

Zorgprestatie­model 2024

Verantwoording van alle wijzigingen en reactie op wijzigingsverzoeken voor het zorgprestatie­model voor 2024.



Update 27 juni 2023

Inleiding

In dit document verantwoordt de NZa de keuzes die zij heeft gemaakt over de wijzigingsverzoeken die zijn ingediend voor het Zorgprestatie­model 2024. Deze verantwoording was een levend document. Dat wil zeggen dat het iedere keer in het onderhoudsoverleg werd besproken. Telkens aangevuld met nieuwe informatie.

Rolverdeling werkgroep – onderhoudsoverleg

De werkgroepen werken de voorstellen uit en adviseren het onderhoudsoverleg. Partijen brengen hun expertise in. Niet hun standpunten of belangen. De standpunten/belangenafweging gebeurt via het onderhoudsoverleg.

Stoplicht wijzigingsverzoeken

Groen: akkoord

Oranje: proces loopt, nog niet afgerond

Rood: wordt niet verder behandeld

Onderwerp	Kleur	Toelichting
Opleiding	Groen	Groen: In de NZa-regels kan het issue er zonder gevolgen uit. Rood zou ook passend zijn: Het echte gesprek gaat over de veldnorm en loopt via het programmaoverleg waarin negatief is gereageerd.
Rijbewijskeuring	Groen	De prestaties komen uit de medisch specialistische zorg en zijn daar vernieuwd. NVvP wordt geconsulteerd.
Psychodiagnostiek: consulten	Groen	Voornemen om voor psychodiagnostiek een nieuwe prestatie te maken.
Psychodiagnostiek indirecte tijd	Groen	Voornemen om voor psychodiagnostiek een nieuwe prestatie te maken.
Productiviteitsonderzoek	Groen	Dit voert de NZa uit.
Tarief verpleegkundig specialist	Rood	Uitgangspunt dat cao-wijzigingen in het kpo worden meegenomen.
Inkomstendaling vrijgevestigd psychotherapeut	Oranje	Ingetrokken voor 2024 en ingediend voor 2025.
Tekstuele verduidelijkingen	Groen	Verduidelijkingen zonder beleidsmatige gevolgen.
Forensische zorg		
Volledig pakket thuis	Groen	Concrete voorstel ligt er en de werkgroep is unaniem voor.
Kwaliteitskader fz	Groen	Afspraak: 2023 – 2025 max-max en nacalculatie, vanaf 2026 NZa-tarieven.
Toeslag TBS voor ZZP-C	Groen	Voornemen voor overige prestatie die ook voor ambulante fz geldt.
Indirecte tijd For-FACT	Oranje	Uitzoekpunt: contact is gelegd. Uitzoeken richting 2025.
Afschaffen max-max tarief ZZP's en EP's	Rood	DJI heeft dit wijzigingsverzoek ingetrokken.
Acute ggz	Oranje	Deel is doorgeschoven naar 2025.

Samenvatting

Als introductie hierbij een korte samenvatting van een aantal onderwerpen.

IZA - consultatiefunctie sociaal domein

In het IZA zijn er afspraken gemaakt over diverse onderwerpen die mogelijk kunnen leiden tot wijzigingen in de productstructuur van de NZa. Onder leiding van VWS wordt over deze onderwerpen in werkgroepen afgestemd.

Eén van de onderwerpen is de behoefte aan bekostiging van de consultatiefunctie sociaal domein: 'kijk- en luistergeld' functie zoals benoemd in zorg op de juiste plek: brede triage, consultatie, en het realiseren van flexibel inzetbare nazorg vanuit de ggz. Om hier invulling aan te geven, zullen partijen met elkaar vaststellen wat hier precies onder wordt verstaan, onder welke omstandigheden hier behoefte aan is, en welke partij waarvoor verantwoordelijk is.' Waarschijnlijk zal er een overige prestatie komen die wordt afgestemd in de werkgroep consultatiefunctie sociaal domein onder leiding van VWS. Randvoorwaarde voor deze prestatie wel is dat VWS een aanwijzing aan de NZa geeft. Dan zal de NZa deze overige prestatie in de B-release van dit jaar laten meelopen.

Correctie van de index

VWS berekent jaarlijks de indexeringspercentages die wij gebruiken om tarieven vast te stellen. Een daarvan is het indexeringspercentage voor materiële kosten. In de brief die VWS ons op 9 maart heeft gestuurd is een indexeringspercentage van 9,99% opgenomen voor materiële kosten 2023. Dit had echter 7,02% moeten zijn. VWS heeft ons verzocht de tarieven opnieuw te berekenen en naar beneden bij te stellen met gebruik van het nieuwe juiste percentage van 7,02%. De tarieven voor de ggz en fz waren, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de msz, in maart jl. nog niet gepubliceerd, waardoor we voor het publiceren van de ggz en fz tarieven op 1 juli direct de juiste percentages gebruiken.

Schrappen DSM-hoofdgroep op factuur

Het nieuwe systeem van zorgvraagtypering moet de functies van de DSM-diagnosehoofdgroep gaan overnemen na een transitiefase van twee jaar. Het na de transitieperiode schrappen van verplichting dat de DSM-hoofdgroep op de factuur vermeld moet worden is toegezegd aan de Autoriteit Persoonsgegevens. Op basis van deze informatie konden de NZa-regels de beoordeling van de Autoriteit Persoonsgegevens doorstaan.

We lopen er nu medio 2023 tegenaan dat de afbakening van de transitieperiode in de tijd voorbij is, maar er minder tijd is geweest voor een succesvolle omzetting dan van tevoren gedacht omdat de benodigde data later beschikbaar is. Daarmee is er ook veel later inzicht in zorgvraagtypering van verzekerden en konden verzekeraars ook pas later aan de slag met het kalibreren van hun controle- en inkoopprocessen. Om deze reden verzoeken partijen de transitieperiode te verlengen. Het lijkt de NZa noodzakelijk om de transitieperiode met één jaar te verlengen. De NZa is daarom voornemens de voorgenomen schrapping per 2024 van de verplichting om DSM-informatie aan te leveren met één jaar uitstellen en de DSM-hoofdgroep in 2024 als informatie-element bij declaratie te blijven verplichten. Dit legt de NZa nog wel voor aan de Autoriteit Persoonsgegevens.

Psychodiagnostiek

Binnen het consulttype 'diagnostiek' bij complexe casussen, waarbij aanvullend uitgebreid psychologisch onderzoek nodig is (psychodiagnostiek), signaleren behandelaren dat zowel de maximale directe tijd als de verdisconteerde indirecte tijd onvoldoende is om een kwalitatief goed psychodiagnostisch proces te kunnen doorlopen om tot een juiste diagnose en/of indicatiestelling te

komen. Ook krijgt de NZa het signaal dat in deze gevallen de tarieven die gekoppeld zijn aan de prestaties niet kostendekkend zijn.

De NZa maakt daarom één prestatie psychodiagnostiek, waarin zowel de directe- als de indirecte tijd uit analyses wordt meegenomen. De NZa vindt dat deze oplossing het beste recht doet aan de beschikbare data. Dit vraagt in de komende onderhandelingsronde geen heronderhandeling over het 120+ consult voor algemene diagnostiek. Tegelijkertijd doet deze optie recht aan de zogenaamde U-vorm in de indirecte tijd voor psychodiagnostiek, waarbij de indirecte tijd relatief sterk stijgt bij de langste consulten. De aanpassing zal dan ook de bovenkant van de tijdsranges betreffen. Eén nieuwe prestatie lost het probleem op dat psychodiagnostiek niet ideaal past in het ZPM, zonder het nieuwe model op de schop te nemen.

De NZa gaat over prestaties en tarieven. Daarom zal de NZa de prestatiebeschrijving en het tarief vaststellen. De inhoudelijke afbakening van de zorginhoudelijke vragen wat psychodiagnostiek is, en waar de grens ligt met reguliere diagnostiek, moeten niet bij de NZa liggen. Daarom verwijzen we daarvoor naar de tekst van NIP en NVP.

Productiviteitsonderzoek

In een Bestuurlijk Overleg tussen ZN, dNggz en de NZa is naar voren gebracht dat de tarieven voor consulten niet passend zouden zijn. De NZa heeft daarop toegezegd een productiviteitsonderzoek te doen. Volgens dNggz is de indirecte tijd namelijk onvoldoende opgenomen in de tarieven. De NZa publiceert een los verantwoordingsdocument over dit productiviteitsonderzoek.

Bestuurlijke consultatie

V&VN steunt de voornemens van de NZa.

LVVP reageert alleen op het onderwerp psychodiagnostiek en stelt voor om te spreken van uitgebreide psychodiagnostiek.

De NFU stemt in met de conceptverantwoording.

DJI kan zich grotendeels vinden in de voornemens van de NZa. De definitie van psychodiagnostiek is nog onvoldoende concreet om te kunnen instemmen. DJI benadrukt dat herijking of aanpassing van de tarieven of tariefstructuur alleen mogelijk is als deze recht doet aan de systematiek en robuust door de NZa onderbouwd kan worden. De inschatting van DJI is dat er meer onderzoek nodig is naar de oorzaken van de grote spreiding tussen zorgaanbieders voordat aanpassing van het model mogelijk is.

ZN onderschrijft een aantal punten of heeft geen opmerkingen. Bij een aantal fz-onderwerpen verzoekt ZN in het verantwoordingsdocument toe te lichten dat dit niet de Zvw raakt. Voor psychodiagnostiek verzoekt ZN een contractvereiste toe te voegen. Op het schrappen van de DSM-informatie heeft ZN los gereageerd. Voor somatische comorbiditeit benoemt ZN als randvoorwaardelijk dat de zwaarte van de zorg in het EPD vastgelegd moet worden met de typering van Kishi en Cathol en dat de zorgaanbieder integraal dient te voldoen aan de generieke module ziekenhuispsychiatrie of de veldnorm MPU.

DNggz benoemt dat afstemmen over veldafspraken over andere informatieproducten belangrijk is. Per 1 juli moet alles duidelijk zijn. De tijd tot 1 januari 2024 hebben epd-leveranciers, ketenpartijen en de zorgadministraties nodig om de benodigde aanpassingen te bouwen en implementeren. DNggz steunt de voornemens van de NZa op een aantal punten. DNggz vraagt om de transitieprestatie te verlengen tot 2026. Voor de toeslag psychodiagnostiek vraagt dNggz om een duidelijker definitie en financiële impact per aanbieder. Ook voor somatische comorbiditeit vraagt dNggz om de financiële impact. De wens om de tijdsduur van groepsconsulten aan te passen hoort dNggz ook bij haar leden, ook hier is belangrijk dat op 1 juli alle aanpassingen helder zijn. Voor de levensloopregeling ketenveldnorm vraagt dNggz om verlenging van de tijdelijke oplossing.

NIP is voorstander van de voorgestelde oplossingsrichting voor psychodiagnostiek. NIP biedt aan de - samen met een brede afvaardiging uit het werkveld opgestelde - definitie nogmaals te bespreken met partijen. NIP benoemt als cruciaal dat de ontstane knelpunten z.s.m. worden opgelost en worden verwerkt in de regelgeving voor 2024. Verder benoemt NIP behoefte te hebben aan impactanalyses en effecten van voorgestelde wijzigingen. Tot slot benoemt NIP dat een positief advies van de AP een belangrijke voorwaarde is om akkoord te gaan met voorgestelde verlenging van de transitieperiode en het noodzakelijk te vinden dat de opt-out regeling onverkort van kracht blijft.

Mind, P3NL, MeerGGZ, VGN, NVvP en NVZ hebben niet gereageerd op het verzoek om reactie op de voornemens van de NZa.

Inhoudsopgave

Inleiding	2
Rolverdeling werkgroep – onderhoudsoverleg	2
Stoplicht wijzigingsverzoeken	2
Samenvatting	3
Bestuurlijke consultatie	5
Inhoudsopgave	6

1 Nieuwe prestaties 10

1.1	Volledig pakket thuis	11
1.1.1	Indiener	11
1.1.2	Knelpunt vanuit indiener	11
1.1.3	Voorgestelde oplossing	11
1.1.4	Voorgestelde werkwijze	11
1.1.5	Vragen/opmerkingen vanuit onderhoudsoverleg	11
1.1.6	Uitwerking door werkgroep	11
1.1.7	Beoordelingscriteria	12
1.2	Psychodiagnostiek: consulten	12
1.2.1	Indiener	12
1.2.2	Knelpunt vanuit indiener	12
1.2.3	Voorgestelde oplossing	12
1.2.4	Voorgestelde werkwijze	12
1.2.5	Vragen vanuit onderhoudsoverleg	13
1.2.6	Uitwerking door werkgroep	13
1.2.7	Wijziging in NZa-regels	14

2 Tariefverzoeken 15

2.1	Tarief verpleegkundig specialist	16
2.1.1	Indiener	16
2.1.2	Knelpunt vanuit indiener	16
2.1.3	Voorgestelde oplossing	16
2.1.4	Werkwijze	16

2.1.5	Reactie NZa	16
2.2	Inkomstendaling psychotherapeuten	17
2.2.1	Indiener	17
2.2.2	Knelpunt vanuit indiener	17
2.2.3	Voorgestelde oplossing	17
2.2.4	Voorgestelde werkwijze	17
2.3	Kwaliteitskader fz	18
2.3.1	Indiener	18
2.3.2	Knelpunt vanuit indiener	18
2.3.3	Voorgestelde oplossing	18
2.3.4	Voorgestelde werkwijze	18
2.3.5	Vragen onderhoudsoverleg	18
2.3.6	Uitwerking door werkgroep	19
2.3.7	Beoordelingscriteria	19
2.4	Productiviteitsonderzoek	19
2.4.1	Indiener	19
2.4.2	Knelpunt vanuit indiener	20
2.4.3	Voorgestelde wijziging	20
2.4.4	Werkwijze	20
2.4.5	Uitkomsten	20
2.5	Psychodiagnostiek indirecte tijd	20
2.5.1	Indiener	20
2.5.2	Knelpunt	21
2.5.3	Voorgestelde wijziging	21
2.5.4	Werkwijze	21
2.6	Forensische zorg	21
2.6.1	Toeslag TBS	21
2.6.2	Indirecte tijd For-Fact	23
3	Wijzigingen regelgeving	24
3.1	Opleiding	25

3.1.1	Indiener	25
3.1.2	Knelpunt vanuit indiener	25
3.1.3	Voorgestelde oplossing	25
3.1.4	Werkwijze	26
3.1.5	Impact op de NZa-regelgeving	26
3.2	Afschaffen max-max	26
3.2.1	Indiener	26
3.2.2	Knelpunt vanuit indiener	26
3.2.3	Voorgestelde wijziging	26
3.2.4	Voorstel werkwijze	27
3.2.5	Vraag vanuit het OO	27
3.2.6	Uitwerking door werkgroep	27
3.3	Technische wijziging prestaties rijbewijskeuring	27
3.3.1	Indiener	27
3.3.2	Knelpunt vanuit indiener	27
3.3.3	Oplossing	27
3.3.4	Voorgestelde werkwijze	28
3.4	Informatie verplichting ZPM	28
3.5	Tekstuele verduidelijkingen	28
3.5.1	NZa-verduidelijkingen	28
3.5.2	Aanspraak vormvrij omschrijven (ggz)	30
3.5.3	Prestatiebeschrijvingen ZZP's en EP's voor fz	30

4 IZA onderwerpen 31

4.1	Inleiding	32
4.2	Consultatiefunctie sociaal domein	32
4.3	Verkennd gesprek	32
4.4	Levensloopregeling	32

5 Reeds besloten 33

5.1	Schrappen informatieverplichting DSM hoofdgroep op factuur	34
5.1.1	Voorgeschiedenis	34

5.1.2	Transitieperiode	34
5.1.3	Wat nu?	35
5.2	Somatische co-morbiditeit	35
5.3	Tijdsduur groepsconsulten van 30 naar 15 minuten	37
5.4	Schrappen transitieprestatie	37
5.5	Registratie productiviteit	37
5.6	Prestaties arts-specialist setting ambulante – kwaliteitsstatuut sectie II	37
6	Acute ggz	39
7	Bijlagen	41
7.1	Bijlage 1: Werkdocument somatisch-psychiatrische comorbiditeit	42
7.2	Bijlage 2 – Definitie psychodiagnostiek NIP en NVP 2023	66

1 Nieuwe prestaties

Dit hoofdstuk bevat alle wijzigingsverzoeken die als voorgestelde oplossing hebben om nieuwe prestaties toe te voegen.

1.1 Volledig pakket thuis

1.1.1 Indiener

DJI

1.1.2 Knelpunt vanuit indiener

Het (innovatieve) experiment Volledig Pakket Thuis (VPT) loopt af. Na afloop van het experiment Volledig Pakket Thuis, wil DJI deze prestatie graag opnemen in de reguliere bekostiging voor de forensisch zorg.

1.1.3 Voorgestelde oplossing

VPT is de afgelopen jaren aangeboden in de vorm van een experiment. Nu de meerwaarde is gebleken wil DJI dit graag als reguliere prestatie mogelijk maken. Door het opnemen van VPT als regulier product kan het opgenomen worden in de in te kopen producten door zorgaanbieders. Hiermee krijgen alle fz zorgaanbieders de mogelijkheid dit aan te bieden. Voor de nieuwe contracten voor fz per 1 januari 2024 wil DJI VPT opnemen in de prestaties binnen de aanbesteding (publicatie augustus 2023).

Per mail van 3 februari 2023 stelt DJI concreet voor om de volgende prestaties toe te voegen:

VPT GGZ Wonen 1 t/m 5 exclusief behandeling, exclusief dagbesteding

VPT GGZ Wonen 1 t/m 5 exclusief behandeling, inclusief dagbesteding

VPT VG 1 t/m 8 exclusief behandeling, exclusief dagbesteding

VPT VG 1 t/m 8 exclusief behandeling, inclusief dagbesteding

1.1.4 Voorgestelde werkwijze

Dit wijzigingsverzoek uitwerken in de werkgroep fz.

