

Zorgprestatie­model 2025

Verantwoording van alle wijzigingen en reactie op wijzigingsverzoeken voor het zorgprestatie­model voor 2025.



Update 26 maart 2024

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Inleiding	5
1.2	Samenvatting	5
1.3	Stoplicht wijzigingsverzoeken	7
1.4	Beoordelingscriteria	8
1.5	Bestuurlijke consultatie	9
2	Wijzigingsverzoeken	11
2.1	Samenvoegen beroepen	12
2.2	Beroep geestelijk verzorger	13
2.3	Beroep HBO Toegepaste Psychologie	14
2.4	Contingency management	15
2.5	Reistijd BW zelfde aanbieder	20
2.6	Groepsconsult gezinstherapie	22
2.7	IZA-afspraken administratieve lasten	29
2.8	Indirecte tijd for-fact (fz)	30
2.9	Actualiseren EP's en afwezigheidsdagen fz (fz)	32
2.10	Prestatiebeschrijvingen beveiligingsniveaus (ggz en fz)	34
2.11	Informatie-elementen overige prestaties (ggz en fz)	36
2.12	Meerzorgregeling (fz)	40
3	NZa-wijzigingen	42
3.1	Informatie-element starttijd consult naar NZa	43
3.2	Informatie-element Verwijsdatum naar NZa	44
3.3	Verduidelijking intercollegiaal overleg	45
3.4	DSM en gb-ggz profiel	46
3.5	Reistijd GMAP in codetabel	48
3.6	Prestatie zorgmachtiging Wvvgz ook voor fz	50
3.7	Schrappen registratie tbv aanlevering productiviteit	52
3.8	Tekstuele verduidelijkingen	53
4	IZA-onderwerpen	56
4.1	Inleiding	57

4.2	Verkennd gesprek	57
4.3	Mentale gezondheidscentra	57
4.4	Niet-acute ANW-bereikbaarheid	57
5	Bijlagen	58
5.1	Opzet release 2025	59
5.2	Wijzigingsverzoek Beroep geestelijk verzorger	64
5.3	Wijzigingsverzoek Beroep HBO Toegepaste Psychologie	68
5.4	Wijzigingsverzoek Contingency management	72
5.5	Wijzigingsverzoek Reistijd BW zelfde aanbieder	75
5.6	Wijzigingsverzoek Groepsconsult gezinstherapie	80
5.7	Wijzigingsverzoek IZA-afspraken administratieve lasten	84
5.8	Wijzigingsverzoek Actualiseren EP's en afwezigheidsdagen fz	90
5.9	Wijzigingsverzoek Prestatiebeschrijvingen beveiligingsniveaus	93
5.10	Wijzigingsverzoek Plaatsingsbesluit	96
5.11	Wijzigingsverzoek Meerzorgregeling	100

1 Inleiding

*Inleiding, samenvatting en bestuurlijke
consultatie*



1.1 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.

In de ontwerp­fase van het zorgprestatie­model hebben de partijen in het programma zorgprestatie­model tien doelen benoemd waaraan het zorgprestatie­model moet voldoen. Die doelen zijn deels gehaald en deels nog in uitvoering. Voor de jaren 2024 en 2025 ziet de NZa geen grote veranderingen voor zich. Het zorgprestatie­model en alle partijen die ermee werken moeten de tijd krijgen om ermee te leren werken en de vruchten ervan te plukken.

Tegelijkertijd is het goed om op basis van data en praktijkervaring het zorgprestatie­model nog beter te maken. Werkt de indeling in tijds­ranges, beroepen en de settings? Kan het simpeler? 2026 is een logisch moment om naartoe te werken. Vanaf dan gelden ook de nieuwe tarieven vanuit het kostprijs­onderzoek. Door de release 2025 bescheiden te houden kunnen we meer tijd besteden aan de vooruit­blik naar 2026. Dat proces kan dan ook al starten ruim voor de sluitings­datum van wijzigings­verzoeken. Misschien al begin 2024.

De NZa ziet voor het zorgprestatie­model in de periode 2023 t/m 2025 vier doelen:

- ✓ Simpel en begrijpelijk model
- ✓ Minder administratieve lasten
- ✓ Zorgvraag­typering werkt
- ✓ Nieuwe tarieven in 2026

Een verdere uitwerking hiervan staat in bijlage 1, zoals besproken tijdens de start­bijeenkomst.

1.2 Samenvatting

De NZa heeft de binnengekomen wijzigings­verzoeken en eigen voorgenomen wijzigingen besproken met partijen in het onderhoudsoverleg zorgprestatie­model. Dit waren verschillende dagdelen waarin de NZa met partijen de verschillende stappen heeft doorlopen: probleemanalyse, oplossings­richtingen verkennen en een voorkeurs­variant uitwerken. Tussendoor hebben zowel de indiener van het wijzigings­verzoek als de NZa tijd genomen om aanvullende informatie verzamelen en data­analyse te doen. De uitkomst van dit proces is aan partijen voorgelegd in een bestuurlijke consultatie, waarna de NZa definitief heeft besloten. De gedetailleerde planning staat in bijlage 1 bij dit verantwoordings­document. Dit proces heeft geleid tot de volgende wijzigingen per 2025.

Contingency management

Contingency management is een behandel­methode voor drugs­verslaving waarbij (aantoonbaar en verifieerbaar) 'gewenst' gedrag wordt beloond met een voucher. Gebrek aan toereikende bekostiging weerhoudt ggz zorgaanbieders echter van het inzetten van deze interventie. De NZa voegt daarom een prestatie toe voor de therapievorm contingency management om de kosten voor de uitgereikte vouchers te dekken. Deze toeslag mag in rekening worden gebracht op een consult waarin een voucher wordt uitgereikt.

Reistijd Beschermd Woonvorm zelfde aanbieder

Indien een patiënt in een beschermd woonvorm woont die onder één dezelfde rechtspersoon valt als de zorgaanbieder die de behandeling levert bestond er in het ZPM geen recht op vergoeding voor de gemaakte reistijd. Reizen naar een patiënt die in een beschermd woonvorm woont is echter vergelijkbaar met reizen naar een patiënt die in een eigen huis woont, wat het logisch maakt om reistijd ook daar van toepassing te laten zijn. De NZa voert deze wijziging door in haar regelgeving.

Prestaties Extramuraal Parameters en afwezigheidsdagen fz

Voor de forensische zorg nemen we een aantal prestaties over uit de Wlz. Echter waren niet alle prestatiebeschrijvingen up to date. De NZa actualiseert deze prestaties, zodat de prestaties in de forensische zorg weer hetzelfde zijn als in de Wlz.

Prestatie zorgmachtiging Wvvgz ook voor fz

Voor de prestatie Zorgmachtiging Wet verplichte ggz benoemde de NZa niet in de Beleidsregel of deze prestatie van toepassing is voor de ggz of voor de fz. In de praktijk geldt deze prestatie voor de ggz, terwijl er ook zorgmachtigingen worden voorbereid vanuit de fz. Deze zorg moet ook voor de forensische zorg bekostigd kunnen worden. De NZa zal de prestatie voorbereiding zorgmachtiging ook voor de FZ beschikbaar stellen. Het is aan de contracterende partijen om deze zorg waar nodig te beperken tot bepaalde doelgroepen.

Informatie-elementen overige prestaties

De consulten en verblijfsdagen zijn de belangrijkste manier om ggz en fz te declareren. Daarbij is een uitgebreide informatievoorziening noodzakelijk. De overige prestaties zijn een manier om zorg te bekostigen die niet goed past in het zorgprestatie-model. Bij die overige prestaties past een minder uitgebreide informatievoorziening, zeker omdat patiënt al met diens zorgvraag bij de inkoper bekend is via de consulten en verblijfsdagen. Het vastleggen van een minimaal aantal informatie-elementen voor overige prestaties past in deze lijn en was al een veldafspraken. De NZa neemt deze veldafspraken per 2025 over in haar regelgeving.

DSM-informatie

Het systeem van zorgvraagtypering heeft de inkoopfuncties van de DSM-diagnosehoofdgroep na een transitieperiode van twee jaar overgenomen. Na afschaffen van de DBC's en afloop van de transitieperiode heeft de NZa geen juridische onderbouwing meer om de DSM-informatie te blijven uitvragen. Zoals toegezegd aan de Autoriteit Persoonsgegevens zal de NZa dan ook per 2025 de verplichting om de DSM-hoofdgroep op de factuur te vermelden schrappen.

Schrappen registratie tbv aanlevering productiviteit

De registratieverplichting ten behoeve van aanlevering productiviteit is ontstaan uit de behoefte om de transitie naar het zorgprestatie-model te kunnen monitoren. Met de registratie van de gegevens in de jaren 2022, 2023 en 2024 – plus de aanwezigheid van declaratiegegevens via Vektis - is voldoende data beschikbaar voor het monitoren van deze transitie. De noodzaak voor de registratieverplichting ten behoeve van aanlevering productiviteit in 2025 is dan ook niet meer aanwezig.

1.3 Stoplicht wijzigingsverzoeken

Groen: wijziging per 2025.

Oranje: geen wijziging per 2025, maar mogelijk later.

Rood: geen wijziging.

Onderwerp	Kleur	Toelichting
Beroep psychotherapeut	Oranje	VWS voert deze wijziging niet door per 2025, maar per 2026.
Beroep geestelijk verzorger	Oranje	Dit gaat via de Onderhoudsprocedure Veldnorm Beroepen.
Beroep HBO Toegepaste Psychologie	Oranje	Dit gaat via de Onderhoudsprocedure Veldnorm Beroepen.
Contingency management	Groen	
Reistijd BW zelfde aanbieder	Groen	
Groepsconsult gezinstherapie	Rood	Een aantal issues is al opgelost. Richting 2025 geen onderbouwing voor meer wijzigingen.
IZA-afpraak administratieve lasten	Oranje	De NZa plant dit onderwerp in voor groot onderhoud richting 2026.
Indirecte tijd for-fact	Oranje	Geen data beschikbaar voor een wijziging per 2025. Zowel op prestaties als tariefonderbouwing meenemen richting 2026.
Actualiseren EP's en afwezigheidsdagen fz	Groen	
Prestatiebeschrijvingen beveiligingsniveaus	Oranje	Conform de wens van partijen zal de NZa in 2025 geen wijziging doorvoeren.
Plaatsingsbesluit	Groen	
Meerzorgregeling	Oranje	Conform de wens van het onderhoudsoverleg in 2025 geen meerkostenregeling invoeren voor de forensische zorg.
Informatie-element starttijd consult	Rood	De NZa focust daarom eerst op de beschikbaarheid van de bestaande informatie en zal vervolgens beoordelen of het informatie-element starttijd consult een noodzakelijk toevoeging is.
Informatie-element Verwijsdatum	Rood	Bij nader inzien klopt de aanname niet dat dit informatie-element wordt aangeleverd bij de verzekeraar. Dat maakt de impact van deze wijziging groot. Om die reden voert de NZa deze wijziging niet vooruitlopend op het gesprek in IZA-context alvast door.
Verduidelijking intercollegiaal consult	Rood	Gelet op de uitleg en het standpunt van LVVP en NVvP komt de NZa tot de conclusie dat het op dit moment beleidsmatig niet gewenst is de huidige prestatiebeschrijving aan te scherpen
DSM en gb-ggz profiel	Groen	
Reistijd GMAP in codetabel	Rood	Deze wijziging staat niet in verhouding tot het doel ervan.
Prestatie zorgmachtiging Wvggz ook voor fz	Groen	

1.4 Beoordelingscriteria

De NZa beoordeelt een wijzigingsverzoek aan de hand van de onderstaande criteria. De eerste tien criteria zijn één op één gebaseerd op de ontwerpcriteria van het zorgprestatie-model. Voor aanvragen voor een facultatieve prestatie of een experimentele prestatie kent de NZa een ander (beperkter) beoordelingskader.

1. Betreft het een eenvoudige prestatie, die begrijpelijk is voor de patiënt?
2. Weerspiegelt de aangevraagde prestatie daadwerkelijk geleverde zorg, en is deze daarmee controleerbaar voor de patiënt?
3. Sluit het tarief aan bij de behandelinzet en de benodigde setting?
4. Leidt het verzoek tot verlichting van administratieve lasten en leidt het verzoek niet tot extra tijdsregistratie?
5. Wat is de impact van het verzoek op de snelheid van inzicht in zorguitgaven?
6. Draagt het verzoek bij aan eenvoudige en duidelijke regels met ruimte voor innovatie?
7. Stimuleert het verzoek procesgerichte beheersing i.p.v. controle achteraf?
8. Draagt het verzoek bij aan ontschotting?
9. Draagt het verzoek bij aan het sturen op gepaste en doelmatige zorg?
10. Is het verzoek flexibel te combineren met doorontwikkeling zorgvraagtypering?

Verder kijkt de NZa naar de volgende criteria:

11. Valt de toe te voegen prestatie onder de reikwijdte van de Wmg?
12. Is het een verzekerde aanspraak?
13. Voldoet het aan de privacy vereisten?
14. Is de voorgestelde prestatieomschrijving duidelijk en voldoende onderscheidend?
15. Is er een solide/motiveerbare tariefsbepaling mogelijk?
16. Wat is de impact op de uitvoeringspraktijk (onder andere qua ICT)?
17. Is de prestatie voldoende herkenbaar voor de praktijk?
18. Valt het al onder een andere prestatie?
19. Is een kostenverschil dusdanig dat het een aparte prestatie rechtvaardigt?
20. Komt het vaak genoeg voor dat het een aparte prestatie rechtvaardigt?
21. Zijn er lichtere alternatieven mogelijk?
22. Delen aanbieders en verzekeraars beide de wens om de prestatie toe te voegen?
23. Zijn we het systeem niet zo ver aan het verfijnen dat de nadelen van toevoegen groter zijn dan de voordelen?
24. Is er een maatschappelijke noodzaak een aparte prestatie toe te voegen?
25. Voor hoelang is de prestatie zinvol?
26. Zijn er andere criteria die afgewogen moeten worden?

Specifiek voor tarieven neemt de NZa de volgende criteria mee in haar beoordeling:

27. Wat is de reden dat het tarief nu niet meer redelijkerwijs kostendekkend is?
28. Op welke tarieven zou de wijziging invloed kunnen hebben?
29. Wat zijn de macro meerkosten?

30. Waarom was dit punt niet duidelijk tijdens het laatste kostprijsonderzoek?
31. Is het voldoende om dit onderwerp op de onderhoudslijst te zetten voor een nieuw uit te voeren kostprijsonderzoek?

1.5 Bestuurlijke consultatie

De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) steunt de voornemens van de NZa.

TBS Nederland steunt de voornemens van de NZa.

Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) steunt de voornemens van de NZa. Het NIP ziet dat de NZa geen juridische grondslag heeft voor het vermelden van de DSM op de factuur. Het NIP begrijpt echter ook de wens van andere partijen om deze informatie te blijven ontvangen en onderstreept het belang om deze niet per 2025 al te laten vervallen. Het NIP vraagt partijen om op korte termijn met meer duidelijkheid te komen op dit punt.

De Nederlandse ggz (DNggz) constateert dat we dit jaar mooie verbeteringen in het proces en de samenwerking hebben weten te maken. Een aantal onderwerpen vragen nog gezamenlijke aandacht. De grootste zorg van DNggz is onzekerheid over het schrappen van de NZa-verplichting om de DSM-hoofdgroep op de factuur te vermelden. Het mag wat DNggz betreft niet zo zijn dat dit door andere partijen weer wordt teruggedraaid en het moet dus voor 1 april duidelijk zijn of de diagnosehoofdgroep op de factuur blijft. DNggz steunt het voornemen om een prestatie in te voeren voor contingency management en geeft in overweging deze ook te laten gelden voor de forensische zorg. Over verschillende onderwerpen die zijn uitgewerkt conform wijzigingsvoorstel heeft DNggz geen verdere opmerkingen. DNggz steunt de voorgestelde uitwerking van informatie-elementen voor overige prestaties, maar voorziet paralleliteit als het plaatsingsbesluitnummer en contractnummer niet worden geschrapt.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) steunt de voornemens van de NZa behoudens enkele aandachtspunten. Contingency Management heeft een ethisch aspect dat negatief kan uitpakken voor (het imago van) de sector. Mede doorslaggevend voor niet verwijderen van het DSM-item zou hier ook moeten zijn criterium 16, omdat de ICT-technische impact hiervan zeer fors is op alle declaratiesystemen én omdat verwijdering tevens belangrijke gevolgen heeft voor de risicoverevening door zorgverzekeraars.

Meer in algemene zin benoemt de NVvP de volgende punten. Voor alle wijzigingsverzoeken geldt dat een impactanalyse gemaakt zou moeten worden. Het eerder gehouden 'mislukte' productiviteitsonderzoek had belangrijke leerpunten, met name dat van de onduidelijke sjablonen. Er is duidelijker instructie en toelichting nodig, omdat elk vervolgonderzoek anders hetzelfde lot dreigt. De NVvP ondersteunt het idee om als sector terughoudend te zijn met wijzigingsverzoeken. Hoe meer maatwerk voor de één, des te meer administratieve lasten en complexiteit voor alle anderen. De impact van een gesignaleerd probleem moet echt groot genoeg zijn om het te willen oplossen via een aanpassing aan het ZPM. De NVvP pleit voor de collectieve ambitie om minder met aanvullingen te komen, en vaker met samenvoeg-verzoeken.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) waardeert de stappen die de NZa heeft gezet voor het tijdig afronden van de regelgeving en tarieven. Dat is belangrijk voor de contractering. Met deze insteek voor 2025 wordt een beleidsrijke B-release voorkomen, die voor 2024 zorgde voor ongewenste vertraging en inefficiëntie in het inkoopproces. ZN is akkoord of heeft geen opmerkingen bij de meeste onderwerpen.

Enkele onderwerpen benoemt ZN uitbreider. In de analyse voor Contingency management gaat de NZa uit van het verschil tussen het maximum tarief en de max-max ruimte. De praktijk is echter dat er geen afspraken worden gemaakt ter hoogte van het max-tarief. Vraag is dan ook of de conclusie van de NZa ook staat als er wordt uitgegaan van het gemiddeld overeengekomen tarief? Mocht door de NZa toch besloten worden een aparte prestatie te realiseren is het randvoorwaardelijk dat deze prestatie in de NZa-regelgeving wordt voorzien van landelijk afgestemde voorwaarden om zo ongepast gebruik van deze prestatie te voorkomen.

Voor de informatie-elementen overige prestaties verzoekt ZN om meer standaard informatie-elementen op te nemen. Verzekeraars vinden het zeer relevant dat er een zorgtrajectnummer meekomt, maar ook zorgvraagtypering, regiebehandelaar en wie de prestatie heeft uitgevoerd.

ZN dringt erop aan dat de systeempartijen VWS, Zorginstituut en NZa op korte termijn tot een passende oplossing komen voor de DSM-hoofdgroep informatie.

De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) kan zich vinden in de meeste voornemens van de NZa en geeft het volgende mee. DJI benoemt het belang van een tijdige implementatiecyclus mocht het besluit worden genomen om beroepen in de geestelijke gezondheidszorg samen te voegen. DJI kan zich vinden in het voorstel van de NZa om een minimaal aantal informatie-eisen te stellen voor de overige prestaties. De aanpassingen houdt rekening met de minimale verplichte FZ-onderdelen zoals onder andere het SKN-nummer (i.p.v. BSN), plaatsingsbesluitnummer en contractnummer die DJI nodig heeft voor zijn eigen declaratie- en verantwoordingsproces.

DJI is geen voorstander om de prestatie voor contingency management beschikbaar te stellen voor de Forensische zorg. Hoewel deze behandelmethod voor mensen met een verslaving vanuit wetenschappelijk oogpunt als effectief wordt beoordeeld, conflicteert deze voor DJI met het uitgangspunt dat patiënten met een forensische titel al verplicht zijn om zorg te ondergaan. Het inbouwen van een financiële beloning is wat DJI betreft daarmee niet aan de orde.

