

Advies zorgvraagtypering ggz, deel 2

Aan: NZa
Van: Adviescommissie zorgvraagtypering ggz
Datum: 9 februari 2024
Status: Definitief

1. Inleiding

1.1 Inleiding

In het zorgprestatie­model wordt de zorgvraag van patiënten in kaart gebracht met zorgvraagtypering. De zorgvraagtypering moet gaan helpen een verband te leggen tussen zorgvraag en inzet van zorg. Zo kunnen zorgaanbieders in de toekomst intern, 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. Dit kan eerlijke vergoedingen stimuleren voor zorg die zo goed mogelijk aansluit bij de zorgvraag van de patiënt. Zorgvraagtypering zou in de toekomst moeten helpen de klinische herkenbaarheid van de zorgbehoefte te vergroten.

Sinds 2022 registreren zorgverleners in de ggz het zorgvraagtype. De zorgvraagtypering moet verder worden ontwikkeld om optimaal aan te sluiten bij de doelen, en de kwaliteit van de data moet worden gewaarborgd. Hiervoor heeft de NZa een Adviescommissie zorgvraagtypering ggz in het leven geroepen. De Adviescommissie is samengesteld uit vertegenwoordigers van beroepsorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Om te zorgen dat zorgvraagtypering goed kan werken, zijn cijfers en onderzoek nodig. Daarom lag in 2022 en 2023 de focus op het verzamelen van data. In 2024 richten we ons op het stimuleren van het juist typeren door behandelaren en gaan we verder met de doorontwikkeling.

De Adviescommissie benadrukt dat we ons nog steeds in een verkennende fase bevinden. We doen op allerlei terreinen onderzoek naar zorgvraagtypering met het huidige instrument (HoNOS+), zoals ook in dit advies is terug te lezen. Om aan dat onderzoek conclusies te kunnen verbinden, is meer zicht nodig op de kwaliteit en betrouwbaarheid van de data. Zolang dat inzicht ontbreekt, kunnen vragen over de bruikbaarheid van zorgvraagtypering met het huidige instrument niet voldoende worden beantwoord. De werkgroep Data-analyse werkt hieraan.

Terwijl het onderzoek naar kwaliteit en betrouwbaarheid van de data loopt, worden al wel verbeteringen doorgevoerd in het instrument, zoals verduidelijkingen in de instructies. Die zijn bedoeld om een aantal knelpunten die behandelaren in de dagelijkse praktijk tegenkomen, weg te nemen en om een juiste typering door behandelaren te stimuleren. Hierin mag geen standpunt van de commissie over de bruikbaarheid van zorgvraagtypering voor de gestelde doelen worden gezien.

Kortgezegd: er is een relatie tussen de kwaliteit en betrouwbaarheid van de data en de mate waarin de analyses zeggingskracht kunnen hebben. Alleen uit analyses met zeggingskracht kunnen conclusies worden getrokken.

1.2 Adviescommissie

De Adviescommissie adviseert de NZa op diens verzoek over verschillende onderwerpen in de doorontwikkeling van zorgvraagtypering. De Adviescommissie heeft hiervoor werkgroepen met inhoudelijke specialisten van de veldpartijen ingesteld.

Om het wetenschappelijke perspectief van de werkzaamheden van de NZa en de Adviescommissie te verstevigen, zijn de NZa en de Adviescommissie een samenwerking aangegaan met de Rijksuniversiteit Groningen. Prof. dr. C.J. (Casper) Albers, hoogleraar Toegepaste Statistiek en Datavisualisatie, treedt op als onafhankelijk adviseur voor NZa en Adviescommissie. In het bijzonder zal hij betrokken zijn bij het stellen van kaders voor minimale datakwaliteit en het beoordelen van de kwaliteit van de data-analyses. Vanuit deze rol zal hij deelnemen aan de besprekingen van de Werkgroep Data-analyse en van de Adviescommissie. Dr. V.E.C. (Letty) Koopman zal een Plan van aanpak opstellen voor een onderzoek naar interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

De NZa beschikt over verschillende databronnen op basis waarvan onderzoek kan worden gedaan. Het betreft onder andere Vektis-declaratiedata vanaf 1 januari 2022 tot en met het derde kwartaal van 2023 en door zorgaanbieders verstrekte detailinformatie over de ingevulde vragenlijsten over de periode 1 juli 2022 tot 1 juli 2023. De tabellen en figuren hierna zijn alle afkomstig uit deze twee door de NZa beheerde bronnen. We zullen daarom niet bij elk afzonderlijke figuur of tabel een bron vermelden’.

Met een brief van 29 juni 2023 heeft de Adviescommissie het [eerste deel van haar advies](#) uitgebracht. Het document dat u nu leest, bevat het tweede deel van het advies en is een aanvulling op het eerste advies. Dit tweede advies kan ook gelezen worden als een tussenrapportage. In dit document gaat de Adviescommissie ook in op de reactie van de NZa op het eerste deel van het advies en geeft de Adviescommissie inzicht in een aantal bevindingen. Het derde deel zal de Adviescommissie naar verwachting in juli 2024 aan de NZa sturen. Daarin zullen naar verwachting ook eerste conclusies worden opgenomen.

1.3 Opvolging Advies deel 1

In een [brief van 23 november 2023](#) heeft de NZa gereageerd op het eerste deel van ons advies. De Adviescommissie reageert hieronder op enkele onderdelen van de brief.

• Prioriteren doel

De NZa benadrukt dat van de door de Adviescommissie genoemde doelen van zorgvraagtypering, het doel nummer 5, ‘zorgvraagtypering is een hulpmiddel bij het maken van afspraken over in- en verkoop van zorg, en over behandelinzet bij groepen van patiënten’ wat haar betreft het belangrijkste is. De commissie is blij dat NZa de prioritering van de doelen onderschrijft en zal – zoals de NZa vraagt – in het advies op dit doel ingaan. De werkgroep contractering is bezig met het opstellen van een handreiking over hoe zorgvraagtypering in het gesprek tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan worden betrokken. De werkgroep houdt er daarbij rekening mee dat er verschillende manieren zijn voor het maken van afspraken, die variëren van volledige digitale contractering tot maatwerk-meerjaren afspraken. Wel past hier de opmerking dat de Adviescommissie zorgvraagtypering op dit moment ziet als één van de beschikbare hulpmiddelen voor dit

doel, naast bijvoorbeeld landelijke afspraken over gepast gebruik en veldafspraken. Naar mate zorgvraagtypering verder wordt doorontwikkeld, zal het belang ervan in de contractering kunnen toenemen.

- **Betrekken VWS, Zorginstituut Nederland, Akwa GGZ**

De NZa wijst erop dat voor sommige van de doelen die de Adviescommissie heeft gesteld, betrokkenheid van andere partijen, zoals het ministerie van VWS, Zorginstituut Nederland en Akwa GGZ noodzakelijk is, en vraagt de Adviescommissie of, hoe en wanneer de partijen betrokken zullen worden.

De Adviescommissie onderschrijft de constatering van de NZa. Zorginstituut Nederland is al wel vertegenwoordigd in de Adviescommissie en de meeste organisaties die deelnemen in de Adviescommissie zijn ook 'alliantiepartij' van Akwa. De Adviescommissie zal zich beraden hoe en op welke termijn een meer formele betrokkenheid met alle drie partijen vorm kan krijgen. Wij komen hier in het derde deel van het advies op terug.

- **Bepalen ondergrens kwaliteit data**

De Adviescommissie en de NZa hebben beide aangegeven dat het noodzakelijk is dat alleen data die van voldoende kwaliteit zijn, worden gebruikt voor de doorontwikkeling van zorgvraagtypering. De NZa vraagt de Adviescommissie de kwaliteitskaders te concretiseren, zodat de NZa de data die zij heeft ontvangen hieraan kan toetsen. De Adviescommissie zal hierop uiterlijk in het advies deel 3 terugkomen. Zoals aangegeven, is de Adviescommissie een formele samenwerking aangegaan met wetenschappers van de Rijksuniversiteit Groningen als onafhankelijk adviseur en klankbord. De minimale datakwaliteit is een van de onderwerpen die binnen deze nieuwe relatie zal worden besproken.

- **Aanpassen algoritme**

De Adviescommissie adviseerde in deel 1 van het advies om het algoritme opnieuw vast te stellen, op basis van de Nederlandse dataset. De NZa heeft daarop aangegeven dat daarvoor eerst het al genoemde kwaliteitskader moet zijn vastgesteld en dat de indeling van de zorgvraagtypen moet vaststaan. Vervolgens moet dan nog worden getoetst of een nieuw algoritme daadwerkelijk beter functioneert dan het huidige. De Adviescommissie herkent deze stappen en zal advisering ook in die volgorde oppakken.

- **Organiseren scholing**

NZa en Adviescommissie zien beide een noodzaak om (regie)behandelaars en andere betrokkenen zo goed mogelijk te instrueren over de toepassing van zorgvraagtypering en om een cursusaanbod te ontwikkelen. De Adviescommissie en haar leden zullen zich inspannen om het veld van duidelijke instructies over de werking van zorgvraagtypering te voorzien. De Adviescommissie heeft hiervoor de [handleiding zorgvraagtypering](#), de [toelichting bij de scores](#) en de [beschrijving van de zorgvraagtypen](#) geüpdatet en zal deze via de geëigende kanalen onder de aandacht brengen. De Adviescommissie wijst ook op een [animatie](#) die is gemaakt om betrokken over de doelen van zorgvraagtypering te informeren. De Adviescommissie onderzoekt of een of meer webinars kunnen worden georganiseerd, waarin behandelaren over het typeren in gesprek gaan.

2. Voorlopige bevindingen data-analyse

De NZa beschikt over verschillende databronnen op basis waarvan de Adviescommissie onderzoek kan (laten) doen. Het betreft als gezegd actuele declaratiedata (2022 en deel 2023) en door zorgaanbieders verstrekte detailinformatie bij de ingevulde scorelijsten over de periode tussen 1 juli 2022 en 1 juli 2023. Er zijn zo'n 500.000 bruikbare scorelijsten beschikbaar. In dit hoofdstuk geven wij inzicht in een aantal voorlopige bevindingen en delen we enkele gedachten van de Adviescommissie.