1.1.5 Vragen/opmerkingen vanuit onderhoudsoverleg

- Voor '24 is de scope alleen fz
- Past dit binnen het ZPM/structuur?
- Hoe gaat het na afloop van de titel? Raakt het de Zvw?
- Beschrijving van het soort zorg?

1.1.6 Uitwerking door werkgroep

Op 2 december 2022 is de werkgroep bij elkaar gekomen. Het volgende is besproken. Beveiliging maakt geen deel uit van de VPT voor fz. Alles zit er verder in, behalve de huur van de woning. De vraag is nu welke prestatiebeschrijvingen aangehouden moeten worden: welke zorg wordt geleverd? DJI heeft in het experiment de laatste beschrijving uit de AWBZ opgenomen. De werkgroep neemt als uitgangspunt dat het de nieuwste prestaties moeten zijn. DJI komt hierop terug. Intentie van de werkgroep is om de prestaties in te voeren voor de forensische zorg. Zodra helder is om welke prestaties het precies gaat,

beoordeelt de werkgroep wat het betekent voor gegevens- aanleverstandaard, indicatiestelling en plaatsingsbesluit.

Op 21 februari 2023 is de werkgroep unaniem voor de voorgestelde prestaties. De prestaties gelden alleen voor de forensische zorg.

1.1.7 Beoordelingscriteria

Het wijzigingsverzoek is gedaan na een succesvol experiment. Aanbieders en inkoper delen de wens om de prestaties in te voeren. Dit verzoek draagt bij aan de doorstroom van patiënten, ontschotting en gepaste zorg en heeft daarmee ook duidelijk maatschappelijke noodzaak. Het tarief sluit aan bij de lichtst mogelijke setting en het toevoegen van de VPT-prestaties lijkt op lange termijn zinvol. Waar de omvang van VPT in fz in 2019 nog te beperkt was om aparte prestaties te rechtvaardigen, is dat nu anders. Het gaat om bestaande duidelijk omschreven prestaties en de zorg wordt al enige jaren geleverd in de vorm van een experiment. Daarmee zijn de prestaties herkenbaar voor de praktijk en hoeft er geen nieuw tarief te worden bepaald. De prestaties vallen onder de reikwijdte van de Wmg aangezien het onder de Wlz valt. Aangezien de prestaties alleen als experiment zijn aangeboden is de nieuwe prestatie onderscheidend. Overdreven verfijning is hier niet van toepassing.

1.2 Psychodiagnostiek: consulten

1.2.1 Indiener

NIP/NVGzP & NVP

1.2.2 Knelpunt vanuit indiener

Het probleem is dat binnen het consulttype 'diagnostiek' bij complexe casussen, zowel de maximale directe tijd als de verdisconteerde indirecte tijd onvoldoende is om een kwalitatief goed psychodiagnostisch proces te kunnen doorlopen om tot een juiste diagnose en/of indicatiestelling te komen. Ook zijn in deze gevallen de tarieven die gekoppeld zijn aan de prestaties niet kostendekkend. Deze problemen doen zich voor bij hoog complexe casussen waarbij aanvullend uitgebreid psychologisch onderzoek nodig is, hieronder getypeerd als psychodiagnostiek.

1.2.3 Voorgestelde oplossing

1. Toestaan dat er meerdere diagnostiekconsulten mogen worden uitgevoerd door één zorgverlener per dag voor dezelfde cliënt (hoewel dit volgens de beleidsregel Prestaties en tarieven GGZ en fz mag, wordt dit vaak uitgesloten in de contracten van zorgverzekeraars)

en

2. Het toevoegen van prestaties vanaf 150 en 180 minuten.

1.2.4 Voorgestelde werkwijze

Aparte werkgroep

1.2.5 Vragen vanuit onderhoudsoverleg

- Zijn we niet te veel aan het verfijnen?
- Betreft het alle settings en alle beroepen?

1.2.6 Uitwerking door werkgroep

Op 29 november 2022 heeft de eerste werkgroep psychodiagnostiek plaatsgevonden, met deelnemers vanuit het NIP, dNggz, OIZ, ZN en de NZa. De afbakening van de werkgroep is besproken. Enkele knelpunten uit het wijzigingsverzoek (tekort indirecte tijd, intercollegiale consultatie wordt ontmoedigd) worden in breder verband onderzocht in de werkgroep productiviteit.

De werkgroep heeft zich daarna vooral gericht op de volgende vragen:

- Wat is de omvang van het probleem m.b.t. de directe tijd: moeten we wel iets oplossen? Naar aanleiding van data-analyse, is dit onderwerp in het overleg van 31 januari besproken. Op basis van de data, gecombineerd met ervaringen uit de praktijk heeft de NZa geconcludeerd dat het een knelpunt betreft waar we een oplossing voor moeten zoeken.

Uit de analyses bij het tot stand komen van het ZPM kwam naar voren dat de range 120+ weinig echte uitschieters zou kennen, en voldoende homogeen zou zijn. Dat blijkt nu in de praktijk toch niet het geval te zijn. Wellicht doordat de indirecte tijd die nodig is voor het uitwerken van testafname onterecht als algemeen indirecte tijd (bijvoorbeeld de dag na de afname van de testen) is geregistreerd. Hoe dan ook komt de NZa tot de conclusie dat dit knelpunt opgelost moet worden.

- Hoe kunnen we het knelpunt m.b.t. de directe tijd oplossen?
- Gezien het feit dat de werkgroep productiviteit het probleem met de indirecte tijd voor psychodiagnostiek niet specifiek kan oppakken: wat kunnen we hier eventueel aanpassen?
- Er is onvoldoende duidelijk wat het onderscheid is tussen diagnostiek en psychodiagnostiek. Wat kan de werkgroep op dit punt toevoegen? Deze actie is vooral bij NIP/NVgzP belegd.

Gekozen oplossing

Er zijn diverse oplossingen overwogen, zie daarvoor het memo van de werkgroep Diagnostiek van 11 april 2023. In overleg met partijen is besloten om te kiezen voor de oplossing 3f zoals in deze memo benoemd:

We maken één prestatie psychodiagnostiek, waarin zowel de directe- als de indirecte tijd uit analyses wordt meegenomen.

De NZa vindt dat deze oplossing het beste recht doet aan de beschikbare data. De minutenrange van diagnostiek blijft gelijk en blijft hetzelfde als de minutenrange voor behandeling. Dus dat vraagt in de komende onderhandelingsronde geen heronderhandeling over het 120+ consult voor algemene diagnostiek. Tegelijkertijd doet deze optie recht aan de zogenaamde U-vorm in de indirecte tijd voor psychodiagnostiek, waarbij de indirecte tijd relatief sterk stijgt bij de langste consulten. De aanpassing zal dan ook de bovenkant van de tijdsranges betreffen. Eén nieuwe prestatie lost het probleem op dat psychodiagnostiek niet ideaal past in het ZPM, zonder het nieuwe model op de schop te nemen.

Omdat vanuit ICT- oogpunt een toeslag eenvoudiger blijkt in te regelen en ook minder administratieve overlast geeft voor de zorgaanbieders, is er voor gekozen om dit te doen in de vorm van een toeslag (en niet een overige prestatie) op het diagnostiekconsult vanaf 120 minuten.

Randvoorwaarde: er moet een duidelijke en door partijen gedragen definitie/omschrijving overeen gekomen worden van psychodiagnostiek, die uiterlijk 1 mei 2023 op een geschikte website (b.v. AKWA, NIP) is gepubliceerd. Het is daarbij van belang dat die definitie zo activiteitgericht mogelijk wordt gemaakt. De NZa is niet de partij die deze definitie inhoud kan/mag geven maar zal deze wel opnemen in haar regelgeving Het NIP heeft aangegeven hier wel het voortouw in te willen nemen.

Een contractvereiste, zoals ZN voorstelt, is wat de NZa betreft geen passende maatregel voor een gebrek aan een duidelijke definitie. Dat is een te zwaar middel. De definitie moet duidelijk genoeg zijn om werkbaar te zijn in de praktijk.

1.2.7 Wijziging in NZa-regels

De NZa gaat over prestaties en tarieven. Daarom zal de NZa de prestatiebeschrijving en het tarief vaststellen. De inhoudelijke afbakening van de zorginhoudelijke vragen wat psychodiagnostiek is, en waar de grens ligt met reguliere diagnostiek, moeten niet bij de NZa liggen. Daarom verwijzen we daarvoor naar de tekst van NIP en NVP. Net zoals we bij ECT verwijzen naar de ASA-klassering en bij rTMS verwijzen naar het accreditatiekader van de Stichting Hersenstimulatie.

De NZa zal de volgende prestatie opnemen in de Beleidsregel:

4.1 Toeslagen op consulten

- Toeslag psychodiagnostiek

Prestatiebeschrijving toeslag psychodiagnostiek

Deze toeslag is voor de extra directe en indirecte tijd voor het uitvoeren van psychodiagnostiek, zoals beschreven in de Prestatiebeschrijving Psychodiagnostiek NIP en NPV 2023. Dit is een toeslag op het diagnostiekconsult vanaf 120 minuten en is niet beperkt naar setting of beroep.

2 Tariefverzoeken

Dit hoofdstuk bevat alle wijzigingsverzoeken die als voorgestelde oplossing hebben om tarieven aan te passen.

2.1 Tarief verpleegkundig specialist

2.1.1 Indiener

V&VN

2.1.2 Knelpunt vanuit indiener

Het tarief van de VS GGz in de GGz (ZPM) is gebaseerd op het kostprijsonderzoek 2019 (met data uit 2017). Daarna is de VS GGz landelijk ingeschaald in FWG schaal 65. Al toen het huidige tarief binnen het ZPM werd vastgesteld was duidelijk dat het tarief niet alle destijds al gestegen kosten (door de inschaling in FWG 65 i.p.v. in FWG 60) zou dekken. Destijds stelde de NZA echter dat het niet mogelijk was anders dan in een kostprijsonderzoek de tarieven te verhogen. Gezien het feit dat het nieuwe kostprijsonderzoek uitgesteld is, zou het nu te lang duren voor het tarief van de VS GGz in lijn gesteld wordt met de daadwerkelijk verhoogde kosten voor deze beroepsgroep.

2.1.3 Voorgestelde oplossing

We verzoeken de NZA daarmee het tarief van de VS GGz binnen het ZPM te verhogen om de kosten van de FWG schaal 65 te dekken

2.1.4 Werkwijze

Op 2 november 2022 hebben indiener V&VN en NZa besproken dat uit het wijzigingsverzoek niet blijkt dat er sprake is van een objectief vast te stellen kostenstijging en dat de bij deze ontwikkeling behorende kosten niet inzichtelijk zijn gemaakt. Daarom ziet de NZa op dit moment geen aanleiding om een uitzondering te maken op het reguliere proces dat kostenontwikkelingen in het kostprijsonderzoek worden meegenomen dat over 2023 zal plaatsvinden. V&VN gaat samen met dNggz de onderbouwing uitbreiden. In het onderhoudsoverleg op 13 december 2022 bespreken we de uitgebreidere onderbouwing.

2.1.5 Reactie NZa

V&VN heeft bij het wijzigingsverzoek de volgende stukken ingediend:

- VVN tarief VS bijlage (indelingsadvies)
- Nadere toelichting FWG

Om het huidige tarief te bepalen is gebruik gemaakt van data uit 2017, hierin zijn 1150 verpleegkundig specialisten meegenomen, waarvan: 453 in FWG 65.1 of hoger. Dit betekent dat in ieder geval 51% van het tarief al gebaseerd is op schaal FWG 65. Overigens is FWG 65 gelijk aan FWG 55.12 en FWG 60.5 en hoger, waarin 435 behandelaren zijn ingeschaald. Het wijzigingsverzoek houdt dus een relatief kleine wijziging in.

Uitgangspunt van de NZa is dat cao-wijzigingen bij de volgende herijking worden meegenomen, dan wordt de gerealiseerde impact van de cao gemeten en ingeprijsd. Het indexeren van de salarisschalen wordt standaard meegenomen in het KPO en valt daarmee buiten dit wijzigingsverzoek.

De impact van het verzoek is klein en er zijn lichtere alternatieven mogelijk, namelijk het meenemen van de wijziging in het lopende KPO (criteria wijzigingsverzoeken, 7.3 in beleidsregel prestaties en tarieven

ggz). Bovenstaande overwegende ziet de NZa geen reden om af te wijken van de normale werkwijze. Wij zullen dit wijzigingsverzoek niet overnemen, maar de gesignaleerde CAO-uitkomsten meenemen via het lopende KPO.

2.2 Inkomstendaling psychotherapeuten

2.2.1 Indiener

LVVP

2.2.2 Knelpunt vanuit indiener

Binnen het zorgprestatie­model ondervindt de psychotherapeut een significante daling van inkomsten t.o.v. eerdere jaren. Dit is extra schrijnend als in beschouwing wordt genomen dat de psychotherapeut exact dezelfde patiëntenpopulatie behandelt als de klinisch psycholoog. Dat deze twee beroepsgroepen gelijkwaardig zijn, blijkt ook uit de lijst met regiebehandelaren in het kwaliteitsstatuut.

2.2.3 Voorgestelde oplossing

De psychotherapeut dient gelijkgesteld te worden aan het tarief van de klinisch psycholoog.

2.2.4 Voorgestelde werkwijze

Op het gesignaleerde knelpunt dat de psychotherapeut dezelfde patiënten behandelt als de (klinisch) psycholoog zal de NZa een beleidsreactie schrijven.

Op het knelpunt van de inkomstendaling ziet de NZa overeenkomsten met de (bestuurlijke) discussie die is gevoerd met de Nederlandse ggz. Daarbij is afgesproken dat eerst onderzocht of wij iets zien gebeuren dat acuut ingrijpen rechtvaardigt. Dit door de LVVP gesignaleerde knelpunt wordt meegenomen in het lopende onderzoek.

Per mail van 30 november 2022 stelt de LVVP het volgende voor. *“Stand van zaken: in het kader van de lopende uit­vraag onder 60 instellingen (Gupta II) doet de NZa medio december ook een analyse op de beschikbare declaratiedata voor de impact van het zpm op vrijgevestigde praktijken. Daarnaast wil de NZa een verdiepend gesprek voeren met accountants/administratiekantoren van vrijgevestigde praktijken om beter zicht te krijgen op eventuele problemen in de tariefstelling. Voor de langere termijn is relevant dat het ministerie van VWS voornemens is om per 1 januari 2025 de beroepen Psychotherapeut en Klinisch Psycholoog samen te voegen (zie bijgevoegde Kamerbrief). Deze wijziging heeft naar verwachting impact op de indeling van beroepen in het zpm. De NZa plaatst dit daarom op de onderhoudsagenda voor volgend jaar.”* Naar aanleiding hiervan verschuift de NZa dit wijzigingsverzoek van 2024 naar 2025.

Er zijn analyses van de NZa gedeeld op basis van de beperkte informatie die beschikbaar is. Daarbij is gekeken naar de gemiddelde omzet per patiënt per maand bij vrijgevestigde zorgaanbieders. Daarin heeft de NZa aangegeven die analyse nog een keer te kunnen herhalen zodra er meer en betere declaratie informatie beschikbaar is. Laten we daar een afspraak voor maken. Die analyse zal, net als de onderzoeken van Gupta, niet leiden tot een tariefaanpassing over 2022 of 2023. De geleverde zorg

over 2022 wordt in ieder geval gebruikt bij het onderzoek naar productiviteit in het kader van de herijking per 2024.

Voor 2024 kijkt de NZa naar de omzetontwikkeling per fte. De NZa is van plan de tarieven te herijken zodat de inzet van het personeel (en bijhorende kosten) op basis van NZa-maximumtarieven terugverdiend kan worden, ook voor de psychotherapeut. Dit onderzoeken we op basis van informatie over kalenderjaar 2022. De kosten zijn dan de geïndexeerde kosten zoals die in vorig KPO zijn meegenomen.

Richting 2025 wachten we af of VWS de beroepen Psychotherapeut en Klinisch Psycholoog samenvoegt. Zo ja, dan beoordeelt de NZa samen met het onderhoudsoverleg wat dat voor effect moet hebben op de prestaties en tarieven. Een eerste beleidsmatige intuïtie is daarbij om de prestaties samen te voegen en het tarief te baseren op alle beschikbare data voor de beroepen die samengaan onder een nieuwe beroepstitel.

In 2026 landt de uitkomst van het kostprijsonderzoek en zijn alle tarieven herijkt.

2.3 Kwaliteitskader fz

2.3.1 Indiener

DJI

2.3.2 Knelpunt vanuit indiener

Vanuit het coalitieakkoord wordt voor het kwaliteitskader Forensische Zorg, vanuit de Preventie middelen, een oplopend bedrag van structureel 19 mln. euro in 2025 beschikbaar gesteld. Met deze middelen kan het kwaliteitskader dat de sector heeft ontwikkeld stapsgewijs geïmplementeerd worden. De eerste stap is het kwaliteitskader formeel op te laten nemen in het Register van het Zorginstituut. Dit register bevat alle geldende zorgstandaarden en kwaliteitskaders voor verschillende soorten zorg. Vervolgens kunnen zorgaanbieders starten met de implementatie van het kwaliteitskader conform de daarvoor opgestelde plannen. Daarnaast betreft DJI het kwaliteitskader in de nieuwe aanbesteding. Gedurende de implementatie zal tussentijds geëvalueerd worden

2.3.3 Voorgestelde oplossing

DJI wil om die reden een wijzigingsverzoek indienen om deze structurele middelen te verdisconteren in de tarieven voor 2024.

2.3.4 Voorgestelde werkwijze

Meenemen in werkgroep fz. Dit voorstel heeft een mogelijk effect op de Zvw omdat voor de settingen forensisch de tarieven voor de ggz en fz gelijk zijn. Inbreng vanuit Zorgverzekeraars kan dus gewenst zijn.

2.3.5 Vragen onderhoudsoverleg

- Raakt het de Zvw?