De vereniging van Organisaties voor ICT in de Zorg (OIZ) benoemt dat de afgelopen jaren een stevige dynamiek is geweest op het gebied van wijzigende regelgeving en de momenten waarop deze beschikbaar kwam. Het besluit vanuit de NZa om de onderhoud cycli te vervroegen en anders in te delen ziet OIZ dan ook als een zeer positieve ontwikkeling. OIZ steunt de meest voornemens van de NZa. OIZ benoemt dat voor een vervanging van DSM 5 en GB-GGZ informatie zeker 9 maanden ontwikkel- en implementatietijd nodig is. Om de IZA-onderwerpen goed in de praktijk te laten landen moeten alle specificaties tijdig en volledig beschikbaar komen. Om het Zorgprestatie model goed in de praktijk te laten werken, zonder onnodige administratieve last, is het van belang dat alle aanpalende veldafspraken en de declaratiestandaard tijdig en volledig beschikbaar komen.

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

2 Wijzigingsverzoeken

*Ontvangen wijzigingsverzoeken waarop
de NZa zal besluiten*



2.1 Samenvoegen beroepen

2.1.1 Beschrijving wijzigingsverzoek

Dit onderwerp stond in aanloop naar 2024 als 'Beroep psychotherapeut' op de agenda, ingediend door de LVVP. De NZa heeft het onderwerp destijds deels uitgesteld met onder andere de volgende toelichting:

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.

2.1.2 NZa-besluit

Oppakken richting 2026.

2.1.3 Probleemanalyse onderhoudsoverleg 26 oktober 2023

Plan in de kamerbrief is om de beroepen gezondheidszorgpsycholoog en kinder- en jeugdpsycholoog samen te voegen tot 'gezondheidszorgpsycholoog-generalist' en de beroepen de beroepen psychotherapeut en klinisch psycholoog samen te voegen tot 'klinisch psycholoog-psychotherapeut'.

Vanuit VWS komt de update dat enerzijds het streven richting 2025 niet is veranderd en anderzijds dat het besluit nog niet is genomen, en dat het kabinet demissionair is. Daarnaast: het is voor het eerst dat VWS een beroep uit het BIG register gaat halen, dat draagt wellicht bij aan de vertraging. Gezien het feit dat een voorhangprocedure nog zou moeten plaatsvinden concludeert het onderhoudsoverleg dat niet meer haalbaar is om op tijd voor de A-release 2025 duidelijkheid te hebben. Dit is geen onderwerp voor een B-release, zodat dit onderwerp niet in deze release zal worden meegenomen.

Partijen in het overleg doen een dringend beroep om VWS (nogmaals) te vragen om rekening te houden met de implementatiecyclus: ook VWS moet zich houden aan de deadline voor het aanleveren van wijzigingsverzoeken. Zelfs als er nu een brief zou liggen: dat is nog maar het begin van het werk dat verzet moet worden. NIP neemt als meest betrokken organisatie het voortouw om een brief aan VWS te schrijven waarin alle partijen dit dringende beroep onderschrijven. Hiervoor heeft het onderhoudsoverleg een eerste inventarisatie gedaan voor onderwerpen die geregeld moeten worden:

Beroepen opnieuw omschrijven, Setting multidisciplinair (aantal beroepen), Nieuwe tarieven (samenvoegen tarieven beroepen), veldnormen aanpassen, zoals Veldnorm beroepen en LKS, Regiebehandelaar wijzigen, Nieuwe codes AGB-register, AKWA standaarden.

2.1.4 Stand van zaken onderhoudsoverleg 30 november 2023

Inmiddels is duidelijk dat de samenvoeging van beroepen in de geestelijke gezondheidszorg wordt uitgesteld naar 2026. In Q1 verwacht VWS een wetsvoorstel op te leveren. Aan de hand daarvan zullen we in het onderhoudsoverleg bespreken wat de samenvoeging betekent voor het zorgprestatie-model.

2.2 Beroep geestelijk verzorger

2.2.1 Beschrijving wijzigingsverzoek

Dit is een vraag van de NFU om het beroep geestelijk verzorger toe te voegen als erkend beroep binnen het zorgprestatie-model.

2.2.2 NZa-besluit

Het verzoek om een nieuw beroep toe te voegen stuurt de NZa door aan het ondersteuningsbureau van het Vertegenwoordigend orgaan conform de contactinformatie op pagina 18 van de Veldnorm beroepen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg.

2.2.3 Probleemanalyse onderhoudsoverleg 26 oktober 2023

Deze beroepen hebben eerder een verzoek hiertoe ingediend, en hebben ook in het kader van de inrichting van het ZPM op de longlist van beroepen gestaan. Die longlist is destijds gemaakt op basis van declaratiedata (maar er zijn kennelijk ook nog beroepen aan toegevoegd, want deze beroepen konden niet declareren).

De NZa heeft het verzoek doorgestuurd. Het ondersteuningsbureau gaat overleggen met vertegenwoordigend orgaan conform de governance in de Veldnorm. De NZa zal kijken of er info is van eerdere verzoeken, en die naar het ondersteuningsbureau opsturen.

2.3 Beroep HBO Toegepaste Psychologie

2.3.1 Beschrijving wijzigingsverzoek

Toelichting door indiener Nederlandse Beroepsvereniging voor Toegepaste Psychologie (NBTP):

Vanwege het ontbreken van een aparte bekostigingscode worden momenteel de HBO Toegepast Psychologen binnen de GGZ niet ingezet, terwijl de wachtlijst in de GGZ alsmaar toeneemt. De prognose is dat het na 2030 zelfs onhoudbaar wordt. Het wachten op een behandeling kan leiden tot een verzwaring van de problematiek en hierdoor nemen de zorgkosten alleen maar toe.

2.3.2 NZa-besluit

Het verzoek om een nieuw beroep toe te voegen stuurt de NZa door aan het ondersteuningsbureau van het Vertegenwoordigend orgaan conform de contactinformatie op pagina 18 van de Veldnorm beroepen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg.

2.3.3 Probleemanalyse onderhoudsoverleg 26 oktober 2023

Deze beroepen hebben eerder een verzoek hiertoe ingediend, en hebben ook in het kader van de inrichting van het ZPM op de longlist van beroepen gestaan, Die longlist is destijds gemaakt op basis van declaratiedata (maar er zijn kennelijk ook nog beroepen aan toegevoegd, want deze beroepen konden niet declareren).

De NZa heeft het verzoek doorgestuurd. Het ondersteuningsbureau gaat overleggen met vertegenwoordigend orgaan conform de governance in de Veldnorm. De NZa zal kijken of er info is van eerdere verzoeken, en die naar het ondersteuningsbureau opsturen.

2.4 Contingency management

2.4.1 Beschrijving wijzigingsverzoek

Dit wijzigingsvoorstel is ingediend door De Nederlandse ggz met als toelichting dat contingency management de meest effectieve behandelmethodede voor drugsverslaving is, maar dat de betaling tekortschiet waardoor de meest (kosten) effectieve interventie niet wordt toegepast. Contingency management is een interventie waarbij (aantoonbaar en verifieerbaar) 'gewenst' gedrag wordt beloond met een voucher.

2.4.2 NZa-besluit

De NZa voegt een prestatie toe conform voorkeursvariant onderhoudsoverleg, zonder contractvoorwaarde. Om de prestatiestructuur voor de ggz en fz zoveel mogelijk gelijk te houden zal deze prestatie ook gelden voor de forensische zorg. Daarbij speelt mee dat het gaat om een bewezen effectieve behandelmethodede die bij de eerste testen goed uitvoerbaar is gebleken in de fz. Hoe en in welke mate deze behandelmethodede verder vorm zal krijgen in de fz is aan de contracterende partijen.

De prestatiebeschrijving daarvan luidt als volgt:

Prestatiebeschrijving toeslag Contingency management

Deze toeslag is voor de therapievorm contingency management en is gebaseerd op het escalierend beloningschema van DeFuentes-Merillas & de Jong, 2008. Deze toeslag dekt de kosten voor de uitgereikte vouchers en mag in rekening worden gebracht op een consult waarin een voucher wordt uitgereikt.

De beoordelingscriteria die voor dit wijzigingsverzoek doorslaggevend zijn, zijn:

- Is een kostenverschil dusdanig dat het een aparte prestatie rechtvaardigt?
- Is het een verzekerde aanspraak?
- Draagt het verzoek bij aan het sturen op gepaste en doelmatige zorg?

2.4.3 Probleemanalyse, onderhoudsoverleg 26 oktober 2023

Toelichting indiener: Al 15 jaar blijkt uit meta-analyses dat contingency management de meest effectieve psychosociale behandelmethodede voor drugsverslaving is. Invoering is tot nu toe niet van de grond gekomen doordat urinecontroles en beloningen van middelenvrij urines niet worden vergoed. Hier is een betaaltitel van de NZA voor nodig, in het ZPM wordt alleen de inzet van de tijd van de behandelaren vergoed. ZN heeft contingency management aangemerkt als te vergoeden zorg, alleen de betaling schiet nog tekort. De meest (kosten) effectieve interventie wordt niet toegepast, dat betekent dat mensen met de minder effectieve cognitieve gedragstherapie worden behandeld. Er zou een betaaltitel moeten komen waardoor urinecontroles en beloningen voor schone urines vergoed worden.

Ook Zorginstituut heeft er naar gekeken en het staat al in circulaire van ZN. Contingency management is een geaccepteerde behandelvorm.

Partijen bespreken dat de behandeling ook standalone kan: moet je dat afhankelijk maken van consult? Moet er een OVP komen? Zit het al in de tarieven (gemiddeld, verslavingsklinieken)? MeerGGZ geeft aan dat het hier gaat om een innovatie. Het zorgprestatie-model zou innovatie beter mogelijk maken. Moet je hem apart betalen zodat hij kans krijgt om toegepast te kunnen worden. Maar je gaat het niet doen als het niet wordt betaald. Nieuwe ontwikkelingen moeten uitvoerbaar zijn. Geen belemmering door kostenaspecten.

De NZa werpt de vraag op wie zou moeten stimuleren: vooroplopen is voor in de contractonderhandeling. De vraag is ook of de beloning op zichzelf een verzekerde aanspraak is, of dat het onderdeel is van een behandeling. Een nieuwe prestatie is nu niet per se aan de orde.

dNLGGZ: het zijn toch ook gewoon materiële kosten? Daar valt het onder. Wordt het beter ingekocht als er een prestatie voor is? ZN: er wordt over gesproken. Er is een duidelijke richtlijn. Materiële controle eventueel door verzekeraar. Duidelijke prestatiebeschrijving als je hem apart benoemt. dNL ggz: je houdt altijd een restcategorie over, van zaken die niet in het systeem passen: kunnen we daarvoor niet iets bedenken waardoor niet steeds nieuwe prestaties nodig zijn? Lumpsum-achtige ruimte vinden zonder aparte prestatie. Anders heel veel potentiële kerstbomen. NZa: max-max in ogen perfect hiervoor. LVVP: die wil je niet overal hebben: alleen contracteren en er afspraken aan verbinden.

Een label zou uitkomst kunnen bieden om inzicht te geven wanneer contingency management geleverd wordt. Zo is vernieuwing inzichtelijk en kan het gesprek erover worden gevoerd. Ook kan dit een vehikel zijn voor het inzetten van een max-max tarief. ZN benoemt dat interessant is om te zien of bij deze behandelvorm minder recidive te zien zal zijn. OIZ betwijfelt of een label de beste oplossing is. DNggz neemt deze vraag samen met OIZ mee terug.

Schriftelijk reageert DJI dat dit onderwerp wordt gelieerd aan de ZVW. Vanuit de FZ kant, kijkt DJI er naar dat de financiële prikkel wellicht wat tegenstrijdig is ten opzichte van de verplichte prikkel (strafrechtelijk kader – bijzondere voorwaarde urinecontroles). Dus voor nu lijkt een dergelijke prestatie wat minder passend voor de FZ.

2.4.4 Oplossingsrichtingen, onderhoudsoverleg 30 november 2023

De Nederlandse ggz koppelt terug dat een zorglabel geen oplossing is, omdat het bedrag aan beloning boven de 10% max-max tarief uitgaat. ZN vult aan dat een zorglabel met een tariefswijziging bij veel verzekeraars mank gaat en vraagt om een onderscheid in af te spreken tarieven te koppelen aan verschillende prestaties. ZN zou dat graag met een contractvereiste vormgeven. De NZa licht toe dat reguliere zorg niet zomaar achter een contractvereiste geplaatst kan worden en daar in dit geval geen reden voor te zien.

Partijen concluderen dat deze therapievorm een nieuwe prestatie nodig heeft, omdat deze therapievorm anders wordt tegengehouden. Een prestatie in de vorm van een toeslag op een consult ligt voor de hand, omdat het gaat om kosten voor zorg en niet om een zelfstandig verzekerde aanspraak.

Het tarief van de toeslag kan worden vormgegeven door het totaalbedrag voor contingency management te delen door het aantal prestaties (genoemd is dat dit gaat om 65 in totaal, namelijk $13 \times 3 = 39$ plus $13 \times 2 = 26$; zie bijlage 2A). Als een behandeling wordt afgebroken heeft de zorgaanbieder hierbij een voordeel, omdat de kosten in het begin lager zijn dan de opbrengst. Het meenemen van deze nuance zou de bekostiging echter zo gecompliceerd maken dat partijen concluderen deze rafelrand te accepteren.

2.4.5 Voorkeursvariant onderhoudsoverleg

Een toeslag 'contingency management' op het geleverde consult waarin de voucher wordt uitgereikt, met als tarief het totaalbedrag gedeeld door het aantal beloningsmomenten.

2.4.6 Data-analyse

De NZa heeft onderzocht in welke mate een toeslag nodig is om de betaling van vouchers te bekostigen. Om dit te bepalen is gekeken of de kosten per uitgereikte voucher (€ 1.428,75 / 65 prestaties = € 21,98) gedekt worden door de max-max tariefruimte voor consulten door verpleegkundigen. De aanname is dat vouchers uitgereikt worden tijdens verpleegkundige consulten van 30 minuten (DeFuentes-Merillas & de Jong, 2008) in de monodisciplinaire, multidisciplinaire en outreachende setting. Daarbij is uitgegaan van een max-max ruimte van 10% van het max-tarief van de NZa.

Uit de tarief gegevens die de NZa gebruikt blijkt dat de kosten voor vouchers per prestatie (€ 21,98) boven de 10% max-max ruimte uitgaat in zowel de monodisciplinaire, multidisciplinaire als de outreachende setting (Tabel 2). Om de kosten te dekken komt er gemiddeld € -9,38 tekort in de tarief ruimte voor elke prestatie. Dit betekent dat de max-max ruimte niet toereikend is om de kosten voor de vouchers te bekostigen, ongeacht de setting. De NZa concludeert dat er een toeslag nodig is om vouchers te bekostigen voor contingency management.

Tabel 2 Max-max ruimte in de tarieven voor verpleegkundige consulten van 30 minuten per behandelvormen na aftrek van de kosten per uitgereikte voucher (€ 21,98).

Behandelvorm 30 min	Max-tarief NZa	10% max-max	Max-max ruimte na aftrek kosten voucher
Monodisciplinair	€ 107,50	€ 10,75	€ -11,23
Multidisciplinair	€ 123,50	€ 12,35	€ -9,63
Outreachend	€ 146,90	€ 14,69	€ -7,29
Gemiddeld	€ 125,97	€ 12,60	€ -9,38

2.4.7 Onderhoudsoverleg 25 januari 2024

De NZa presenteerde de data-analyse en onderliggende aannames. Bespreekpunt is dat in de aangeleverde onderbouwing geen eenduidig beeld blijkt van het aantal weken dat een behandeling duurt en van het aantal contactmomenten per week. Het punt lijkt te zijn dat de tabel op pagina 8 van de PDF 'Onderlegger bij notitie Contingentie Management van Verslavingskunde Nederland (VKN) voor Zorgverzekeraars Nederland (ZN)' afwijkt van de rest van het stuk, met name pagina 4 en 15. De NZa hanteert nu als uitgangspunt dat de NZa voor het berekenen van de hoogte van de toeslag uitgaat van de lopende tekst en de tabel op pagina 8 als een afwijking beschouwt. Delen partijen dat uitgangspunt?

De Nederlandse ggz licht toe contact te hebben gehad met Verslavingskunde Nederland en te kunnen bevestigen dat het gaat om een behandeling van 26 weken, met in totaal 65 contactmomenten dat patiënt een voucher kan krijgen.

2.4.8 Expertoverleg 16 februari 2024

De Nederlandse ggz heeft het voorstel van de nieuwe prestatie teruggekoppeld naar Verslavingskunde Nederland en onderzoekers die contingency management (CM) toepassen in de ggz en fz. De NZa was bij dit overleg aanwezig. De veldpartijen gingen akkoord met de berekening van de toeslag en het beschikbaar stellen van de toeslag voor de ggz. Verslavingskunde Nederland kon zich echter niet vinden in een eerdere schriftelijke reactie van DJI dat de prestatie minder passend was voor de fz (zie Onderhoudsoverleg 26 oktober 2023 in sectie 2.4.3). Reden hiervoor was dat contingency management een gebruikelijke behandelmethode is in de fz en dat de toeslag daarom ook nodig is voor de groep cliënten met een justitiële titel. Wat Verslavingskunde Nederland betreft zou er geen onderscheid gemaakt moeten worden voor het leveren van deze zorg aan de hand van de justitiële titel.

Verslavingskunde Nederland heeft het verzoek gedaan aan de NZa om na te vragen bij DJI of de prestatie ook beschikbaar gesteld kon worden voor cliënten in de fz. De DJI heeft schriftelijk gereageerd dat zij geen voorstander zijn van een nieuwe prestatie voor de behandeling voor de fz, omdat cliënten in de fz al verplicht zijn om zorg te ondergaan, waarbij het inbouwen van een financiële beloning niet aan de orde is wat DJI betreft. Het is nu aan de NZa om de knoop door te hakken of de prestatie beschikbaar gesteld kan worden voor de fz.

Argumenten voor een prestatie in de fz:

1. CM is een wetenschappelijk bewezen effectieve behandelmethode. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat CM een effectieve interventie is voor verminderd middelengebruik in de forensische GGZ (Bahr et al. 2012; Merksz et al. 2013; Merksz et al. 2015) waaronder ook jongvolwassenen (Caroll et al. 2006).
2. Het niet beschikbaar stellen van de prestatie voor cliënten in de fz staat lijnrecht tegenover nationale initiatieven die de implementatie van CM in de fz proberen te bevorderen. In Nederland is het initiatief “Kwaliteit Forensische Zorg” (KFZ, zie Leefstijltraining Justitiabelen i.c.m. contingency management - KFZ) opgezet om contingency management te implementeren als een standaard interventiebehandeling voor middelen misbruik. In het kader van dit initiatief is de behandeling getest in twee instellingen: de justitiële verslavingszorginstelling JusTac en de forensische GGZ instelling De Waag. Hier bleek dat de behandeling goed uitvoerbaar was in de fz en dat de behandeling abstinente gedrag en therapietrouwheid positief bekrachtigen. Het niet beschikbaar stellen van de prestatie voor cliënten in de fz staat daarbij lijnrecht tegenover het initiatief van KFZ om de implementatie van de behandelmethode te bevorderen.
3. Vanuit het veld is er vraag naar het beschikbaar stellen van de prestatie in de fz. Experts in het veld geven aan dat CM een gebruikelijke behandelmethode is in de fz en geeft aan dat een toeslag voor de kosten van vouchers nodig is (i.e. er is vraag naar vanuit het veld).
4. Principieel zou er geen onderscheid gemaakt moeten worden voor de bekostiging van waardevolle zorg tussen cliënten met en zonder justitiële titel. Vanuit een principieel oogpunt vinden experts uit het veld (Verslavingskunde Nederland) dat cliënten in de fz evenveel recht hebben op de bekostiging van effectieve en waardevolle zorg als cliënten zonder justitiële titel.