De Adviescommissie merkt bij alle analyses op, dat dit conceptanalyses zijn en dat ook de declaratiedataset nog niet volledig is. Definitieve inzichten kunnen nog sterk wijzigingen. Hierbij moet verder opgemerkt worden dat vanwege de nog niet volledige declaratiedataset alleen de kosten zijn meegenomen van de eerste 6 maanden van elk zorgtraject. Er kunnen dan ook nog geen conclusies aan worden verboden. Voor Advies deel 3 zullen deze cijfers worden geüpdatet op basis van declaratiedata over een langere periode.

2.1 Gemiddelde kosten per zorgvraagtype

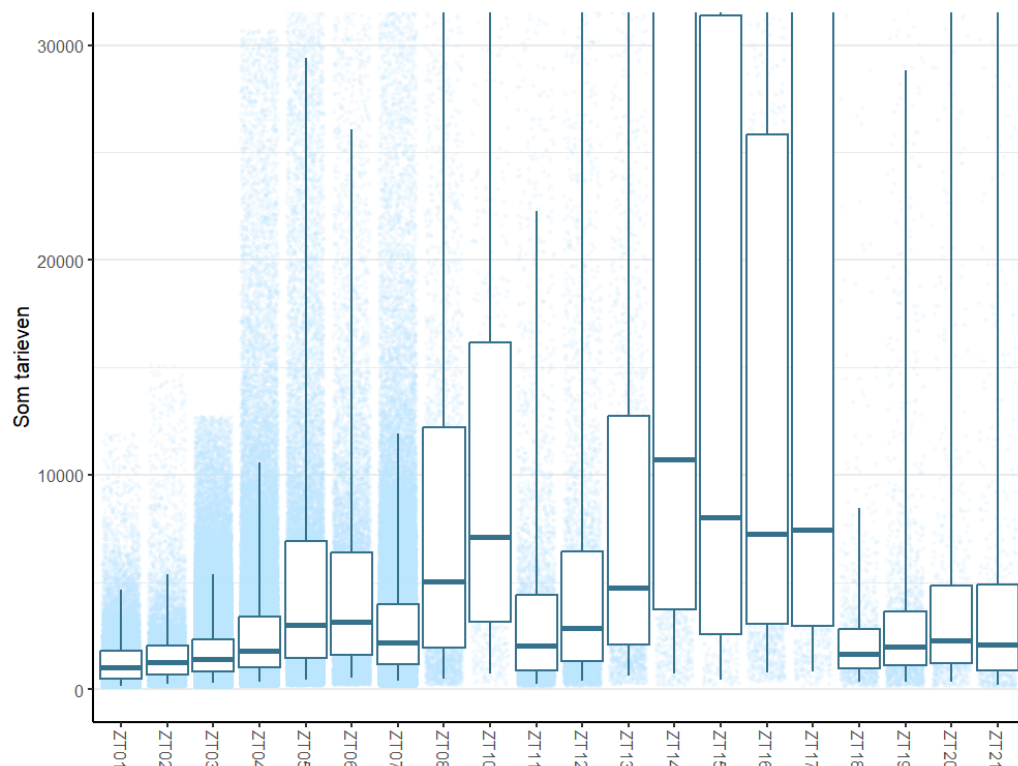
Een eerste inzicht uit de declaratiedata is, dat zorgvraagtypen in hoofdgroep X een groot volume en relatief lagere kosten hebben. In hoofdgroep Y en Z zien we het tegenovergestelde: laag volume en relatief hogere gemiddelde kosten. Er is een oplopend patroon zichtbaar in gemiddelde kosten, maar tegelijk zijn de standaardafwijkingen zeer groot. Dat kan iets zeggen over het instrument, maar ook over de praktijkvariatie. Meer onderzoek is nodig.

Zorgvraagtype	Gemiddelde (€)	Standaardafwijking	Aantal traject
ZT01	€ 1.657	€ 3.456	22019
ZT02	€ 1.968	€ 3.467	12323
ZT03	€ 2.075	€ 3.243	141067
ZT04	€ 3.392	€ 6.204	83581
ZT05	€ 7.115	€ 12.266	24434
ZT06	€ 6.646	€ 11.780	13620
ZT07	€ 4.019	€ 7.518	76407
ZT08	€ 12.426	€ 21.210	3923

Tabel 1: Gemiddelde, standaarddeviatie en aantal trajecten per zorgvraagtype op basis van eerste 6 maanden in hoofdgroep X.

Zorgvraagtype	Gemiddelde (€)	Standaardafwijking	Aantal traject
ZT10	€ 13.220	€ 16.264	754
ZT11	€ 5.445	€ 12.350	4681
ZT12	€ 8.538	€ 17.560	5049
ZT13	€ 13.150	€ 21.543	2417
ZT14	€ 23.244	€ 28.258	1480
ZT15	€ 20.810	€ 26.706	495
ZT16	€ 20.056	€ 27.285	1730
ZT17	€ 23.868	€ 30.416	1003
ZT18	€ 3.606	€ 9.360	1318
ZT19	€ 5.996	€ 14.918	2344
ZT20	€ 10.144	€ 21.662	1111
ZT21	€ 11.194	€ 23.974	938

Tabel 2: Gemiddelde, standaarddeviatie en aantal trajecten per zorgvraagtype op basis van eerste 6 maanden in hoofdgroep Y en Z.



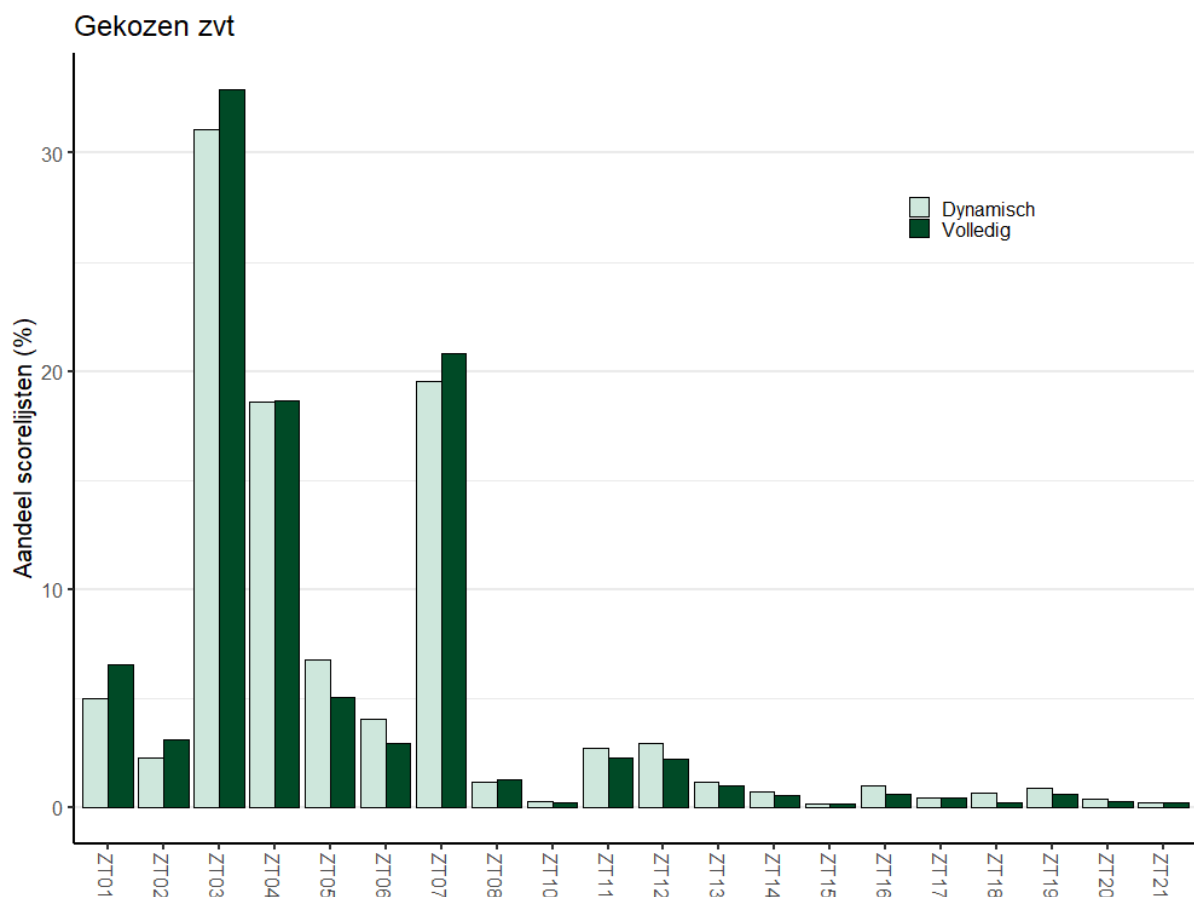
Figuur A: Verdeling van kosten per zorgvraagtype op basis van de eerste 6 maanden van het traject. Lichtblauwe puntjes geven de individuele trajecten weer (NB 1e en 99e percentiel per zorgvraagtype zijn niet gevisualiseerd). De boxplot visualiseert de mediaan (middelste horizontale lijn), het 25e en 75e percentiel (de onder- respectievelijk bovenkant van de box) en het 5e en 95e percentiel (het onderste en bovenste punt van de whiskers).

2.2 Onderzoeksvragen

De Adviescommissie heeft eerder [10 onderzoeksvragen vastgesteld](#) die met behulp van data-analyse moeten worden beantwoord. Hoewel de analyses nog in volle gang zijn, geeft de Adviescommissie hieronder al een eerste indruk van de antwoorden. In deel 3 van het advies zullen we deze vragen van een definitief antwoord voorzien.

Vraag 1. Welke zorgvraagtypen worden er gekozen? Hoe vaak en in welke situaties wijken behandelaren af van het meest waarschijnlijke zorgvraagtype?

De Adviescommissie constateert dat behandelaren in 70% van de typeringen kiest voor zorgvraagtype 3, 4 of 7. Zorgvraagtype 3 wordt in ruim 30% van de typeringen gekozen. Zorgvraagtype 4 en 7 elk in ongeveer 20% van de typeringen.