2.3.6 Uitwerking door werkgroep

DJI stelt voor om het beschikbare geld voor het kwaliteitskader voor ZZP's en EP's via de max-max tarieven te betalen. Voor het zorgprestatie model is er nog onvoldoende informatie voor een dergelijke verdeelsleutel. DJI zou als tijdelijke oplossing de transitieprestatie of een vergelijkbare nieuwe prestatie kunnen gebruiken om het beschikbare geld na afloop van het boekjaar uit te keren. Op 8 december is bestuurlijk overleg over dit onderwerp en volgt de definitieve vraag aan de NZa en het onderhoudsoverleg.

In overleggen op 12 januari 2023 en 26 januari 2023 hebben DJI en NZa het volgende besproken. De vraag van DJI aan de NZa is op welke manier een verhoging van toegekende middelen in het kader van het Kwaliteitskader FZ (KKFZ) kunnen landen in een hogere vergoeding voor zorgaanbieders. Er is structureel extra budget beschikbaar gesteld voor KKFZ. De NZa is geen directe partij in het Kwaliteitskader FZ en heeft in principe geen inzicht in de precieze afspraken. In beginsel meet de NZa werkelijke kosten via een kostprijsonderzoek, die met een vertraging van circa 3 jaar in tarieven landen. Ter illustratie: kosten gemaakt in het kalenderjaar 2023 zullen landen in de tarieven van 2026. Het KKFZ kent extra middelen toe. Het is voor de NZa op voorhand niet duidelijk hoe de hoogte van het budget is bepaald en wat precies beoogd is met het budget. Naar verwachting worden de extra middelen ingezet voor een hoger tarief voor geleverde zorg, maar niet uit te sluiten valt dat het ook zal gaan om meer volume (meer zorg/ behandeling/ verblijf). De NZa reguleert via NZa-maximumtarieven alleen de prijs, niet het volume. Het is op voorhand niet te bepalen in hoeverre de extra middelen bij DJI ook daadwerkelijk leiden tot hetzelfde bedrag aan extra kosten bij zorgaanbieders. In het begin is gebruik van het max-max tarief logisch, ook gezien de onzekerheid van het aantal geleverde prestaties. Vanaf 2026 zijn er nieuwe tarieven op basis van het kostprijsonderzoek. Het lijkt niet logisch om ook daarna nog de max-max tarieven te hanteren voor de KKFZ-middelen.

Op 26 januari 2023 spreken DJI en NZa het volgende af. Tot 2026 gebruikt DJI het max-max tarief voor de KKFZ-gelden. In de jaren 2024 en 2025 raakt dit daarom nog niet de tarieven voor de beveiligde Zvw-zorg. Vanaf 2026 neemt NZa KKFZ-middelen op in de tarieven, onder voorbehoud van een goede onderbouwing. De NZa heeft inzicht nodig in wat er in 2023 al in de kosten zit (denk aan opleiding, vervanging van mensen). Uitgangspunt lijkt dat er 10 miljoen in zit in 2023 en dat er nog 9 miljoen bij moet om aan de totale 19 miljoen te komen aan KKFZ-middelen.

2.3.7 Beoordelingscriteria

Het huidige tarief is niet meer redelijkerwijs kostendekkend, omdat de extra structurele middelen kunnen zorgen voor een hoger tarief of meer volume. De wijziging zou invloed hebben op de tarieven vanaf 2026, onder voorbehoud. Kosten worden gedekt vanuit de Preventie middelen, beschikbaar gesteld vanuit het coalitieakkoord. Tijdens een eerder kostprijsonderzoek kon de tariefwijziging niet worden meegenomen, aangezien de afspraken uit het coalitieakkoord pas later zijn gemaakt.

2.4 Productiviteitsonderzoek

2.4.1 Indiener

In een Bestuurlijk Overleg tussen ZN, dNggz en de NZa is naar voren gebracht dat de tarieven voor consulten niet passend zouden zijn. De NZa heeft daarop toegezegd een productiviteitsonderzoek te gaan doen. Volgens dNggz is de indirecte tijd onvoldoende opgenomen in de tarieven.

2.4.2 Knelpunt vanuit indiener

De ZPM-tarieven zijn gebaseerd op DBC-gegevens uit 2017 en sindsdien is in ieder geval bij een aantal instellingen de indirecte tijd tot en met 2021 relatief toegenomen.

2.4.3 Voorgestelde wijziging

Aanbieders zien graag dat de tarieven worden bijgesteld en ZN wil graag meer inzicht in het geschetste probleem. Afhankelijk van de uitkomsten van het onderzoek kan het zijn dat in 2024 tariefsaanpassingen plaats vinden.

2.4.4 Werkwijze

Voor dit onderzoek wordt een werkgroep opgericht. De externe werkgroep zal bestaan uit de experts die grotendeels ook in de werkgroep voor het Kostprijsonderzoek GGZ 2026 zitten. De NZa zal zelf starten met een analyse van declaratiegegevens uit het ZPM-tijdperk en bezien of en zo ja, welke aanvullende informatie nodig is. Die eventueel noodzakelijke aanvullende informatie kan leiden tot gegevensuitvraag bij aanbieders.

In dit onderzoek wordt niet gekeken naar de kostenkant maar alleen naar de reële productiviteit ten opzichte van hetgeen is meegenomen in de ZPM-tarieven. Er is nog geen uitspraak gedaan door de NZa welke factoren (die elk op zichzelf de productiviteit kunnen beïnvloeden) kunnen leiden tot een tariefsaanpassing.

Er is een selectie gemaakt van 232 instellingen en 500 vrijgevestigden die een brief hebben ontvangen over de gegevensuitvraag. Uiterlijk 2 april dienen de gegevens aangeleverd te worden.

Onderdeel van het onderzoek is te bezien of een herschikking tussen diagnostiek en behandeling op zijn plaats is. De brancheorganisaties zijn uitgenodigd om experts aan te leveren om te bepalen hoe dit vraagstuk aangepakt kan worden. Een conclusie kan zijn dat dat in dit tijdsbestek niet mogelijk is.

Medio maart wordt een Directeurenoverleg georganiseerd om alle brancheorganisaties mee te nemen in de voortgang.

Op woensdag 21 juni 2023 is een Bestuurlijk Overleg Productiviteitsonderzoek.

2.4.5 Uitkomsten

De NZa publiceert een los verantwoordingsdocument over het productiviteitsonderzoek.

2.5 Psychodiagnostiek indirecte tijd

Dit is één wijzigingsverzoek samen met de wijziging Psychodiagnostiek: diagnostiekconsulten vanaf 150 en 180 minuten (paragraaf 1.2). Het wijzigingsverzoek omvat meerdere knelpunten en daarmee meerdere oplossingen waardoor het op twee plekken is opgenomen in dit concept verantwoordingsdocument.

2.5.1 Indiener

NIP/NVGzP & NVP

2.5.2 Knelpunt

Het probleem is dat binnen het consulttype 'diagnostiek' bij complexe casussen, zowel de maximale directe tijd als de verdisconteerde indirecte tijd onvoldoende is om een kwalitatief goed psychodiagnostisch proces te kunnen doorlopen om tot een juiste diagnose en/of indicatiestelling te komen. Ook zijn in deze gevallen de tarieven gekoppeld aan de prestaties niet kostendekkend. Deze problemen doen zich voor bij hoog complexe casussen waarbij aanvullend uitgebreid psychologisch onderzoek nodig is, hieronder getypeerd als psychodiagnostiek.

2.5.3 Voorgestelde wijziging

Verhogen van de indirecte tijd van de langer durende consulten (vanaf 60 minuten) naar de verhoudingen zoals bij de korter durende consulten.

2.5.4 Werkwijze

De laatste stand van zaken staat in de memo Werkgroep psychodiagnostiek, van 11 april 2023.

2.6 Forensische zorg

De werkgroep forensische zorg bespreekt ook de volgende onderwerpen.

2.6.1 Toeslag TBS

Gaat om een toeslag voor tbs voor zorg aan tbs'ers buiten de klinische setting. Er mag nu geen toeslag worden toegevoegd omdat die alleen voor verblijfsdagen is. De tbs-toeslag is bepaald voor klinische zorg. dNggz: Toeslag bij ambulante zorg hetzelfde maken als bij zzp? Moet getoetst. Voorstel dNggz om er een OZP van te maken. Dan toeslag tbs er uit halen (vergelijkbaar met FPT?). DJI: berekening nodig: wat betekent het voor de ZZP's. DJI pakt dit op in samenwerking met de NZa.

In de werkgroep fz van 21 februari 2023 is de lijn uitgezet om de toeslag tbs om te vormen naar een overige prestatie die niet meer afhankelijk is van een verblijfsdag en dus voor alle tbs'ers gedeclareerd kan worden. De implicaties worden onderzocht.

Status in de werkgroep op 6 april 2023: De beleidsmatige en ICT-implicaties zijn onderzocht. Enige onderzoek dat nog loopt is of een goed onderbouwd tarief kan worden vastgesteld. Punt hierbij is dat tbs in de klinische fase meer indirecte tijd vraagt dan tbs in de ambulante fase. Mogelijk wordt dit verschil deels gedempt door de prestatie FPT (bedoeld voor terugkerende tbs-patiënten) op te nemen in deze nieuwe overige prestatie.

De eerste data-beoordeling door de NZa is positief en is neergelegd in de memo 'Overige zorgprestatie (OZP) TBS - Hogere indirecte tijd' van 12 april 2023.

ICT-implicaties

Onderzocht is welke implicaties het wijzigen van de huidige toeslag TBS naar een OZP heeft op bestaande werkprocessen bij DJI als bij zorgaanbieders. De verkenning is uitgevoerd met een delegatie van DJI (Forzo/JJI, DIZ, Directie Informatievoorziening/Functioneel Beheer DJI) en Nexus. De aanwezigen concluderen dat het voor bestaande werkprocessen (IFZO, FCS, Vecozo) bij DJI niet leidt tot grote aanpassingen. De OZP heeft daarnaast als voordeel dat deze ook gefactureerd kan worden voor ZZP-dagen. Dit kan nu niet bij de huidige toeslag.

- De OZP TBS mag per dag gedeclareerd worden binnen de fz- ZPM zolang er sprake is van een forensische zorgtitel met tbs.
- Verblijf is hierbij niet noodzakelijk dus kan inderdaad parallel aan een ZZP, de titel is hierbij bepalend.
- De OZP wordt altijd geleverd en in rekening gebracht door de aanbieder die het ZPM-deel (behandeling) levert (als we dit niet willen zullen er twee aparte prestaties moeten komen: 1 voor ZPM en 1 voor ZZP, doordat dit gescheiden prestatie-codelijsten zijn).
- Voor de aanbieder betekent dit een relatief eenvoudige registratie of afleiding afhankelijk van de implementatie door de softwareleverancier, die qua administratieve last gelijk is aan de huidige toeslag.

Deze oplossing is eenvoudig te realiseren, aangezien er geen wijzigingen in het plaatsingen stuk hoeven te worden gedaan. De forensische zorgtitel wordt nu al gecommuniceerd met de aanbieder en is bepalend voor het mogen declareren van de OZP TBS.

De declaratie kan al overweg met OZP's.

Er is al een vergelijkbare constructie voor de OZP FPT.

Wijziging in NZa-regels

In de beleidsregel verdwijnt de toeslag tbs-patiënt (fz).

In de beleidsregel wordt toegevoegd de overige prestatie tbs-patiënt (fz).

Prestatiebeschrijving tbs-patiënt (fz)

De settings forensische en beveiligde zorg - klinische zorg en niet klinische of ambulante zorg zijn van toepassing voor alle forensisch klinische en ambulante zorg (waaronder verblijfszorg) inclusief tbs. Het percentage indirecte tijd bij de behandeling van patiënten met een tbs-titel ligt hoger dan het gemiddelde binnen deze settings. Het verschil is verwerkt in deze prestatie. Het gaat hier om de volgende extra en/of aanvullende activiteiten en verrichtingen voor patiënten met een tbs-titel:

- Opstellen verlengingsadvies tbs, inclusief wettelijke aantekeningen
- Opstellen verlofaanvraag/-evaluatie, inclusief beantwoorden van vragen bij aanhouding en indienen van wijzigingen in het verlofplan.
- Uitvoeren risicotaxatie (scoren, consensus tussen hoofdbehandelaar en behandelteam en verslaglegging)
- Periodiek contact en monitoren voortgang/ontwikkelingen met vervolgvoorzieningen (zoals FPA's, RIBW)
- Periodiek contact en monitoren voortgang/ontwikkelingen met 3 reclasseringsorganisaties tijdens ambulant forensische psychiatrische toezicht (FPT).
- Interne patiëntgerichte overleggen
- Behandelstagnatie/overleg andere klinieken of advocaten.
- Calamiteiten (opstellen Melding bijzonder Voorval (MBV) bij incidenten en/of onttrekking, contact met Hoofdkantoor DJI, politie, FastNL, Openbaar Ministerie)
- Dossierstudie (met name bij het begin van de transmurale fase en de jaren erna)

Deze prestatie is per dag per patiënt met een van de volgende forensische titels:

- tbs met dwangverpleging, artikel 37a in samenhang met artikel 37b van het Wetboek van Strafrecht;
- verlenging tbs, artikel 6:6:10, eerste lid, van het Wetboek van Strafvordering;
- bevel voorlopige verpleging, artikel 6:6:11, zesde lid, van het Wetboek van Strafvordering.

2.6.2 Indirecte tijd For-Fact

dNggz: er zijn acht settings. In fz wordt alles op één hoop gegooid. Waarom maar één ambulante setting? DJI: te kleine groep mensen. Dit is een breed gedragen knelpunt van aanbieders en van DJI. Dit issue moet breed bekeken worden: wat is het knelpunt en hoe groot is het? Daarna kan naar praktische oplossingen worden gezocht. De vraag is op basis van welke data hier het beste naar gekeken kan worden. Nodig is data met indirecte tijd en welke afdelingen het betreft bij instellingen. De Borg-instellingen vragen bij controllers na hoe dit het beste zou kunnen en pakt dit vervolgens samen met de NZa op. Ten tijde van het afronden van de onderhoudscyclus richting 2024 is het onderzoek nog in volle gang. Dit zal geen wijzigingen opleveren voor 2024, mogelijk wel voor 2025.

3 Wijzigingen regelgeving

Dit hoofdstuk bevat alle wijzigingsverzoeken en alle vanuit de NZa gesignaleerde aanpassingen aan de beleids- en/of nadere regel waar het geen betrekking heeft op nieuwe prestaties of tarieven

3.1 Opleiding

3.1.1 Indiener

LVVP

3.1.2 Knelpunt vanuit indiener

In het kwaliteitsstatuut staat het volgende over een opleiding: *“Iemand die in opleiding is, werkt onder supervisie en (mede)verantwoordelijkheid van een (regie)behandelaar en wordt niet als medebehandelaar beschouwd.”*

Helaas is in het zorgprestatie-model de inzet van een opleiding niet gemarkeerd/gelabeld. De opleiding moet registreren als WO-psycholoog en is daarmee technisch gezien toch medebehandelaar. Om rechtmatig te kunnen declareren binnen het zorgprestatie-model, is de inzet van de regiebehandelaar dan vereist conform bovenstaande spelregel ‘correct registreren en declareren’. Dit is – zeker als een opleiding zich aan het einde van de opleiding bevindt en behandelingen grotendeels zelfstandig kan uitvoeren – niet wenselijk. Dit onderwerp is dan ook op de landelijke doorontwikkelagenda geplaatst. Tot die tijd raden wij u aan om de (eenmalige) inzet van de regiebehandelaar te waarborgen, waarbij de regiebehandelaar dan de zorgvraagtypering op zich neemt. Alleen op deze wijze voldoet u aan de spelregels en riskeert u geen afwijzing van de nota.

De opleiding wordt niet gezien als regiebehandelaar. Dit heeft twee knelpunten tot gevolg:

1. Binnen een behandeling moet (binnen 42 dagen) een regiebehandelaar een consult uitvoeren cf. spelregels;
2. De opleiding mag niet de Honos+ vragenlijst invullen in de diagnostische fase. Hiervoor moet een regiebehandelaar worden ingeschakeld. De regiebehandelaar bepaalt wat het juiste zorgvraagtype is. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor het behandelproces en is daarmee ook verantwoordelijk voor een juiste zorgvraagtypering.

3.1.3 Voorgestelde oplossing

Op drie plekken stelt LVVP een aanpassing voor:

1. Spelregels minimale betrokkenheid:
 - Onder 3.2 kan de opleiding worden toegevoegd als standaarduitzondering
2. Regeling NR/REG-2214c https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_705370_22/
 - Opleiding toevoegen bij begripsbepaling;
 - Art.2.1, f8: Beroep zorgverlener die de prestatie heeft geleverd conform de veldnorm (indien zorgverlener geen AGB-code heeft en f7 niet ingevuld kan worden).

Als de opleiding geen AGB-code heeft moet hij hier zijn beroep invullen. Op dit moment vooral bedoeld voor de WO-psycholoog. Hier zou een categorie voor “in opleiding tot..” kunnen worden toegevoegd.

Dit probleem doet zich dus zowel voor bij de WO-psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog alsook de gz-psycholoog in opleiding tot psychotherapeut of klinisch psycholoog (deze laatste mag volgens de regels niet declareren in de g-ggz, want je gebruikt je hoogste titel en dat is dan de gz-psycholoog en die mag niet declareren in de g-ggz, maar hij/zij is dus in opleiding tot kp of pt).

3. Handleiding zorgvraagtypering

De regiebehandelaar bepaalt wat het juiste zorgvraagtype is. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor het behandelproces en is daarmee ook verantwoordelijk voor een juiste zorgvraagtypering. Ook als een andere behandelaar de zorgvraagtypering voorbereidt. De regiebehandelaar is voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt/cliënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt. Elke organisatie regelt dit met een eigen kwaliteitsstatuut.

3.1.4 Werkwijze

Het is de NZa onduidelijkheid of het onderhoudsoverleg de juiste tafel is om dit te bediscussiëren. Omdat de LVVP niet aanwezig kan zijn tijdens onderhoudsoverleg van 11 oktober stelt de NZa voor dat zij bilateraal contact opneemt met LVVP om het knelpunt te verhelderen.