Argumenten tegen een prestatie in de fz:

- De financiële prikkel is tegenstrijdig ten op zichte van de verplichte prikkel in het strafrechtelijke kader. Cliënten in de fz zijn reeds verplicht om zorg te ondergaan. Het inbouwen van een

financiële beloning voor de behandeling is daarbij niet aan de orde wat DJI betreft, omdat de financiële prikkel tegenstrijdig is ten opzichte van de verplichte prikkel in het strafrechtelijke kader. Vanuit dit kader is een nieuwe prestatie voor het bekostigen van de vouchers dus minder passend voor de FZ.

Referentielijst

Bahr, S.J., Masters, A.L., & Taylor, B.M. (2012). What works in substance abuse treatment programs for offenders? *The Prison Journal*, 92 (2), 155-174.

Carroll, K.M., Easton, C.J., Nich, C., Hunkele, K.A., Neavins, T.M., Sinha, R., Ford, H.L., Rounsaville, B.J. (2006). The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 955-66.

Merkx, M.J., Schippers, G.M., Koeter, M.W., Vuijk, P.J., Poch, M., Kronemeijer, H., & Brink, W. van den (2013). Predictive validity of treatment allocation guidelines on drinking outcome in alcohol-dependent clients. *Addictive Behaviors*, 38, 1691-1698

Merkx, M.J.M., DeFuentes-Merillas, L., Koeter, M.W.J., & Schippers, G.M. (2015). *Bruikbaarheid en toepasbaarheid van Contingency Management gecombineerd met een cognitief gedragstherapeutische behandeling voor middelengebruik in de reguliere ambulante forensische zorg*. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.

2.5 Reistijd BW zelfde aanbieder

2.5.1 Beschrijving wijzigingsverzoek

De probleemstelling van GGNet via De Nederlandse ggz is als volgt. Indien een patiënt in een woonvorm woont die onder éénzelfde rechtspersoon valt als de zorgaanbieder die behandeling levert, bestaat er in het ZPM geen recht op vergoeding voor de gemaakte reistijd. GGZ-instellingen die hun BW's onder een andere rechtspersoon hebben onder gebracht ontvangen wel een vergoeding voor de reistijd als een behandelaar op huisbezoek gaat bij een patiënt die in een BW woont. Het probleem is besproken in het CWO (centraal werkoverleg tussen GGZ-instellingen) en wordt gesteund door de NLGGZ.

2.5.2 NZa-besluit

Reizen naar een patiënt die in een BW woont is vergelijkbaar met reizen naar een patiënt die in een eigen huis woont, wat het logisch maakt om reistijd van toepassing te laten zijn. Dat is anders dan een patiënt die klinisch is opgenomen. Dit komt landelijk voor is de voorgestelde wijziging en de impact daarvan en klein.

Eigenlijk verwijzen beide definities in de voorgestelde wijziging naar dezelfde bron, de definitie in de Wmo. Daar staat een definitie van beschermd wonen in een wet in formele zin, dus dat is een duidelijke bron om naar te verwijzen. De definitie in het besluit langdurige zorg verwijst naar de Wmo. Daardoor is het misschien dubbelop om deze definitie ook te noemen. Maar omdat de NZa-regels wel voor de Wlz en niet voor de Wmo gebruikt zullen worden lijkt het voor de duidelijkheid zinvol om die verwijzing op te nemen.

De NZa neemt de voorgestelde wijziging over.

Was:

Reistijd : De tijd die de zorgverlener, in het kader van een consult, werkelijk besteedt aan het reizen naar en van de patiënt die buiten een locatie van de zorgaanbieder behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt.

Wordt:

Reistijd : De tijd die de zorgverlener, in het kader van een consult, werkelijk besteedt aan het reizen naar en van de patiënt die buiten een locatie van de zorgaanbieder behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt. Onder de locaties van de zorgaanbieder vallen binnen deze definitie niet de locaties van de zorgaanbieder waarin enkel beschermd wonen wordt geleverd conform art. 1.1.1 onder 1 van de Wmo en art. 1.1.1. Besluit langdurige zorg.

De beoordelingscriteria die voor dit wijzigingsverzoek doorslaggevend zijn, zijn:

- Vergelijkbare gevallen op dezelfde manier behandelen.
- Is de voorgestelde prestatieomschrijving duidelijk en voldoende onderscheidend?

2.5.3 Probleemanalyse onderhoudsoverleg 26 oktober 2023

Indiener: Precieze aantallen zijn niet te noemen. Het betreft alle outreachende behandelafspraken van behandelaren die patiënten bezoeken in een BW. Op dit moment worden deze afspraken zonder reistijd geregistreerd.

Reistijd binnen dezelfde AGB wordt niet vergoed, wel naar een BW van een andere zorgaanbieder. Aangezien veel BW juist buiten de instelling, en in de wijk is, hebben meerdere instellingen dit probleem.

De NZa benoemt dat reistijd alleen is voor behandelen buiten de instelling. Dit betreft meer wonen. Is een BW vergelijkbaar met thuissituatie? Als je dit zou willen, hoe krijg je dit duidelijk geformuleerd in de definitie van reistijd? Dat is complex en een nieuwe definitie moet wel scherp zijn. De NZa snapt het verzoek. Is de definitie in het wijzigingsverzoek duidelijk genoeg? dNLggz: denk aan administratieve lasten. Uitwerken hoe die er uit gaat zien. Dan kijken naar consequenties zoals registreren. ZN zal dit onderwerp na het volgende onderhoudsoverleg op 30 november voorleggen aan zorgverzekeraars.

De NZa zal de definitie beoordelen voor wat betreft de Wlz. Voor de Wmo heeft de NZa geen expertise.

OIZ en DNggz brengen ICT-impact in kaart.

Schriftelijk geeft DJI aan dat dit onderwerp ook kan gelden voor de FZ. DJI kan niet inschatten hoe vaak dit voorkomt en wat de verwachte financiële impact is. DJI zou graag willen weten wat de frequentie is. Op zich lijkt dit een omissie te zijn die aangepast moet worden omdat dit inderdaad kan voorkomen.

2.5.4 Oplossingsrichtingen, onderhoudsoverleg 30 november 2023

De NZa licht toe de voorgestelde definitie helder genoeg te vinden om over te nemen.

DNlggz en OIZ lichten toe dat behandelaren reistijd al vastleggen. Administratief en qua ICT is de impact van deze wijziging beperkt.

ZN vraagt om scherper te onderbouwen waarom het onderhoudsoverleg positief staat tegenover deze wijziging. In het onderhoudsoverleg wordt besproken dat het de bedoeling van reistijd is om die in te zetten naar de patiënt thuis. Reizen naar een patiënt die in een BW woont is vergelijkbaar met reizen naar een patiënt die in een eigen huis woont, wat het logisch maakt om reistijd van toepassing te laten zijn. Dat is anders dan een patiënt die klinisch is opgenomen. Tot slot komt dit fenomeen landelijk voor en is de voorgestelde wijziging en de impact daarvan klein.

2.5.5 Voorkeursvariant onderhoudsoverleg

Conform wijzigingsverzoek.

2.6 Groepsconsult gezinstherapie

2.6.1 Beschrijving wijzigingsverzoek

Indiener GGZ Drenthe schrijft: Door de invoering van het ZPM zijn de spelregels voor het groepsconsult gewijzigd. De huidige registratie en facturatie van gezinsbehandeling binnen het groepsconsult zorgt voor een reeks van obstakels, die leiden tot een forse daling van de totale financiering van de geleverde zorg van de ouder(s) binnen het ZPM. Doordat op dit moment 80-90% van alle behandelafspraken binnen de afdeling Gezinspsychiatrie moet worden weggeschreven als groepsconsult, is deze daling aan financiering vanuit de zorgverzekeringswet dusdanig ernstig dat dit een bedreiging vormt voor het voortbestaan van de afdeling.

2.6.2 NZa-besluit

Conform de bespreking in het onderhoudsoverleg geen wijziging doorvoeren per 2025.

2.6.3 Probleemanalyse onderhoudsoverleg 26 oktober 2023

Is een wijzigingsverzoek van GGZ Drenthe, maar er lijken volgend De Nederlandse ggz meer instellingen tegenaan te lopen. Het gaat om samenloop jeugd- en volwassen ggz: twee ouders en hun twee kinderen die allemaal apart, maar ook als gezin therapie krijgen. Dit past volgens indieners niet goed in het zorgprestatie model.

Verschillende deelnemers geven aan, dat gezinstherapie 'in de lift zit'. GGZ Drenthe ziet groeps(gezins)therapie als een aparte en belangrijke behandelvorm. Als je een gezin zoals boven beschreven tegelijk ziet (bijvoorbeeld thuis) vinden indieners de bekostiging vanuit het zorgprestatie model niet dekkend. Er is meer vergelijkbaar grijs gebied bij samenloop jeugd-Zvw. Wat kunnen we binnen het zorgprestatie model doen? Een deel zit in regelgeving: je moet alle mensen tellen. In elk groepsconsult zit een beetje indirecte tijd en tijd voor diagnostiek. De suggestie in het wijzigingsverzoek is, dat je bij een gezin méér indirecte tijd nodig hebt. Daar worden in het overleg vraagtekens bij gezet. ZN: helft financiering zit bij jeugd. Het gaat om de twee volwassenen. Minder indirecte tijd bij twee verbonden volwassenen en twee volwassenen die los behandeld worden. DNggz: doordat de hele behandeling in een groepsconsult zit krijgt een aanbieder minder geld. Als alleen vader in behandeling zou zijn zou een aanbieder meer geld krijgen, namelijk voor een individuele behandeling.

Het tarief van een groepsconsult is inmiddels aangepast: dat helpt maar is volgens indieners niet voldoende.

Ook is de duur van een groepsconsult aangepast van 30 naar 15 minuten, waardoor meer geleverde zorg gedeclareerd kan worden. Dit helpt ook. En volgens indieners is er meer nodig.

Reistijd mag nu niet geregistreerd worden op een groepsconsult. En we kennen alleen settingen bij individuele consulten. Een suggestie in het overleg is om 'settingen' er bij te pakken.

Er is nog geen visie van ZN. ZN heeft hiervoor verdiepende info nodig. dNLggz geeft aan dat de oplossing niet persé een nieuwe prestatie moet zijn. Het zou bijvoorbeeld in de max-max opgelost kunnen worden. dNLggz noemt de optie om er een Facultatieve Prestatie van te maken. Maar stelt ook de vraag of je dit wel landelijk wil regelen. dNLggz stelt voor om verschillende varianten van registratie te vergelijken: wat gebeurt er dan met tarief. Schriftelijk stelt DJI de vraag of dit onderwerp ook speelt in

de forensische zorg. Meer GGZ: als dit leidt tot verlagen van andere tarieven bij 'rondrekenen in het vierkant', vinden wij dat problematisch. ZN: Per instelling als je kijkt naar gemiddelde en spreiding: bij elkaar kan het nog steeds kloppen. LVVP: reistijd aan groepsconsult buiten instelling toevoegen. OIZ: OVP die je eenmalig in rekening mag brengen?

2.6.4 Oplossingsrichtingen, onderhoudsoverleg 30 november 2023

Het probleem van de indiener lijkt verschillende niveaus te hebben. De veronderstelling is dat dit ervoor zorgt dat kosten van gezinstherapie niet voldoende vergoed worden. De NZa kan het probleem niet op alle niveaus herkennen. Hieronder voorbeelden van de niveaus waarbij de indiener lijkt aan te geven dat er verschillen in opbrengsten kunnen bestaan. Deze voorbeelden vult de NZa aan met haar eigen onderzoek naar de grootte van het probleem en de complexiteit van eventuele oplossingen.

1. Opbrengsten van een individueel consult voor één volwassene tegenover de opbrengsten van een groepsconsult voor twee volwassenen uit hetzelfde gezin
2. Opbrengsten van een individueel consult voor één volwassene tegenover de opbrengsten van een groepsconsult voor twee volwassenen én twee kinderen uit hetzelfde gezin
3. Ontbreken van declareerbare reistijd bij een groepsconsult voor twee volwassenen uit hetzelfde gezin, bij hen thuis, tegenover declareerbare reistijd bij een individueel consult voor één volwassene bij hen thuis.

Welke aanpassingen zijn gedaan van 2022 tot 2024?

Door het aanpassen van de indirecte tijd voor groepsconsulten zijn de tarieven van 2022 naar 2024 met 24% gestegen. Als we daarbij ook rekening houden met de aanpassing van de declarabele tijdsduur kan dat, uitgaande van de tijdranges van de individuele consulten, een positieve impact hebben van gemiddeld 38%.

Tabel 1 Effect van onderhoud aan groepsconsulten van 2022 t/m 2024.

Tijdsduur	Impact
15	- %
30	24%
45	85%
60	24%
75	55%
90	24%
120	24%
Gemiddeld	38%

Vergelijking individuele behandeling en groep

Hieronder vergelijken we vervolgens de opbrengst van verschillende behandelvormen: monodisciplinair, multidisciplinair, met 2 volwassenen in een groep en met 2 volwassenen en 2 kinderen in 1 groep. We zien dus dat behandeling per 60 minuten in de vorm van een groepsconsult met 2 volwassenen

gemiddeld meer oplevert dan individuele behandeling in zowel de mono- als multidisciplinaire setting (respectievelijk 15% en 3% meer). Dit geldt gemiddeld genomen voor alle consulten en beroepscategorieën (niet in de tabel). Voor de behandelvorm Groep met gezin zien we een verschil van -42% vergeleken met de monodisciplinaire behandeling en -48% vergeleken met multidisciplinaire behandeling. Dit wordt verklaard omdat een deel van de vergoeding uit de Jeugdwet moet komen. In beide gevallen wordt dus (ruim) de helft van de kosten vergoed vanuit de Zvw.

Tabel 2 Verschil in vergoeding per 60 minuten, gemiddeld over alle beroepscategorieën, voor verschillende behandelvormen o.b.v. NZa-max-tarieven 2024.

Behandelvorm 60 minuten	Totale vergoeding max-tarief NZa	Vershil met monodisciplinair	Vershil met multidisciplinair
Monodisciplinair	€ 230	+0%	-10%
Multidisciplinair	€ 257	+12%	+0%
Groep met 2 volwassenen	€ 265	+15%	+3%
Groep met gezin (2 volwassenen + 2 kinderen)	€ 133	-42%	-48%

Conclusie onderhoudsoverleg

Partijen in het onderhoudsoverleg concluderen dat een aantal issues hiermee zijn opgelost. Met name voor diagnostiek lijkt dat niet het geval. Tegelijkertijd bespreken partijen dat ingewikkeld is om hier inzicht in te krijgen: er is geen eenduidige definitie van een gezin en aanbieders hebben gezinstherapie niet apart gelabeld in hun administratie.

Richting 2025 is de conclusie dat er geen onderbouwing beschikbaar is om een verandering door te voeren. Wel spreken partijen af om twee oplossingsrichtingen uit te werken: 1) in de klankbordgroep van het kostprijsonderzoek bespreken of informatie beschikbaar kan komen en 2) dit voorbeeld aanhaken in de brede discussie over domeinoverstijgende zorg en kijken of daar een oplossing uitkomt.

Reistijd bij groepsconsult

Beschrijving wijzigingsverzoek

Om de onderwerpen effectief te kunnen bespreken maakt de NZa van dit onderwerp een zelfstandig bespreekpunt. Dit heeft geen nieuw nummer om geen verwarring te scheppen met de eerder verstuurde genummerde bijlages.

NZa-besluit

Conform de bespreking in het onderhoudsoverleg geen wijziging doorvoeren.

De beoordelingscriteria die voor dit wijzigingsverzoek doorslaggevend zijn, zijn:

- Zijn we het systeem niet zo ver aan het verfijnen dat de nadelen van toevoegen groter zijn dan de voordelen?
- Wat is de impact op de uitvoeringspraktijk (onder andere qua ICT)?

Probleemanalyse onderhoudsoverleg 26 oktober 2023

Reistijd mag nu niet geregistreerd worden op een groepsconsult. De vraag is in hoeverre dit een bewuste beslissing was. Mogelijk is bij het ontwerp van het zorgprestatie-model impliciet uitgegaan van de aanname dat groepsconsulten altijd bij een aanbieder plaatsvinden.

Impact

De NZa heeft de grootte van het probleem onderzocht. Uit de gegevens die de NZa gebruikt voor de berekening van tarieven blijkt dat er in 2017 slechts zeer zelden reistijd werd geregistreerd bij groepsconsulten. Ongeveer 0,5% van de kosten van groepsconsulten bestaat uit reistijd. Mogelijk is er het sinds 2017 gebruikelijker geworden te reizen voor groepsconsulten. Dit is voor de NZa echter niet inzichtelijk te maken. Daarmee lijkt reistijd bij groepsconsulten een onderwerp om mee te nemen in het kostprijsonderzoek en grote onderhoud richting 2026.

Mogelijke oplossingen

Mogelijke oplossing is het toevoegen van reistijd bij groepsconsulten. De precieze uitwerking van deze beleidsinterventie is echter complex. Hierbij moeten een aantal issues getackeld worden.

Reistijd is ingedeeld in tijdseenheden die verschillen tussen de ggz en fz. Dat levert dus vier categorieën reistijd op. Daarnaast geldt het uitgangspunt dat zorg per individuele patiënt aan de zorgverzekeraar in rekening moet kunnen worden gebracht. Dat betekent dat voor het declareren van reistijd voor een groepsconsult van belang is over hoeveel patiënten de kosten verdeeld moeten worden. Dat levert negen prestaties op in elke categorie. In totaal zouden er dus $4 \times 9 = 36$ nieuwe prestaties 'reistijd voor groep' moeten komen. Dit doet af aan de eenvoud van de prestatiestructuur en is alleen te verantwoorden als er een groot probleem mee wordt verholpen.

Een volgend issue is dat groepsconsulten worden gedeclareerd per blokken van 15 minuten. Reistijd is per behandelaar maximaal één keer per groep nodig. Maar technisch zou het mogelijk zijn om voor elke prestatie van 15 minuten een toeslag reistijd te declareren. Dit is uiteraard het declareren van iets wat niet geleverd is, wat fraude is. Het lijkt niet nodig om daarvoor apart iets te regelen.

Een andere vraag die in deze context zou kunnen spelen is welke prestatie van 15 minuten een aanbieder moet kiezen voor het vaststellen van de grootte van de groep. De reiskosten moeten gedeeld worden door het aantal leden van het groepsconsult. Vaak worden groepsconsulten echter in een reeks gepland, met meerdere groepsconsulten achter elkaar. De groepsgrootte kan wijzigen gedurende dit blok, dit maakt het moeilijk te bepalen bij wie de reistijdprestatie in rekening gebracht moet worden. Is dit bij de deelnemers van het eerste kwartier van de reeks, alle deelnemers die in ieder geval één groepsconsult in de reeks hebben meegedaan, of de deelnemers van het kwartier waarin het grootste aantal deelnemers aanwezig was? Twee voor de hand liggende opties zijn: 1) reistijd mag alleen op de eerste prestatie van 15 minuten om een uniforme werkwijze te hebben of 2) reistijd mag alleen op de grootste groepsgrootte, zodat de kosten voor reistijd zo evenredig mogelijk verdeeld worden.

Hieronder een uitwerking hoe reistijd voor groepsconsulten er in de NZa Beleidsregel zou kunnen uitzien. Hierbij is gekozen om optie 1) uit te werken voor de vraag welke groepsgrootte een aanbieder moet kiezen.