Figuur B: verdeling scorelijsten over de gekozen zorgvraagtypen (onderverdeeld naar wijze van typeren)

De Adviescommissie stelt zichzelf de vraag of deze zorgvraagtypen wel onderscheidend genoeg zijn. Is een verdere differentiaties nodig? Kunnen andere zorgvraagtypen die minder vaak worden ingezet wellicht samengevoegd worden? Als de analyses verder gevorderd zijn, zal de Adviescommissie daar een standpunt over innemen.

In gemiddeld 87% van de situaties neemt de behandelaar het meest waarschijnlijke zorgvraagtype (volledige route) of voorgestelde zorgvraagtype (dynamische route¹) over. Dit kan erop wijzen dat het algoritme ook voor de Nederlandse situatie in zijn algemeenheid goed werkt. Maar conclusies hierover kunnen nog niet worden getrokken. Wel constateert de Adviescommissie dat bij bepaalde zorgvraagtypen aanzienlijk vaker wordt afgeweken. In de tabellen hieronder is per zorgvraagtype weergegeven in hoeveel procent van de gevallen het meest waarschijnlijke/voorgestelde zorgvraagtype is overgenomen en hoe vaak in plaats daarvan een ander zorgvraagtype is gekozen.

	Voorspeld →	Geen zvt vsp	ZT01	ZT02	ZT03	ZT04	ZT05	ZT06	ZT07	ZT08
Gekozen zvt										
ZT01		5%	65%	8%	1%					
ZT02		2%	12%	79%	1%					
ZT03		19%	12%	10%	92%	6%	1%	1%	6%	1%
ZT04		26%	5%	1%	3%	88%	6%	3%	5%	4%
ZT05		9%	1%			1%	88%	3%	1%	2%
ZT06		4%					1%	81%	1%	1%
ZT07		15%	4%	1%	3%	5%	4%	11%	86%	9%
ZT08		2%						1%		82%

Tabel 3: keuze zorgvraagtype ten opzichte van voorspeld zorgvraagtype in hoofdgroep X.

	Voorspeld →	Geen zvt vsp	ZT10	ZT11	ZT12	ZT13	ZT14	ZT15	ZT16	ZT17
Gekozen zvt										
ZT10			26%	2%	3%	5%	1%	3%	3%	1%
ZT11	4%	4%	7%	88%	5%	1%	1%	1%	1%	2%
ZT12	5%	5%	21%	8%	88%	6%	12%	15%	4%	11%
ZT13	2%	2%	14%		1%	83%	12%	7%	2%	3%
ZT14	1%	1%	12%	1%	1%	5%	66%	3%	5%	5%
ZT15	0%		3%					68%	1%	1%
ZT16	2%	2%	13%	1%	1%		1%	1%	82%	1%
ZT17	1%	1%	3%		1%	1%	7%	2%	3%	76%

Tabel 4: keuze zorgvraagtype ten opzichte van voorspeld zorgvraagtype in hoofdgroep Y.

¹ In het advies deel 1 van 29 juni heette deze nog 'hybride route'.

	Voorspeld →	Geen zvt vsp	ZT18	ZT19	ZT20	ZT21
Gekozen zvt						
ZT18			69%	1%	0%	0%
ZT19		1%	27%	85%	5%	4%
ZT20		1%	3%	12%	88%	9%
ZT21			1%	2%	6%	86%

Tabel 5: keuze zorgvraagtype ten opzichte van voorspeld zorgvraagtype in hoofdgroep Z.

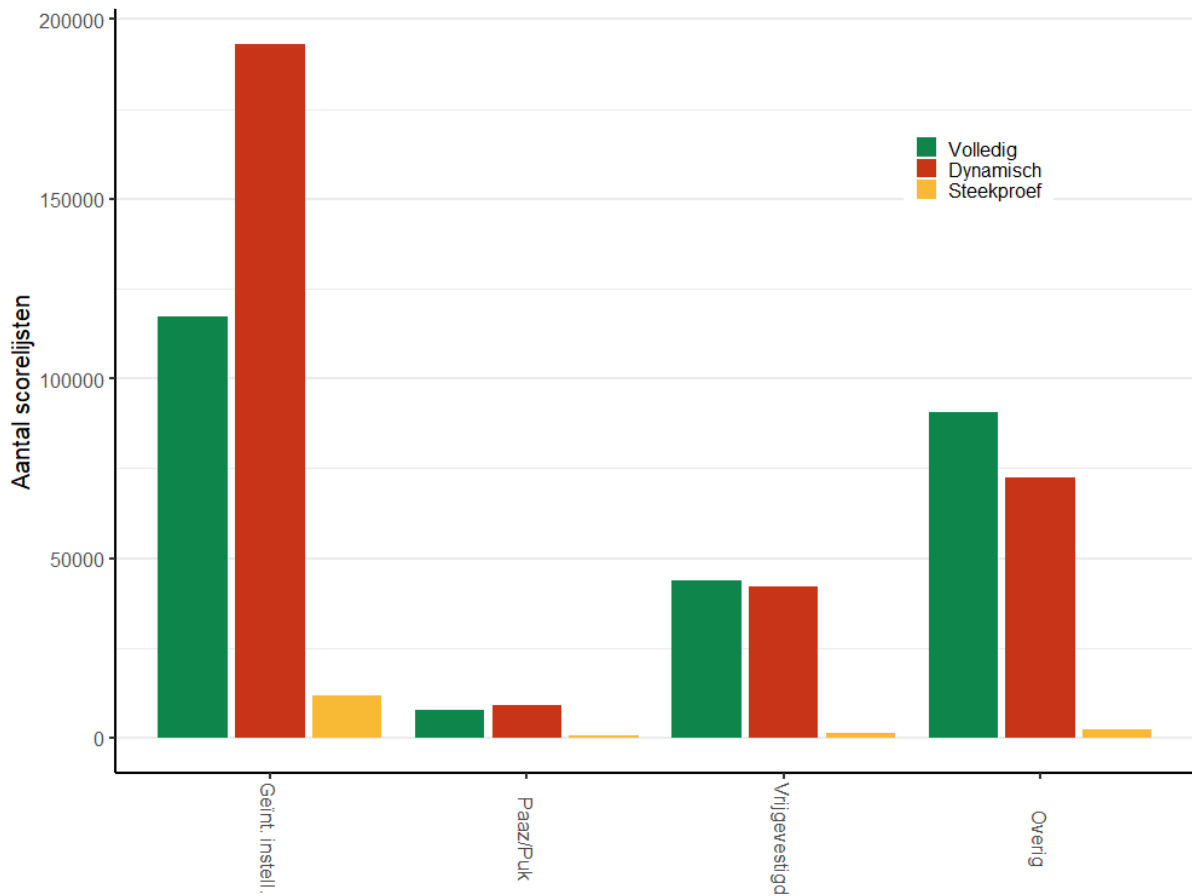
De zorgvraagtypen waarbij in meer dan 30% van de typering van het voorstel wordt afgeweken zijn:

- Zorgvraagtype 01: 34% afwijking
- Zorgvraagtype 10: 74% afwijking
- Zorgvraagtype 14: 33% afwijking
- Zorgvraagtype 15: 31% afwijking
- Zorgvraagtype 18: 32% afwijking

De Adviescommissie onderzoekt nog waarom juist bij deze zorgvraagtypen vaker wordt afgeweken. Mogelijk zijn de omschrijvingen of instructies niet duidelijk, of kan voor deze zorgvraagtypen het algoritme worden verbeterd.

Vraag 2: Welke verschillen zien we tussen de volledige en dynamische route en wat is nodig om die routes op elkaar te kalibreren?

In ongeveer de helft van de gevallen wordt de volledige route gebruikt en in andere helft de dynamische route. Kleinere instellingen ('overig' in figuur C) en vrijgevestigden gebruiken relatief vaker de volledige route. Geïntegreerde instellingen relatief vaker de dynamische route.



Figuur C: Aantal scorelijsten per type aanbieder uitgesplitst naar methode van uitvoeren van zorgvraagtypering.

In 87% van de situaties neemt de behandelaar het meest waarschijnlijke (volledige route) of voorgestelde (dynamische route) zorgvraagtype over. Dit percentage is ongeveer gelijk voor de beide routes. Bij de dynamische route kan vaker geen voorstel worden gedaan (20% ten opzichte van 9% bij de volledige route).

In 5% van de situaties moet volgens de regels van de NZa bij de dynamische route ook een volledige route worden doorlopen. Uit de 12.000 steekproefsituaties blijkt dat het meest waarschijnlijke zorgvraagtype in de volledige route in 94% van de steekproefsituaties hetzelfde is als het voorgestelde zorgvraagtype in de dynamische route. De Adviescommissie vindt dat een hoge score.

In 93% van de steekproefsituaties blijft de behandelaar na de steekproef bij zijn keuze voor het zorgvraagtype op basis van de dynamische route.

Vraag 3. Zijn de data van voldoende kwaliteit om de representativiteit van het algoritme (voor de Nederlandse situatie) te verbeteren? Bij nee, wat is nodig om voldoende kwaliteit te bereiken?

Het is aannemelijk dat de nieuwe dataset representatiever is voor de Nederlandse situatie dan de dataset waarop het huidige algoritme is gebaseerd. Er zijn 500.000 bruikbare

scorelijsten van Nederlandse behandelaars beschikbaar, ten opzichte van de ongeveer 10.000 Engelse scorelijsten die ten grondslag liggen aan het huidige algoritme.

Om een standpunt in te kunnen nemen over de bruikbaarheid van de data voor het verbeteren van het algoritme, wenst de Adviescommissie meer duidelijkheid over de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Ook is meer tijd nodig om de analyses over het algoritme te beoordelen. De Adviescommissie zal een onderzoek naar interbeoordelaarsbetrouwbaarheid laten uitvoeren en in het volgende deel van het advies een conclusie trekken.

Vraag 4. Op welke onderdelen kan de technische werking van het algoritme worden verbeterd of worden vereenvoudigd (denk aan weglaten van vragen)?