Naar aanleiding van de bespreking in het onderhoudsoverleg van 13 december concludeert de NZa dat het knelpunt zit in de veldafspraken die het LKS uitwerken. Idee is om de expliciete uitleg over de regiebehandelaar uit de NZa-regels te schrappen. Maar daarmee is de principiële vraag nog niet beantwoord. Daarom agenderen we dit onderwerp in overleg met het programma op het eerste programmaoverleg in januari. Dit is gebeurd op 31 januari 2023.

3.1.5 Impact op de NZa-regelgeving

In de beleidsregel passen we de begripsbepaling aan van zorgvraagtypering.

Was: De zorgvraagtypering wordt, conform de veldafpraak, gedaan door de regiebehandelaar.

Wordt: De zorgvraagtypering wordt conform de veldafpraak gedaan.

3.2 Afschaffen max-max

3.2.1 Indiener

DJI

3.2.2 Knelpunt vanuit indiener

Sinds de introductie van het ZPM is mogelijk om max-max tarieven af te spreken voor de de ZZP C reeks en ZZP VG reeks en Extramurale parameters in de fz. In het dbbc tijdperk bestond deze mogelijkheid niet.

3.2.3 Voorgestelde wijziging

DJI ziet de mogelijkheid tot het maken van een max-max tarief op de ZZP/EP fz als een fout die gecorrigeerd moet worden door de NZa in de regelgeving.

3.2.4 Voorstel werkwijze

Dit wijzigingsverzoek uitwerken in de werkgroep fz. Bij het uitwerken van dit wijzigingsverzoek zal het vooral gaan om de standpunten vanuit dNggz, VGN en Valente hierover te kennen.

3.2.5 Vraag vanuit het OO

- Hoe borg je dan ruimte voor innovaties
- Precedentwerking
- Prestatie Meerzorg?
- Biedt aanwijzing ruimte?

3.2.6 Uitwerking door werkgroep

DJI wil de max-max tarieven gebruiken voor 2022 en 2023, maar is niet voornemens om de max-max tarieven toe te passen vanaf 2024. dNggz vraagt of het niet handig is om de max-max toch te houden. De NZa heeft die vraag ook. DJI wil het verzoek om afschaffen van max-max tarief nog niet intrekken.

In dit kader wordt ook meerzorg genoemd, zoals in de Wlz. In de werkgroep zorgzwaarte is indertijd afgesproken om dit uit te zoeken. DJI en dNggz spreken af om dit samen met andere partijen uit te zoeken.

Per mail van 25 januari 2023 heeft DJI laten weten dit wijzigingsverzoek in te trekken.

3.3 Technische wijziging prestaties rijbewijskeuring

3.3.1 Indiener

NZa

3.3.2 Knelpunt vanuit indiener

De NZa heeft voor de MSZ de prestaties rijbewijskeuring aangepast per 2023.

3.3.3 Oplossing

Gelijktrekken met MSZ.

3.3.4 Voorgestelde werkwijze

De NZa zal de nieuwe prestaties en tarieven voor rijbewijskeuringen consulteren in de MSZ-sector. De NZa zal in deze consultatie de NVvP meenemen, omdat de prestaties ook gelden voor psychiaters die rijbewijskeuringen doen. Deze prestaties zullen verder niet in het onderhoudsoverleg worden besproken.

De consultatie van de rijbewijsprestaties zal niet zijn afgerond voor 1 juli 2023, zodat de NZa dit onderwerp meeneemt in de B-release.

3.4 Informatie verplichting ZPM

Aanbieders voldoen aan hun verplichting om informatie aan de NZa aan te leveren doordat declaratiegegevens via Vektis aan de NZa worden doorgeleverd. Dat zal in 2024 op dezelfde manier gaan.

De tekst was:

Artikel 4.2 Informatieverplichtingen aan de NZa

Lid 1 Informatie verplichting Zorgprestatiemodel

De zorgaanbieder levert gelijktijdig of direct na het moment van declaratie minimaal de informatie-elementen die op grond van hoofdstuk 3 Registratie verplichtingen zijn geregistreerd aan de NZa aan. In 2022 en 2023 voldoet zorgaanbieder voldoet aan deze verplichting doordat de zorgverzekeraars deze informatie-elementen ontvangen op grond van artikel 4.1 lid 1 van deze regeling, al dan niet door tussenkomst van een derde partij als Vektis en DJI, die weer aan de NZa aanlevert.

De tekst wordt:

Artikel 4.2 Informatieverplichtingen aan de NZa

Lid 1 Informatie verplichting Zorgprestatiemodel

De zorgaanbieder levert gelijktijdig of direct na het moment van declaratie minimaal de informatie-elementen die op grond van hoofdstuk 3 Registratie verplichtingen zijn geregistreerd aan de NZa aan. De zorgaanbieder voldoet aan deze verplichting doordat de zorgverzekeraars deze informatie-elementen ontvangen op grond van artikel 4.1 lid 1 van deze regeling, al dan niet door tussenkomst van een derde partij als Vektis en DJI, die weer aan de NZa aanlevert.

3.5 Tekstuele verduidelijkingen

3.5.1 NZa-verduidelijkingen

In deze paragraaf staan de tekstuele verduidelijkingen die wij voornemens zijn door te voeren. Het betreffen geen beleidswijzigingen. In de onderstaande tabel treft u de verduidelijkingen aan.

Onderwerp	Was	Wordt	Regelgeving en artikel
Voor zorgvraagtypering verwijzen naar veldnorm in plaats van kopiëren.	De zorgvraagtypering wordt, conform de veldafspraken, gedaan door de regiebehandelaar. Hertypering vindt plaats op logische momenten in de behandeling en is opgenomen in het behandelplan conform de veldafspraken. Hertypering vindt minimaal een keer per jaar plaats.	De zorgvraagtypering wordt conform de veldafspraken gedaan. Hertypering vindt plaats op logische momenten in de behandeling en wordt geregistreerd conform de veldafspraken.	Regeling, definitie 'Zorgvraagtypering'
Consultatie euthanasieverzoek: prestatie is voor zowel directe als indirecte tijd		Anders dan de reguliere consulten is de prestatie voor consultatie euthanasieverzoek bedoeld voor zowel directe als indirecte tijd.	Beleidsregel, artikel 5.1
Tekst groepsconsulten met naasten verduidelijken	Het aantal naasten dat voor één patiënt deelneemt aan de groepsbehandeling telt als 1 mee bij de bepaling van de groepsgrootte.	Voor het bepalen van de groepsgrootte telt elke patiënt één keer. Dit ongeacht of de patiënt alleen komt, naasten meeneemt of dat er alleen naasten van de patiënt aanwezig zijn. In alle gevallen telt de zorg voor één patiënt mee als 1 in het bepalen van de groepsgrootte.	Beleidsregel, artikel 2.5
Aantal minuten opnemen in omschrijving intercollegiaal overleg	Intercollegiaal overleg kort Setting ambulante kwaliteitsstatuut sectie II (ggz) Intercollegiaal overleg lang Setting ambulante kwaliteitsstatuut sectie II (ggz)	Intercollegiaal overleg kort (van 5 tot 15 minuten) Setting ambulante kwaliteitsstatuut sectie II (ggz) Intercollegiaal overleg lang (vanaf 15 minuten) Setting ambulante kwaliteitsstatuut sectie II (ggz)	Beleidsregel, artikel 5.1
Verblijfshistorie: het jaar voorafgaande aan			
Voorbeeld: bij een typering in 2023 gaat het om het jaar 2022: 1 januari 2022 t/m 31 december 2022. Dit ongeacht op welke dag in 2023 de typering plaatsvindt.	Patiënt heeft op enig moment in het jaar voorafgaande aan het typeringsmoment...	Patiënt heeft op enig moment in het kalenderjaar voorafgaande aan het typeringsmoment...	Regeling, artikel 1.1 (acute ggz historie, verblijfshistorie, wvggz/wzd-historie)
Taalfout die/dat	Er dient sprake te zijn van een schriftelijk informatieverzoek afkomstig van een derde (al dan niet via de patiënt) die niet volgt uit zorg- of dienstverlening in het kader van de Zvw;	Er dient sprake te zijn van een schriftelijk informatieverzoek afkomstig van een derde (al dan niet via de patiënt) dat niet volgt uit zorg- of dienstverlening in het kader van de Zvw;	Beleidsregel, Prestatiebeschrijving informatieverstrekking
Toelichting Toeslag rTMS toevoegen en dubbele toelichting	Toeslag zorgmachtiging Wet verplichte ggz	Toelichting Prestatiebeschrijving Toeslag repetitieve	Toelichting Beleidsregel artikel 4.1

Onderwerp	Was	Wordt	Regelgeving en artikel
Toeslag zorgmachtiging verwijderen. Waarschijnlijk een knip-en-plakfout.	Als een zorgverlener voor een patiënt op een zitting verschijnt, dan worden de kosten voor het ter zitting verschijnen gedragen door de Staat. Deze kosten vallen niet onder de Zvw.	Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS) (ggz en fz) Consult declarerende beroepen binnen de ggz/fz maken voor het declareren van een rTMS behandeling gebruik van een consult met een toeslag voor rTMS. Geaccrediteerde rTMS-Technicians die geen consult mogen declareren binnen de ggz/fz kunnen gebruik maken van de overige prestatie ten behoeve van de rTMS-Technician.	
Toelichting informatieverstrekking had tussenkopjes met dezelfde opmaak als de kopjes van andere onderwerpen. Dat was verwarrend. Verschillende type- en taalfouten.	Met tussenkopjes	Zonder tussenkopjes	Toelichting Beleidsregel

3.5.2 Aanspraak vormvrij omschrijven (ggz)

Op dit moment verplicht de NZa om de DSM-5 classificatie te registreren, met als reden dat altijd te controleren moet zijn dat geleverde zorg binnen de Zvw-aanspraak valt. Deze verplichting gaan we generieker omschrijven. Dat is geen beleidswijziging, de DSM-5 blijft de manier om dit informatie-element te vullen. Zo is dit informatie-element voorbereid op de toekomstige IZA-uitwerkingen of andere afspraken waarin de aanspraak voor Zvw-ggz zou kunnen schuiven. Het gaat hierbij om 'de gegevens die noodzakelijk zijn om vast te stellen of de prestatie behoort tot het verzekerde pakket van die verzekerde' conform artikel 7.2, aanhef en onder g, van de Regeling zorgverzekering. Dat is beperkter en breder dan de DSM. Aan de ene kant heb je niet alle diagnoses nodig om de aanspraak te kunnen controleren. Aan de andere kant is het niet alleen de DSM die maakt dat een zorgvraag onder de aanspraak valt.

We verwijderen informatie-element d2. DSM-5 classificatie. We vervangen dit door 'd2. Vervallen'. We maken een nieuw artikel met een registratieverplichting met betrekking tot aanspraak. Dit is artikel 3.1, vierde lid:

De zorgaanbieder registreert per patiënt de gegevens die noodzakelijk zijn om vast te stellen of de prestatie behoort tot het verzekerde pakket, conform artikel 7.2, aanhef en onder g, van de Regeling zorgverzekering. Deze regel geldt voor de geneeskundige ggz en niet voor de forensische zorg.

3.5.3 Prestatiebeschrijvingen ZZP's en EP's voor fz

DJI komt met een notitie over de prestatiebeschrijvingen voor ZZP' en EP'. Deze teksten dateren van voor het zorgprestatie-model en roepen soms vragen op. Aan de hand van de inventarisatie door DJI bekijken we wat in NZa-regels geschrapt of aangepast moet worden en of dit al kan per 2024.

4 IZA onderwerpen

Dit hoofdstuk beschrijft meerdere wijzigingen in de productstructuur per 2024. Deze wijzigingen staan genoemd in het IZA. Ze worden in werkgroepen o.l.v. VWS uitgewerkt. Deze wijzigingen zijn ter informatie opgenomen in dit concept verantwoordingsdocument.

4.1 Inleiding

In het IZA zijn er afspraken gemaakt over diverse onderwerpen die mogelijk kunnen leiden tot wijzigingen in de productstructuur. Consultatie van deze onderwerpen gaat via de IZA-overleggen onder leiding van VWS. We zullen deze onderwerpen niet nogmaals via het onderhoudsoverleg van de NZa consulteren.

4.2 Consultatiefunctie sociaal domein

Waarschijnlijk zal er een overige prestatie komen die wordt afgestemd in de werkgroep consultatiefunctie sociaal domein onder leiding van VWS. Randvoorwaarde voor deze prestatie wel is dat VWS een aanwijzing aan de NZa geeft. Dan zal de NZa deze overige prestatie in de B-release van dit jaar laten meelopen.

De laatste stand van zaken is dat de NZa een uitvoeringstoets heeft gepubliceerd:

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_738244_22/1/

4.3 Verkennend gesprek

Onder leiding van VWS kijkt een werkgroep naar een betaaltitel voor het verkennend gesprek. Vooralsnog zijn er geen concrete voorstellen vanuit deze werkgroep, maar dat kan komen.

4.4 Levensloopregeling

Het gesprek loopt over een prestatie voor de levensloopregeling.

5 Reeds besloten

Dit hoofdstuk beschrijft alle wijzigingen voor 2024 waarover reeds een besluit is genomen. Het hoofdstuk beschrijft wat de wijziging inhoudt, door wie het is besloten en wanneer. Deze wijzigingen zijn ter informatie opgenomen in dit concept verantwoordingsdocument.

5.1 Schrappen informatieverplichting DSM hoofdgroep op factuur

5.1.1 Voorgeschiedenis

In de regeling Geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg (NR/REG-2313) voor het jaar 2023 staat onder de artikelsgewijze toelichting (art. 1) het volgende:

“Het nieuwe systeem van zorgvraagtypering moet de functies van de DSM-diagnosehoofdgroep gaan overnemen na een transitiefase van twee jaar. Deze transitiefase is bedoeld om de overgang van de huidige typering naar de nieuwe typering te kunnen faciliteren. Na deze periode van twee jaar zal de NZa de verplichting dat de DSM-hoofdgroep op de factuur vermeld moet worden in de ggz schrappen dit conform de adviesaanvraag aan de Autoriteit Persoonsgegevens.”

In de adviesaanvraag aan de Autoriteit Persoonsgegevens van 23 maart 2021 (de tweede adviesaanvraag) heeft de NZa de transitiefase als volgt beschreven:

9.1 Zoals genoemd in de aanwijzing van 14 december 2020 komt er een transitieperiode van twee jaar in 2022 en 2023. Tijdens deze transitieperiode zullen zorgverzekeraars de controle- en inkoopprocessen die op dit moment zijn geënt op de DSM-diagnosehoofdgroep stapsgewijs moeten omzetten naar het gebruik van het nieuwe typeringsmodel. Om deze transitie goed te kunnen doorlopen is het noodzakelijk dat beide informatiestromen gedurende een beperkte periode parallel aan elkaar lopen. Zodoende kunnen zorgverzekeraars hun processen op het Zorgvraagtyperingsmodel kalibreren en kunnen deze processen worden omgezet. Tegen het einde van de transitieperiode kan worden beoordeeld of deze omzetting succesvol heeft plaatsvonden.

9.2 Gezien het belang van deze doelen zijn wij tot de conclusie gekomen dat het proportioneel is om een transitieperiode in te richten, het Zorgvraagtyperingsmodel goed te evalueren en optimaal onderbouwd afscheid te nemen van de DSM-diagnosehoofdgroep.

9.3 Het voor zorgverzekeraars voor risicoanalyse en zorginkoop noodzakelijke inzicht is niet met een lichter alternatief dan een transitieperiode te verkrijgen. Om een goede transformatie van processen te kunnen uitvoeren is een doorlooptijd van minimaal twee jaar nodig. Een lichter alternatief is niet voorhanden, omdat anders te weinig tijd is om de transitieperiode goed te doorlopen.

5.1.2 Transitieperiode

Het na de transitieperiode schrappen van verplichting dat de DSM-hoofdgroep op de factuur vermeld moet worden is toegezegd aan de Autoriteit Persoonsgegevens. Op basis van deze informatie konden de NZa-regels de beoordeling van de Autoriteit Persoonsgegevens doorstaan.

Het doel van de transitieperiode is dat zorgverzekeraars hun controle- en inkoopprocessen op het zorgvraagtyperingsmodel kunnen kalibreren. Het doel van de transitieperiode is nadrukkelijk niet dat Zorginstituut de aanspraak kan duiden op basis van zorgvraagtypering.

De afbakening van de transitieperiode hinkt op twee gedachten. Enerzijds is de transitieperiode afgebakend in de tijd tot 2022 en 2023. Anderzijds is de transitieperiode inhoudelijk afgebakend met een evaluatie of de omzetting succesvol heeft plaatsgevonden, waarvoor een transitieperiode van minimaal twee jaar nodig is.

5.1.3 Wat nu?

We lopen er tegenaan dat de afbakening van de transitieperiode in de tijd voorbij is, maar er minder tijd is geweest voor een succesvolle omzetting dan van tevoren gedacht omdat de benodigde data later beschikbaar is.

ZN en Zorginstituut geven aan de optie open te willen houden dat de NZa de DSM-hoofdgroep op de factuur blijft verplichten. De NZa constateert dat het vanuit privacy-oogpunt niet realistisch is dat de NZa zowel zorgvraagtypering als DSM blijvend op de factuur verplicht. Vanuit de bekostiging is de DSM-informatie niet langer nodig, omdat die geen element meer is waarop prestaties worden ingedeeld. De NZa begrijpt dat de DSM-informatie gebruikt wordt voor andere doeleinden zoals de risicoverevening. Het is niet de bedoeling van de NZa om dit bredere gebruik van DSM-informatie te stoppen. Maar het gebruik van patiënt-informatie en het daarvoor doorbreken van het beroepsgeheim door ggz-professionals, moet wel gebeuren op basis van een stevige juridische onderbouwing. Na afschaffen van de DBC's en afloop van de transitieperiode heeft de NZa die onderbouwing niet langer. Als deze informatiestroom blijft bestaan, dan zal die op een andere juridische grondslag (met onderbouwing) moeten worden gestoeld. De bestaande manier van aanleveren van aanbieders via Vektis zou wellicht nog wel gebruikt kunnen worden, waarbij de DSM-informatie wordt geblindeerd of geaggregeerd al naar gelang de noodzaak van het gebruik van DSM-informatie. De NZa wil en mag deze informatie niet langer ontvangen.