Artikel 2.5 Groepsconsult

Bij een consult met twee of meer patiënten en/of naaste(n) is sprake van een groepsconsult. De prestatie groepsconsult betreft een eenheid vanaf 15 minuten contact per zorgverlener per patiënt. Een groepsconsult wordt ingedeeld in één van onderstaande categorieën, op basis van alle patiënten die aanwezig zijn geweest op enig moment binnen de eenheid van 15 minuten. Niet-aanwezige patiënten tellen niet mee voor de groepsgrootte. Indien meerdere behandelaren het groepsconsult leveren kan iedere zorgverlener apart een groepsconsult declareren. Voor de telling tellen patiënten vanuit alle financieringsstromen mee. In het geval dat vaktherapie wordt gegeven in groepen van zowel opgenomen als ambulante patiënten, dan tellen opgenomen patiënten mee voor de groepsgrootte, ook al kan vaktherapie voor opgenomen patiënten niet los worden gedeclareerd omdat vaktherapie is opgenomen in het tarief voor een verblijfsdag.

- Consult per patiënt in groep 2 patiënten
- Consult per patiënt in groep 3 patiënten
- Consult per patiënt in groep 4 patiënten
- Consult per patiënt in groep 5 patiënten
- Consult per patiënt in groep 6 patiënten
- Consult per patiënt in groep 7 patiënten
- Consult per patiënt in groep 8 patiënten
- Consult per patiënt in groep 9 patiënten
- Consult per patiënt in groep vanaf 10 patiënten

Om voor een groepsconsult met naasten de juiste groepsomvang van de prestatie te kiezen wordt gekeken naar het totaal van patiënten waarvan de naasten deelnemen aan het groepsconsult. Hier geldt eenzelfde werkwijze als bij groepsconsulten aan patiënten. Dit betekent het volgende. De groepsbehandeling met naasten wordt op naam van de patiënt gefactureerd. Het aantal prestaties wordt bepaald op de duur van deze sessie. 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.

Groepsconsulten worden niet ingedeeld naar:

- Artikel 2.1 Consulten diagnostiek en behandeling
- Artikel 2.3 Consulten tijdsindeling
- Artikel 2.4 Consulten setting

Bij een groepsconsult zijn alleen de toeslagen inzet tolk in groep en reistijd voor groep mogelijk. Voor groepsconsulten mogen de volgende toeslagen worden gedeclareerd op de eerste prestatie van 15 minuten in een reeks prestaties voor een groepsconsult op één dag:

- Reistijd ggz tot 25 minuten per patiënt in groep 2 patiënten
- Reistijd ggz tot 25 minuten per patiënt in groep 3 patiënten
- Reistijd ggz tot 25 minuten per patiënt in groep 4 patiënten
- Reistijd ggz tot 25 minuten per patiënt in groep 5 patiënten
- Reistijd ggz tot 25 minuten per patiënt in groep 6 patiënten
- Reistijd ggz tot 25 minuten per patiënt in groep 7 patiënten
- Reistijd ggz tot 25 minuten per patiënt in groep 8 patiënten
- Reistijd ggz tot 25 minuten per patiënt in groep 9 patiënten
- Reistijd ggz tot 25 minuten per patiënt in groep vanaf 10 patiënten
- Reistijd ggz vanaf 25 minuten per patiënt in groep 2 patiënten
- Reistijd ggz vanaf 25 minuten per patiënt in groep 3 patiënten
- Reistijd ggz vanaf 25 minuten per patiënt in groep 4 patiënten
- Reistijd ggz vanaf 25 minuten per patiënt in groep 5 patiënten
- Reistijd ggz vanaf 25 minuten per patiënt in groep 6 patiënten
- Reistijd ggz vanaf 25 minuten per patiënt in groep 7 patiënten
- Reistijd ggz vanaf 25 minuten per patiënt in groep 8 patiënten
- Reistijd ggz vanaf 25 minuten per patiënt in groep 9 patiënten
- Reistijd ggz vanaf 25 minuten per patiënt in groep vanaf 10 patiënten
- Reistijd fz tot 45 minuten per patiënt in groep 2 patiënten
- Reistijd fz tot 45 minuten per patiënt in groep 3 patiënten
- Reistijd fz tot 45 minuten per patiënt in groep 4 patiënten
- Reistijd fz tot 45 minuten per patiënt in groep 5 patiënten
- Reistijd fz tot 45 minuten per patiënt in groep 6 patiënten
- Reistijd fz tot 45 minuten per patiënt in groep 7 patiënten
- Reistijd fz tot 45 minuten per patiënt in groep 8 patiënten

- Reistijd fz tot 45 minuten per patiënt in groep 9 patiënten
- Reistijd fz tot 45 minuten per patiënt in groep vanaf 10 patiënten
- Reistijd fz vanaf 45 minuten per patiënt in groep 2 patiënten
- Reistijd fz vanaf 45 minuten per patiënt in groep 3 patiënten
- Reistijd fz vanaf 45 minuten per patiënt in groep 4 patiënten
- Reistijd fz vanaf 45 minuten per patiënt in groep 5 patiënten
- Reistijd fz vanaf 45 minuten per patiënt in groep 6 patiënten
- Reistijd fz vanaf 45 minuten per patiënt in groep 7 patiënten
- Reistijd fz t vanaf ot 45 minuten per patiënt in groep 8 patiënten
- Reistijd fz vanaf 45 minuten per patiënt in groep 9 patiënten
- Reistijd fz vanaf 45 minuten per patiënt in groep vanaf 10 patiënten

Conclusie onderhoudsoverleg 30 november 2023

Partijen bespreken dat dit onderwerp voortkwam uit de vraag om gezinstherapie zo goed mogelijk te faciliteren. Het is geen bredere vraag voor groepsconsulten in het algemeen. Daarbij komt dat de geschetste oplossing gecompliceerd is vanwege bijvoorbeeld wisselende groepsgroottes en behandelaars die op een verschillend moment kunnen starten. Een oplossing moet niet worden gezocht in een technisch complexe wijziging.

2.7 IZA-afspraken administratieve lasten

2.7.1 Beschrijving wijzigingsverzoek

Indiener De Nederlandse ggz licht het volgende toe. In het IZA is afgesproken dat binnen 2 jaar (2025) er een daling is van 5% van administratieve tijd voor professionals (2 uur/week). Alle 'regelmakers' in de brede zin van het woord (VWS, zorgverzekeraars, toezichthouders, werkgevers, branche- en beroepsverenigingen) gaan per direct alle nieuwe regelgeving toetsen aan het uitgangspunt 'zinnig en radicaal simpel'. Zinnig is wat bijdraagt aan betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Radicaal simpel betekent dat we voor de professional zo eenvoudig mogelijke oplossingen kiezen die bijdragen aan professionele autonomie, vakmanschap en werkplezier. Is het niet zinnig en niet radicaal simpel, dan moet het terug naar de tekentafel óf doen we het niet. Ook bestaande regels, registraties, verplichtingen, procedures etc. nemen we op deze manier onder de loep. Met deze aanpak wordt een reductie van administratieve tijdsbesteding gerealiseerd die deze in lijn brengt met het niveau dat zorgverleners zelf acceptabel achten

Een van de ontwerpcriteria van het Zorgprestatie-model was structurele verlichting administratieve lasten, géén tijdsregistratie.

2.7.2 NZa-besluit

De NZa ziet geen concreet wijzigingsverzoek voor 2025.

Dit is wel een belangrijk uitgangspunt voor het 'groot onderhoud' richting 2026. De NZa plant een startbijeenkomst om het gesprek aan te gaan op basis van de input van in ieder geval DNggz en ZN. Ook andere partijen zijn welkom om input te leveren.

Administratieve lasten zijn breder dan het zorgprestatie-model en volgen ook uit een andere context. Het lijkt de NZa daarom voor de hand liggend om dit onderwerp te concretiseren in de IZA-context (zie pagina 86-87 van het IZA). Daar sluit de NZa graag bij aan.

2.7.3 Probleemanalyse, onderhoudsoverleg 26 oktober 2023

DNggz draagt een aantal onderwerpen aan om te onderzoeken. Dit zijn nog geen concrete wijzigingsverzoeken. ZN is bezig met een bredere evaluatie van het zorgprestatie-model en komt hiermee in december. Partijen zien een gezamenlijke opdracht die breder is dan alleen de NZa-regels. De NZa plant in januari 2024 een bijeenkomst om alle geïnventariseerde administratieve lasten en mogelijke andere evaluaties op te halen. Dan bespreken partijen welke onderwerpen door wie en op welke plek opgepakt kunnen worden. De NZa doet de uitnodiging aan alle partijen om richting januari eigen onderwerpen aan te dragen.

Eén onderwerp lijkt partijen laaghangend fruit, namelijk de informatie-elementen bij Overige prestaties. Dit is vergelijkbaar met het onderwerp plaatsingsbesluit en FPT. Dit zou misschien al wel kunnen per 2025. Partijen nemen dit mee naar het coördinatieoverleg.

2.8 Indirecte tijd for-fact (fz)

2.8.1 Beschrijving wijzigingsverzoek

Richting 2024 is dit onderwerp afgesloten met de volgende stand van zaken:

DNggz: er zijn acht settings. In fz wordt alles op één hoop gegooid. Waarom is er maar één ambulante setting? DJI: het gaat om een 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.

2.8.2 NZa-besluit

Conform bespreking in het onderhoudsoverleg geen actie per 2025. De prestatiestructuur evalueren we met partijen richting 2026, waarbij outreachende setting een thema zal zijn waar dit onderwerp onder valt. NZa en dNLggz kijken samen of dit in het kpo kan worden meegenomen.

De beoordelingscriteria die voor dit wijzigingsverzoek doorslaggevend zijn, zijn:

- Komt het vaak genoeg voor dat het een aparte prestatie rechtvaardigt?
- Is er een solide/motiveerbare tariefsbepaling mogelijk?

2.8.3 Probleemanalyse, onderhoudsoverleg 25 oktober 2023

Om in kaart te brengen of er een probleem is met de hoeveelheid indirecte tijd voor forensische fact-zorg is het nodig dat zorgaanbieders in hun systemen kunnen herkennen welke kosten gemaakt en welke productie geleverd zijn door fact-teams en welke reguliere niet-klinische forensische zorg betreffen. Onderzoek eind 2022/begin 2023 van de NZa met enkele zorgaanbieders heeft laten zien dat het niet triviaal is dit onderscheid te maken in de systemen van de aanbieders. Daarnaast is het nodig te weten hoe groot de omvang is van for-fact ten opzichte van de rest van de niet-klinische forensische zorg.

In het onderhoudsoverleg is afgesproken dat dNggz na overleg met DJI en de NZa in het Forensisch Netwerk (FN) nagaat of instellingen fact en niet-fact kunnen scheiden en of het mogelijk is deze splitsing in fte en opbrengsten tijdig aan te leveren. Inmiddels heeft dNggz aangegeven dit te hebben neergelegd in het FN.

Als blijkt dat het mogelijk is de splitsing te maken zullen de instellingen kunnen berekenen of er significant minder opbrengsten te realiseren zijn per fte van een fact-team dan met reguliere niet-klinische fz fte's en dat er een significant deel van de omzet van ambulante fz als fact wordt gerealiseerd. Dit kan met een methodiek vergelijkbaar met het productiviteitsonderzoek uit het voorjaar van 2023. Vervolgens moet de NZa beoordelen of de gegevens laten zien dat er een probleem is waar een beleidsinterventie voor nodig is. Vervolgens moet het onderhoudsoverleg bespreken welke interventie past bij het probleem. Als nieuwe tarieven nodig zijn zullen de instellingen een volledige set

gegevens moeten aanleveren, zodat de NZa eventuele kostprijzen en tarieven kan gaan berekenen. Gezien de strakke tijdslijnen (december uiterste moment om volledige data te hebben) en de significante hoeveelheid werk die neer kan komen bij de instellingen (uitsplitsen alle ambulante fte en opbrengsten per prestatie) is de vraag of het haalbaar is om tijdig tarieven te hebben voor 2025.

Partijen zijn het erover eens dat dit een te groot onderwerp is voor een B-release en dat een eventuele wijziging zou moeten landen in een A-release. Als duidelijk wordt dat er sprake is van een probleem, dat dit probleem groot genoeg is voor een beleidsinterventie en dat de beleidsinterventie zal zorgen voor een daadwerkelijke herverdeling van opbrengsten tussen zorgaanbieders, dan moeten gegevens worden opgehaald om tarieven te bepalen voor de beleidsinterventie. Het is mogelijk dat dit niet haalbaar is voor 2025, dan kan de impact worden meegenomen naar het kostprijsonderzoek 2026 en kunnen daar tarieven uit voortkomen.

2.8.4 Bespreking in onderhoudsoverleg 29 november 2023

Na overleg met DJI en de NZa heeft dNLggz een uitvraag uitgezet onder een groot deel van de aanbieders van forensisch ambulante zorg. Het is helaas voor veel aanbieders niet mogelijk gebleken om op korte termijn data aan te leveren. Duidelijk is wel dat aanbieders de urgentie zien van het probleem, maar weinig aanbieders hebben fact-zorg op een aparte kostenplaats. Het probleem is daarom momenteel nog niet voldoende inzichtelijk.

Er zal gekeken worden door de NZa en dNLggz of dit bij de uitvraag van het kostprijsonderzoek ggz/fz op een manier meegenomen kan worden. Een aparte werkgroep met specifieke kennis ligt dan voor de hand. Het valt dan op de tafel van het kostprijsonderzoek en niet meer het onderhoud.

Daarnaast kan de gerelateerde prestatiestructuur besproken worden bij het grotere onderhoud richting 2026. De outreachende setting kan dan nader worden bekeken, aangezien dit probleem ook de Zvw zou kunnen raken.

2.9 Actualiseren EP's en afwezigheidsdagen fz (fz)

2.9.1 Beschrijving wijzigingsverzoek

Indiener DJI licht het volgende toe. De huidige prestatiebeschrijving in de FZ voor de extramurale parameters zijn niet altijd meer actueel. Graag willen we een voorstel indienen om enkele prestatiebeschrijving aan te passen. Ons voorstel komt terug in de bijlage bij cijfermatige onderbouwing.

Er loopt ook een gesprek met Valente, enkele zorgaanbieders over de toepasbaarheid van de H153 in de praktijk. Op termijn kan dit leiden tot een aanvulling op dit wijzigingsverzoek, maar dit gesprek en de uitwerking ervan is op dit moment nog niet voldoende gevorderd.

Verder een verzoek om een doelgroep toe te voegen bij de afwezigheidsdagen.

2.9.2 NZa-besluit

De voorgestelde wijziging voor H300 en H152 doorvoeren en de voorgestelde kortdurende externe opnames toevoegen aan de afwezigheidsdagen voor fz.

De beoordelingscriteria die voor dit wijzigingsverzoek doorslaggevend zijn, zijn:

- Is de prestatie voldoende herkenbaar voor de praktijk?

2.9.3 Probleemanalyse onderhoudsoverleg 25 oktober 2023

DJI licht toe dat de inhoudelijke discussie over de H153 Begeleiding speciaal 2 (psy) nog steeds loopt. Het verzoek omtrent het actualiseren van de prestatiebeschrijvingen van de EP's spitst zich daarom vooralsnog toe op de H300 Begeleiding en H152 Begeleiding speciaal 1 NAH. Hierbij is het idee om deze gelijk te trekken aan de huidige prestatiebeschrijvingen van de Wlz voor deze prestaties. De ICT-impact van de voorgestelde wijzigingen lijkt relatief klein. Voor de H153 zou er nog impact kunnen zijn gerelateerd aan de veldnormen. De deelnemers vinden het unaniem een goed voorstel te vinden om deze wijziging door te voeren. Voor de H153 is het vooralsnog afwachten op de uitkomsten van de inhoudelijke discussie.

Voor het voorstel om een doelgroep toe te voegen bij de afwezigheidsdagen zijn er ook geen bezwaren vanuit de deelnemers.

2.9.4 Mogelijke oplossing prestatiebeschrijvingen

Invoeren van de prestatiebeschrijvingen voor H300 Begeleiding en H152 Begeleiding speciaal 1 NAH, conform het wijzigingsvoorstel van DJI en bijlage 1 bij [Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg](#). De H153 valt er voor 2025 af. Het gesprek met het veld is hierover namelijk nog gaande.

2.9.5 Mogelijke oplossing afwezigheidsdagen

Artikel 3.2 van de Beleidsregel als volgt aanvullen:

In de volgende gevallen mogen de dagen dat de patiënt niet aanwezig is, gedeclareerd worden als verblijfsdag:

- ziekenhuisopname;
- onbegeleid, transmuraal of begeleid verlof;
- time-out tbs-gestelde;
- kortdurende terugplaatsing gedetineerden vanuit ggz naar penitentiaire inrichting (pi);
- no-show klinisch;
- onttrekking;
- In verband met het beschikbaar houden van de verblijfplaats, gedurende de tijdelijke afwezigheid van de patiënt, indien er schriftelijke overeenstemming is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
- Als er sprake is van 'fpt-proefverlof' en 'fpt-voorwaardelijke beëindiging' geldt het volgende. Als de patiënt buiten het fpc verblijft en er geen sprake is van een time-out, kunnen er geen verblijfsdagen geregistreerd worden door de fpc. Wanneer de patiënt wordt teruggeplaatst binnen het fpc vanwege een time-out, mogen er wel verblijfsdagen geregistreerd worden.
- Kortdurende externe opname vanwege detox, crisis, stabilisatie of observatie.

2.9.6 Onderhoudsoverleg 29 november 2023

DJI licht toe dat het gesprek over de H153 Begeleiding speciaal 2 (psy) nog steeds loopt en dat deze prestatie geen onderdeel van het wijzigingsverzoek richting 2025 is.

2.9.7 Voorkeursvariant onderhoudsoverleg

Conform wijzigingsverzoek.

2.10 Prestatiebeschrijvingen beveiligingsniveaus (ggz en fz)

2.10.1 Beschrijving wijzigingsverzoek

Indiener DJI licht het volgende toe. In de FZ bestaan prestatiebeschrijvingen voor de verschillende beveiligingsniveaus. Op basis van een beoordeling van de afdeling Huisvesting DJI op de huidige eisen die worden gesteld, worden nu voor de beveiligingsniveaus 1 -3 een aantal aanscherpingen en verduidelijkingen voorgesteld. De huidige eisen bestaan al meer dan 10 jaar en zijn in de tussentijd niet meer geüpdatet/aangepast. In de praktijk heeft dit in het verleden een aantal keren tot discussie en interpretatieverschillen geleid. DJI wil dit in de toekomst voorkomen en komt met een voorstel (zie bijlage).

2.10.2 NZa-besluit

Conform de wens van partijen zal de NZa in 2025 geen wijziging doorvoeren.

2.10.3 Probleemanalyse onderhoudsoverleg 25 oktober 2023

Volgens DJI is het voorstel vooral gefocust op een verduidelijking van de huidige eisen zonder dat dit impact heeft op de zwaarte van de eisen. Of er inderdaad geen impact is moet nog worden getoetst bij aanbieders.

Er is daarnaast een discussie in het overleg over waar de verantwoordelijkheid voor de gebouweisen moet liggen. De NZa moet daar nog een standpunt over innemen.

De impact van de voorgestelde veranderingen in de prestatiebeschrijvingen van de beveiligingsniveaus moet nog worden uitgediept. DJI en dNLggz gaan bij aanbieders na wat deze impact zal zijn. Daarna kan de NZa een besluit nemen over de voorgestelde wijziging.