Op dit moment worden vier vragen niet meegenomen in algoritme. Dit zijn de items 5, 11, C en Q:

5: Lichamelijke problemen of handicaps

11: Problemen met woonomstandigheden

C: Historisch: Bescherming kwetsbare anderen

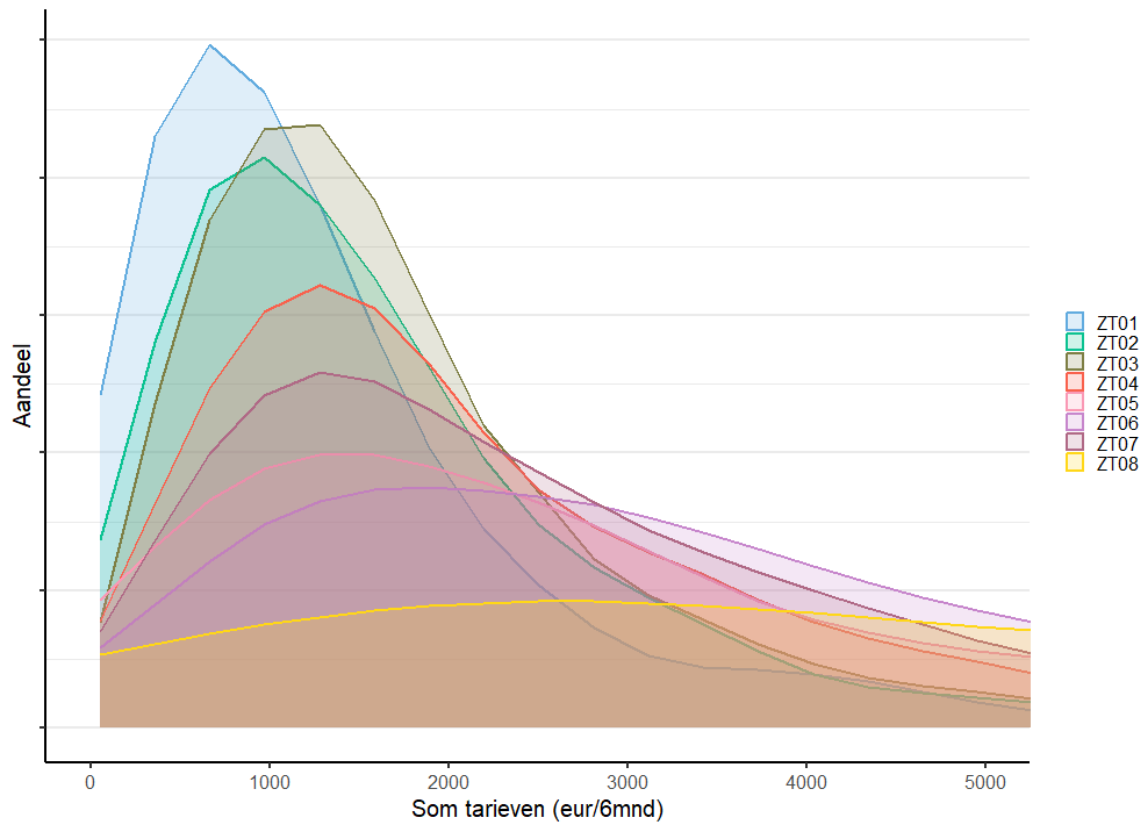
Q: Historisch: Problematisch drank- of drugsgebruik

Meer onderzoek is nodig om vast te stellen of deze items bij het verbeteren van het algoritme een functie zouden moeten krijgen. Ook doet de Adviescommissie nog onderzoek naar de meest bepalende van de wel meegenomen items. Vraag 4 kan daarom pas in deel 3 van het advies worden beantwoord.

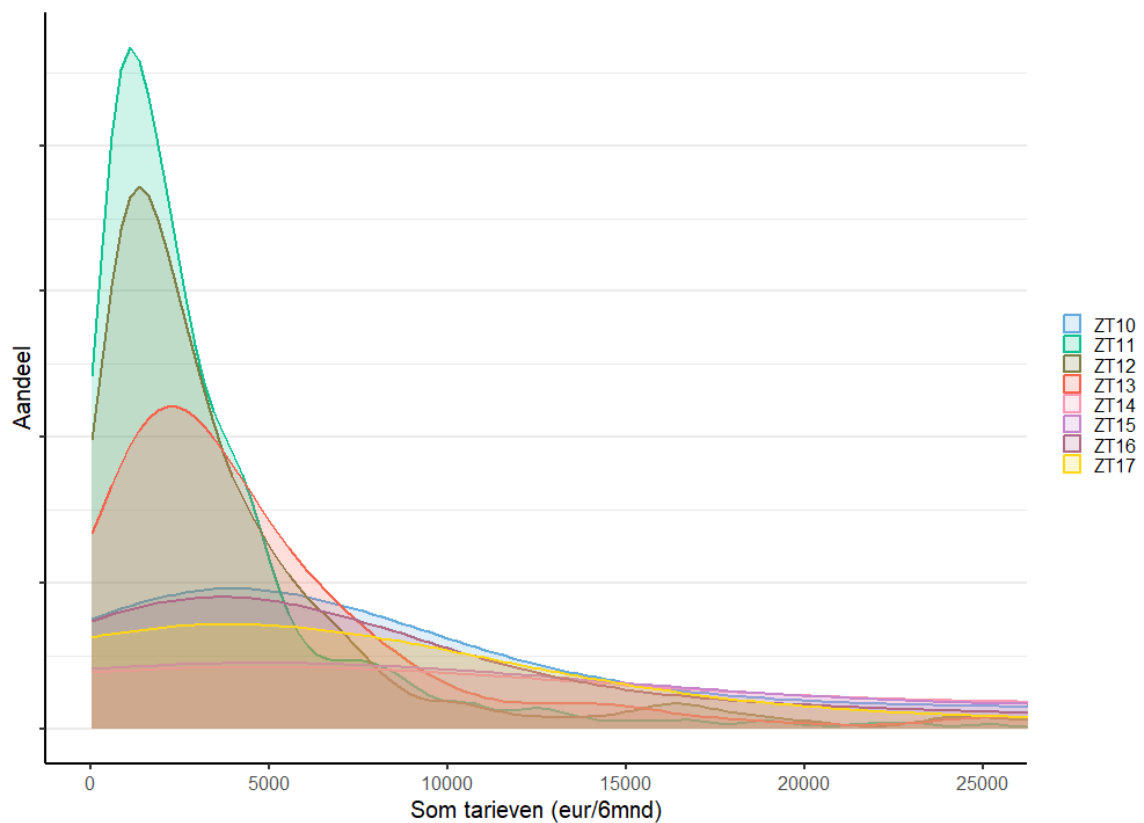
Op de technische werking van het algoritme in brede zin komen we terug in Advies deel 3.

Vraag 5. Bestaan er relaties tussen de zorgvraagtypering en (gemiddelde) behandelinzet? Zo ja, welke relaties kunnen hierbij worden onderscheiden en hoe sterk zijn deze relaties?
Vraag 6. Hoe onderscheidend zijn de zorgvraagtypen ten opzichte van elkaar als het gaat om behandelinzet?

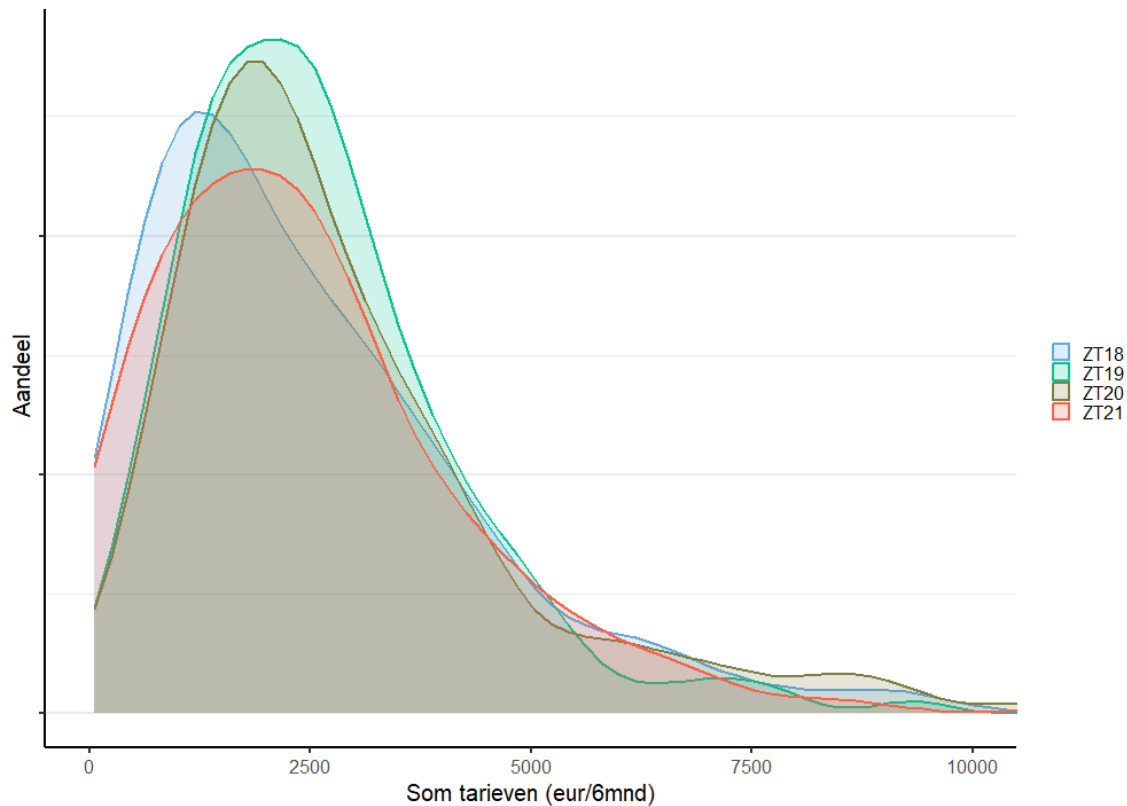
In de figuren hierna zijn per zorgvraagtypering de behandelkosten (uitgedrukt in zorgprestaties x maximumtarief) weergegeven. We zien per zorgvraagtype een andere verdeling van behandelkosten.



Figuur D: verdeling over kosten per zorgvraagtype in hoofdgroep X



Figuur E: verdeling over kosten per zorgvraagtype in hoofdgroep Y.