De NZa ziet aan de andere kant ook dat de declaratiedatastroom later op gang is gekomen dan eerder gedacht. Daarmee is er ook veel later inzicht in zorgvraagtypering van verzekerden en konden verzekeraars ook pas later aan de slag met het kalibreren van hun controle- en inkoopprocessen. Om deze reden lijkt het de NZa noodzakelijk om de transitieperiode met één jaar te verlengen. Dat betekent dat in 2024 de DSM-informatie op de factuur verplicht blijft. Gezien de eerdere communicatie hierover aan de Autoriteit Persoonsgegevens, het belang van bescherming van medische persoonsgegevens en de maatschappelijke onrust die NZa-verplichtingen kunnen oproepen zal de NZa een voornemen om de transitieperiode te verlengen moeten voorleggen aan de Autoriteit Persoonsgegevens.

De NZa is voornemens de voorgenomen schrapping per 2024 van de verplichting om DSM-informatie aan te leveren met één jaar uitstellen en de DSM-hoofdgroep in 2024 als informatie-element bij declaratie te blijven verplichten. Dit legt de NZa nog wel voor aan de Autoriteit Persoonsgegevens.

Bovenstaande geldt voor de DSM-informatie en het gb-ggz profiel in de ggz. Voor de forensische zorg heeft DJI aangegeven dat de transitie is afgerond en dat daarmee de verplichtingen met betrekking tot DSM-informatie kunnen worden geschrapt per 2024.

5.2 Somatische co-morbiditeit

Voor het onderhoudsjaar 2023 is er voor somatisch-psychiatrische comorbiditeit een wijzigingsverzoek ingediend. De NZa heeft besloten om per 2024 drie nieuwe verblijfsprestaties vast te stellen: verblijfsdagen E, F en G met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit.

Voor achtergrondinformatie over deze wijziging verwijzen wij u naar de het Eindmemo van de werkgroep somatische comorbiditeit (datum 25 mei 2022), bijlage 1 bij deze verantwoording.

Partijen hebben de NZa verzocht op een aantal onderdelen aanvullende toelichting te geven:

- *Zorgvraag*
De zorgvraag van de patiënt wordt gekenmerkt door (i) een gemiddeld tot zware somatische problematiek gecombineerd met een gemiddeld tot zware psychiatrische problemen, (ii) waarbij er sprake is van negatieve onderlinge beïnvloeding en (iii) geïntegreerde zorg vereist is. De regiebehandelaar-psychiater stelt vast dat er sprake is van complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit en legt dit vast in het medisch patiëntendossier (de mate van de somatisch-psychiatrische problematiek komt niet op de factuur).
- *Zorgaanbod*
De zorgvraag van de patiënt is leidend en niet het aanbod van de afdeling waar deze zorg ontvangt. Het zorgaanbod op de afdeling moet aansluiten op de zorgvraag van de patiënt. Het aanbod wordt met name verwacht in een ziekenhuissetting, maar kan ook voorkomen bij een gespecialiseerde afdeling van een ggz-instelling.
- *Veldnormen*
Voor alle aanbieders, zowel voor paaz'en, puk'en als ggz-instellingen, geldt onverkort dat moet worden voldaan aan de criteria die worden gesteld in de generieke module ziekenhuispsychiatrie en/of de veldnormen MPU.
- *Tarief*
Het tarief voor verblijfsdagen met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit wordt gebaseerd op de gemiddelde kostprijzen van de verblijfsdagen E, F en G van het stratum PAAZ/PUK, zoals onderzocht in het kostprijsonderzoek ggz fz 2020. Het tarief voor reguliere verblijfsdagen (zonder complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit) wordt gebaseerd op de gemiddelde kostprijzen van de betreffende verblijfsdagen E, F en G van ggz-instellingen. Er is geen historische informatie beschikbaar over de werkelijke historische kostprijzen voor complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit. De gemiddelde kostprijs van een verblijfsdag E, F of G bij een PAAZ/PUK geldt daarbij als norm voor de vergoeding voor een verblijfsdag complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit. Tenslotte is niet mogelijk om een verblijfsdag somatisch-psychiatrische comorbiditeit te declareren in combinatie met beveiligingsniveau 2, 3 of 4.

5.3 Tijdsduur groepsconsulten van 30 naar 15 minuten

Voor het onderhoudsjaar 2023 is er een wijzigingsverzoek ingediend om de duur van de groepsconsulten te wijzigen van 30 naar 15 minuten. Omdat dit verzoek een ICT impact had en geen grote haast, heeft de NZa besloten deze wijziging door te schuiven naar 2024.

Voor meer informatie over deze wijziging verwijzen wij u naar de verantwoording onderhoud zorgprestatie model 2023 (paragraaf 2.2).

5.4 Schrappen transitieprestatie

In de aanwijzing die de NZa heeft ontvangen voor de invoering van het ZPM staat onder artikel 6:

Artikel 6 Transitieprestatie

De zorgautoriteit stelt voor de overgang naar de nieuwe bekostiging een tijdelijke transitieprestatie met een vrij tarief vast voor een periode van twee jaar (2022 en 2023).

De aanwijzing begrenst de transitieprestatie t/m 2023. De transitieprestatie vervalt per 2024 uit de bekostiging.

Er wordt gesproken over het verlengen van de transitieprestatie. Als dit inderdaad de wens wordt, dan zal de NZa de transitieprestatie in een B-release weer toevoegen nadat VWS de aanwijzing daarvoor heeft gestuurd.

5.5 Registratie productiviteit

De registratie ten behoeve van aanlevering productiviteit was bedoeld voor de transitiejaren 2022 en 2023. Deze zijn voorbij, zodat deze verplichting lijkt te kunnen worden geschrapt. Dit gaat om artikel 4.4 van de Regeling. Tijdens het onderhoudsoverleg van 18 april 2023 gaven partijen aan het begrijpelijk te vinden dat de NZa deze verplichting schrapt. Tegelijkertijd moet de NZa waken voor een knipperlichtbeleid over verplichtingen. Het lijkt wellicht een onnodige administratieve last nu, maar wellicht is het handiger om deze verplichting pas te schrappen als we concluderen dat echt niemand het nodig heeft. Daarbij lichten aanbieders toe dat het niet gaat om veel werk. Partijen spreken unaniem de wens uit om het voor nu te behouden in de regelgeving.

De NZa besluit bij nader inzien deze verplichting nog niet te schrappen. Samen met partijen zal de NZa eerst afwachten welke informatie op lange termijn nodig blijkt. Daarbij is het kostprijsonderzoek een belangrijke ontwikkeling om af te wachten voordat we beoordelen welke informatie zinvol zal blijven en welke verplichting kan worden geschrapt. Ook is de ICT-implementatie trager op gang gekomen dan gehoopt, zodat de transitieperiode wat de NZa betreft wordt verlengd met 2024.

5.6 Prestaties arts-specialist setting ambulant – kwaliteitsstatuut sectie II

Per 1 mei is de tariefdifferentiatie voor de zelfstandig gevestigde psychiaters beperkt gewijzigd. De NZa heeft met deze wijziging duidelijker gemaakt dat de tariefdifferentiatie is gebaseerd op het onderscheid tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorginzet van een psychiater als behandelaar. De

tariefbeschikking bepaalt dat de psychiater alleen het reguliere tarief mag declareren indien zijn inzet noodzakelijk is. Is zijn inzet niet noodzakelijk, dan geldt een ander tarief. Centraal daarin staat de zorginhoudelijke afweging die de behandelaar zelf maakt omtrent de meest passende en noodzakelijke inzet van zorg voor zijn patiënt. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut is daarbij richtinggevend. Met de tariefdifferentiatie blijft de NZa beogen dat psychiaters zich primair richten op het verlenen van zorg aan patiënten die daadwerkelijk een psychiater nodig hebben. In de beleidsregel 2024 is artikel 2.4 in lijn gebracht met deze verduidelijking.

Zie hiervoor ook de informatiekaart https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_740297_22/1/

6 Acute ggz



Voor de acute ggz is vorig jaar afgesproken dat er een poging wordt gedaan om het zogenoemde Sirm rekenmodel (op grond waarvan de acute ggz door verzekeraars wordt ingekocht) beter aan te laten sluiten op het NZa budgetformulier acute ggz. Hier heeft een intensief traject van afstemming met ZN en dNggz over plaatsgevonden. Daarbij heeft de NZa in februari een uitvraag gedaan bij de 28 regionale aanbieders. Deze uitvraag had twee doelen. Ten eerste om te kijken of het mogelijk was om tot een tarief voor een gemiddeld beoordelingsteam en triagist te komen. Ten tweede was het doel om onderzoek te doen naar de inzet van beveiligers op de beoordelingslocatie.

Uitkomst van het onderzoek en het afstemmingstraject is dat het niet mogelijk is gebleken om het Sirm rekenmodel in het budgetformulier te laten opgaan op bovenstaande punten. Kern hierbij is dat de in het Sirm rekenmodel gehanteerde normen op het gebied van aantallen teams/ bedden/ beoordelingslocaties etc. (de q) voor de NZa niet hard genoeg zijn te onderbouwen om op te nemen in het budgetformulier. Daarnaast vinden we het bepalen van de juiste "q" ook met name de taak van de zorgverzekeraar en zorgaanbieder in de inkoop. De NZa blijft zich dus in het beleid en budgetformulier richten op de "p". DNggz en ZN zien mogelijkheden het Sirm rekenmodel beter te laten aansluiten op de budgetparameters van de NZa. De uitkomsten van het onderzoek en verdere opvolging daarvan richting 2025 worden separaat gepubliceerd.

De beleidsregel 2024 is op enkele tekstuele punten gewijzigd. Daarbij is ook een deel van de historische onderbouwing van de budgetparameters verplaatst naar de bijlage. Op verzoek van partijen voor betere aansluiting van het rekenmodel op het budgetformulier is de Onregelmatigheidstoelage (ORT) uit de parameterwaarde gehaald en zijn parameters op prijspeil 2024 gebracht. Daarnaast is de waarde beschikbaar en bereikbaar voor personeel komen te vervallen voor triage en beoordeling (excl. psychiater bij beoordeling na). Voor beoordeling en triage is het nu mogelijk om ORT en toelage crisisdienst apart op budget formulier op te geven conform CAO.

De onderwerpen "bed bezettingspercentage" en "beroepenterminologie aansluiten op ZPM terminologie" en de "beveiligers crisisbeoordelingslocatie" worden doorgeschoven naar 2025. Dit omdat zorgvuldige uitwerking hiervan meer tijd vergt voor zowel NZa als betrokken partijen.

7 Bijlagen



7.1 Bijlage 1: Werkdocument somatisch- psychiatrische comorbiditeit

Werkdocument – Verblijfsdagen ggz bij patiënten met complexe somatisch- psychiatrische comorbiditeit

Deelnemers: Wievenlien Punt (NVZ), Peter Kleinherenbrink (NFU), Guus Janssen (NFU), Jasper van Kuik (ZN), Job van Huizen (ZK), Richard Boxem (dNggz), Fokke Post (ggz centraal), Peter Wiltjer (ggz centraal), Jeroen van Waarde (Rijnstate), Metten Somers (UMC Utrecht), Sebastiaan van Denderen (ggz rivierduinen), Leanne Visser (NZa), Willem Eggink (NZa).

Definitief: 25 mei 2022

Samenvatting

- De werkgroep concludeert dat somatisch-psychiatrische comorbiditeit nu onvoldoende tot uiting komt in de bekostiging in de ggz.
- De introductie van de setting hoog specialistisch in het zorgprestatie-model (voor consulten behandeling en diagnostiek) heeft geen directe impact op de bekostiging van somatisch-psychiatrische comorbiditeit bij verblijfszorg.
- Op basis van data en berekeningen van de NZa kunnen we concluderen dat het aannemelijk is dat complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit zich uit in hogere kostprijzen voor verblijfsdagen, met name als gekeken wordt naar de kosten, kwalificatieniveau en gemiddeld salaris van VOV-personeel binnen het stratum PAAZ/PUK.
- De zorginhoudelijke kaders voor patiënten met zorgvragen betreffende complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit zijn helder beschreven in de generieke module ziekenhuispsychiatrie en veldnormen MPU. Deze documenten geven een zorginhoudelijk kader voor zorgvragen op gebied van somatisch-psychiatrische comorbiditeit. Op basis daarvan kunnen we verschillende mate van complexiteit in de zorgvragen van de patiënt met somatisch-psychiatrische comorbiditeit onderscheiden. De huidige oplossingsrichting richt zich enkel op het bekostigingsprobleem van complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit (Type III en IV). Voor niet-complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit (Type I en II) adviseert de werkgroep het onderwerp in te brengen bij de ggz-zorgvraagtypering.
- Op basis van de voor- en nadelen van verschillende bekostigingsopties heeft de werkgroep de voorkeur voor bekostiging via aparte verblijfsdagen. Dit verzoek zal dan leiden tot 3 nieuwe verblijfsdagen: complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit E, F en G.
- De NZa is voornemens om de drie tarieven van de voorgestelde verblijfsdagen complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit (E, F, G) vast te stellen op 100% kostprijzen van PAAZ'en en PUK'en en de drie 'reguliere' verblijfsdagen E, F en G vast te stellen op 100% kostprijzen van ggz-instellingen. Dit leidt tot een daling van reguliere verblijfsdagen E, F en G.

Inleiding

In het kader van het onderhoud zorgprestatie model 2023 wordt onderzocht in hoeverre de bekostiging van ggz-verblijfsdagen moet worden aangepast voor patiënten met een bijkomende zorgvraag betreffende bestaande somatisch-psychiatrische comorbiditeit. Via een expertgroep bestaande uit experts van de NVZ, NFU, ZN en dNggz wordt onder andere gekeken naar noodzaak, wenselijkheid en toepasbaarheid van een mogelijke wijziging in verblijfsdagen ggz.

Dit werkdocument is een gezamenlijke uitwerking de hierboven genoemde partijen. Uiteindelijk zal een voorstel worden voorgelegd ter advisering aan het 'Overleg onderhoudspunten ZPM 2023'. Het is vervolgens aan de NZa om via regelgeving voor 2023 te besluiten op dit onderwerp, uiterlijk 1 juli 2022.

1. Inventarisatie

1.1 Probleemschets

Al langere tijd signaleren zorgaanbieders dat er in te bekostigingssystematiek in de ggz weinig aandacht is voor de combinatie van ggz met somatische problematiek, ook wel (somatisch-psychiatrische) comorbiditeit genoemd. In algemene zin wordt verwacht dat somatische comorbiditeit zorgverzuwend is, zoals bijvoorbeeld blijkt uit onderzoek van [Van Schijndel et al. \(2022\)](#). In de bekostiging wordt hier op dit moment beperkt onderscheid in gemaakt. Vergeleken met zorggebruik bij (vrijwel alle) Nederlanders met alleen psychiatrische morbiditeit, bleken – in het jaar 2010 - de kosten van declaraties in DBC ggz 10% hoger bij Nederlanders met zowel psychiatrische als somatische comorbiditeit; kosten van declaraties van ziekenhuiszorg (msz) bij Nederlanders met zowel psychiatrische als somatische comorbiditeit bleken 40% hoger dan bij mensen met alleen ziekenhuiszorg (Van Schijndel e.a., 2022).

Zwaardere en/of intensievere zorg komt tot uiting in hogere kosten van zorg. Uit het [kostprijsonderzoek ggz fz 2020](#) blijkt dat de kostprijzen voor verblijfsdagen in de ggz (A t/m G) bij PAAZ'en en PUK'en significant hoger zijn dan de kostprijzen van ggz-instellingen. In het eindrapport van Sira Consulting en Capgemini Invent zijn deze kostprijsgegevens op pagina's 62 t/m 64 weergegeven. We hebben onderzocht of we somatische comorbiditeit als verklaring kunnen geven voor de kostprijsverschillen. Nader onderzoek laat zien dat zowel de kosten per fte inzet als ook de gemiddelde inzet op een verblijfsafdeling (fte/bed) hoger ligt dan bij ggz-instellingen.

Uitgangspunt 1: De werkgroep concludeert dat somatisch-psychiatrische comorbiditeit nu onvoldoende tot uiting komt in de bekostiging in de ggz.

De NZa hanteert in haar tariefbeleid het uitgangspunt van functionele bekostiging: gelijke zorg kent een gelijk tarief. De zorg van PAAZ'en en PUK'en is nu niet functioneel anders (omschreven). In dit document wordt onderzocht in hoeverre een functioneel onderscheid op basis van somatische

comorbiditeit het verschil in kostprijzen kan verklaren en – als dat het geval is – op welke manier de bekostiging hierop aangepast moet worden.

In de afgelopen jaren (vanaf medio 2019) is al een aantal stappen gezet naar mogelijke oplossingen. Maar door de implementatie van het zorgprestatie­model per 2022 is gekozen om over dit onderwerp een besluit te nemen voor de bekostiging per 2023.

1.2 Omvang probleem

Het probleem rondom de bekostiging van somatisch-­psychiatrische comorbiditeit door alle partijen wordt herkend. Dit geldt zowel voor ggz-­instellingen, PAAZ'­en en PUK'­en. De mate waarin problemen worden ervaren verschilt.

Verwacht wordt dat met name op de PAAZ'­en en PUK'­en relatief veel patiënten liggen met complexe somatisch-­psychiatrische comorbiditeit. De NVZ en NFU hebben naar aanleiding van de uitkomsten van het kostprijs­onderzoek kenbaar gemaakt dat de NZa-­maximumtarieven niet de kosten dekken van de ggz-­verblijfszorg die ze leveren. Ook eventuele max-­max tarieven (110%) geven onvoldoende dekking voor de kosten.