2.10.4 Oplossingsrichtingen, onderhoudsoverleg 29 november 2023

Na de check met aanbieders door dNLggz en DJI is duidelijk dat er ook inhoudelijke wijzigingen bij zitten die impact hebben. Hiervoor zal een impactanalyse nodig zijn. Er kan volgens DJI echter nog niet worden geconcludeerd dat er helemaal geen wijzigingen kunnen worden doorgevoerd voor 2025. Voor het volgende onderhoudsoverleg op 24 januari moet hier duidelijkheid over zijn.

Daarnaast zal het gesprek nog gevoerd worden over waar de verantwoordelijkheid moet liggen van de bouwnormen. Dat kan meegenomen worden bij het grotere onderhoud richting 2026.

2.10.5 Conclusie, onderhoudsoverleg 24 januari 2024

DJI licht toe op 19 januari 2024 hier uitvoerig met een delegatie van de Nederlandse ggz en zorgaanbieders over te hebben gesproken. De belangrijkste conclusie uit dit gesprek was dat het op dit moment niet mogelijk is een definitieve GO te geven op de nieuwe teksten. De komende maanden is het voornemen om een aantal aanvullende gesprekken te plannen en hier o.a. de veiligheidstafel bij te betrekken. DJI zal verder intern een besluit voorbereiden voor het in beeld brengen van de impact op kosten, tijdspad en welke inzet er vanuit DJI en zorgaanbieders noodzakelijk is. Het voorstel is daarom om dit wijzigingsverzoek nu niet in 2025 door te voeren, maar mee te nemen naar 2026.

2.10.6 Voorkeursvariant onderhoudsoverleg

Voor 2025 geen actie ondernemen. DJI bespreken dit onderwerp verder en betrekken daarbij de NZa voor de vraag waar de verantwoordelijkheid voor de gebouweisen in de toekomst zou moeten liggen.

2.11 Informatie-elementen overige prestaties (ggz en fz)

2.11.1 Beschrijving wijzigingsverzoek

Dit onderwerp begon als wijzigingsverzoek voor de informatie rondom het plaatsingsbesluit voor de overige prestatie Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Inmiddels is deze wijziging uitgebreid naar de informatie-elementen voor alle overige prestaties.

De oorspronkelijke toelichting van DJI luidt als volgt. Fpt wordt toegewezen via een plaatsingsbesluit met een eigen plaatsingsbesluitnummer en een contractnummer. Alle zorg (begeleiding/behandeling) die wordt verleend wordt toegewezen via een (ander) plaatsingsbesluitnummer en een ander contractnummer dan het plaatsingsbesluit fpt. De zorg die wordt verleend wordt dan ook verleend onder de vlag van de TBS proefverlof resp. voorwaardelijke beëindiging. Als er geen sprake is van zorg tijdens het fpt kan het toezicht aanleiding geven tot hervatten van zorg. Die zorg wordt dan weer “weggeschreven” op het nog openstaande (niet-actieve) plaatsingsbesluit en -contractnummer van TBS met proefverlof resp. voorwaardelijke beëindiging. Er is dus bij TBS proefverlof en TBS voorwaardelijke beëindiging altijd sprake van twee plaatsingsbesluiten, één voor de TBS en één voor het fpt. Beide plaatsingsbesluiten hebben een eigen contractnummer. Er is wel altijd sprake van één zorgtrajectnummer. Het is op dit moment niet mogelijk om beide tegelijkertijd te declareren omdat het systeem uitgaat van 1 plaatsingsbesluit wat per patient gedeclareerd mag worden. In het geval van FPT is dit echter wel toegestaan, iets waar bij de implementatie van het ZPM geen rekening mee is gehouden. Wat betreft DJI moet hiervoor een uitzondering in de regeling komen op basis waarvan partijen dit in hun systemen kunnen aanpassen.

2.11.2 NZa-besluit

De NZa breidt optie 1 uit met de door OIZ en DJI genoemde informatie-elementen en maakt een onderscheid tussen Overige prestaties waar minder of meer informatie-elementen noodzakelijk zijn dan het standaard minimaal aantal informatie-elementen. Daarbij hoort de NZa graag signalen wanneer dit in de praktijk leidt tot extra informatie-eisen, wat reden kan zijn om deze werkwijze te evalueren.

Hierbij begrijpt de NZa dat voor sommige Overige prestaties, zoals ECT en rTMS, zorginhoudelijk informatie nodig is. Zoals besproken met partijen staat deze zorg niet op zichzelf, maar is deze zorg voor ene patiënt die al bekend is bij de inkoper. De consulten en verblijfsdagen zijn de belangrijkste manier om ggz en fz te declareren. Daarbij is een uitgebreide informatie-voorziening noodzakelijk. De overige prestaties zijn een manier om zorg te bekostigen die niet goed past in het zorgprestatiemodel. Bij zorg die wordt gedeclareerd via Overige prestaties, zoals ECT en rTMS, heeft een inkoper via de consulten en verblijfsdagen de beschikbaarheid over alle noodzakelijk informatie zoals de zorgvraag van de patiënt.

De beoordelingscriteria die voor dit wijzigingsverzoek doorslaggevend zijn, zijn:

- Wat is de impact op de uitvoeringspraktijk (onder andere qua ICT)?
- Stimuleert het verzoek procesgerichte beheersing i.p.v. controle achteraf?

2.11.3 Probleemanalyse onderhoudsoverleg 25 oktober 2023

OIZ legt uit dat het probleem vooral voorkomt bij de aanwezigheid van twee plaatsingsbesluiten. Er is een handmatige oplossing, maar deze is niet geschikt voor de lange termijn. Binnen het huidige model zou niet genoeg rekening gehouden zijn met een vorm van paralleliteit. Het probleem geldt voor FPT en andere overige zorgprestaties volgens DJI.

Besproken is dat het gaat om de informatie-eisen die gelden voor OVP's zoals FPT. De uitwerking hiervan is gedaan in bijlage U bij de Veldafspraken. Dit verzoek stuurt de NZa daarom bij nader inzien door aan het coördinatie-overleg waarin de veldafspraken worden besproken. DJI en OIZ nemen het voortouw in het vervolg, waarbij de hele keten betrokken moet worden.

2.11.4 Procesupdate, onderhoudsoverleg 29 november 2023

De NZa licht toe dat dit onderwerp is geregeld in de veldafspraken en daarom aan het coördinatieoverleg is doorgegeven. Inmiddels is daar de bespreking gevorderd over het overnemen van onderwerpen als het coördinatieoverleg ophoudt te bestaan per 2024 en de NZa verwacht de informatie-elementen van het coördinatieoverleg over te nemen in onderhoud richting 2025. Dat betekent dat de NZa de actie voor dit onderwerp zelf kan uitvoeren.

2.11.5 Oplossingsrichtingen, onderhoudsoverleggen 24 en 25 januari 2024

De NZa licht toe inderdaad de informatie-elementen over te nemen van het coördinatieoverleg. De NZa ziet twee manieren om de informatie-elementen vorm te geven in haar regels en wil hier het open gesprek over voeren in het onderhoudsoverleg:

- Een minimaal aantal informatie-elementen verplicht stellen voor alle overige prestaties, zoals uitgewerkt in de meegestuurde Excel. Dit is het makkelijkst voor de uitwerking in ICT, ook voor nieuwe overige prestaties. Nadeel is dat voor sommige overige prestaties meer informatie wenselijk kan zijn die hiermee niet beschikbaar is.
- Per overige prestatie een volledig uitgewerkte lijst informatie-elementen. Voordeel hiervan is dat de informatie per overige prestatie op maat kan worden gemaakt. Nadeel is dat per overige prestatie een privacy-afweging moet worden gemaakt waarbij noodzaak tot inzicht en mate van privacy-inbreuk wordt afgewogen.

De NZa licht toe de consulten en verblijfsdagen te zien als belangrijkste manier om ggz en fz te declareren. Daarbij is een uitgebreide informatie-voorziening noodzakelijk. De overige prestaties zijn een manier om zorg te bekostigen die niet goed past in het zorgprestatie-model. Bij die overige prestaties past een minder uitgebreide algemene informatievoorziening, zeker omdat patiënt al met diens zorgvraag bij de inkoper bekend is. Bijvoorbeeld bij ECT, rTMS of Tbs-patiënt komt dit bovenop een behandeling waarbij patiënt bekend is bij de inkoper. Voor de lumpsum overige prestaties is er sowieso geen verlies van informatie.

ZN reageert schriftelijk de twee opties te hebben voorgelegd aan de mensen van de uitvoering en deze geven de voorkeur aan optie 2, per overige prestatie een volledig uitgewerkte lijst informatie-elementen. De reden komt overeen met de tekst in de memo namelijk dat je per prestatie kunt vaststellen wat er nodig en passend is (juiste combinatie tussen administratieve last, privacy en handvatten voor controle op rechtmatigheid).

De overige partijen voelen unaniem het meest voor optie 1, met als kanttekening dat dit er niet moet resulteren dat alle verzekeraars voor zichzelf verschillende informatie-eisen gaan stellen.

OIZ en DJI lichten toe dat de informatie-elementen b6. Verzekerdnummer, b7. UZOVI-code en b8. Strafrechtsketennummer ook nodig zijn voor alle overige prestaties.

In nader overleg met de NZa op 7 februari 2024 licht DJI verder toe dat ook de informatie-elementen b9. Plaatsingsbesluitnummer (fz) en f10. Contractnummer (fz) noodzakelijk zijn voor alle overige prestaties.

In nader overleg met de NZa op 13 februari 2024 licht ZN verder toe dat voor de Overige prestaties Consult Acute ggz ter dekking van het budget en Intercollegiaal overleg kort en lang Setting ambulante kwaliteitsstatuut sectie II (ggz) ook de volgende informatie-elementen noodzakelijk zijn: b4. Zorgtrajectnummer (ggz en fz), f6. Naam zorgverlener die de prestatie heeft geleverd, f7. AGB-code zorgverlener die de prestatie heeft geleverd en f8. Beroep zorgverlener die de prestatie heeft geleverd conform de veldnorm (indien zorgverlener geen AGB-code heeft en f7 niet ingevuld kan worden).

2.11.6 Wijziging in NZa-regels

Bovenstaande resulteert in de volgende toevoeging in de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg:

Artikel 3.7 Registratieverplichtingen Overige prestaties

Lid 1

In afwijking van artikelen 3.1 t/m 3.5 registreert een zorgaanbieder voor de Overige prestaties zoals bedoeld in hoofdstuk 5 van de Beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg (BR/REG-24145a of eventuele opvolgers) de volgende informatie-elementen:

- a1. Naam zorgaanbieder;
- a2. AGB-code zorgaanbieder;
- b1. Naam (ggz);
- b2. Geboortedatum (ggz);
- b3. BSN (ggz);
- b6. Verzekerdnummer (ggz);
- b7. UZOVI-code (ggz en fz);
- b8. Strafrechtsketennummer (fz);
- b9. Plaatsingsbesluitnummer (fz);
- f1. Prestatiecode;
- f2. Prestatie;
- f3. Uitvoeringsdatum;
- f5. Gedeclareerd tarief (per prestatie);
- f9. Zorglabel;
- f10. Contractnummer (fz).

Lid 2

Informatie-elementen die redelijkerwijs niet aanwezig kunnen zijn, zijn uitgezonderd van deze registratieverplichting.

Lid 3

Voor de Overige prestaties met betrekking tot Rijbewijs en Informatieverstrekking zijn de volgende informatie-elementen uitgezonderd:

- b6. Verzekernummer (ggz);
- b7. UZOVI-code (ggz en fz);
- b8. Strafrechtsketennummer (fz);
- b9. Plaatsingsbesluitnummer (fz);
- f10. Contractnummer (fz).

Voor de Overige prestatie Transitieprestatie, Ketenveldnormlevensloopfunctie en Consultatiefunctie sociaal domein zijn de volgende informatie-elementen uitgezonderd:

- b1. Naam (ggz);
- b2. Geboortedatum (ggz);
- b3. BSN (ggz);
- b6. Verzekernummer (ggz);
- b8. Strafrechtsketennummer (fz);
- b9. Plaatsingsbesluitnummer (fz);
- f9. Zorglabel.

Lid 4

Voor de Overige prestaties Consult Acute ggz ter dekking van het budget en Intercollegiaal overleg kort en lang Setting ambulante kwaliteitsstatuut sectie II (ggz) registreert een zorgaanbieder ook de volgende informatie-elementen:

- b4. Zorgtrajectnummer (ggz en fz);
- f6. Naam zorgverlener die de prestatie heeft geleverd;
- f7. AGB-code zorgverlener die de prestatie heeft geleverd;
- f8. Beroep zorgverlener die de prestatie heeft geleverd conform de veldnorm (indien zorgverlener geen AGB-code heeft en f7 niet ingevuld kan worden).

2.12 Meerzorgregeling (fz)

2.12.1 Beschrijving wijzigingsverzoek

Indiener DJI licht het volgende toe. DJI is verantwoordelijk voor de inkoop van alle FZ voor personen die in aanraking komen met justitie en kampen met psychiatrische problematiek, verslavingsproblematiek en of verstandelijk beperkt zijn. DJI is in deze verantwoordelijk en actief voor alle vormen van zorg die in de reguliere zorg terugkomt in de ZVW, WLZ en WMO.

In de praktijk blijkt dat er regelmatig exceptionele kosten zijn die het reguliere ZPM, ZZP of EP-tarief fors overschrijden, dan wel niet zijn opgenomen in de reguliere zorgprestaties. Dit geldt voor zowel het ZPM als de ZZP's, maar met name op de verblijfszorg. De aanvragen zijn zeer uiteenlopend, van uitzonderlijke medicijnkosten, kosten uitvaart tot verbouwing van een kamer om veilige zorg te kunnen leveren, extra beveiligingsmaatregelen en kosten die de reguliere behandelprestaties ver overschrijden. Jaarlijks ontvangt DJI hiervoor verzoeken binnen van zorgaanbieders die (om de zorg veilig, verantwoord en kwalitatief te kunnen uitvoeren) vragen om extra financiële middelen.

DJI beschikt nu niet (zoals dit wel in de WLZ al bestaat) over een meerzorgregeling/ extra zorg op basis waarvan deze kosten nu via een prestatie(s) van de NZa gedeclareerd kan worden.

Een aandachtspunt in deze is tevens de extra verantwoordelijkheid die DJI heeft voor tbs-gestelden en gedetineerden die geplaatst zijn in de GGZ en waarvoor de zorgverzekering is opgeschort. Hier speelt ook dat exceptionele kosten (w.o. somatische kosten) bij enige regelmaat terugkomen en nu niet via de reguliere prestaties betaald kunnen worden.

DJI wil dan ook dit wijzigingsverzoek indienen om met name te beoordelen/bekijken of de huidige meerzorgregeling/ extra zorgregeling WLZ voor de FZ overgenomen kan worden, nader kan worden afgebakend.

2.12.2 NZa-besluit

Conform de wens van het onderhoudsoverleg in 2025 geen meerkostenregeling invoeren voor de forensische zorg.

2.12.3 Probleemanalyse onderhoudsoverleg 25 oktober 2023

DJI wil graag een oplossing voor dit probleem gekoppeld aan prestaties van de NZa. Een voorstel hiervoor is de meerzorgregeling die geldt in de Wlz. Voor de fz zou het dan gaan om een bredere regeling dan de Wlz. Er lijken verschillende opties. Naast de meerzorgregeling is er in de Wlz ook een extreme kosten regeling die hier misschien meer geschikt voor is. De naam voor de eventuele nieuwe oplossing moet nog worden bepaald. De conclusie is dat voor het volgende overleg op 29 november de mogelijke opties moeten worden uitgediept. Dan kunnen deze verder worden besproken.

Oplossingsrichtingen, onderhoudsoverleg 29 november 2023

De NZa heeft het voornemen om deze prestatie in te voeren, maar het moet nog blijken of dit voor 2025 gaat lukken. DJI neemt het voortouw in het vervolg. Uiterlijk 24 januari bij het volgende onderhoudsoverleg zal hier duidelijkheid over zijn. De prestatie zal dan lijken op de transitieprestatie, zodat de ICT-impact beperkt is. Daarbij is van belang dat een aanwijzing nodig is van het ministerie van J&V. De NZa ziet dit als een beleidsrijk onderwerp wat in een A-release moet landen.

2.12.4 Conclusie, onderhoudsoverleg 24 januari 2024

DJI licht toe te hebben besloten een stap terug te doen. Dat wil zeggen, DJI wil nog steeds toewerken naar een oplossing voor deze onrechtmatigheid en het mogelijk maken om meerkosten die er bestaan in de FZ te financieren, maar zij wil eerst meer duidelijkheid krijgen over de impact van een meerkostenregeling FZ. Dit betekent voor nu dat DJI de prestatie meerkostenregeling FZ niet per 2025 gaat invoeren, maar in plaats daarvan een voorstel gaat voorbereiden om een experiment (innovatiebeleidsregel) en bijbehorend project te organiseren. Afhankelijk hiervan en de resultaten van dit experiment zal DJI een nieuw besluit nemen om een dergelijke prestatie structureel door te voeren.

Aanbieders reageren teleurgesteld te zijn dat het langer duurt, maar te begrijpen dat DJI een meerkostenregeling goed wil onderzoeken. Ook voor aanbieders is het belangrijk om tot een werkbaar, passende regeling te komen.

2.12.5 Voorkeursvariant onderhoudsoverleg

Voor 2025 geen meerkostenregeling invoeren.

3 NZa-wijzigingen

Wijzigingen op initiatief van de NZa



3.1 Informatie-element starttijd consult naar NZa

De starttijd van het consult wordt geregistreerd en zorgverzekeraars krijgen het aangeleverd, maar het wordt niet doorgeleverd aan de NZa. Deze informatie is echter wel nuttig.

3.1.1 Probleemanalyse

De starttijd van het consult wordt vastgelegd wanneer een aanbieder gebruik maakt van 'planning is realisatie'. Het zou ook moeten worden aangeleverd bij de verzekeraar. De NZa sluit het echter uit van aanlevering bij de NZa (artikel 4.2 lid 3 van de NR). Deze uitsluiting zou de NZa willen schrappen.

Dit gegeven is een nuttige indicator voor de afdeling Toezicht. Hiermee kan automatisch gecheckt worden op tegelijkertijd gefactureerde behandeling door één behandelaar. Daarnaast wordt inzichtelijk of meerdere behandelaren op dezelfde dag voor dezelfde patiënt tegelijkertijd of achtereenvolgens zorg verlenen. Nadeel is dat door dit gegeven de declaratiedata makkelijker herleidbaar worden tot een individuele patiënt. Hoe kijken partijen aan tegen de afweging meer inzicht vs. privacy?

3.1.2 Onderhoudsoverleg 30 november 2023

Partijen vragen de NZa waarom dit informatie-element noodzakelijk is. Kan de NZa daar meer op ingaan?

OIZ waarschuwt dat dit informatie-element alleen aangeleverd wordt als een zorgaanbieder gebruikt maakt van planning = realisatie. Dat is dus een deel van de markt. Daarnaast is de informatie niet beschikbaar voor groepen, maar alleen voor individuele consulten. Hoe nuttig is de informatie dan?

3.1.3 NZa-besluit

Het informatie-element starttijd consult is een zinvol informatie-element als dit kan worden gekoppeld aan de zorgverlener die het consult heeft geleverd. Op dit moment wordt de informatie over de zorgverlener nog niet altijd consequent goed gevuld. De NZa focust daarom eerst op de beschikbaarheid van de bestaande informatie en zal vervolgens beoordelen of het informatie-element starttijd consult een noodzakelijk toevoeging is. Per 2025 zal er geen verandering plaatsvinden en zal dit informatie-element niet verplicht zijn.

De beoordelingscriteria die voor dit wijzigingsverzoek doorslaggevend zijn, zijn:

- De noodzaak is op dit moment niet hoog genoeg en daarmee vindt de NZa het niet proportioneel.