Figuur F: verdeling over kosten per zorgvraagtype in hoofdgroep Z.

Figuren D, E en F laten per zorgvraagtype zien hoe de spreiding van de som van de tarieven is van alle gemeten (delen van) trajecten. Ook het eerder gedeelde figuur A laat de spreiding zien, maar dan in een ander beeld. De streep daarin is de mediaan en de oranje punten zijn de waarnemingen.

Als we naar de behandelkosten binnen een zorgvraagtype kijken, constateert de Adviescommissie dat de spreiding erg groot is en dat er veel overlap is tussen zorgvraagtypen. De spreiding binnen een zorgvraagtype is groter naar boven dan naar beneden.

De Adviescommissie onderzoekt of dit ook geldt voor nader te bepalen (sub)populaties binnen zorgvraagtypen of over zorgvraagtypen heen. Ook verkent de Adviescommissie alternatieve indelingen. Hier komt de Adviescommissie in een volgend advies op terug.

Vraag 7. Hoe homogeen is de populatie binnen de afzonderlijke zorgvraagtypen (denk aan patiëntkenmerken en behandelinzet)?

Gezien het beperkte percentage van afwijkingen (13%) ten opzichte van het meest waarschijnlijke/voorgestelde zorgvraagtype, is het aannemelijk dat de onderverdeling binnen de items bruikbare profielen vormen voor de zorgvraagtypen.

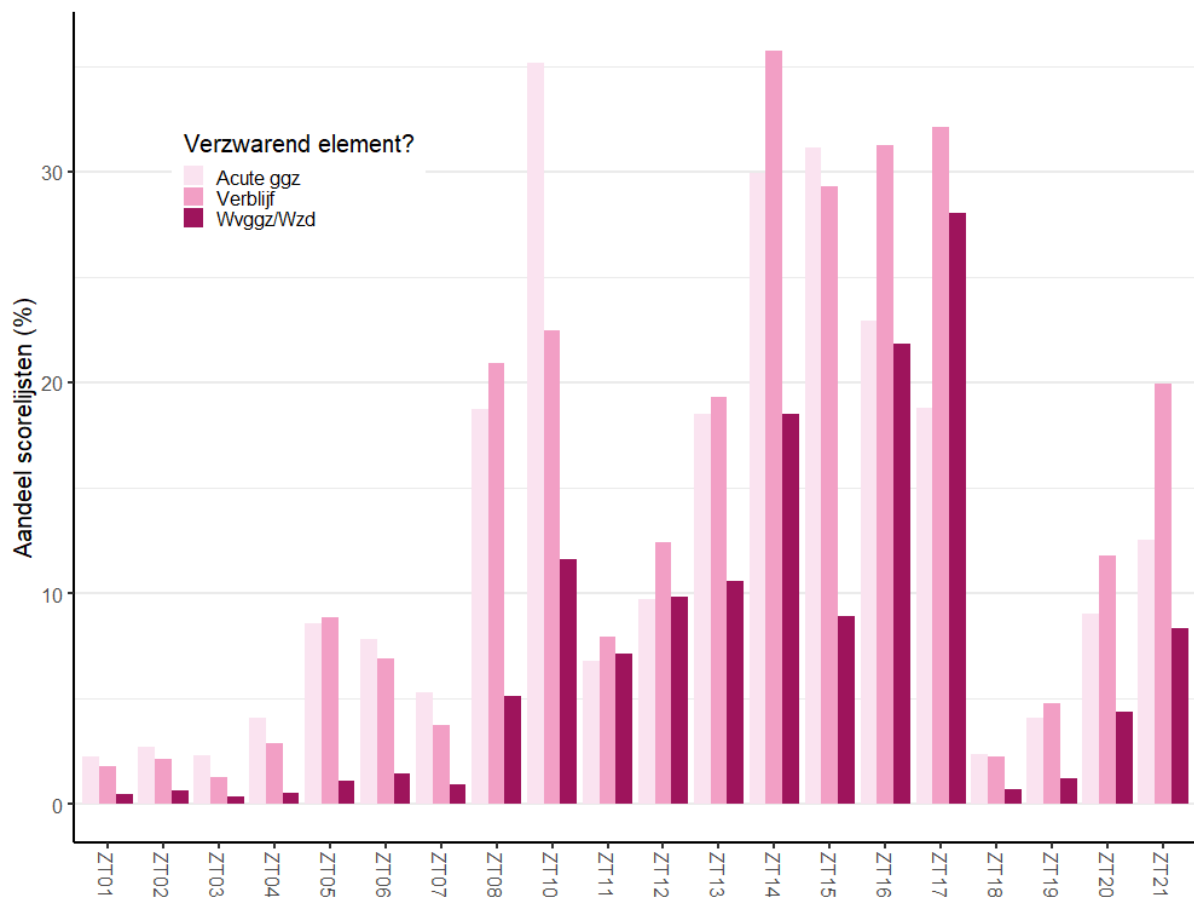
De behandelinzet bij zo'n zorgvraagtype is duidelijk minder homogeen, gelet op de grote spreiding van kosten binnen zorgvraagtypen.

Vraag 8. Welke subpopulaties herkennen we binnen zorgvraagtypen?

Hier moet nog onderzoek naar plaatsvinden.

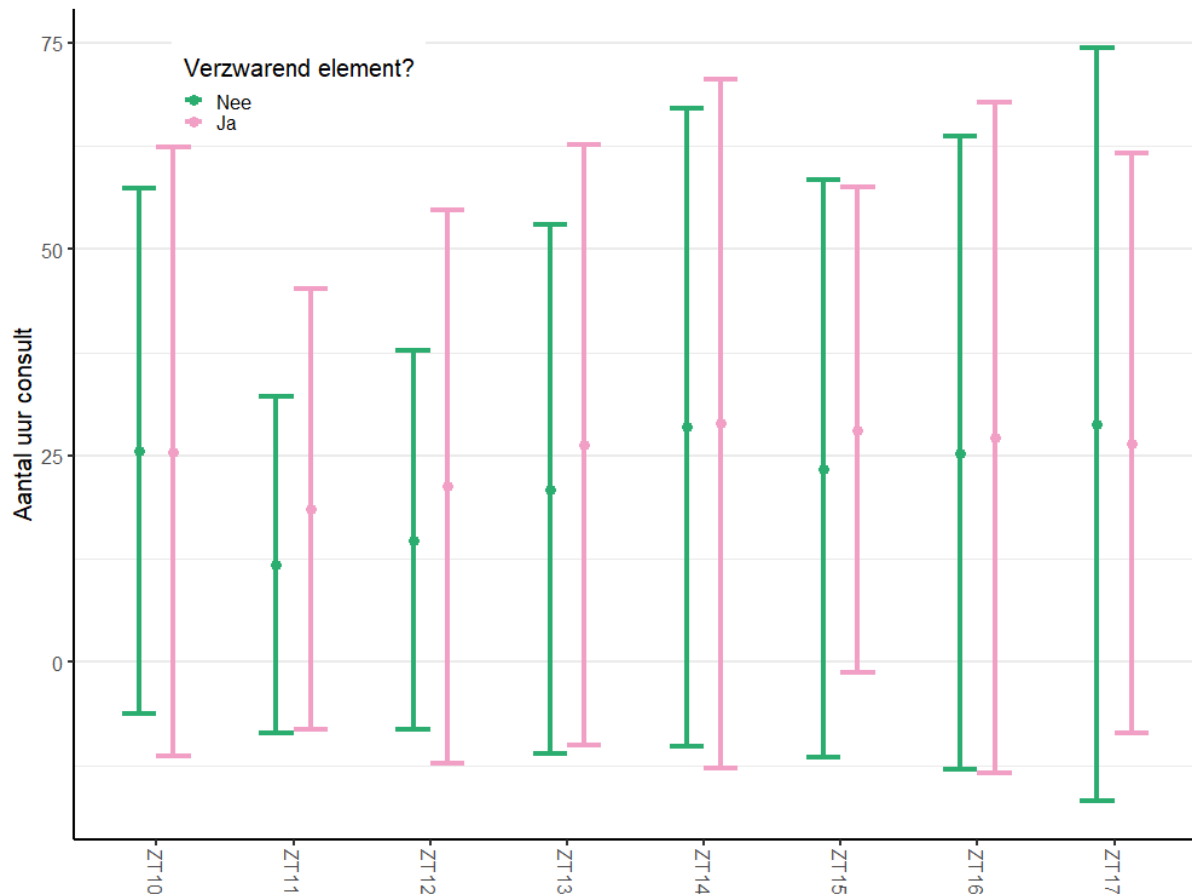
Vraag 9. Kan de homogeniteit binnen een zorgvraagtype worden verbeterd door andere variabelen mee te nemen? Denk aan Wvgzz/wzd, Historie acute ggz en Verblifshistorie.

Deze 'andere variabelen' zien we vooral terug in hoofdgroep Y (zie figuur G).



Figuur G: aandeel verzarend element per zorgvraagtype.

In figuur H lijkt de aanwezigheid van de andere variabelen te leiden tot iets meer consulturen. Of dit ook tot hogere kosten leidt of tot meer homogeniteit valt nog niet te zeggen. Dit is nog niet statistisch getoetst.



Figuur H: De verdeling van het aantal uur directe tijd dat aan consulten is besteed voor trajecten in hoofdgroep Y mét of zonder verzwarend element. Het aantal uur consulten is berekend door de ondergrens van het aantal directe minuten zorg van een consult te nemen.

