bedacht om de administratieve lasten voor professionals te beperken. Ook speelde daarbij een rol, dat verwacht werd dat andere variabelen meer zeggingskracht hebben in het voorspellen van zorggebruik. Verder onderzoek is nodig. De volledige route blijkt in de praktijk qua administratielast mee te vallen. En in de hybride/verkorte moeten weliswaar minder vragen beantwoord worden, maar het lijkt er ook op dat er vaak aan ander advies wordt gegeven dan bij het invullen van de volledige route. Verder horen wij van zorgprofessionals in toenemende mate dat de vragenlijst ook gebruikt wordt om een beeld te krijgen van de klachten/probleemgebieden van de patiënt. Het is dan een hulpmiddel in het klinische proces. In december zullen wij een inhoudelijk advies geven over de toepassing van de hybride/verkorte route.

3.4 Waarde van andere variabelen

Bij verkenningen voorafgaand aan de invoering van de zorgvraagtypering, is ook onderzocht of aannemelijk is dat patiëntkenmerken die toch al zijn geadministreerd, zoals bijvoorbeeld het gegeven of een patiënt eerder opgenomen is geweest, meer bijdragen aan het voorspellen van zorggebruik. Om dit verder te kunnen onderzoeken, zijn drie van deze patiëntkenmerken opgenomen in de gegevens die zorgaanbieders aan de NZa moeten aanleveren. Aan de hand van deze data kan worden onderzocht of deze gegevens inderdaad bijdragen aan differentiatie naar zorgzwaarte, en zo ja, wat dit betekent voor de manier waarop het zorgvraagtype wordt bepaald. De Adviescommissie zal hier in deel 2 van het advies inhoudelijk op ingaan.

3.5 Administratieve lasten

Zorgvraagtypering zal geen vanzelfsprekendheid worden als het gepaard gaat met onnodige administratieve lasten, of als dit zo wordt ervaren. De wens tot eenvoudige praktische uitvoerbaarheid is ook in de al genoemde knelpuntenanalyse naar voren gekomen.

De werkgroep Praktijk van de Adviescommissie zal (veld)onderzoek doen naar de ervaringen met zorgvraagtypering in de praktijk. De werkgroep ICT zal kijken naar de ondersteuning van zorgvraagtypering door de verschillende EPD's en naar de relatie met ROM-monitoring. Op basis van de uitkomsten van deze verschillende onderzoeken zal de Adviescommissie in december inhoudelijk op het onderwerp ingaan.

3.6 Samenwerking met de wetenschap

De Adviescommissie zal (mede op verzoek van de NZa) bij het formuleren van adviezen ook het wetenschappelijke perspectief en bestaande onderzoeken en literatuur betrekken. Met

deze betrokkenheid wil de commissie de adviezen zo goed mogelijk (wetenschappelijk) onderbouwen. Een samenwerking met wetenschappelijke partners kan ook leiden tot één of enkele papers in peer-reviewed wetenschappelijke tijdschriften om de bredere wetenschappelijke en beleidsgemeenschap op de hoogte te brengen van de bevindingen.

Om op de te formuleren onderzoeksvragen antwoord te kunnen geven moeten we zoals aangegeven inzicht hebben in de kwaliteit van de data en in de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Deze zullen dus ook vanuit wetenschappelijk perspectief moeten worden beoordeeld.

In deel 2 van het advies zal de Adviescommissie beschrijven hoe de samenwerking met wetenschappelijke partners zal worden georganiseerd.

De volgende partijen hebben zitting in de Adviescommissie zorgvraagtypering ggz:

- *De Nederlandse ggz*
- *Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten*
- *MeerGGZ*
- *MIND (tot 1 juli 2023)*
- *Nederlandse Federatie van UMC's*
- *Nederlands Instituut van Psychologen*
- *Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen*
- *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie*
- *Zorgverzekeraars Nederland*
- *Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland*
- *Nederlandse Zorgautoriteit (toehoorder)*
- *Zorginstituut Nederland (toehoorder)*