3.2 Informatie-element Verwijsdatum naar NZa

3.2.1 Probleemanalyse

De wachttijden zijn een grootprobleem in de ggz en zijn voor de NZa een belangrijke variabele om de toegankelijkheid van de ggz in kaart te brengen. Gegevens over de daadwerkelijke wachttijd kunnen worden opgemaakt als er inzicht is in de datum waarop een patiënt naar de ggz is verwezen. Dit gegeven wordt al vastgelegd en met de declaraties aangeleverd bij de verzekeraar om te controleren dat een verwijzing niet te oud is. De NZa zou dit gegeven graag gaan ontvangen om monitoring van de wachttijden vorm te geven en om beleidsinterventies te beoordelen, wanneer deze impact zouden moeten hebben op de wachttijd.

Het onderwerp van de verwijsdatum wordt ook besproken op de IZA-tafel waar ggz-wachttijden zijn geagendeerd. Los van de uitkomsten van het gesprek in de IZA-context ziet de NZa voldoende redenen om de verwijsdatum te gaan opnemen in de informatieverplichting. De registratie van de verwijsdatum is al verplicht en de datum wordt al aangeleverd bij de verzekeraar. Daarom schat de NZa in dat er voor de aanbieders, verzekeraars en ICT geen impact zal zijn. De inschatting is dat Vektis dit gegeven eenvoudig met de declaratiegegevens mee kan leveren aan de NZa.

3.2.2 Onderhoudsoverleg 30 november 2023

De aanneme klopt niet dat dit informatie-element wordt aangeleverd bij verzekeraars. Daarnaast gaan niet alle verwijzingen via Zorgdomein en is dit informatie-element dus niet altijd gevuld.

3.2.3 NZa-besluit

Bij nader inzien klopt de aanneme niet dat dit informatie-element wordt aangeleverd bij de verzekeraar. Dat maakt de impact van deze wijziging groot. Om die reden voert de NZa deze wijziging niet vooruitlopend op het gesprek in IZA-context alvast door.

Het aanleveren van het informatie-element 'Verwijsdatum' kan maken dat uit de declaratiegegevens de retrospectieve wachttijd kan worden vastgesteld. Daarmee zou dit een alternatief kunnen zijn voor de aanlevering voor ggz-wachttijden in Zorgbeeld. Dat gesprek wil de NZa met partijen verder voeren in de IZA-context.

De beoordelingscriteria die voor dit wijzigingsverzoek doorslaggevend zijn, zijn:

- Wat is de impact op de uitvoeringspraktijk (onder andere qua ICT)?
- De noodzaak is op dit moment niet hoog genoeg en daarmee vindt de NZa het niet proportioneel.

3.3 Verduidelijking intercollegiaal overleg

3.3.1 Probleemanalyse

Hierover kwamen verschillende vragen binnen. De NZa heeft over dit onderwerp contact gehad met LVVP en Zilveren Kruis en geconstateerd dat een verduidelijking op zijn plaats is, zodat de prestatiebeschrijving helder reflecteert wat altijd de bedoeling is geweest van deze prestatie. Dat zou betekenen dat de NZa in de prestatiebeschrijving toevoegt dat de prestatie voor intercollegiaal overleg niet is bedoeld voor zorgverleners die deel uitmaken van dezelfde behandelovereenkomst.

In het onderhoudsoverleg van 30 november 2023 is besproken dat deze wijziging de prestatiebeschrijving van de NZa in lijn brengt met wat altijd al de bedoeling was van deze prestatie.

3.3.2 Onderhoudsoverleg 25 januari 2024

LVVP en NVvP lichten toe dat vrijgevestigde ggz-professionals het intercollegiaal consult al twee jaar op deze manier gebruiken. Het zou onnodige onrust veroorzaken om de beschrijving nu te veranderen. Belangrijk is ook dat intercollegiaal overleg nodig kan zijn voor goede zorg. Het komt maar weinig voor dat vrijgevestigde behandelaren binnen dezelfde behandelovereenkomst intercollegiaal overleg declareren, dus qua kosten heeft de voorgenomen inperking weinig impact. Vrijgevestigden gebruiken de prestatie niet vaak, maar soms kan het zorginhoudelijk nodig zijn. De LVVP en NVvP vragen de NZa daarom de prestatiebeschrijving niet aan te passen.

3.3.3 NZa-besluit

Gelet op de uitleg en het standpunt van LVVP en NVvP komt de NZa tot de conclusie dat het op dit moment beleidsmatig niet gewenst is de huidige prestatiebeschrijving aan te scherpen. Aanscherping zou namelijk betekenen dat intercollegiaal overleg binnen dezelfde behandelovereenkomst niet meer zelfstandig te declareren zou zijn. Dit terwijl dergelijk contact zorginhoudelijk nodig kan zijn. De huidige prestatiebeschrijving wordt om deze reden niet aangepast.

3.4 DSM en gb-ggz profiel

Zoals toegelicht in het verantwoordingsdocument 2024 (bijlage bij de Beleidsregel) is de NZa voornemens de voorgenomen schrapping per 2024 van de verplichting om DSM-informatie en gb-ggz profiel aan te leveren met één jaar uitstellen en in 2024 als informatie-elementen bij declaratie te blijven verplichten.

Op 10 oktober 2023 heeft de Autoriteit Persoonsgegevens hierover geadviseerd: Advies wijziging Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg | Autoriteit Persoonsgegevens. In de B-release 2024 heeft de NZa extra toelichting opgenomen. Dit betekent dat de NZa het schrappen van de verplichting inderdaad één jaar uitstelt. De NZa schrapt per 2025 de NZa-verplichting om de informatie-elementen DSM-hoofdgroep en gb-ggz profiel op de factuur te vermelden.

De beoordelingscriteria die voor dit wijzigingsverzoek doorslaggevend zijn, zijn:

- Voldoet het aan de privacy vereisten?

Het gesprek loopt over een mogelijke juridische grondslag voor VWS en Zorginstituut om deze informatie te behouden en over de manier waarop dit technisch het best zou kunnen worden vormgegeven.

3.4.1 Aanpassingen in artikel 4.3 van de Regeling

Een aantal uitzonderingen in de Regeling worden overbodig in verband met het schrappen van:

- de NZa-verplichting om de informatie-elementen DSM-hoofdgroep en gb-ggz profiel op de factuur te vermelden en
- de eenmalige aanlevering zorgvraagtypering, zoals vastgelegd in voormalig lid 4 van artikel 4.2 van de Regeling.

Was:

Artikel 4.3 Uitzondering in geval van privacybezwaren ggz

De Informatieverplichtingen als genoemd in artikel 4.1 lid 1 en artikel 4.2, lid 1 en 4, blijven in geval van ggz buiten toepassing op de in dit lid genoemde informatie-elementen. Dit indien op initiatief van de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring is ondertekend overeenkomstig het Format Privacyverklaring te vinden op de NZa website. De zorgaanbieder houdt de privacyverklaring in zijn administratie en stelt die op verzoek van de zorgverzekeraar beschikbaar. Bijbehorend informatie-element is d11 Privacyverklaring actief.

Het betreft de volgende informatie-elementen:

- d1. DSM-hoofdgroep;
- d3. Gb-ggz profiel (alleen in geval van voorheen gb-ggz);
- d7. Antwoorden op HoNOS+ vragen;
- d8. Input in Zorgvraagtyperingsinstrument Dynamisch;

- d9. Geadviseerde zorgvraagtype;
- d10. Gekozen zorgvraagtype;
- d12. Wvggz-/Wzd-historie;
- d13. Acute-ggz historie;
- d14. Verblijfshistorie;
- f1. Prestatiecodes (in aggregatie, zie GA-standaard B).

Wordt:

Artikel 4.3 Uitzondering in geval van privacybezwaren ggz

De Informatieverplichtingen als genoemd in artikel 4.1 lid 1 en artikel 4.2, lid 1 en 4, blijven in geval van ggz buiten toepassing op de in dit lid genoemde informatie-elementen. Dit indien op initiatief van de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring is ondertekend overeenkomstig het Format Privacyverklaring te vinden op de NZa website. De zorgaanbieder houdt de privacyverklaring in zijn administratie en stelt die op verzoek van de zorgverzekeraar beschikbaar. Bijbehorend informatie-element is d11 Privacyverklaring actief.

Het betreft de volgende informatie-elementen:

- d8. Input in Zorgvraagtyperingsinstrument Dynamisch;
- d10. Gekozen zorgvraagtype;
- f1. Prestatiecodes (in aggregatie, zie GA-standaard B).

3.5 Reistijd GMAP in codetabel

De prestaties:

- Toeslag Reistijd acute ggz ter dekking van het budget tot 25 minuten
- Toeslag Reistijd acute ggz ter dekking van het budget vanaf 25 minuten

zijn onderdeel van de prestaties Acute ggz ter dekking van het budget. In de codelijst zijn ze daarom ondergebracht bij de overige prestaties. Tegelijkertijd zijn deze prestaties toeslagen, wat betekent dat ze niet zelfstandig gedeclareerd mogen worden, maar alleen als toeslag op een consult of een verblijfsdag.

Om dit in de ICT vorm te geven plaatst de NZa de prestaties voor de GMAP buiten de overige prestaties. In de aanloop naar de B-release 2024 is besproken dat dit een structuurwijziging is die te groot is voor de B-release. Daarom gaat deze verandering mee in de A-release 2025.

Scope: dit geldt ook voor toeslagen rijbewijsprestaties.

3.5.1 NZa-besluit

Geen verandering doorvoeren in de NZa-regels.

De beoordelingscriteria die voor dit wijzigingsverzoek doorslaggevend zijn, zijn:

- Zijn we het systeem niet zo ver aan het verfijnen dat de nadelen van toevoegen groter zijn dan de voordelen?

3.5.2 Onderhoudsoverleg 30 november 2023

Partijen bespreken dat het technisch vormgeven van toeslagen binnen de categorie overige prestaties een behoorlijke systeemwijziging is omdat de overige prestaties zijn ontworpen als zelfstandige prestaties. Deze wijziging staat niet in verhouding tot het doel ervan. Praktisch gevolg is dat geen koppelnummer vereist zal zijn voor toeslagen binnen de overige prestaties. Dat is geen juridische wijziging, voor een toeslag is nog steeds een onderliggende prestatie vereist. Er is voor de controle en verantwoording alleen geen automatische controlemogelijkheid via een koppelnummer beschikbaar.

3.5.3 Nader overleg 6 maart 2024

Naar aanleiding van het onderhoudsoverleg op 30 november 2023 hebben de NZa, DNggz, ZN en Vektis en enkele leden van DNggz en ZN hierover verder gesproken op 6 maart 2024. Naar aanleiding van dat gesprek bevestigt de NZa de volgende afspraken:

- De NZa bevestigt dat de prestaties voor reistijd ter dekking van het budget voor de acute ggz als overige prestaties in de ICT als zelfstandige prestaties worden gezien. Het gaat om de volgende twee prestaties:
 - Toeslag Reistijd acute ggz ter dekking van het budget tot 25 minuten
 - Toeslag Reistijd acute ggz ter dekking van het budget vanaf 25 minuten

- Het is de eigen verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om hun controleproces in te richten. Conform de hierboven beschreven afspraken vraagt de NZa zorgverzekeraars niet om een geautomatiseerde of handmatige controle op een prestatiekoppelnummer. Zorgverzekeraars voeren geen geautomatiseerde controle uit om vast te stellen of er bij een Toeslag Reistijd Acute GGZ (OV0128 & OV0129) een bijbehorende prestatie (vb. consult en/of verblijfsdag) gedeclareerd is of wordt. De NZa zal de zorgverzekeraars niet op dit feit aanspreken.
- De NZa zal dit onderwerp agenderen voor het onderhoud 2026 om een structurele oplossing te bespreken. Het ICT-overleg krijgt een plek in het (besluitvormings)traject.

3.6 Prestatie zorgmachtiging Wvggz ook voor fz

Voor de prestatie Zorgmachtiging Wet verplichte ggz benoemt de NZa niet in de Beleidsregel of deze prestatie van toepassing is voor de ggz of voor de fz. In de praktijk geldt deze prestatie voor de ggz, terwijl er ook zorgmachtigingen worden voorbereid vanuit de fz.

Dit punt is pas laat in het proces opgekomen. DJI beoordeelt hoe dit in de aanbesteding meegenomen kan worden. Afhankelijk van de impact die DJI terugkoppelt besluit de NZa of deze wijziging als kleine herstelwerkzaamheden voor 2025 kan worden meegenomen, of dat de impact zo groot is dat hierover eerst een inhoudelijk gesprek gevoerd moet worden richting 2026.

3.6.1 NZa-besluit

Deze zorg moet ook voor de forensische zorg bekostigd kunnen worden. De NZa zal de prestatie voorbereiding zorgmachtiging ook voor de FZ beschikbaar stellen. Het is aan de contracterende partijen om deze zorg waar nodig te beperken tot bepaalde doelgroepen.

3.6.2 Onderhoudsoverleg 24 januari 2024

DJI licht toe het verzoek te hebben voorgelegd aan de afdeling Juridische Zaken van DJI. Zij geven aan dat de voorbereidende activiteiten zorgmachtiging die bijvoorbeeld in een kliniek bij een justitiabele met een forensische titel worden uitgevoerd, niet ten laste komen van de Wet Forensische zorg. Maar ook in dit geval onder de WvGGZ of WzenD vallen en financiering vanuit zorgverzekeraar en zorgkantoor.

DNggz licht toe een verschil van inzicht met DJI te hebben over de reikwijdte van het voorkomen van deze werkzaamheden voor cliënten in de OFZ. Volgens DNggz zijn er situaties waarbij wél de zorgverzekering opgeschort is, en er toch een Wvggz traject gestart moet worden voor bijvoorbeeld onder dwang toedienen van medicatie of voeding. In die gevallen zijn wij van mening dat DJI deze prestatie ook zou moeten (kunnen) accepteren in de declaratie, waar die nu is voorbehouden aan de Zvw door de beperking van de reikwijdte in de codetabel.

DJI en DNggz spreken af verder onderling af te stemmen om juridische overeenstemming te zoeken. Ze vermoeden dat het lastig wordt dit op tijd rond te krijgen voor het vaststellen van de wijzigingen per 2025.

3.6.3 Bestuurlijke consultatie

DJI geeft het volgende aan in de bestuurlijke consultatie. DJI en de Nederlandse GGZ hebben overleg gevoerd of er een juridische grondslag is voor het openstellen van deze toeslag/prestatie voor de FZ. Hierin dient een onderscheid te worden gemaakt in twee doelgroepen die relevant zijn in dit kader te benoemen:

- Gedetineerden.
Bij personen die in detentie verblijven, wordt de zorgverzekering opgeschort en is DJI verantwoordelijk voor alle zorgkosten die normaal gesproken via de zorgverzekeraar loopt. Hiervoor is naast de forensische zorg in detentie (waar de rekening wordt ingediend bij divisie ForZo/JJI) ook sprake van overige somatische kosten die DJI via het Vademecum DJI vergoed aan (zorg)leveranciers. Een deel van deze gedetineerden worden na hun detentie met een zorgmachtiging in de GGZ opgenomen. Op het moment dat zij in detentie verblijven, is het echter op dit moment niet mogelijk om de voorbereidende kosten zorgmachtiging te declareren.

Dit is bij de invoering van het Zorgprestatie­model in 2022 reeds geconstateerd met de opdracht om deze omissie op te lossen en daarnaast is een tijdelijke oplossing in het leven geroepen. DJI financiert dit (middels een opdracht vanuit J&V) buiten de reguliere zorgprestaties van de NZa, echter dit is een onrechtmatige methode van financiering. In afstemming met J&V wil DJI hier een oplossing voor en dit kan door de prestatie voorbereiding zorgmachtiging open te stellen voor de FZ.

- Justitiabelen met een forensische detentietitel
Hetzelfde lijkt te gelden voor een aantal gedetineerden die met een detentietitel geplaatst worden in een GGZ-instellingen. Hierbij moet bijvoorbeeld gedacht worden aan artikel 15.4 van de Penitentiaire beginselenwet waarbij een gedetineerde vanwege zijn problematiek geplaatst kan worden in een GGZ-instelling. Hierbij blijft de zorgverzekering van deze doelgroep opgeschort en kunnen de voorbereidende activiteiten zorgmachtiging niet bij de zorgverzekeraar of zorgkantoor worden ingediend.

Op grond van bovenstaande ziet DJI noodzaak om (mits uit de juridische toetsing geen bezwaren komen) om de prestatie voorbereiding zorgmachtiging ook voor de FZ open te stellen voor de doelgroep waarvan de zorgverzekering is opgeschort.

3.7 Schrappen registratie tbv aanlevering productiviteit

De registratieverplichting ten behoeve van aanlevering productiviteit is ontstaan uit de behoefte om de transitie naar het zorgprestatie­model te kunnen monitoren. Met de registratie van de gegevens in de jaren 2022, 2023 en 2024 – plus de aanwezigheid van declaratiegegevens via Vektis - is voldoende data beschikbaar voor het monitoren van deze transitie. De noodzaak voor de registratieverplichting ten behoeve van aanlevering productiviteit in 2025 is dan ook niet meer aanwezig.

Dit betekent dat artikel 4.4 van de Regeling zal vervallen.

3.8 Tekstuele verduidelijkingen

Verbeteringen van taalfouten of andere verduidelijkingen. Deze wijzigingen hebben expliciet niet als doel om beleid te wijzigen, maar om bestaand beleid te verduidelijken.