De invoering van het zorgprestatie­model per 2022 heeft geen directe invloed op het gesignaleerde probleem. Het zorgprestatie­model heeft met name betrekking op de behandeling in de ggz en fz, waarbij op de behandelcomponent onderscheid gemaakt wordt naar verschillende settings. Voor de verblijfscomponent wordt er geen setting onderscheiden. Per 2022 is voor de verblijfsprestaties gekozen om dagbesteding en vaktherapie als integraal onderdeel van de verblijfsdag te bekostigen.

Uitgangspunt 2: De introductie van de setting hoog specialistisch in het zorgprestatie­model (voor consulten behandeling en diagnostiek) heeft geen directe impact op de bekostiging van somatisch-­psychiatrische comorbiditeit bij verblijfszorg.

1.3 Uitwerking somatische comorbiditeit

Via dit werkdocument onderzoeken we in hoeverre onderbouwd kan worden dat (complexe) somatisch-psihiatrische comorbiditeit gemiddeld hogere kosten met zich meebrengt en of onderscheid de verklaring is voor de gemiddeld hogere kostprijzen van PAAZ'en en PUK'en.

Dit document is als volgt opgebouwd:

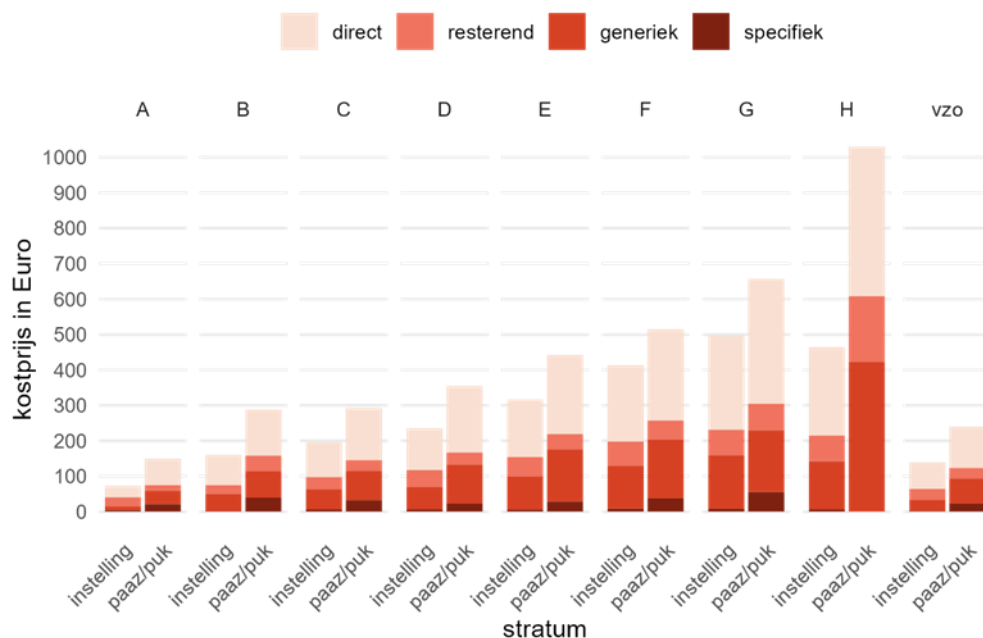
- Hoofdstuk 1: probleemstelling
- Hoofdstuk 2: data
- Hoofdstuk 3: duiding van somatische comorbiditeit
- Hoofdstuk 4: bekostiging
- Hoofdstuk 5: overige factoren
- Hoofdstuk 6: advies bekostiging 2023

2. Data

In eerste instantie is gezocht naar aansluiting tussen kostprijzen en somatische comorbiditeit op basis van data. Daarvoor is de volgende data geanalyseerd:

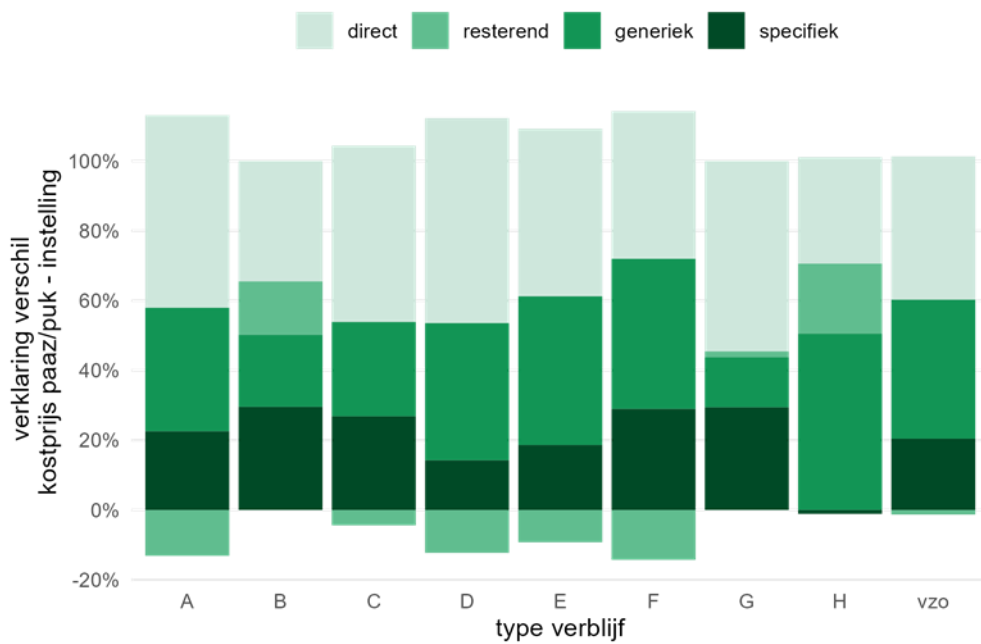
- Kostprijsverschillen op detailniveau in het kostprijsonderzoek ggz en fz.
- Informatie met betrekking tot het personeel.
- Parallele somatische en ggz zorgvraag: somatische dbc (msz dot) gelijktijdig met een klinische ggz-dbc.

In het kostprijsonderzoek ggz fz 2020 zijn kostprijzen verblijf voor de verschillende strata berekend. In onderstaande grafieken zijn de verschillen weergegeven tussen de kostprijs van instellingen en kostprijzen van paaz/puk. Deze zijn ook terug te lezen in de [Eindrapportage](#) van Sira Consulting/Capgemini.



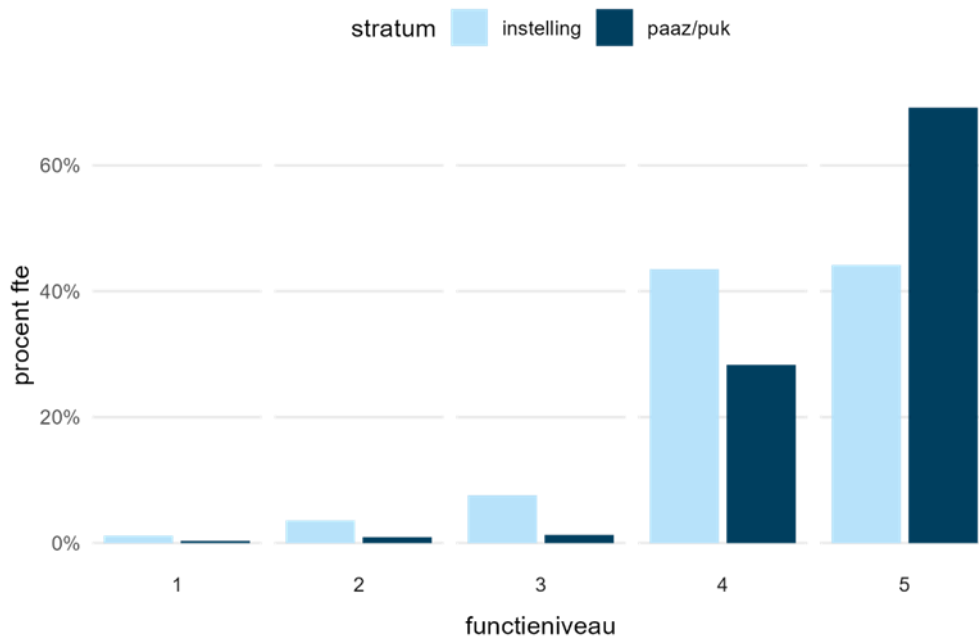
Figuur 1; gemiddelde kostprijsverschillen stratum instellingen versus stratum PAAZ/PUK

In de grafiek is onderscheid gemaakt tussen directe kosten (directe kosten op hoofdkostenplaatsen voor verblijf – met name loonkosten), resterende kosten (overige kosten voor directe kostenplaats verblijf) en materiële kosten (overige kosten op hulpkostenplaatsen toegerekend aan verblijf). In bijlage 1 is een specificatie van de gemiddelde kosten opgenomen.



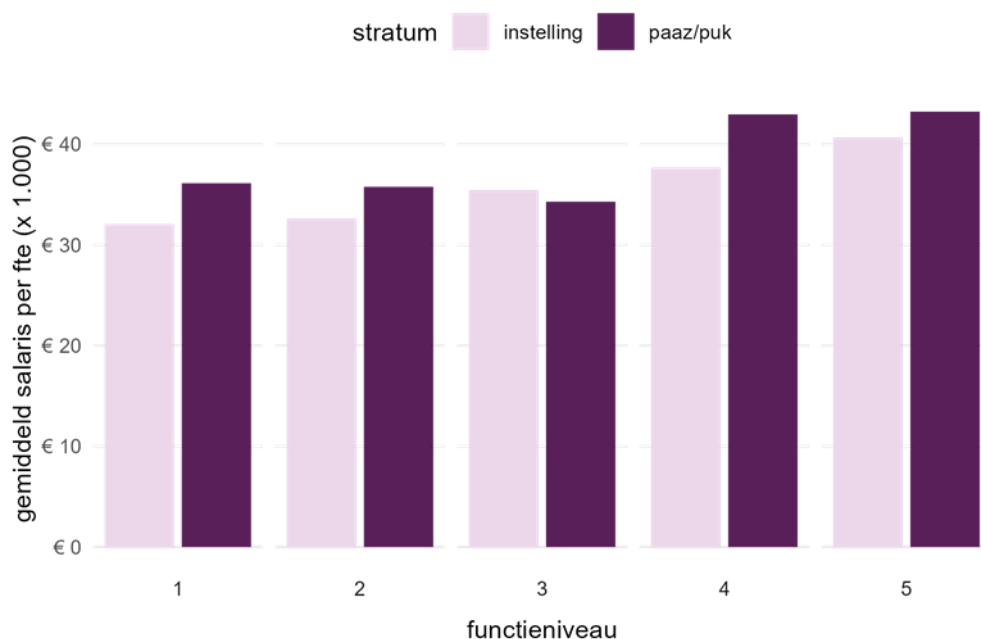
Figuur 2; Verschillen tussen stratum instelling en stratum PAAZ/PUK per deelprestatie verblijf

In bovenstaande figuur 2 is het verschil tussen kostprijzen van instellingen en paaz/puk'en opgedeeld in de oorzaak van de ontstane verschillen. Hieruit valt af te leiden dat een groot deel kan worden verklaard door personeelskosten (lichtgroen). In het kostprijsonderzoek is daarnaast ook informatie uitgevraagd over het kwalificatieniveau van het VOV-personeel: 1 tot en met 5. Daaruit blijkt dat circa 70% van VOV-personeel bij PAAZ'en en PUK'en kwalificatieniveau 5 heeft, waar dat bij instellingen iets boven de 40% ligt (figuur 3).



Figuur 3; Niveau VOV-personeel in het kostprijsonderzoek 2020

Vervolgens is onderzocht of het gemiddelde salaris oploopt met het kwalificatieniveau. In figuur 4 is te zien dat salariskosten mee stijgen met het functieniveau van het VOV-personeel.



Figuur 4; Gemiddeld salaris per functieniveau

We kunnen dus concluderen dat een hoger kwalificatieniveau leidt tot hogere (gemiddelde) salarissen en dit een groot deel van de kostprijsverschillen verklaart tussen ggz-instellingen en PAAZ'en en PUK'en.

Tenslotte is onderzocht in hoeverre we kunnen constateren dat er tijdens een ggz-zorgtraject ook een somatisch zorgtraject open stond. Let op, de cijfers hebben hier betrekking op zowel de verblijfszorg als de behandlzorg (bron: Vektis).

- Bij PAAZ/PUK hebben 75% van de klinische DBC's in dat zelfde jaar tevens een somatische DBC tegenover 46% bij GGZ-instellingen;
- Het percentage van dagen met overlap laat een nog groter verschil zien: van de patiënten die in een PAAZ/PUK zijn opgenomen loopt in 67% gelijktijdig gedurende die periode ook een somatische DBC tegenover 35% bij GGZ-instellingen;

- Tenslotte zijn de in de somatiek geopende DBC's bij de PAAZ/PUK ook aanzienlijk zwaarder dan die in GGZ-instellingen (de gemiddelde vergoeding bedraagt € 2727,- versus € 1191,-).

	Aantal klinische dbc's vanaf 2015	Waarvan met gelijktijdige somatische dbc('s)	Percentage van dagen met overlap	Gemiddelde vergoeding somatic per klinische ggz-dbc
GGZ- instellingen	185.649	84.544 (46%)	35%	€ 1.191
PAAZ/PUK	31.406	23.609 (75%)	67%	€ 2.727

Bij het verklaren van deze cijfers met experts is gevraagd of de wijze van registratie hier een factor speelt, ggz-instellingen kunnen namelijk zelf geen ziekenhuisdeclaraties indienen. Het zou kunnen dat voor een patiënt bij een PAAZ en PUK relatief snel een somatisch traject geopend wordt, omdat de patiënt er toch fysiek aanwezig is. Andersom, als dit voor ggz-instellingen niet gebeurt verwachten we dat de gemaakte kosten dus landen binnen het ggz-traject en deze daarmee kostendekkend is.

Uitgangspunt 3: Op basis van data en berekeningen van de NZa kunnen we concluderen dat het aannemelijk is dat complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit zich uit in hogere kostprijzen voor verblijfsdagen, met name als gekeken wordt naar de kosten, kwalificatieniveau en gemiddeld salaris van VOV-personeel binnen het stratum PAAZ/PUK.

3. Duiding van complexe somatisch-psichniatrische comorbiditeit

Bij de behandeling van ggz-patiënten met somatische comorbiditeit wordt (integrale) ggz geleverd in combinatie met medisch specialistische zorg geboden door de psychiater en daaruit voortvloeiende (somatische) verpleegkundige zorg is vereist. De zorgvragen van deze patiënten vereisen gemiddeld genomen een extra/intensiever/uitgebreider/zwaarder geïntegreerd zorgaanbod, waarbij gelijktijdig geestelijke gezondheidszorg én medisch specialistische zorg noodzakelijk zijn.

3.1 Definitie

Voor wat betreft de inhoudelijke definitie van een patiënt met gelijktijdig een psychiatisch als somatische zorgvraag (somatisch-psichniatrische comorbiditeit) sluiten we aan bij de basisdocumenten en veldnormen die hiervoor in de praktijk gelden.

- Generieke module ziekenhuispsychiatrie
De generieke module ziekenhuispsychiatrie geeft een beschrijving van patiënten die (complexe) psychiatische medisch specialistische zorg behoeven.

Complexe somatisch-psichniatrische comorbiditeit

Er is sprake van een patiënt met complexe somatisch-psichniatrische comorbiditeit wanneer er bij de patiënt:

- een somatische en psychiatische aandoening tegelijkertijd voorkomen; en/of
- sprake is van een onderlinge negatieve beïnvloeding van de aandoeningen of behandeling daarvan; en/of
- de ernst en/of aard van de somatische en/of psychiatische ziekte gelijktijdig somatische en psychiatische medisch-specialistische behandeling vereist.

Geïntegreerde zorg

De inhoud van de zorg voor patiënten met somatisch-psichniatrische comorbiditeit is per definitie maatwerk, maar geïntegreerde zorg is het middel om zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven te verbeteren en zorggebruik en kosten te reduceren.

- De Veldnormen Medisch Psychiatische Units geven 10 concrete normen voor de minimale eisen voor een medisch-psichniatrische unit (MPU), waar patiënten met complex somatisch-psichniatrisch lijden optimale klinische geïntegreerde zorg kunnen krijgen.

Voorbeelden van de inhoud van veldnormen:

- Een MPU heeft een predicaat 'type IV', wat inhoudt dat de zorgzwaarte van de afdeling erin voorziet patiënten te behandelen met een hoge somatische zorgzwaarte en gemiddelde tot hoge psychiatische zorgzwaarte.
- *Veldnorm 1.* Op een MPU kunnen patiënten met een gemiddelde tot hoge somatische zorgzwaarte gediagnosticeerd, behandeld en verpleegd worden, zoals dat kan op een algemene ziekenhuisafdeling. Daarnaast kunnen op de MPU patiënten met een gemiddelde tot hoge psychiatische zorgzwaarte gediagnosticeerd, behandeld en verpleegd worden, zoals dat kan op een ggz (opname)afdeling.
- *Veldnorm 2.* De MPU biedt 24/7 op maat multidisciplinaire diagnostiek, behandeling en verpleging. Patiënten met de in deze veldnorm beschreven zorgvragen kunnen op een MPU gediagnosticeerd, behandeld en verpleegd worden (niet-limitatief).

- *Veldnorm 7.* Verpleegkundigen op een MPU hebben minimaal kwalificatieniveau 4. Per dienst zijn op de werkvloer beide expertisegebieden aanwezig (somaïsch en psychiatrisch). De bezettingsnorm is minimaal 1,0 fte per bed.
- *Veldnorm 9* betreft de aanwezigheid van specifieke ruimtelijke voorzieningen.