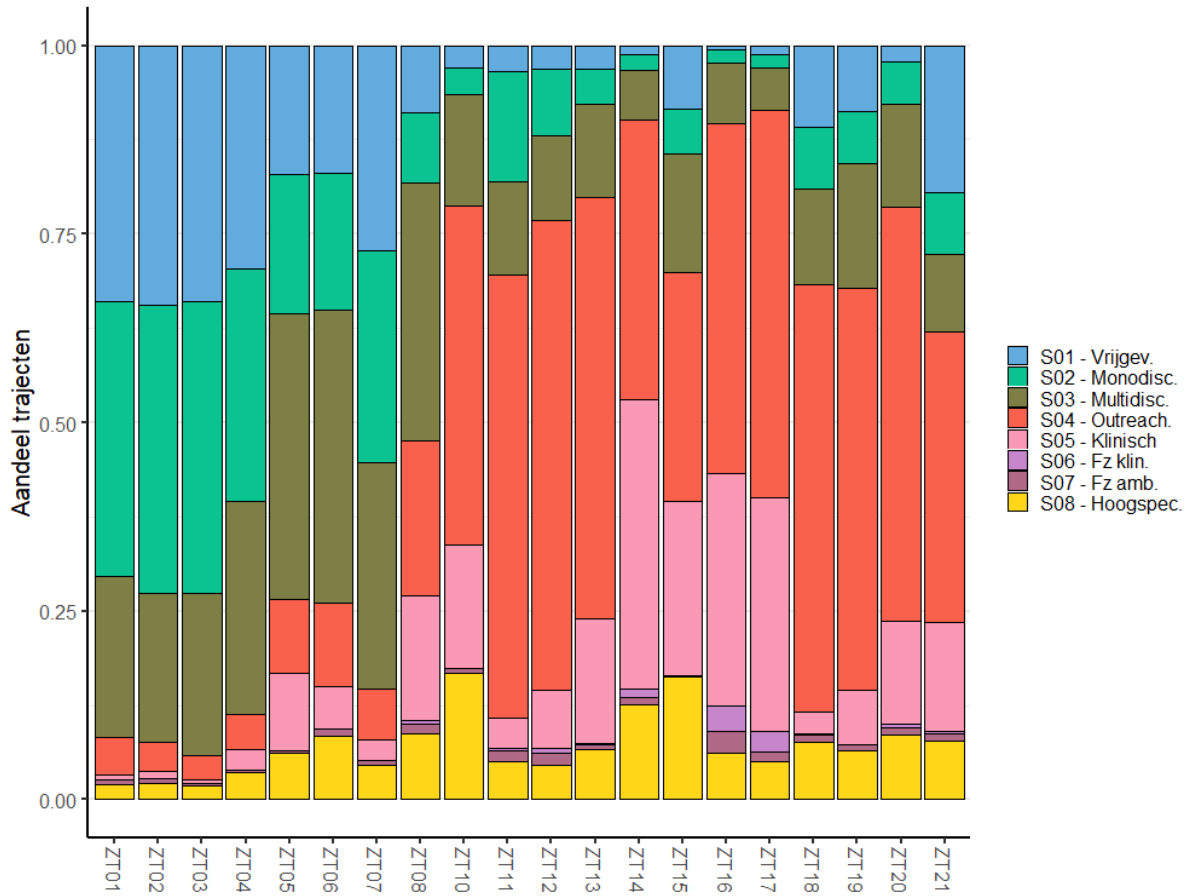
Vraag 10. Wat zijn de relaties tussen het zorgvraagtype en andere informatie-elementen, zoals echelon (gb-ggz, s-ggz), acute ggz, setting en DSM-hoofdgroep?

Onderstaande figuren geven inzicht in relaties tussen zorgvraagtypen en andere informatie-elementen. De Adviescommissie merkt hierbij op dat dit conceptanalyses zijn op basis van niet-volledige gegevens. Definitieve verdelingen kunnen nog afwijken.

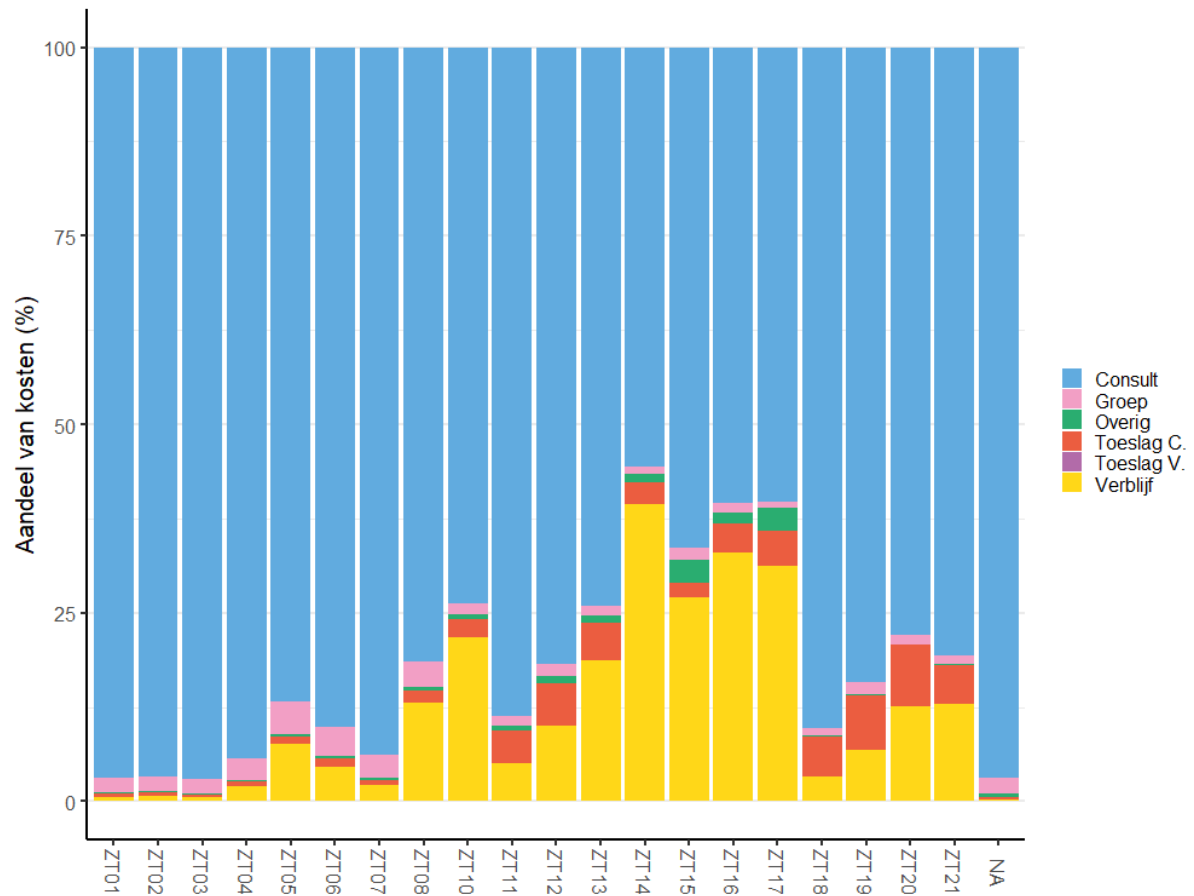
Een aantal algemene bevindingen zijn:

- De outreachende setting is sterk vertegenwoordigd in hoofdgroepen Y en Z.
- Klinische zorg komt vooral voor in hoofdgroep Y
- Common Mental Disorders zien we vooral terug in hoofdgroep X
- Psychotische stoornissen zien we vooral terug in hoofdgroep Y
- Cognitieve stoornissen zien we vooral terug in hoofdgroep Z
- De (voormalige) basis-ggz heeft een groot aandeel in zorgvraagtypen 1 t/m 4 van hoofdgroep X

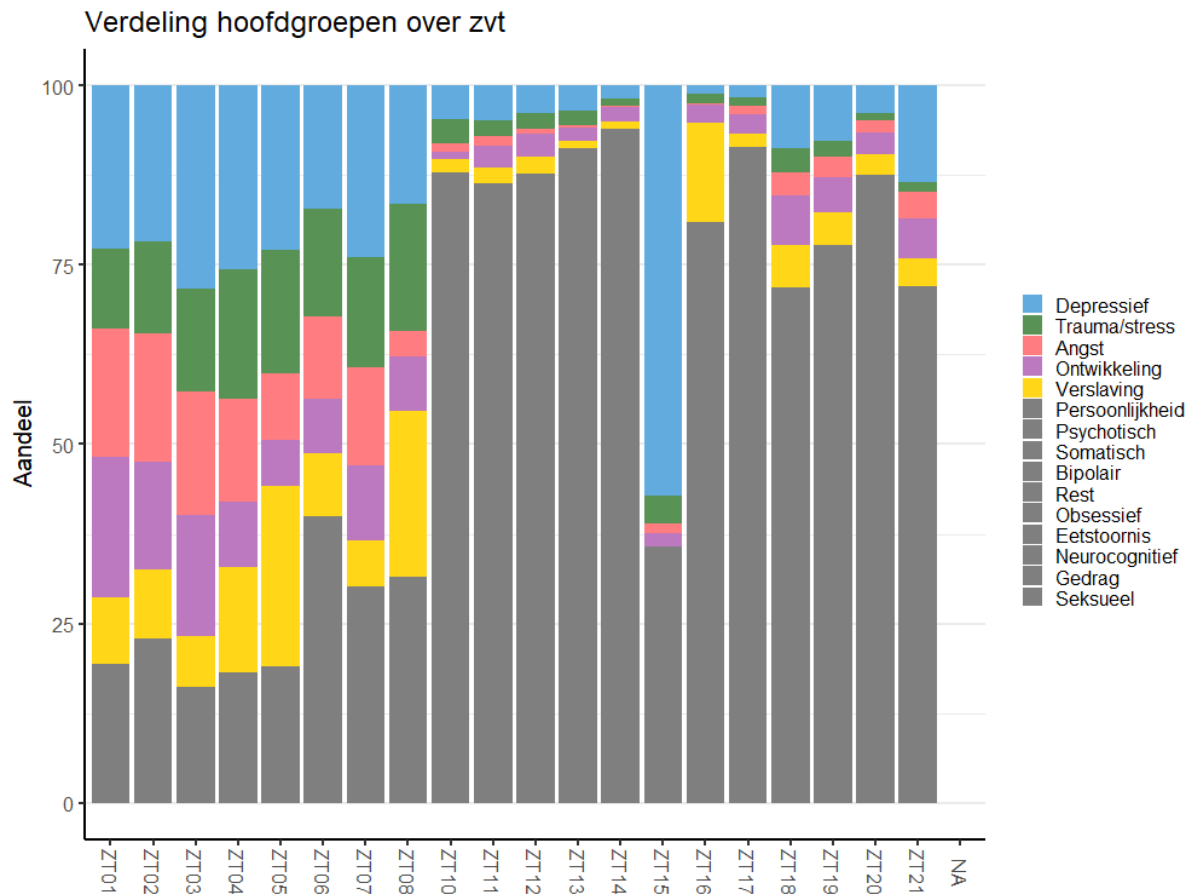
Het is te vroeg om aan deze bevindingen al conclusies of adviezen te verbinden.