Onderwerp	Was	Wordt	Vindplaats
Wmg-artikelen updaten in de aanhef van de Regeling	Gelet op artikel 27, 36, 37, 38, 40 lid 4, 62 en 68 van de Wet marktordening gezondheidszorg...	Gelet op artikel 16, 36, 38, 62, 65 en 68 van de Wet marktordening gezondheidszorg...	Aanhef Regeling
Geen planning = realisatie bij asynchrone digitale zorg	De zorgaanbieder mag afwijken van de hoofdregel in lid 1 en op een eigen manier invulling geven aan het registreren van de werkelijk bestede tijd aan het contact als de eigen invulling conform de veldafpraak over planning is realisatie in het zorgprestatie-model plaatsvindt. Dit geldt ook voor groepsconsulten.	De zorgaanbieder mag afwijken van de hoofdregel in lid 1 en op een eigen manier invulling geven aan het registreren van de werkelijk bestede tijd aan het contact als de eigen invulling conform de veldafpraak over planning is realisatie in het zorgprestatie-model plaatsvindt. Dit geldt ook voor groepsconsulten, maar niet voor asynchrone digitale zorg.	Artikel 3.2 van de Regeling
Hertypering 1 keer per jaar	De zorgvraagtypering wordt conform de veldafpraak gedaan. Hertypering vindt plaats en wordt geregistreerd conform de veldafpraak.	De zorgvraagtypering, hertypering en registratie wordt conform de veldafpraak gedaan.	Artikel 1.1 van de Regeling, onder Zorgvraagtypering
DJI niet genoemd bij wijzigingsverzoeken	Inclusief het standpunt van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en ten minste één branchepartij die de belangen behartigt van zorgaanbieders waarop het verzoek inhoudelijk betrekking heeft, of een verklaring waarom geen standpunt is verstrekt.	Inclusief het standpunt van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en/of de Dienst justitiële inrichtingen (DJI) en ten minste één branchepartij die de belangen behartigt van zorgaanbieders waarop het verzoek inhoudelijk betrekking heeft, of een verklaring waarom geen standpunt is verstrekt.	Artikel 7.1 van de Beleidsregel
Het BSN wordt niet gebruikt in de fz	b3. BSN (ggz en fz);	b3. BSN (ggz);	Artikel 2.1 van de Regeling
De regeling wekte de suggestie dat de verplichting voor de aanbieder de BSN te registreren uit de regeling volgt. De verplichting tot BSN registratie volgt echter uit een eigen wettelijke bepaling	-	De zorgaanbieder registreert b3. BSN (ggz) op grond van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg	Artikel 3.1, eerste lid, van de Regeling
Definitie zorgvraagtypering dynamisch	<u>Zorgvraagtypering Dynamisch</u> : Een alternatief voor de <u>Zorgvraagtypering Volledig</u> in de <u>Geneeskundige ggz</u> . Het Dynamisch-model gebruikt hiervoor een andere of beperktere input dan de volledige <u>HoNOS+</u> als input	<u>Zorgvraagtypering Dynamisch</u> : Een alternatief voor de <u>Zorgvraagtypering Volledig</u> in de <u>Geneeskundige ggz</u> . Het Dynamisch-model gebruikt een andere of beperktere input dan de volledige <u>HoNOS+</u> als input	Artikel 1.1 van de Regeling

Onderwerp	Was	Wordt	Vindplaats
	<p>voor het <u>Zorgvraagtyperingsinstrument Dynamisch</u>. Uitkomst van dit instrument is (net als in het volledig model) het <u>geadviseerde zorgvraagtype</u>. Om de uitkomsten van de modellen vergelijkbaar te houden dient iedere 20e zorgvraagtypering de volledige HoNOS+ als input voor het <u>Zorgvraagtyperingsinstrument Volledig</u> te worden gebruikt. Daarnaast moet de <u>Zorgvraagtypering Dynamisch</u> aantoonbaar in 95% van de gevallen tot dezelfde <u>geadviseerde zorgvraagtype</u> te leiden als via de <u>Zorgvraagtypering Volledig</u>.</p>	<p>voor het <u>Zorgvraagtyperingsinstrument Dynamisch</u>. Uitkomst van dit instrument is (net als in het volledig model) het <u>geadviseerde zorgvraagtype</u>. Om de uitkomsten van de modellen vergelijkbaar te houden dient bij iedere 20e zorgvraagtypering de volledige HoNOS+ als input voor het <u>Zorgvraagtyperingsinstrument Volledig</u> te worden gebruikt. Daarnaast moet de <u>Zorgvraagtypering Dynamisch</u> aantoonbaar in 95% van de gevallen tot hetzelfde <u>geadviseerde zorgvraagtype</u> leiden als via de <u>Zorgvraagtypering Volledig</u>.</p>	
Ambulante dagbesteding naar rato in rekening brengen	<p>Prestatiebeschrijving Ambulante dagbesteding (fz) Bij de setting 'forensische en beveiliging zorg - klinische zorg' is dagbesteding integraal onderdeel van het verblijfstarief. In aanvulling op behandeling in de setting 'Forensische en beveiligde zorg – niet-klinische of ambulante zorg' is het mogelijk om dagbesteding te declareren via deze prestatie ambulante dagbesteding (fz). De prestatie kan ook in combinatie met een ZZP worden gedeclareerd wanneer ook ambulante behandeling wordt geleverd. Het is niet mogelijk om extramurale parameters naast dagbesteding (binnen het Zorgprestatie-model) te declareren. Dagbesteding wordt per tijdseenheid van 60 minuten gedeclareerd.</p>	<p>Prestatiebeschrijving Ambulante dagbesteding (fz) Bij de setting 'forensische en beveiliging zorg - klinische zorg' is dagbesteding integraal onderdeel van het verblijfstarief. In aanvulling op behandeling in de setting 'Forensische en beveiligde zorg – niet-klinische of ambulante zorg' is het mogelijk om dagbesteding te declareren via deze prestatie ambulante dagbesteding (fz). De prestatie kan ook in combinatie met een ZZP worden gedeclareerd wanneer ook ambulante behandeling wordt geleverd. Het is niet mogelijk om extramurale parameters naast dagbesteding (binnen het Zorgprestatie-model) te declareren. Het tarief van de prestatie is per 60 minuten. Deze prestatie mag in rekening gebracht worden naar rato van de bestede tijd.</p>	
Ketenveldnorm is niet hetzelfde als de transitieprestatie	<p>Voor geneeskundige ggz en forensische zorg kan de prestatie Ketenveldnorm levensloopfunctie worden toegepast om een passende vergoeding te bieden voor patiëntgebonden coördinatiekosten, bovenop de vergoedingen uit andere zorgprestaties (consulten). De transitieprestatie Ketenveldnorm is een prestatie voor het afrekenen</p>	<p>Voor geneeskundige ggz en forensische zorg kan de prestatie Ketenveldnorm levensloopfunctie worden toegepast om een passende vergoeding te bieden voor patiëntgebonden coördinatiekosten, bovenop de vergoedingen uit andere zorgprestaties (consulten). De prestatie Ketenveldnorm is een prestatie voor het afrekenen van het geheel van</p>	<p>Prestatiebeschrijving Ketenveldnorm levensloopfunctie (ggz en fz), artikel 5.1 van de Beleidsregel</p>

Onderwerp	Was	Wordt	Vindplaats
	van het geheel van extra patiëntgebonden coördinatiekosten voor het uitvoeren van de ketenveldnorm voor geïnccludeerde personen.	extra patiëntgebonden coördinatiekosten voor het uitvoeren van de ketenveldnorm voor geïnccludeerde personen.	
Reistijd is ook mogelijk, net als reistijd in de DBC-tijd, voor reizen naar de naaste(n) van de patiënt.	De tijd die de zorgverlener, in het kader van een consult, werkelijk besteedt aan het reizen naar en van de patiënt die buiten een locatie van de zorgaanbieder behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt.	De tijd die de zorgverlener, in het kader van een consult, werkelijk besteedt aan het reizen naar en van de patiënt en/of naaste(n) van de patiënt die buiten een locatie van de zorgaanbieder behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt.	Definitie reistijd, artikel 1.1 van de Beleidsregel

4 IZA-onderwerpen

Ter informatie



4.1 Inleiding

Ter informatie staan in dit hoofdstuk de onderwerpen vanuit het IZA die mogelijk impact hebben op het zorgprestatie­model per 2025. Deze wijzigingen worden niet in het onderhoudsoverleg bij de NZa besproken, maar in de IZA-overlegstructuur onder leiding van VWS.

4.2 Verkennend gesprek

PM

4.3 Mentale gezondheidscentra

PM

4.4 Niet-acute ANW-bereikbaarheid

PM

5 Bijlagen



5.1 Opzet release 2025

Dit overleg is besproken in de startbijeenkomst van 21 september 2023. Partijen staan achter de opzet, uitgangspunten en uitwerking, met de toevoeging van een onderhoudsoverleg voor alle onderwerpen binnen de forensische zorg.



Memo

Onderwerp

Planning zorgprestatie­model richting 2025

Datum

21 september 2023

Het zorgprestatie­model is ingevoerd in 2022. Inmiddels komen we uit de fase van implementatie en in de fase van onderhoud om het model rustig zijn werk te laten doen. Het kostprijs­onderzoek en zorgvraagtypering zijn twee grote onderwerpen die aandacht vragen. Maar andere onderwerpen dienen zich ook aan, als wijzigings­verzoek of als initiatief door de NZa. Voor al deze andere (grotere of kleinere) onderwerpen is het onderhoudsoverleg zorgprestatie­model. Daarvoor zal de NZa richting de release voor 2025 de volgende aanpak hanteren.

Opzet release 2025

Geleerde lessen

In de releases richting 2023 en 2024 werkten we onderwerpen uit in werkgroepen met partijen om de inhoud van die technische gesprekken te laten landen in het onderhoudsoverleg om daar beleidsmatig de impact te bespreken.

Dat uitwerken in werkgroepen duurde soms lang zodat duidelijkheid soms lang op zich liet wachten, zoals bij psychodiagnostiek. Ook focust het gesprek in een werkgroep zich op één wijzigings­verzoek, zodat de bredere blik verloren kan gaan. De wens leeft om de bredere context zoals veldafspraken en ICT-impact beter in beeld te hebben voordat keuzes gemaakt worden. Tot slot zouden verschillende partijen het op prijs stellen om eerder dan op 1 juli duidelijkheid te krijgen over de wijzigingen voor het jaar erop.

Verdere context is dat het programma zorgprestatie­model is afgesloten. De samenwerkende partijen werken in het coördinatieoverleg onderdelen verder uit die niet bij de NZa liggen, zoals veldafspraken. De NZa blijft hier graag goed op aangesloten.

Dit leidt tot de volgende aanpak.

Opzet release 2025

De beoordeling van een wijzigings­verzoek volgt verschillende stappen. Deze stappen zijn vaak los benoemt in de verantwoordingsdocumenten. De verschillende stappen zijn: probleemanalyse (is er wel een probleem dat groot genoeg is om aan te pakken?), informatie verzamelen, oplossingsrichtingen





verkennen en een voorkeursvariant uitwerken. Richting 2025 willen we deze stappen niet langer gefocust door één werkgroep laten uitdenken, maar in het onderhoudsoverleg voor alle wijzigingsverzoeken tegelijk in brede context.

Op deze manier beoordelen we in brede context of er sprake is van een probleem dat groot genoeg is om aan te pakken. Daarmee is de eerste schifting transparant en krijgen we helder wat nog kennisgaten zijn die nog ingevuld moeten worden. Vervolgens bespreken we mogelijke oplossingen in brede context om de impact van verschillende oplossingsrichtingen helder te krijgen. Mogelijk volgt hieruit nog wat uitzoekwerk. Met alle informatie sorteert de NZa op ambtelijk niveau voor op een voorkeursvariant die we in het begin van het nieuwe jaar voorleggen voor advies.

Deze opzet sluit aan bij het Rijksbrede Beleidskompas. Onze probleemanalyse is stap 1 en 2. Het bespreken van mogelijke oplossingen is stap 3 en 4. Stap 5 is exact hetzelfde.

Visueel

De stapsgewijze aanpak van wijzigingsverzoeken ziet er als volgt uit. Elk wijzigingsverzoek wordt weergegeven door een geeltje. Het doel van de onderhoudsoverleggen is om voor alle wijzigingsverzoeken de actuele actie uit te voeren. In andere woorden: elk geeltje brengen we één kolom verder.

Wijzigingsverzoek	Probleemanalyse	Info verzamelen	Mogelijke oplossingen uitdenken	Voorkeursvariant	NZa voornemen
	Advies onderhoudsoverleg	Indiener, achterban, NZa	Advies onderhoudsoverleg	Advies onderhoudsoverleg	Bestuurlijke consultatie
	Oktober 2023	November 2023	November 2024	Januari 2024	Februari 2024
					
					
					
					

Uitgangspunten

In de ontwerpfasen van het zorgprestatieproces hebben de partijen in het programma zorgprestatieproces tien doelen benoemd waaraan het zorgprestatieproces moet voldoen. Die doelen zijn deels gehaald en deels nog in uitvoering. Voor de jaren 2024 en 2025 ziet de NZa geen grote veranderingen voor zich. Het zorgprestatieproces en alle partijen die ermee werken moeten de tijd krijgen om ermee te leren werken en de vruchten ervan te plukken.

Perspectief: groot onderhoud per 2026

Tegelijkertijd is het goed om op basis van data en praktijkervaring het zorgprestatieproces nog beter te maken. Werkt de indeling in tijdsranges, beroepen en de settings? Kan het simpeler? 2026 is een logisch moment om naartoe te werken. Vanaf dan gelden ook de nieuwe tarieven vanuit het kostprijsonderzoek.

Door de release 2025 bescheiden te houden kunnen we meer tijd besteden aan de vooruitblik naar 2026. Dat proces kan dan ook al starten ruim voor de sluitingsdatum van wijzigingsverzoeken. Misschien al begin 2024.

Doelen

De NZa ziet voor het zorgprestatieproces de komende tweeënhalf jaar vier doelen:

- **Simpel en begrijpelijk model**
- **Minder administratieve lasten**
- **Zorgvraagtypering werkt**
- **Nieuwe tarieven in 2026**

Uitwerking

Uit deze doelen volgen een aantal uitgangspunten:

- We ontwikkelen zorgvraagtypering.
- We focussen op het kostprijsonderzoek en niet op andere tariefvragen.
- We voegen geen administratieve lasten toe. We onderzoeken hoe we administratieve lasten kunnen verlagen.
- We voegen liever geen prestaties toe. We onderzoeken of we prestaties kunnen samenvoegen.
- We onderzoeken hoe we bestaand beleid duidelijker kunnen verwoorden voor de patiënt (zoals 'beroepen overig' of 'setting Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair').
- We communiceren klantgericht waar nodig (zorgvraagtypering, groepsconsulten, onderlinge dienstverlening).
- We publiceren eerste inzichten zodra we voldoende data hebben kunnen bestuderen.

- We onderzoeken of we doelen halen, denken vooraf na over het meetbaar maken van onze beleidsambities en voeren deze metingen ook uit.

Planning

De opzet en uitgangspunten vertalen zich in de volgende planning. Voor 2023 is dit een definitieve planning. In november 2023 schat de NZa in of het streven voor begin 2024 realistisch blijft, of dat er meer tijd nodig zal zijn.

- 21 september 2023 13:30 Startbijeenkomst onderhoudsoverleg / coördinatieoverleg. Eerste check op compleetheid binnengekomen wijzigingsverzoeken.
- 5 oktober 2023 14:00 – 16:00: Online sessie wat is voor voorwerk nodig voor een heisessie. ICT-afvaardiging.
- 26 oktober 2023 onderhoudsoverleg: probleemanalyse. ICT-afvaardiging betrekken. Aan de hand hiervan zal de NZa bepalen met welke wijzigingsverzoeken we verder gaan.
- 27 oktober 2023, 11:00 ICT-overleg: informeren overgebleven wijzigingsverzoeken: eerste reactie
- November 2023 info verzamelen, zorginhoud afstemmen, data-analyses
- 30 november 2023 onderhoudsoverleg mogelijke oplossingen. Herijken planning begin 2024.
- 25 januari 2024 onderhoudsoverleg voorkeursvariant
- Februari 2024 bestuurlijke consultatie
- Maart 2024 RvB NZa en publicatie
- April 2024: ICT-overleg: uitleg bedoeling wijzigingen
- Tariefbeschikking zodra index bekend is
- Oktober 2024: B-release

Gecombineerde planning B-release 2024 en A-release 2025

Alle gezamenlijke bijeenkomsten op een rij:

- **Onderhoudsoverleg zorgprestatie model 2024 (B-release)**
28 september 2023, 9:30 – 11:00
Online via Teams
Deelnemers: onderhoudsoverleg + OIZ-afvaardiging
- **Vorbereidende sessie zorgprestatie model 2025**
5 oktober 2023, 14:00 – 16:00

Online via Teams

Deelnemers: onderhoudsoverleg + OIZ-afvaardiging

- **ICT-overleg release 2024 (A+B)**

12 oktober 2023, 13:00 – 14:30

Online via Teams

Deelnemers: ICT-overleg

- **Onderhoudsoverleg zorgprestatie model 2025: probleemanalyse**

26 oktober 2023, 9:30 – 16:30 (of zo lang als nodig)

Fysiek bij NZa

Deelnemers: onderhoudsoverleg + OIZ-afvaardiging

- **ICT-overleg zorgprestatie model 2025**

27 oktober 2023, 11:00 – 12:00

Online via Teams

Deelnemers: ICT-overleg

- **Onderhoudsoverleg zorgprestatie model 2025: mogelijke oplossingen**

30 november 2023, 9:30 – 16:30 (of zo lang als nodig)

Fysiek bij NZa

Deelnemers: onderhoudsoverleg + OIZ-afvaardiging

- **Onderhoudsoverleg zorgprestatie model 2025: voorkeursvariant**

25 januari 2024, 9:30 – 16:30 (of zo lang als nodig)

Fysiek bij NZa

Deelnemers: onderhoudsoverleg + OIZ-afvaardiging

5.2 Wijzigingsverzoek Beroep geestelijk verzorger

Probleemstelling:

Geef een beknopte probleemschets (maximaal tien regels)	Het beroep geestelijk verzorger komt niet voor als erkend beroep binnen het Zorgprestatie-model. Omdat dit beroep niet is opgenomen in de lijst van Overige Beroepen kunnen consulten die de geestelijk verzorgende doet niet worden gedeclareerd.	
---	--	--

Contact met zorgverzekeraars

Ik heb over dit probleem contact gehad met een zorgverzekeraar en/of Zorgverzekeraars Nederland, namelijk met (organisatie en contactpersoon vermelden):	<ol style="list-style-type: none">1. Zorgverzekeraars Nederland, Jasper van Kuik2.3.	
Voeg hier de zienswijze(n) van de hierboven genoemde organisaties toe (maximaal drie bestanden).		96223830_9314820_Zienswijze_ZN_Wijzigingsverzoek_RZ25__vergoeding_kost en_geestelijk_verzorger.pdf
Tweede zienswijze	<hr/>	

Omvang probleem

<p>Hoe vaak doet het probleem zich jaarlijks voor?</p>	<p>Dagelijks, de inzet van de Geestelijk Verzorger is onderdeel van het behandelplan. Binnen het UMC Utrecht, afdeling GGZ is één Geestelijk Verzorgende werkzaam. Deze medewerker heeft 4 tot 5 consulten per week en deze consulten duren al snel 1 uur. Soms vinden er groepsconsulten plaats. Dit zijn met name consulten over rouw en verlies en deze consulten zijn onderdeel van de behandeling.</p>	
<p>Gaat het om landelijke cijfers of cijfers van uw organisatie?</p>	<p>Mijn organisatie</p>	
<p>Kunt u aangeven waarop uw informatie over de aantallen is gebaseerd?</p>	<p>De hierbovengenoemde cijfers zijn van het UMC Utrecht. Meerdere instellingen maken gebruik van een Geestelijk Verzorger. De praktijk is dat we werken met een Geestelijk Verzorger, maar dat de consulten van deze behandelaar niet declarabel zijn. De informatie is een weergave van hetgeen de Geestelijk Verzorger aangeeft; tot op heden worden deze consulten niet geregistreerd.</p>	
<p>Voeg een bestand met een cijfermatige onderbouwing toe.</p>	<p>_____</p>	

Mogelijke oplossingsrichting

<p>Hoe gaat u nu om met het probleem waarop uw</p>	<p>De Geestelijk Verzorger is in dienst van het UMC Utrecht en omdat de consulten niet declarabel zijn leveren wij 'gratis' zorg omdat het UMC Utrecht de behandelconsulten van de Geestelijk</p>	
--	---	--

aanvraag betrekking heeft?	Verzorger bij GGZ patiënten zien als onderdeel van het behandelplan.	
Wat zou gewijzigd moeten worden om dit knelpunt op te lossen? Graag zo gedetailleerd mogelijk toelichten.	Het beroep Geestelijk Verzorger toevoegen in de beroepenlijst 8 Overige Beroepen.	