3.2 Zorgvragen bij patiënten met somaïsch-psychiatrische comorbiditeit

Ook voor een omschrijving van zorgvragen bij patiënten met somaïsch-psychiatrische comorbiditeit met daarbij medisch noodzakelijke activiteiten kunnen we ons baseren op de inhoud van de generieke module ziekenhuispsychiatrie en de veldnormen medisch psychiatrische units. In veldnorm 2 van de veldnormen MPU is een niet-limitatieve opsomming opgenomen van te verwachten activiteiten die toegepast moeten kunnen worden bij klinisch opgenomen patiënten met somaïsch-psychiatrische hulpvragen ten aanzien van diagnostisering, behandeling en/of verpleging.

Bij een patiënt met somaïsch-psychiatrische comorbiditeit is er sprake van een combinatie van de volgende verschillende kenmerken (in niet-limitatieve en wisselende combinaties) leidend tot bijpassende zorgactiviteiten:

- een kans op acute verslechtering van de somaïsche toestand, waardoor per direct nodig zijn: aanvullend onderzoek (bv. radiologie, laboratorium, ECG, EEG), specifieke behandeling (bv. operatie, partus, spoed-ECT), medisch-specialistische consultatie (bv. van internist, chirurg, cardioloog, gynaecoloog, neuroloog) en/of specialistische verpleegkundige zorg (bv. intensive care, hartbewaking, mediumcare-bewaking van vitale lichaamsfuncties);
- zuurstofafhankelijkheid waarvoor toediening van medische gassen en monitoring van de zuurstofsaturatie noodzakelijk zijn;
- ondervoeding, een inadequate voedsel- en vochtinname en/of het niet mogelijk zijn van orale voeding/vochttoediening, waarvoor parenterale toediening van voeding, vocht, medicatie en/of bloed noodzakelijk zijn (intraveneus, intramusculair en/of subcutaan);
- decubitus, brandwonden en/of operatiewonden, die behandeld en verzorgd moeten worden;
- een indicatie voor blaaskatheterisatie en bepaling van blaasresidu;
- een indicatie voor een maaghevel, maagsonde of PEG-sonde;
- (totale) ADL-afhankelijkheid en immobiliteit, waarvoor totale bedverpleging noodzakelijk is;
- rolstoelafhankelijkheid, waarbij begeleiding en (poging tot) mobilisatie nodig zijn;
- een terminale zorgbehoefte in de laatste levensfase, waarbij ook verzorging geboden moet worden na het overlijden (inclusief de opvang van de nabestaanden);
- (kans op) gevaarlijk gedrag (bv. agressie, suicidaliteit) voortkomend vanuit de psychiatrische aandoening, waarvoor noodzakelijk zijn: beschermende maatregelen, behandeling en specifieke verpleegkundige zorg (bv. intensief toezicht op gevaarlijk gedrag, vrijheidsbeneming, beperkingen in bezoek en/of andere prikkels, de-escalerende technieken, fixatie op bed, separatie, noodmedicatie);

- een (kans op) verstoring van de realiteitstoetsing, cognitieve en/of executieve hersenfuncties die leidt tot verdwalen, inadequaat handelen en/of potentieel gevaar voor de patiënt(e) en zijn of haar omgeving, waarvoor specifieke verpleegkundige zorg en faciliteiten noodzakelijk zijn.

Op basis van input van diverse PAAZ'en en PUK'en concludeert de werkgroep dat deze zorgvragen herkend worden.

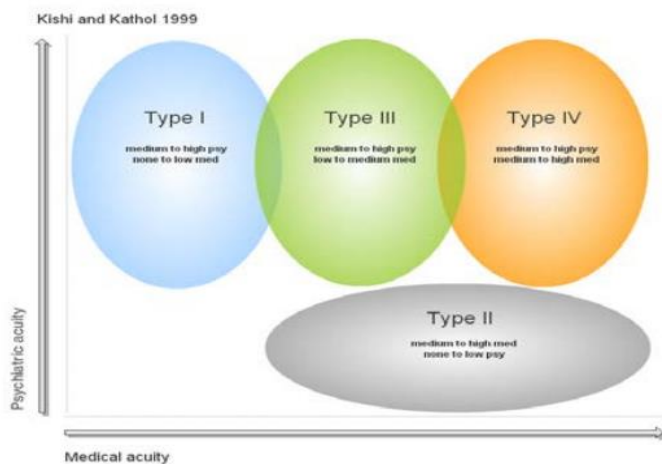
Ook worden andere voorbeelden genoemd van hoe een patiënt met somatisch-psychiatrische comorbiditeit meer inzet van de verpleegkundigen vraagt:

- Veldnorm 7: Gelijktijdige aanwezigheid van een somatisch-verpleegkundige en psychiatrisch-verpleegkundige expertise. De somatisch-verpleegkundige expertise betreft onder andere: bekwaamheden op het gebied van infusie van medicatie en vloeistoffen, zuurstoftoediening, katheterisaties, sonderen, wondverzorging, terminale verpleegkundige zorg en bewaking vitale functies op het niveau van een algemeen verpleegkundige. De psychiatrisch-verpleegkundige expertise betreft onder andere: hanteren van een empathische en motiverende gespreksvoering, omgaan met machteloosheid, agressie en structuurloosheid, risicotaxatie, en toepassen van vrijheidsbenemende maatregelen.
- De somatische handelingen bij patiënten die hierboven genoemd worden moeten bij bepaalde patiënten gedaan kunnen worden als verplichte zorg. Hier zijn meerdere keren per dag, meerdere verpleegkundigen voor nodig.
- Door de complexiteit van het ziektebeeld (gedrag en systeem) is intensievere begeleiding, soms wel 1-op-1, nodig bijvoorbeeld om snel te kunnen handelen. Dit geldt zowel voor ggz instellingen als voor ziekenhuizen.
- Fysiotherapie/ergotherapie: verpleegkundigen worden (naast de paramedicus) vaak ingezet bij oefeningen. Dit gebeurt bij zorgvragen van patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit vaker dan bij 'niet-somatische' patiënten.

3.3 Mate van somatische comorbiditeit

In de werkgroep is vaak gesproken over een glijdende schaal in zorgvragen bij de tevens aanwezige somatische morbiditeit. De mate van somatisch-psychiatrische comorbiditeit varieert per patiënt. Daarbij zijn er verschillen in de aanwezige infrastructuur van een verblijfsafdeling voor patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit. Hieronder is een aantal verschillende aspecten opgenomen op basis waarvan de zwaarte van de zorgvraag bij somatisch-psychiatrische comorbiditeit kan worden bepaald.

- De mate van psychiatrische zorgzwaarte en de mate van somatische zorgzwaarte. In figuur 4 zijn afdelingen geplot waarin onderscheid is gemaakt in de mate van somatische zorgzwaarte en psychiatrische zorgzwaarte. Patiënten die diagnostiek en/of behandeling behoeven op de MPU's vallen onder type IV. Deze voorziening is in staat om patiënten met elke somatische zorgzwaarte te behandelen zoals een algemene ziekenhuisafdeling dat kan in combinatie met een gemiddelde tot hoge psychiatrische zorgzwaarte zoals deze geboden wordt op een ggz-(opname)afdeling. Deze indeling gaat over afdelingen, wat niet betekent dat uitsluitend type IV patiënten op type IV afdelingen liggen.



Figuur 5; typering MPU's volgens Kishi en Kathol (1999)

Tijdens de zorginhoudelijke werksessie is een aantal aspecten benoemd van zorgvragen bij patiënten met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit:

- Intensiteit van de zorgvragen
- Complexiteit van noodzakelijke medicatie, voornamelijk contra-indicaties
- Hoeveelheid en 24/7-beschikbaarheid van laboratoriumonderzoeken
- Risico's op gezondheidsschade/ overlijden voor de patiënt
- Mate van monitoring en evaluatie
- Stabiliteit van de patiënt (mate van bedreiging vitale lichaamsfuncties, zoals hartslag, bloeddruk en zuurstofgehalte in het bloed)
- Coördinatie en afstemming met medisch specialisten
- Duur en intensiteit van de verblijfszorg.

De werkgroep denkt dat voor een passende bekostiging onderscheid gemaakt moet worden in de zwaarte van de zorgvragen betreffende de somatisch-psychiatrische comorbiditeit.

Voor 'niet-complexe' somatische-psychiatrische comorbiditeit, Type I en Type II volgens Kishi en Kathol, is het wenselijk inzicht te krijgen en adviseren we om dit via het traject van zorgvraagtypering te laten lopen. Maar hiervoor adviseren we niet de bekostiging van ggz-verblijfsdagen aan te passen.

Voor 'complexe' somatisch-psychiatrische ggz-verblijfszorg, patiënten die passen bij Type III en Type IV volgens Kishi en Kathol, adviseren we om de bekostiging aan te passen. Deze zorg brengt significant hogere kosten met zich mee en is meer geconcentreerd bij PAAZ'en, PUK'en of gespecialiseerde verblijfsafdelingen van ggz-instellingen. Daardoor leidt dit tot een bekostigingsprobleem.

Uitgangspunt 4: De zorginhoudelijke kaders voor patiënten met zorgvragen betreffende complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit zijn helder beschreven in de generieke module ziekenhuispsychiatrie en veldnormen MPU. Deze documenten geven een zorginhoudelijk kader voor zorgvragen op gebied van somatisch-psychiatrische comorbiditeit. Op basis daarvan kunnen we verschillende mate van complexiteit in de zorgvragen van de patiënt met somatisch-psychiatrische comorbiditeit onderscheiden. De huidige oplossingsrichting richt zich enkel op complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit (Type III en IV). Voor niet-complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit (Type I en II) adviseert de werkgroep het onderwerp in te brengen bij de ggz-zorgvraagtypering.

3.4 Afbakening t.b.v. bekostiging

Complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit kan worden geoperationaliseerd aan de hand van de volgende criteria. Zie ook bijlage.

- *Zorgvraag van de patiënt*
De zorgvraag van de patiënt volgt uit de complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit (i) een gemiddeld tot zware somatische problematiek gecombineerd met een gemiddeld tot zware psychiatrische problemen, (ii) waarbij er sprake is van negatieve onderlinge beïnvloeding en (iii) geïntegreerde zorg vereist is (bron: Generieke module Ziekenhuispsychiatrie).
De regiebehandelaar-psychiater stelt vast dat er sprake is van complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit.
- *Passend zorgaanbod*
De zorgvraag van de patiënt is leidend en niet het aanbod van de afdeling waar deze zorg ontvangt. Het zorgaanbod op de afdeling moet aansluiten op de zorgvraag van de patiënt. De zorgvraag van deze patiënt vereist een verblijfsafdeling met specifieke expertise van VOV'ers en logistieke en technische voorzieningen. Het aanbod wordt met name verwacht in een ziekenhuissetting, maar kan ook voorkomen bij een gespecialiseerde afdeling van een ggz-instelling.

- 24/7 bedverpleging met een minimaal deskundigheidsniveau 4 van verpleegkundigen en een minimale inzet van 1,0 fte per bed. Per dienst zijn altijd verpleegkundigen met zowel somatisch en psychiatrisch expertise ingezet. Eén verpleegkundige kan over beide expertises beschikken.
- Tijdens de klinische zorg is om de meeste gevallen een medisch specialist van een ander specialisme betrokken bij de somatische diagnostiek en/of behandeling.
- Tijdens de klinische zorg is sprake van behandeling met specifieke somatische medicatie en/of medische gassen, voorgeschreven onder regie van de psychiater of door de mede-behandelend medisch specialist.
- Er vindt – naast psychiatrische diagnostiek – complexe somatische diagnostiek plaats gericht op het stellen van een somatische diagnose dan wel monitoring van de toestand. Te denken valt aan: MRI, CT, EEG, echoscopie, endoscopie, andere beeldvormende diagnostiek, ECG's, laboratoriumonderzoek. Indien er evident geen aanvullende diagnostiek vereist is, bijvoorbeeld omdat de somatische toestand voldoende in beeld of onder controle is, vervalt dit criterium.
- Overige vereisten ten aanzien van afbakening:
 - De prestatie kan worden geregistreerd door zowel ggz-instellingen als PAAZ'en en PUK'en, er zit geen beperking op vanuit regelgeving. Voor alle gevallen geldt dat moet worden voldaan aan de criteria van de zorgvraag van de individuele patiënt én daarop het passend zorgaanbod geleverd kunnen worden.
 - Er wordt in regelgeving geen relatie gelegd met de setting hoog specialistisch voor consulten in het zorgprestatiemodel.
 - De regiebehandelaar stelt vast of het om complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit gaat (Type III en IV Kishi en Kathol). De onderbouwing hiervoor moet blijken uit het medisch dossier.

3.5 Samenloop ziekenhuiszorg en ggz-zorg beide onder ZvW

Ziekenhuiszorg en ggz-zorg kunnen soms zo samenlopen dat het ook in bekostiging lastig is deze goed uit elkaar te houden. Dit is bijvoorbeeld terug te zien wanneer een patiënt met een ggz-zorgvraag op de SEH belandt.

Om dit te verduidelijken kunnen we een aantal algemene richtlijnen formuleren. Waar nodig kan dit worden opgenomen in NZa-regelgeving. Deze zijn in overeenstemming met de reactie van de NZa op het dossier van acute zorg.

1. Als er sprake is van één zorgvraag met één hoofd/regiebehandelaar dan wordt de daarbij passende prestatie in de MSZ respectievelijk GGZ geregistreerd.
Voor voorbeelden zie situatie C in bijlage 2.
2. Als er sprake is van twee aparte zorgvragen (met twee hoofdbehandelaars) dan worden daarvoor twee prestaties geregistreerd. Dit kan het geval zijn bij twee trajecten voor somatische zorg en twee trajecten voor ggz en somatische zorg (MSZ).

3. De keuze of het één of meerdere zorgvragen betreft is een zorginhoudelijke afweging die de (hoofd/regie)behandelaar maakt.
4. Voor de verblijfsprestaties geldt dat deze worden geregistreerd bij de zorgvraag die hoort bij de primaire reden van opname: somatisch of psychiatrisch.
Voor voorbeelden zie situatie A en B in bijlage 2.

4. Bekostiging

Vanuit de werkgroep zijn onderstaande opties om patiënten met zorgvragen betreffende complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit te bekostigen verkend:

1. Reguliere verblijfsprestaties en tarieven – in contractering en max-max
2. Facultatieve prestatie
3. Aparte verblijfsdagen voor complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit
4. Toeslag op de verblijfsdagen voor complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit
5. Vergoeding via MSZ

Conclusie 5:

Op basis van de voor- en nadelen van verschillende bekostigingsopties heeft

de werkgroep de voorkeur voor bekostiging via aparte verblijfsdagen. Een belangrijke voorwaarde daarbij is wel dat het tarief voor deze prestaties goed te bepalen is.

Hieronder worden voor- en nadelen van de verschillende opties uitgewerkt.

4.1. Reguliere verblijfsprestaties en tarieven

Omschrijving

Via contractering (contractafspraken tot maximaal 110% van (verblijfs-)tarieven zouden de extra kosten voor complexe somatische-psychiatrische comorbiditeit kunnen worden bekostigd.

Voordelen

+ Eenvoudig

+ Regelarm en snel te realiseren

Nadelen

- 10% max-max dekt mogelijk niet voldoende verschillen;
- Afhankelijkheid van contractering
- ~~Niet~~ ~~tr~~transparant

ICT-impact

- geen ICT-impact.

4.2 Facultatieve prestatie

Omschrijving

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen gezamenlijk een aanvraag doen bij de NZa voor een facultatieve prestatie. Op basis van een onderling overeengekomen prestatie en tarief zou de zorg vergoed kunnen worden.

Voordelen

- + Regelarm en snel te realiseren
- + Transparant

Nadelen

- De uitvoering is complex en is afhankelijk van bereidheid om hier aanvullende prestaties en tarieven voor af te spreken.
- Vergt veel voorbereiding van partijen zelf.
- Past niet goed bij een wijziging die in principe landelijk zal gelden.

ICT-impact

De ICT-impact is afhankelijk van de wijze waarop de facultatieve prestatie wordt vormgegeven. In algemene zin verwachten ICT-leveranciers grote impact van implementatie van deze variatie, met name verschillende afspraken/prestaties/voorwaarden van deelnemende organisaties.

4.3 Aparte verblijfsdagen voor complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit

Omschrijving

Complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit kan worden vergoed als aparte ggz-verblijfsdagen. Deze prestatie is gekoppeld aan de zorgvraag van een patiënt die verblijft in een setting die nodig is voor deze complexe somatisch-psychiatrische zorgvraag. De regiebehandelaar, in de meeste gevallen een psychiater, bepaalt of er sprake is van complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit. Daarvoor worden in NZa-regelgeving criteria opgenomen. Indien nodig kunnen de zorgverzekeraars achteraf objectief vaststellen of aan de criteria is voldaan.

Omdat deze prestatie alleen voorkomt bij verblijf vanaf de intensiteit E (1.0-1.3 fte/bed) gaat het om drie prestaties: complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit met intensiteiten E, F en G.

Voordelen

- + De wijze van bekostiging sluit aan bij geleverde zorg
- + Transparantie over welke zorgaanbieders deze zorg leveren in welke mate, welke bijdraagt aan de discussie over passende zorg.
- + Differentiatie zorgt voor een rechtvaardigere verdeling tussen kostprijzen van reguliere patiënten en patiënten met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit.

Nadelen

- Uitbreiding van complexiteit van de bekostiging
- Een tarief bepalen is lastig. In kostprijsinformatie wordt het onderscheid gemaakt tussen PAAZ'en en PUK'en (met gemiddeld meer patiënten met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit) en ggz-instellingen, maar geen onderscheid tussen patiënten met en patiënten zonder somatische comorbiditeit.

- Om de wijziging macroneutraal uit te voeren betekent het een daling van 'reguliere' ggz-verblijfsdagen.

ICT-impact

ICT-leveranciers geven de voorkeur aan deze optie als er een wijziging in de systematiek plaatsvindt. In tegenstelling tot een toeslag hoeven er geen onderlinge relaties tussen prestaties te worden gelegd en blijft het aantal declaratieregels gelijk.