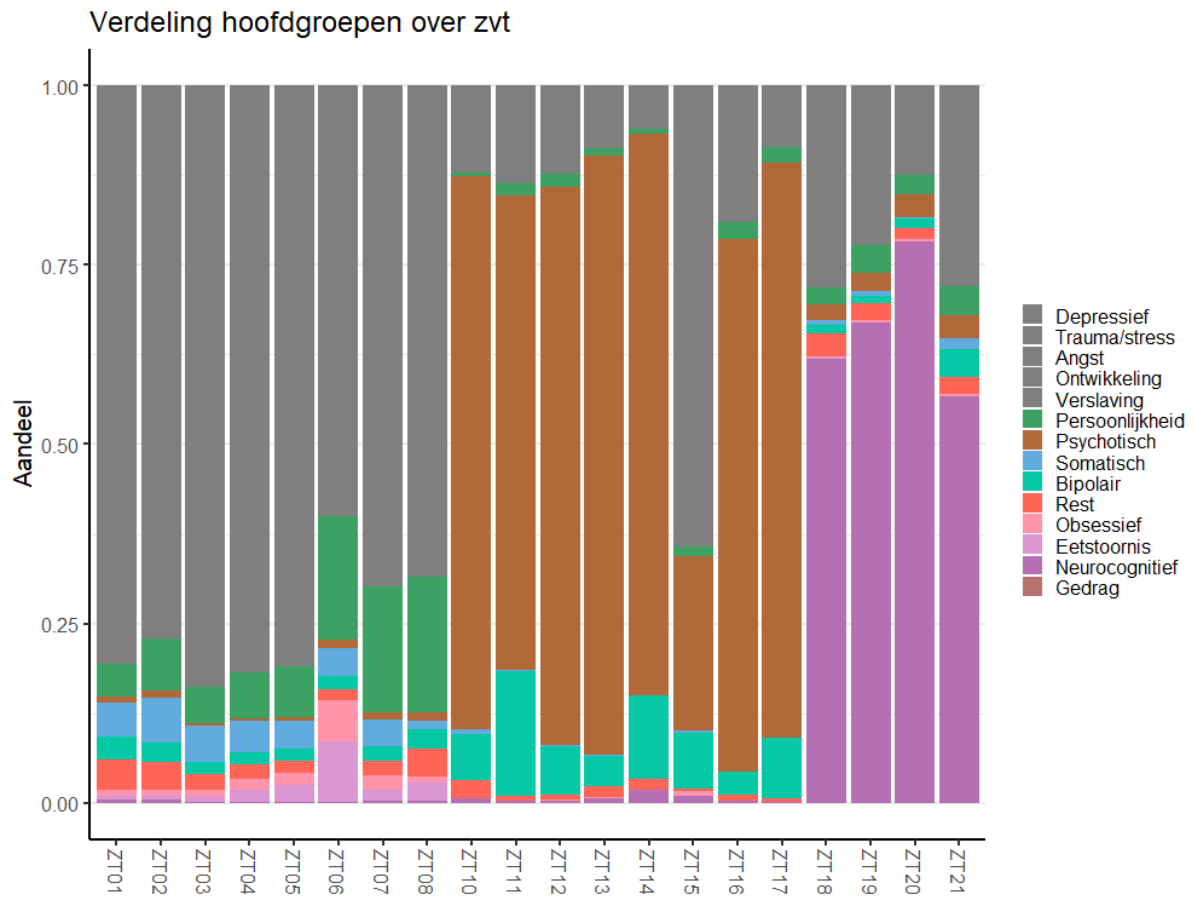
Figuur 1: Verdeling van zorgtrajecten over de settings. De setting is bepaald als setting met het grootste kostenbeslag binnen de eerste zes maanden van het traject.



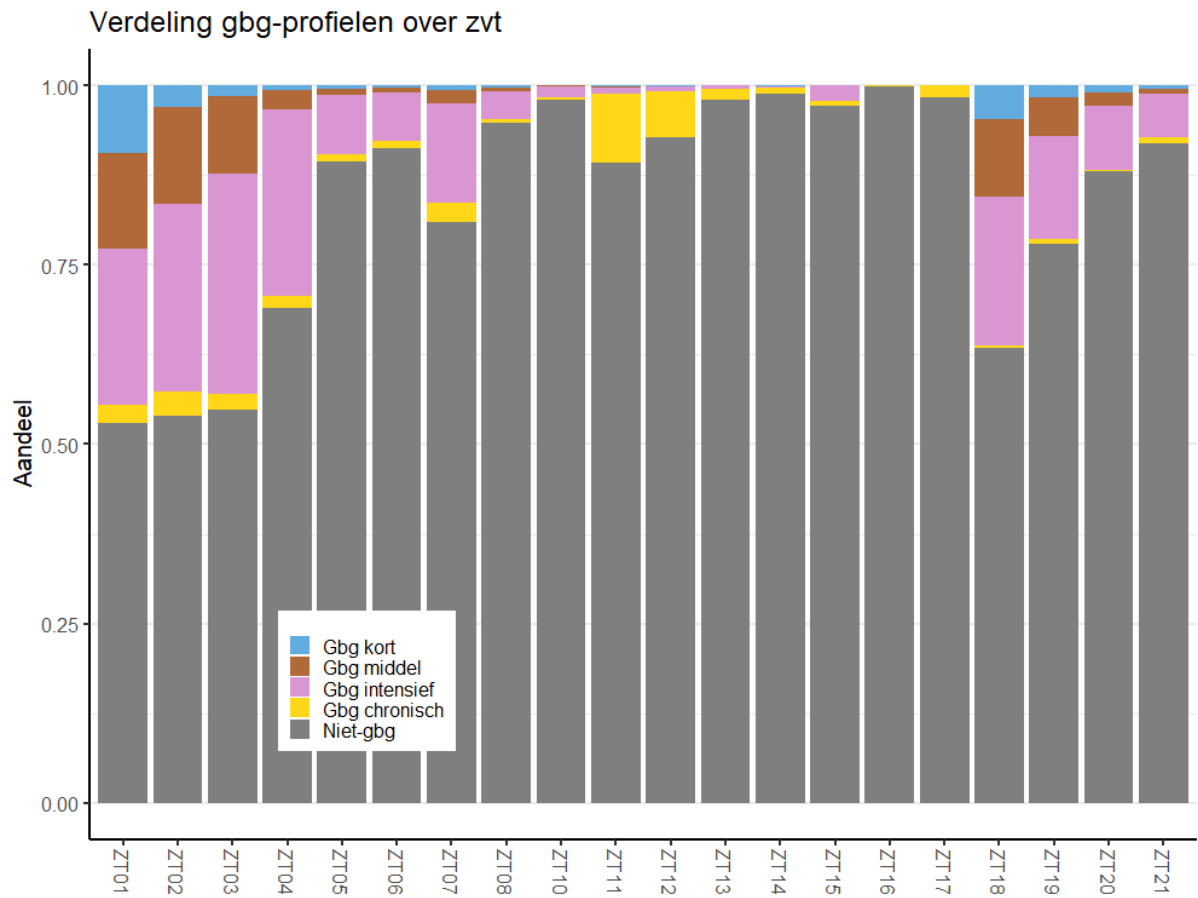
Figuur J: Verdeling van de kosten binnen een zorgvraagtype over de verschillende types prestaties. De kosten zijn berekend als gemiddelde over de kosten van de eerste zes maanden van alle trajecten.



Figuur K: Verdeling van de DSM-hoofdgroepen over de zorgvraagtypen. De hoofdgroepen zijn op volgorde van voorkomen in de dataset geplaatst en in kleur zijn de vijf meest voorkomende hoofdgroepen gevisualiseerd.



Figuur L: Verdeling van de DSM-hoofdgroepen over de zorgvraagtypen. De hoofdgroepen zijn op volgorde van voorkomen in de dataset geplaatst en in kleur zijn de overige hoofdgroepen gevisualiseerd.



Figuur M: relatie tussen zorgvraagtypen en profielen basis-ggz.

3. Adviezen

3.1 Voorspelkracht

Uit de [pilot van het zorgclustermodel](#) bleek dat zorgvraagtypen 18,5% van de spreiding (variantie) van de kosten verklaren. De diagnosehoofdgroep verklaarde ongeveer 6% van de spreiding (variantie). Wanneer meerdere voorspellers werden gecombineerd (zorgvraagtype, diagnosehoofdgroep en aanvullende items uit de scorelijst) werd een verklarende variantie van 27% bereikt.

Advies (1): Maakt een soortgelijke analyse op basis van de nieuwe data en laat daarin ook combinaties zien met andere voorspellers, zoals de 'verzwarende elementen'.