4.4 Toeslag op de verblijfsdagen voor complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit

Deze variant lijkt erg op de prestatie-variant zoals genoemd onder 4.3. In plaats van een deelprestatie verblijf met somatisch-psychiatrische comorbiditeit kan een reguliere deelprestatie met toeslag complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit worden geregistreerd en gedeclareerd.

De voor- en nadelen zijn vergelijkbaar met de aparte verblijfsdagen, met uitzondering van:

- Nadeel: Op dit moment bestaan er geen toeslagen bij verblijfsprestaties.

ICT-impact

De hoogte van de ICT-impact is onder andere afhankelijk van de aanvullende regels die we stellen voor registratie en declaratie. In een aantal bekende softwaresystemen is dit eenvoudig, omdat meerdere prestaties zo werken. Andere systemen hebben wat meer moeite om aanvullende regels (het valideren op combinaties en uitval in geval van geen mogelijkheid) te programmeren. Een toeslag zorgt voor meer declaratieregels dan aparte verblijfsprestaties.

4.5 Vergoeding via MSZ

Omschrijving

In de discussie over het behandelen van een somatische zorgvraag bij patiënten op de PAAZ/PUK wordt soms aangedragen dat dit bekostigd moet worden vanuit de MSZ via de prestaties en tarieven in de MSZ.

Door het integrale karakter van de somatische en psychiatrische zorgvraag achten we dit geen uit te voeren optie. Het opknippen in gescheiden stelsels leidt in de uitvoering tot ondoenlijke situaties. En daarbij lijkt het vooral op het verplaatsen van het probleem, in plaats van het oplossen.

5. Tarief

Er is geen directe informatie aanwezig over het kosten onderscheid tussen zorg voor patiënten mét complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit en patiënten zonder. In dit document wordt tot op zekere hoogte onderbouwd dat de kosten voor zorg voor patiënten met somatische-psychiatrische comorbiditeit hoger zijn dan patiënten zonder comorbiditeit op basis van kostprijzen van PAAZ'en en PUK'en.

Op basis van de input van de werkgroep is de NZa voornemens om de drie tarieven van de voorgestelde verblijfsdagen complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit (E, F, G) vast te stellen op 100% kostprijzen van PAAZ'en en PUK'en. Om deze differentiatie in verblijfsdagen macro neutraal te kunnen uitvoeren is de NZa voornemens de drie 'reguliere' verblijfsdagen E, F en G vast te stellen op 100% kostprijzen van ggz-instellingen. Daarmee wordt de kostprijs van PAAZ'en en PUK'en als norm gezien voor de noodzakelijke kosten voor een verblijfsdag complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit.

	Landelijk gemiddeld	Afwijking instellingen	Afwijkingen PAAZ/PUK
Verblijfscategorie E	100%	-4,1%	46,8%
Verblijfscategorie F	100%	-3,4%	44,8%
Verblijfscategorie G	100%	-0,7%	35,4%

In bovenstaande tabel staat de impact van het differentiëren op basis van kostprijzen PAAZ/PUK en ggz-instellingen voor verblijfscategorieën E, F en G. De werkelijke impact voor instellingen en PAAZ/PUK'en hangt af van hun cliënten populatie (aandeel complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit) en mix van verblijfsaanbod.

Met het differentiëren van deze verblijfsdagen worden de kosten voor verblijf als het ware opnieuw verdeeld. In plaats van alle verblijfsdagen te middelen kennen we meer kosten (hoger maximumtarief) toe aan verblijfsdagen met complexe somatische comorbiditeit en minder kosten (lager maximumtarief) aan verblijfsdagen zonder complexe somatische comorbiditeit. Daarbij is het technisch en beleidsmatig het meest zuiver om de impact van differentiatie alleen te beperken tot de betreffende intensiteit, en niet te vermengen met andere verblijfsdagen of prestaties.

Bij een herijking van tarieven kan de tariefbepaling van deze prestaties mogelijk worden herzien als het wel mogelijk wordt om werkelijke kosten op patiënt niveau te meten.

Bijlage 1: specificatie kostenverschillen gemiddelde stratum instellingen en stratum PAAZ/PUK*

functie	type_kosten	instelling	paaz/puk	verschil
salarissen en vergoedingen personeel niet in loondienst	direct	€ 79,67	€ 106,31	€ 26,64
loonbelasting, sociale kosten en andere personeelskosten	direct	€ 24,72	€ 30,73	€ 6,01
Automatisering	generiek	€ 1,35	€ 5,29	€ 3,94
Overig	generiek	€ 2,70	€ 5,87	€ 3,17
Huisvesting (Technische dienst, onderhoud, energie)	generiek	€ 1,11	€ 3,10	€ 1,99
Management en Staf van patiënt/bewonersgebonden functies	generiek	€ 2,20	€ 4,13	€ 1,93
Voeding	specifiek	€ 0,02	€ 0,99	€ 0,97
Schoonmaak	generiek	€ 0,22	€ 1,10	€ 0,87
Planning & Control	generiek	€ 0,41	€ 1,26	€ 0,85
Logistiek	generiek	€ 0,19	€ 0,87	€ 0,67
Organisatieontwikkeling	generiek	€ 0,04	€ 0,62	€ 0,58
Personeelszaken	generiek	€ 0,66	€ 1,13	€ 0,47
Geneesmiddelen	specifiek	€ 0,02	€ 0,40	€ 0,38
Huishouding	generiek	€ 0,22	€ 0,51	€ 0,29
Linnenvoorziening	specifiek	€ 0,00	€ 0,28	€ 0,28
Post en receptie	generiek	€ 0,07	€ 0,34	€ 0,28
Inkoop	generiek	€ 0,03	€ 0,29	€ 0,26
Financiële administratie	generiek	€ 0,32	€ 0,56	€ 0,24
Magazijn	generiek	€ 0,00	€ 0,20	€ 0,20
PR & Communicatie	generiek	€ 0,12	€ 0,32	€ 0,19
andere opbrengsten	resterend	€ -0,20	€ -0,03	€ 0,17
Opleidingen algemeen	generiek	€ 0,11	€ 0,23	€ 0,12
Beveiliging	generiek	€ 0,10	€ 0,18	€ 0,08
Informatisering	generiek	€ 0,45	€ 0,51	€ 0,06
Onderzoeksafdelingen (excl. Kosten OZP)	specifiek	€ 0,01	€ 0,06	€ 0,05
Bibliotheek	generiek	€ 0,02	€ 0,07	€ 0,05
Bestuurssecretariaat	generiek	€ 0,19	€ 0,23	€ 0,04
Overige opleidingen	generiek	€ 0,05	€ 0,09	€ 0,04
Geestelijke verzorging	specifiek	€ 0,01	€ 0,04	€ 0,03
Salarisadministratie	generiek	€ 0,07	€ 0,09	€ 0,02
Zorgcontractering	generiek	€ 0,07	€ 0,08	€ 0,02
Wasserij	specifiek	€ 0,00	€ 0,02	€ 0,02
Decentrale Zorgadministratie	generiek	€ -0,00		€ 0,00
bijzondere baten en lasten	resterend	€ -		€ -
overboekingsrekeningen	resterend		€ -	€ -
buitengewone baten en lasten	resterend	€ -0,00	€ -0,00	€ -0,00
toegekend resp. berekend wettelijk budget	resterend	€ -0,00	€ -0,02	€ -0,01
correctie exploitatieresultaten voorgaande jaren	resterend	€ 0,01	€ -0,01	€ -0,02
Ondernemingsraad	generiek	€ 0,11	€ 0,08	€ -0,03
Beveiliging FZ	specifiek	€ 0,03	€ 0,00	€ -0,03
Cliënten-/familieraad	generiek	€ 0,05	€ 0,01	€ -0,04
afschrijvingen, huur en leasing en interest	resterend	€ 0,13	€ 0,08	€ -0,05
Onderzoek	generiek	€ 0,10	€ 0,03	€ -0,07
terrein- en gebouwgebonden kosten	resterend	€ 0,20	€ 0,10	€ -0,09
overig	generiek	€ 0,10		€ -0,10
Centrale zorgadministratie	generiek	€ 0,40	€ 0,29	€ -0,10
hoofdkostenplaats	direct	€ 0,17		€ -0,17
opbrengsten uit diensten en verrichtingen voor derden	resterend	€ -0,12	€ -0,30	€ -0,18
Decentrale zorgadministratie	generiek	€ 0,37	€ 0,18	€ -0,20
RvB/directie	generiek	€ 1,41	€ 1,00	€ -0,41
algemene kosten	resterend	€ 0,95	€ 0,34	€ -0,61
andere hotelmatige kosten	resterend	€ 0,75	€ 0,12	€ -0,63
MVO/beroepsopleiding	generiek	€ 0,16	€ -0,49	€ -0,65
hulpbedrijven	resterend	€ 1,18	€ 0,07	€ -1,10
onbekend	resterend	€ 1,85	€ 0,53	€ -1,33
patient c.q. bewonergebonden kosten	resterend	€ 1,88	€ 0,44	€ -1,45
kosten van voeding	resterend	€ 1,70	€ 0,19	€ -1,51
		€ 126,39	€ 168,53	€ 42,14

*In deze analyse lijken de verschillen in kosten voor aanvullend somatisch onderzoek (vooral kosten voor laboratorium, radiologie, microbiologie, ECG) niet te zijn meegenomen.

BIJLAGE 2: Relatie psychiatrische & somatische zorgvragen

Uitwerking van 3 typen patiënten met verschillende samenloop somatiek en ggz naar aanleiding van overleg op 23-11-2021.

Situatie	A	B	C
Omschrijving	<p>Patiënt heeft zowel een psychiatrische als een somatische zorgvraag. De psychiatrische zorgvraag is de meest bovenliggende.</p> <p>De patiënt wordt opgenomen op de PAAZ/PUK en daar ook behandeld voor de somatische zorgvraag</p>	<p>Patiënt heeft zowel een psychiatrische als een somatische zorgvraag. De somatische zorgvraag is de meest bovenliggende.</p> <p>De patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis/UMC en daar ook behandeld voor de psychiatrische zorgvraag.</p>	<p>De patiënt heeft een somatische zorgvraag. Verder is een psychiatrische beoordeling nodig, maar wordt er geen zelfstandige psychiatrische zorgvraag vastgesteld.</p> <p>De patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis/UMC en daar komt de psychiater de patiënt beoordelen.</p>
Voorbeeld 1	<p>Patiënt met een psychotisch toestandsbeeld die een gevaar voor zichzelf is en een ernstige infectie heeft die behandeld moet worden met antibiotica per infuus</p>	<p>Patiënt met kanker die behandeling moet krijgen in het ziekenhuis en daarbij ook een bipolaire stoornis (manisch-depressief) heeft die moet worden gemonitord, aangezien er een groot risico op psychische ontregeling is door de ziekte, de opname en de behandeling</p>	<p>Patiënt met een hartinfarct die wordt behandeld op de afdeling cardiologie, blijkt ook al enige tijd somber te zijn, psychiatrie beoordeelt de patiënt en overlegt gezien de matige ernst met de huisarts/POH-GGZ over starten van antidepressieve behandeling na ontslag uit het ziekenhuis</p>
Voorbeeld 2	<p>Patiënt die manisch is en teveel water drinkt en een gevaarlijk laag natriumgehalte in het bloed heeft, wat door de internist moet worden gecontroleerd en behandeld</p>	<p>Patiënt die opgenomen is voor langdurige opname in verband met een darmprobleem en daarbij ook depressief is, er wordt op de afdeling gestart met antidepressiva en therapie gezien de ernst van de depressie</p>	<p>Patiënt na een ernstig auto-ongeluk met hersenletsel die erg onrustig is, psychiatrie beoordeelt de patiënt en geeft adviezen over rustgevende medicatie</p>
Registratie MSZ-DOT	<p>DOT behandelend specialisme (zonder ligdagen)</p>	<p>DOT behandelend specialisme (met ligdagen)</p> <p>Reguliere zorg DOT consultatieve psychiatrie</p>	<p>DOT behandelend specialisme (met ligdagen)</p> <p>ICC DOT consultatieve psychiatrie</p>
Registratie GGZ-ZPM	<p>ZPM consulten + ggz-verblijfsdagen</p>	-	-

Bijlage 3: voorbeeld prestatiebeschrijving ggz verblijfsdag complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit

Toeslag complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit	
Zorgvraag	<p>Er is sprake van</p> <ul style="list-style-type: none"> • een gemiddelde tot zware somatische problematiek gecombineerd met een gemiddelde tot zware psychiatrische problemen • waarbij er sprake is van negatieve onderlinge beïnvloeding • geïntegreerde zorg vereist is (bron: Generieke module Ziekenhuispsychiatrie).
Verpleegkundige zorg en VOV-inzet	Inzet van minimaal 1,0 fte/bed VOV-personeel. Deze verpleegkundige inzet kan 24/7 bedverpleging bieden op het juiste deskundigheidsniveau (minimaal MBO-verpleegkundige-4) en per dienst is zowel psychiatrische als somatische verpleegkundige expertise aanwezig.
Bijkomende somatische zorg	Vanwege de zorgvragen bij patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit is tijdens de klinische ggz-zorg tevens sprake van behandeling met specifieke somatische medicatie en/of medische gassen, voorgeschreven onder regie van de psychiater of door de medebehandelend medisch specialist. Het gaat dan om medicatie en/of medische gassen die alleen door een medisch specialist worden voorgeschreven / geïnitieerd.
Betrokkenheid	Vanwege de zorgvragen bij patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit is tijdens de klinische ggz-zorg meestal een andere medisch specialist betrokken bij de somatische diagnostiek en/of behandeling van de patiënt. Deze andere medisch specialist kan per direct en 24/7 via aanvraag intercollegiaal consult (ICC) betrokken worden, of was al betrokken voor opname
Aanvullende diagnostiek	Vanwege de zorgvragen bij patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit vindt – naast psychiatrische diagnostiek – ook complexe somatische diagnostiek plaats gericht op het stellen van een diagnose dan wel monitoring van de toestand, bijvoorbeeld MRI, CT, EEG, echoscopie, endoscopie, andere beeldvormende diagnostiek, ECG's, laboratorium onderzoek. De diagnostiek wordt aangevraagd onder regie van de psychiater of een geconsulteerd/medebehandelend andere medisch specialist.

7.2 Bijlage 2 – Definitie psychodiagnostiek NIP en NVP 2023

Definitie Psychodiagnostiek NIP en NVP 2023

Definitie (wat):

Psychodiagnostiek is een zorginhoudelijk gedreven proces waarbij onderzoek plaatsvindt naar de aard en kwaliteit van cognitieve (dis)functies, psychopathologie, persoonsfactoren en omgevingsinvloeden ter verklaring van de problematiek. Dit is onderscheidend ten opzichte van classificerende diagnostiek volgens de DSM 5 welke zich richt op het identificeren en onderkennen van problemen op gedragsniveau (zie ook generieke module diagnostiek). Bij psychodiagnostiek wordt, in contact en samenspraak met cliënt maar ook naasten, gebruik gemaakt van een combinatie van verschillende gestandaardiseerde, betrouwbare en gevalideerde en klinisch relevante meetinstrumenten, methoden en technieken. De uitkomsten van een psychodiagnostisch onderzoek leiden tot een integratief rapport met antwoorden op de onderzoeksvragen en advies. Zowel de aanvraag als de uitkomsten van het psychodiagnostisch onderzoek worden in het EPD vastgelegd. Het rapport is niet gestandaardiseerd, maar is afhankelijk van de vraagstelling. Psychodiagnostiek richt zich op cliënten bij wie sprake is van complexe, chronische, meervoudige en/of onbegrepen problematiek.

Door wie:

De aanvraag voor psychodiagnostiek wordt gedaan door een regiebehandelaar (conform LKS) na een direct contact tussen aanvrager en cliënt. Psychodiagnostiek kan alleen worden ingezet na beoordeling van de aanvraag door een BIG-geregistreerde psycholoog, psychotherapeut of orthopedagoog generalist. De uitvoer van het psychodiagnostisch onderzoek kan onder verantwoordelijkheid van bovengenoemde regiebehandelaren (deels) worden verricht door andere beroepsgroepen (zoals een psychodiagnostisch medewerker/ masterpsycholoog/ orthopedagoog). Hiervoor gelden de omschrijvingen conform de [lijst consult registrerende beroepen zorgprestatie model](#).

Literatuur

Berghuis, H., Franken, K. & Van der Heijden, P.T. (2020). Diagnostiek. In M. Verbraak, S. Visser, A. van Baar & T. Bouman (Eds). *Handboek GZ-psychologie* (pp. 83-107). Amsterdam: Boom uitgevers.

Derksen, J. J. L. (2004). *Psychologische diagnostiek: enkele structurele en descriptieve aspecten*.

Nijmegen: PEN Tests Publisher.

Berghuis, H. (2018). Multiconceptuele en multimethodische persoonlijkheidsdiagnostiek. *GZ-psychologie*, 10, 16-21.

Hendriks, M. P., Kessels, R. P. C., Gorissen, M. E. E., Schmand, B. A., & Duits, A. A. (2014). *Neuropsychologische diagnostiek: De klinische praktijk*. Amsterdam: Boom.

Kessels, R. P. C., Eling, P., Ponds, R., Spikman, J. M., & van Zandvoort, M. (Eds.). (2022). *Klinische neuropsychologie*. Boom.

Kievit, T., Tak, J., & Bosch, J. D. (2008). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*.

Witteman, C. L. M., van der Heijden, P. T., & Claes, L. (2014). *Psychodiagnostiek: het onderzoeksproces in de praktijk*.

Snellen, W., Van der Heijden, P., Van Lieshout, W., Van Rossum, B., Yildirim, V., & Segaar, J. (2020). De toegevoegde waarde van de psychodiagnostiek in de klinische praktijk. *Tijdschrift klinische psychologie*, 50(3), 201-211.