3.2 Aanpassing algoritme volledige route

Ondanks de beperkte dataset waarop het algoritme is gebaseerd, lijkt het algoritme van de volledige route goed te functioneren in de Nederlandse situatie. Het geheel vervangen van het algoritme door een nieuw Nederlands algoritme heeft naar verwachting veel impact, onder andere op de EPD's. Een nieuw algoritme zal veel omvangrijker zijn. Door aanpassing van het huidige algoritme zijn naar verwachting al verbeteringen te realiseren. Zo wordt er vanwege de aanwezigheid van 'rode regels' regelmatig geen 'meest waarschijnlijke zorgvraagtype' gegeven. Voorbeelden van 'rode regels':

- Als één van items 7 of 8 niet score 4 krijgt wordt zorgvraagtype 05 uitgesloten
- Als item 13 een score krijgt lager dan 3 dan wordt zorgvraagtype 06 uitgesloten
- Als item 6 een score krijgt van 0 in hoofdgroep Y, dan is de enige optie zorgvraagtype 11

Advies (2a): Maakt een scenario-analyse inclusief impact op werking en uitvoerbaarheid van de volgende scenario's:

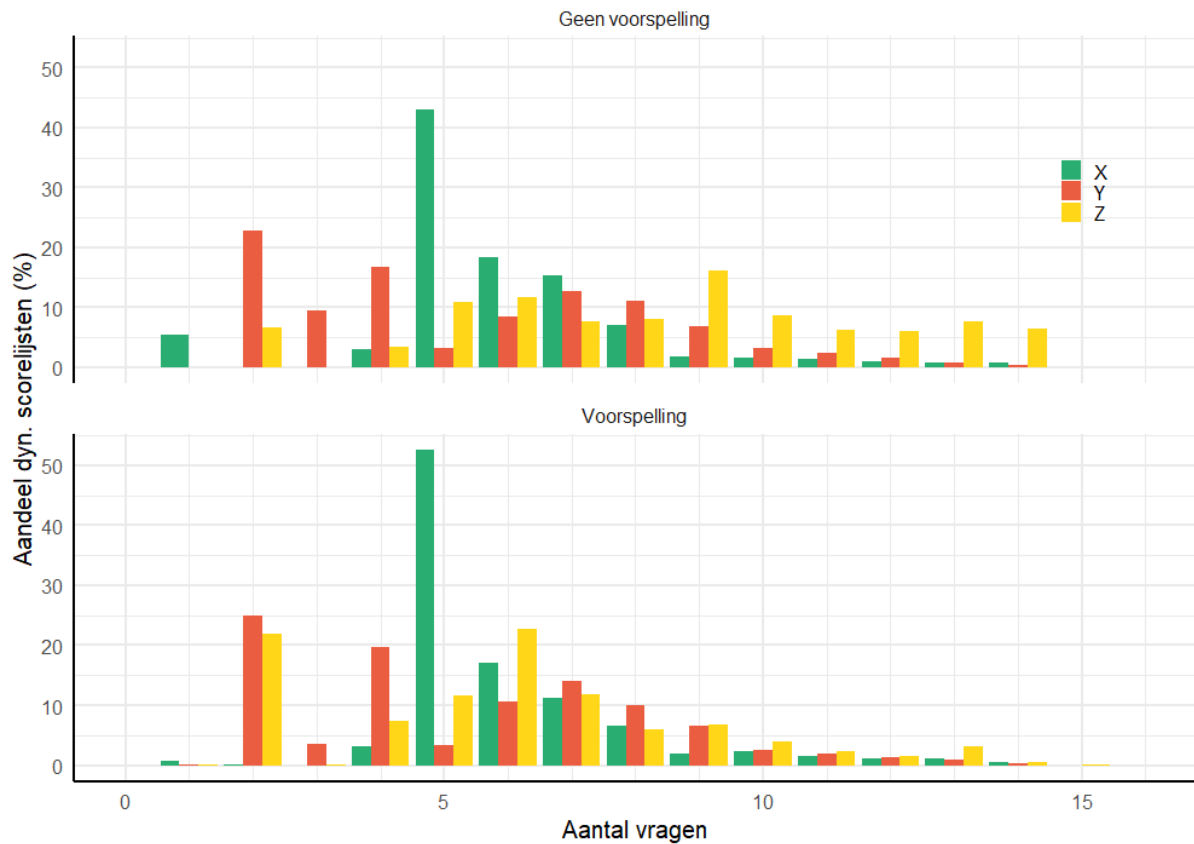
- Volledig aanpassen algoritme naar Nederlandse situatie
- Gericht aanpassen van algoritme om veelvoorkomende knelpunten op te lossen

Advies (2b): Neem maatregelen om het aantal situaties waarin geen voorstel wordt gedaan te verlagen. Neem daarin ook het afschaffen van (een selectie van) rode regels als optie mee.

3.3 Toepassing dynamische route

Er is op dit moment geen aanleiding om te twijfelen aan de bruikbaarheid van de dynamische route van de vragenlijst. De percentages waarin de behandelaar het meest waarschijnlijke respectievelijk het voorgestelde zorgvraagtype overneemt, zijn nagenoeg gelijk (ongeveer 87%). We zien in de analyses dat de dynamische route leidt tot het invullen van beduidend minder items dan bij de volledige route worden ingevuld.

Aantal vragen nodig dynamisch



Figuur N: Het aantal vragen dat nodig is bij het doorlopen van de dynamische zorgvraagtypering per hoofdgroep. Soms kan geen voorspelling gedaan worden (bovenste paneel), terwijl meestal wél een voorspelling wordt gedaan (onderste paneel).

De Adviescommissie ziet wel mogelijkheden om het dynamische algoritme te verbeteren. Dan zal ook het percentage waarin geen voorstel wordt gedaan (20%) verlaagd worden.

Advies (3): Behoud ook in 2025 de dynamische route en verbeter de werking van het algoritme, zodat in meer situaties een voorstel wordt gedaan.

3.4 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

De Adviescommissie en NZa hebben vragen over de vergelijkbaarheid van zorgvraagtyperingen tussen verschillende behandelaren. Daarom is de RUG gevraagd een Plan van aanpak op stellen voor een onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van zorgvraagtypering in de ggz. Dit plan kan naar verwachting half april 2024 worden vastgesteld. Direct daarna kan dan worden gestart met het onderzoek. Dit onderzoek moet in het najaar van 2024 zijn afgerond.

Advies (4): Ondersteun de RUG en de Adviescommissie bij het vaststellen van de Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

4. Vooruitblik Advies deel 3

4.1 Datakwaliteit

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 pleitte eerder hier minimale normen voor te stellen. De NZa heeft de Adviescommissie daarop gevraagd zelf een voorstel voor te doen en de kwaliteitskaders te concretiseren. In deel 3 komen we hierop terug.

4.2 Indeling zorgvraagtypen

In Advies deel 3 hoopt de Adviescommissie ook te adviseren of de huidige indeling van zorgvraagtypen per 2025 kan blijven bestaan, of dat aanpassingen gewenst zijn. De Adviescommissie wil kenbaar maken of de zorgvraagtypen onderscheidend genoeg zijn of dat verdere differentiaties wenselijk zijn. Ook komt de Adviescommissie terug op de zorgvraagtypen die minder vaak worden ingezet en op de analyse van de 'verzwarende elementen'. In een eerdere [knelpuntenanalyse](#) van de Adviescommissie zijn een aantal aandachtspunten benoemd ten aanzien van de herkenbaarheid van zorgvraagtypen. De Adviescommissie zal zich op verzoek van de academische ziekenhuizen ook buigen over de vraag of er in de zorgvraagtypen meer aandacht dient te zijn voor somatische comorbiditeit/multimorbiditeit.

4.3 Aanpassen vragenlijst en algoritme

De Adviescommissie komt met een advies of de vragenlijst aangepast moet worden. In de notitie '[kaders voor doorontwikkeling zorgvraagtypering ggz](#)' is daarvoor ruimte gelaten. Wanneer de scenario-analyses over het aanpassen van het algoritme gemaakt zijn, zal de Adviescommissie ook adviseren over het aanpassen van het algoritme. De opties zijn het volledig aanpassen van het algoritme naar Nederlandse situatie of het gericht aanpassen van het algoritme om veelvoorkomende knelpunten op te lossen.

4.4 Standaardisering van de termijnen voor hertypering

In Advies deel 1 constateerde de Adviescommissie dat het voor de betrouwbaarheid van de toekomstige data belangrijk is dat er meer eenduidigheid komt over de momenten van hertypering. In deel 3, als de data-analyse is afgerond, zullen wij hierover een inhoudelijk advies geven.

4.5 Instructies

De recente updates van de instructies door de Adviescommissie moeten meer helderheid geven voor behandelaren en zijn gericht op het verbeteren van de typering. Wanneer er aanpassingen worden doorgevoerd in de indeling of het algoritme, zullen de instructies verder worden aangepast. Ook wil de Adviescommissie in een nieuwe versie van de instructies meer duidelijkheid geven over het kiezen van de juiste hoofdgroep. De keus voor een hoofdgroep bepaalt welk deel van het algoritme wordt toegepast. De huidige beschrijvingen van hoofdgroepen blijken in de praktijk niet in alle situaties tot een eenduidige keuze te leiden.

4.6 Handreiking dialoog zorgvraagtypering

De Werkgroep Contractering onderzoekt hoe zorgvraagtypering als thema in de dialoog tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar een plek kan krijgen. Samen willen partijen erachter komen hoe zorgvraagtypering het gesprek tussen (zorg)professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars over gepast gebruik, en bij in- en verkoop van zorg voor groepen patiënten, kan faciliteren. Om op basis van gelijkwaardigheid een zinvol gesprek te kunnen voeren, stelt de werkgroep een Handreiking op. Bij Advies deel 3 verwacht de Adviescommissie deze handreiking op te leveren.

4.7 Uitvraag aanvullende gegevens/steekproeven

De Adviescommissie constateert dat de dataset met scorelijsten beperkingen kent door de geselecteerde periode (periode tussen 1 juli 2022 en 1 juli 2023). Met name voor langlopende zorgtrajecten geeft deze dataset een te beperkt beeld over de zorgzwaarte. De Adviescommissie vindt het belangrijk vindt dat we het onderzoek ook richten op de zorg bij de meer complexe zorgvragen, zoals de zorg bij Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA). De Adviescommissie komt hier in deel 3 op terug.

4.8 Opstellen van consumentenomschrijvingen

De Adviescommissie constateert dat de beschrijvingen van zorgvraagtypen niet cliëntvriendelijk zijn en een stigmatiserend effect kunnen hebben als patiënten deze typering tegenkomen op een factuur of op een overzicht in de mijn-omgeving van een zorgverzekeraar. De Adviescommissie heeft daarom aan MIND gevraagd een voorstel te doen voor meer patiëntvriendelijke consumentenomschrijvingen. Deze omschrijvingen kunnen dan gebruikt worden op facturen of in andere vormen van informatievoorziening aan patiënten. Bij Advies deel 3 verwacht de Adviescommissie deze consumentenomschrijvingen op te leveren.

De volgende partijen hebben zitting in de Adviescommissie zorgvraagtypering ggz:

- *De Nederlandse ggz*
- *Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten*
- *MeerGGZ*
- *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)*