Contact met de NZa

Is er eerder contact met de NZa geweest over dit wijzigingsverzoek/deze problematiek?	Nee
---	-----

Financiering/bekostiging

Zijn de kosten die het probleem veroorzaakt voor u de reden om dit wijzigingsverzoek in te dienen?	Ja
Welke jaarlijkse kosten zijn hiermee gemoeid?	inschatting: kosten 25.000 per instelling per jaar
Gaat het om landelijke kosten of kosten van uw organisatie?	Mijn organisatie

Kunt u aangeven waarop uw informatie over de kosten is gebaseerd?	zie boven: Binnen het UMC Utrecht, afdeling GGZ is één Geestelijk Verzorgende werkzaam. Deze medewerker heeft 4 tot 5 consulten per week en deze consulten duren al snel 1 uur. Soms vinden er groepsconsulten plaats. Dit zijn met name consulten over rouw en verlies en deze consulten zijn onderdeel van de behandeling	
Voeg een bestand met een cijfermatige onderbouwing toe.	<hr/>	

Tot slot

Zijn er nog zaken die wij niet gevraagd hebben, waarmee rekening gehouden moet worden bij de behandeling van uw verzoek?	<p>Binnen onze instelling verwijzen behandelaars naar een Geestelijk Verzorgder. De Geestelijk Verzorgder kan bij de behandelplan bespreking aanwezig zijn, ook is hij aanwezig bij multidisciplinaire overleggen en bij ontslaggesprekken. De behandeling van een Geestelijk Verzorgder maakt onderdeel uit van het behandelplan.</p> <p>De Geestelijk Verzorgder houdt zich bezig met levensvragen. Mensen zitten in een moeilijke periode van hun leven als men in behandeling is bij het UMC Utrecht. De Geestelijk Verzorgder draagt bij met de vraagstukken hoe patiënten om kunnen gaan met de moeilijke dingen in hun leven, vrijheid, identiteitsvraagstukken, verlieservaringen. De Geestelijk Verzorgder zal niet op zoek gaan naar oorzaken maar naar wat iemand inspireert, wat is zinvol in het leven van de patiënt, betekenis geven aan het leven.</p>	
--	--	--

5.3 Wijzigingsverzoek Beroep HBO Toegepaste Psychologie

Probleemstelling:

<p>Geef een beknopte probleemschets (maximaal tien regels)</p>	<p>Vanwege het ontbreken van een aparte bekostigingscode worden momenteel de HBO Toegepaste Psychologen binnen de GGZ niet ingezet, terwijl de wachtlijst in de GGZ alsmaar toeneemt. De prognose is dat het na 2030 zelfs onhoudbaar wordt. Het wachten op een behandeling kan leiden tot een verzwaring van de problematiek en hierdoor nemen de zorgkosten alleen maar toe.</p>
--	--

Contact met zorgverzekeraars

<p>Ik heb over dit probleem contact gehad met een zorgverzekeraar en/of Zorgverzekeraars Nederland, namelijk met (organisatie en contactpersoon vermelden):</p>	<p>In het ZPM was Zorgverzekeraars Nederland vertegenwoordigd en in die hoedanigheid zijn zij op de hoogte van het probleem. Er is vanaf 2020 alleen contact geweest door de NBTP met het ZPM.</p>
<p>Voeg hier de zienswijze(n) van de hierboven genoemde organisaties toe (maximaal drie bestanden).</p>	<p>96789374_9428660_Cijfers_tbv_wijzigingsdoc_Nza.xlsx</p>
<p>Tweede zienswijze</p>	<p>_____</p>

Omvang probleem

<p>Hoe vaak doet het probleem zich jaarlijks voor?</p>	<p>± 400 keer</p>
<p>Gaat het om landelijke cijfers of cijfers van uw organisatie?</p>	<p>Landelijk</p>
<p>Kunt u aangeven waarop uw informatie over de aantallen is gebaseerd?</p>	<p>Jaarlijks studeren er ruim 700 studenten Toegepaste Psychologie af. 54% wil na afstuderen binnen de GGZ aan de slag. Dat</p>

	betekent dat we ruim 400 potentiële krachten binnen de GGZ per jaar mislopen, doordat er geen bekostigingscode is verstrekt voor deze groep.
Voeg een bestand met een cijfermatige onderbouwing toe.	96789374_9428661_Cijfers_tbv_wijzigingsdoc_Nza.xlsx

Mogelijke oplossingsrichting

Hoe gaat u nu om met het probleem waarop uw aanvraag betrekking heeft?	Momenteel is er geen oplossing voor het probleem. We zien dat de HBO Toegepast Psychologen inmiddels werkzaam zijn in andere velden zoals Jeugd of POH GGZ, maar dat ze daarmee 'verloren' zijn voor de GGZ.
Wat zou gewijzigd moeten worden om dit knelpunt op te lossen? Graag zo gedetailleerd mogelijk toelichten.	<p>Oplossing van het probleem:</p> <p>Bovengenoemde wachttijd zou aanzienlijk kunnen worden verkort door de inzet van de Toegepast Psychologen. De Toegepast Psychologen zijn professionals die onder supervisie van een regiebehandelaar, hoogcomplexe zorg – mits geprotocolleerd en met vaststaande instrumenten – kunnen uitvoeren. Én zijn in staat zelfstandig laagcomplexe zorg te verrichten.</p> <p>Zij zouden, als zij in bezit van een bekostigingscode waren, naast de WO-psychologen en WO-orthopedagogen kunnen staan. Het is ons niet duidelijk waarom er in het verleden wél een code aan de WO-psychologen en orthopedagogen en niet aan de HBO psychologen is verstrekt. De Toegepast Psycholoog kan vanuit de opslaguren worden bekostigd, maar door de perverse financiële prikkel wordt daar ook na invoering van het ZPM nauwelijks gebruik van gemaakt.</p> <p>De Toegepast Psychologen voldoen aan de voorwaarden om bovenstaande zorgtaken te mogen verrichten. De taken, verantwoordelijkheden en de kaders worden door de NBTP in samenwerking met de Hogescholen</p>

	<p>en de GGZ werkgevers in een nieuw beroepsprofiel aangescherpt. Dit profiel is eind 2023 gereed. In de toekomst zullen de Toegepast Psychologen die afstuderen met dit specifieke profiel kunnen werken onder de functienaam Psychologisch consulent GGZ</p> <p>Door de Psychologisch consulent GGZ een eigen bekostigingscode te geven, kunnen de professionals die al voldoen aan het profiel direct worden ingezet in de GGZ.</p>
--	--

Contact met de NZa

Is er eerder contact met de NZa geweest over dit wijzigingsverzoek/deze problematiek?	Nee
---	-----

Financiering/bekostiging

Zijn de kosten die het probleem veroorzaakt voor u de reden om dit wijzigingsverzoek in te dienen?	Ja
Welke jaarlijkse kosten zijn hiermee gemoeid?	300 miljoen euro
Gaat het om landelijke kosten of kosten van uw organisatie?	Landelijk
Kunt u aangeven waarop uw informatie over de kosten is gebaseerd?	<p>Het verminderen van de wachttijd met één (1) maand zou 300 miljoen euro opleveren. De wachttijd is nu vaak 8 tot 16 weken, terwijl de treeknorm op 4 weken ligt. De Psychologisch consulent GGZ (de HBO Toegepast psycholoog) kan een belangrijke rol vervullen met betrekking tot de totale caseload binnen de GGZ. Door inzet van Psychologisch consulenten GGZ in het voor- en natraject, alsmede bij de laagcomplexe zorg, kan er meer ruimte voor regiebehandelaren ontstaan om hun rol te vervullen richting cliënten met EPA. In de bijlage ziet u een berekening.</p>

Voeg een bestand met een cijfermatige onderbouwing toe.

96789374_9428662_Cijfers_tbv_wijzigingsdoc_Nza.xlsx

Tot slot

Zijn er nog zaken die wij niet gevraagd hebben, waarmee rekening gehouden moet worden bij de behandeling van uw verzoek?

Uiteraard weten we dat we geen branchevereniging van zorgaanbieders GGZ zijn, maar een beroepsvereniging voor Toegepast Psychologen. Echter, het is een verplicht meerkeuzeveld waarbij deze optie nog het enigzins overeenkomt.

5.4 Wijzigingsverzoek Contingency management

Probleemstelling:

<p>Geef een beknopte probleemschets (maximaal tien regels)</p>	<p>Al 15 jaar blijkt uit meta-analyses dat contingency management de meest effectieve psychosociale behandelmethode voor drugsverslaving is. Invoering is tot nu toe niet van de grond gekomen doordat urinecontroles en beloningen van middelenvrij urines niet worden vergoed. Hier is een betaaltitel van de NZA voor nodig, in het ZPM wordt alleen de inzet van de tijd van de behandelaren vergoed. ZN heeft contingency management aangemerkt als te vergoeden zorg, alleen de betaling schiet nog tekort.</p>
--	---

Contact met zorgverzekeraars

<p>Ik heb over dit probleem contact gehad met een zorgverzekeraar en/of Zorgverzekeraars Nederland, namelijk met (organisatie en contactpersoon vermelden):</p>	<p>1.Zorgverzekeraars Nederland, VERWIJDERD 2.Zorgverzekeraars Nederland, VERWIJDERD 3.</p>
<p>Voeg hier de zienswijze(n) van de hierboven genoemde organisaties toe (maximaal drie bestanden).</p>	<p>94144595_8774592_Lijst-interventies-binnen-de-ggz.pdf</p>
<p>Tweede zienswijze</p>	<p>_____</p>

Omvang probleem

<p>Hoe vaak doet het probleem zich jaarlijks voor?</p>	<p>tienduizenden keren</p>
<p>Gaat het om landelijke cijfers of cijfers van uw organisatie?</p>	<p>Landelijk</p>

Kunt u aangeven waarop uw informatie over de aantallen is gebaseerd?	Het aantal patiënten wat jaarlijks psychosociale behandelingen krijgt in de Verslavingszorg, alleen niet de meest (kosten)effectieve.
Voeg een bestand met een cijfermatige onderbouwing toe.	94144595_8774593_Kerncijfers_Verslavingszorg_2015_LADIS.pdf

Mogelijke oplossingsrichting

Hoe gaat u nu om met het probleem waarop uw aanvraag betrekking heeft?	De meest (kosten)effectieve interventie wordt niet toegepast, dat betekent dat mensen met de minder effectieve cognitieve gedragstherapie worden behandeld.
Wat zou gewijzigd moeten worden om dit knelpunt op te lossen? Graag zo gedetailleerd mogelijk toelichten.	Er zou een betaaltitel moeten komen waardoor urinecontroles en beloningen voor schone urines vergoed worden.

Contact met de NZa

Is er eerder contact met de NZa geweest over dit wijzigingsverzoek/deze problematiek?	Nee
---	-----

Financiering/bekostiging

Zijn de kosten die het probleem veroorzaakt voor u de reden om dit wijzigingsverzoek in te dienen?	Ja
Welke jaarlijkse kosten zijn hiermee gemoeid?	Ruwweg 7 miljoen.
Gaat het om landelijke kosten of kosten van uw organisatie?	Landelijk

<p>Kunt u aangeven waarop uw informatie over de kosten is gebaseerd?</p>	<p>Ongeveer 20.000 cliënten in de verslavingszorg met primair cocaine, cannabis of amfetamineverslaving. Uit ervaring blijkt dat niet meer dan 50% in aanmerking komt of wil. 10.000 mensen met maximaal 1268,75 aan beloningen en maximaal 195 Euro aan kosten voor urinetesten. Als die 10.000 mensen gemiddeld de helft van de kosten voor een geslaagde volledige behandeling maken is dat $10.000 \times 0,5 \times (1268,50 + 195) = 7.317.500$ Euro</p>	
<p>Voeg een bestand met een cijfermatige onderbouwing toe.</p>	<p>94144595_8774594_VKN-Notitie-ContingentieManagement_(2021-08-17).pdf</p>	

Tot slot

<p>Zijn er nog zaken die wij niet gevraagd hebben, waarmee rekening gehouden moet worden bij de behandeling van uw verzoek?</p>	<p>Doordat Contingency Management door de financieringsproblematiek maar niet van de grond komt is het lastig in te schatten hoeveel gebruik ervan gemaakt gaat worden (en dus wat de kosten zullen zijn) als het tot het standaardaanbod van de verslavingszorg gaat behoren. Door de kosteneffectiviteit van de behandeling zullen de extra kosten voor urinecontroles en beloningen worden gecompenseerd door minder langdurige behandelingen/personeelsinzet.</p>	
---	---	--

5.5 Wijzigingsverzoek Reistijd BW zelfde aanbieder

Probleemstelling:

Geef een beknopte probleemschets (maximaal tien regels)	<p>Probleemstelling: Indien een patiënt in een woonvorm woont die onder éénzelfde rechtspersoon valt als de zorgaanbieder die behandeling levert, bestaat er in het ZPM geen recht op vergoeding voor de gemaakte reistijd. GGZ-instellingen die hun BW's onder een andere rechtspersoon hebben onder gebracht ontvangen wel een vergoeding voor de reistijd als een behandelaar op huisbezoek gaat bij een patiënt die in een BW woont.</p> <p>Het probleem is besproken in het CWO (centraal werkoverleg tussen GGZ-instellingen) en wordt gesteund door de NLGGZ (VERWIJDERD).</p>
---	---

Contact met zorgaanbieders

Ik heb over dit probleem contact gehad met een of meerdere brancheverenigingen/beroepsorganisaties van zorgaanbieders, namelijk met (organisatie en contactpersoon vermelden):	<ol style="list-style-type: none">1.NLGGZ (VERWIJDERD)2.CWO (VERWIJDERD, namens Bestuur CWO)3.
Voeg hier de zienswijze(n) van de hierboven genoemde organisaties toe (maximaal drie bestanden).	96123716_9288188_230816_NZA_Wijzigingsverzoek_reistijd_naar_BW.xlsx
Tweede zienswijze	<input type="text"/>

Contact met zorgverzekeraars

Ik heb over dit probleem contact gehad met een zorgverzekeraar en/of Zorgverzekeraars Nederland, namelijk met	<ol style="list-style-type: none">1. Nvt, zorgverzekeraars volgen NZA-beleid2.3.
---	--

(organisatie en contactpersoon vermelden):	
Voeg hier de zienswijze(n) van de hierboven genoemde organisaties toe (maximaal drie bestanden).	96123716_9288189_230816_NZA_Wijzigingsverzoek_reistijd_naar_BW.xlsx
Tweede zienswijze	

Omvang probleem

Hoe vaak doet het probleem zich jaarlijks voor?	Dagelijks
Gaat het om landelijke cijfers of cijfers van uw organisatie?	Landelijk
Kunt u aangeven waarop uw informatie over de aantallen is gebaseerd?	Precieze aantallen zijn niet te noemen. Het betreft alle outreachende behandelaafspraken van behandelaren die patiënten bezoeken in een BW. Op dit moment worden deze afspraken zonder reistijd geregistreerd.
Voeg een bestand met een cijfermatige onderbouwing toe.	

Mogelijke oplossingsrichting

Hoe gaat u nu om met het probleem waarop uw aanvraag betrekking heeft?	In beleidsregel BR/REG-22137b wordt een duidelijke definitie van reistijd gegeven. Reden van de definitie is dat er voorkomen dient te worden dat er onnodig tussen verschillende behandellocaties van de zorgaanbieder gereisd wordt. Dit kan worden gezien als ondoelmatige zorg. Dit ligt anders bij externe reistijd, waaronder voornamelijk huisbezoeken worden geschaard. Vanwege de problematiek van de patiënt kan het wenselijk zijn om hem in de thuissituatie te behandelen. Deze reistijd wordt in het Zorgprestatie-model dan ook als toeslag vergoed. Een deel van de patiënten heeft extra hulp nodig om zelfstandig te wonen. Daarom zijn er vanuit de Wmo of Wlz gefinancierde beschermde
--	--

	<p>woonvormen waar patiënten wonen. Er is hier geen sprake van een klinische opname zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet en er wordt ook geen behandeling of diagnostiek uitgevoerd. Als deze patiënten thuis (in de BW) behandeld zouden worden, wordt er vanuit het Zorgprestatie-model geen vergoeding gegeven voor de reistijd.</p>
<p>Wat zou gewijzigd moeten worden om dit knelpunt op te lossen? Graag zo gedetailleerd mogelijk toelichten.</p>	<p>Het verzoek is om de definitie van het begrip reistijd in de beleidsregel prestaties en tarieven GGZ en FZ te herzien zodat deze overeenkomt met de geest van de definitie die gegeven wordt. Wij stellen in beginsel de volgende definitie voor ("Onder de locaties...." = wijziging): "De tijd die de zorgverlener, in het kader van een consult, werkelijk besteedt aan het reizen naar en van de patiënt die buiten een locatie van de zorgaanbieder, behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt. Onder de locaties van de zorgaanbieder vallen binnen deze definitie niet de locaties van de zorgaanbieder waarin enkel beschermd wonen wordt geleverd conform art. 1.1 van de Wmo en art. 1.1.1. onder 2 Besluit langdurige zorg, waar integraal wordt verwezen naar het bepaalde omtrent beschermd wonen in de Wmo."</p>

Contact met de NZa

<p>Is er eerder contact met de NZa geweest over dit wijzigingsverzoek/deze problematiek?</p>	<p>Ja</p>
<p>Zo ja, met wie heeft u contact gehad?</p>	<p>Onbekend</p>
<p>Wat was het resultaat van dit contact?</p>	<p>VERWIJDERD (NLGGZ) heeft contact gehad.</p>
<p>Voeg eventuele relevante mailwisseling met de NZa toe</p>	<p></p>

Financiering/bekostiging

Zijn de kosten die het probleem veroorzaakt voor u de reden om dit wijzigingsverzoek in te dienen?	Ja
Welke jaarlijkse kosten zijn hiermee gemoeid?	999999
Gaat het om landelijke kosten of kosten van uw organisatie?	Landelijk
Kunt u aangeven waarop uw informatie over de kosten is gebaseerd?	Het betreffen reiskosten die professionals maken door patiënten in een beschermde woonvorm te bezoeken voor een outreachend behandelconsult.
Voeg een bestand met een cijfermatige onderbouwing toe.	

Tot slot

Zijn er nog zaken die wij niet gevraagd hebben, waarmee rekening gehouden moet worden bij de behandeling van uw verzoek?	Veel GGZ-instellingen zijn in het verleden gefuseerd met regionale beschermde woonvormen. Vanuit deze fusies hebben sommige instellingen ervoor gekozen de beschermde woonvorm in een aparte rechtspersoon onder te brengen, sommigen in éénzelfde rechtspersoon. We bevinden ons nu in de situatie dat de instellingen die voor optie 'a' hebben gekozen, wel een vergoeding krijgen voor reistijd naar woonvormen en instellingen die voor optie 'b' hebben gekozen niet. Als de huidige situatie niet veranderd dan wordt de situatie in stand gehouden terwijl er in redelijkheid geen rechtvaardiging gevonden kan worden voor dit onderscheid. Dit is wat ons betreft een vreemde prikkel die niet de bedoeling kan zijn van de definitie zoals deze nu in de beleidsregel staat. Dit vraagt om een aangepaste definitie van het begrip 'reistijd' in de beleidsregel, zodat reistijd naar de patiënt zijn
--	--

thuis vergoed kan worden, ongeacht wie de woonlocatie beheert.

5.6 Wijzigingsverzoek Groepsconsult gezinstherapie

Probleemstelling:

<p>Geef een beknopte probleemschets (maximaal tien regels)</p>	<p>De invoering van het Zorgprestatie­model (ZPM) per 1 januari 2022 heeft ertoe geleid, dat de inkomsten voor de zorg geleverd vanuit de zorgverzekeringwet, per tijdseenheid/ gezinsbehandelcontact fors zijn gedaald. Ten opzichte van de situatie voor de invoering van het ZPM ontstaan hierdoor, in de financiering van de ambulante gezinsbehandeling dusdanige tekorten, dat de afdeling Gezinspsychiatrie van GGZ Drenthe in zijn voortbestaan wordt bedreigd. Door een systeemfout in het ZPM ontstaat er een verkeerde prikkel voor gezinsbehandeling wat er voor zal zorgen dat gezinsbehandeling niet meer in deze vorm zal kunnen worden gegeven.</p>
--	---

Contact met zorgaanbieders

<p>Ik heb over dit probleem contact gehad met een of meerdere brancheverenigingen/beroepsorganisaties van zorgaanbieders, namelijk met (organisatie en contactpersoon vermelden):</p>	<p>1. De Nederlandse GGZ - Richard Boxem & Fred de Bruin 2. 3.</p>
<p>Voeg hier de zienswijze(n) van de hierboven genoemde organisaties toe (maximaal drie bestanden).</p>	<p>96646443_9401704_Zienswijze.docx</p>
<p>Tweede zienswijze</p>	<p>_____</p>

Contact met zorgverzekeraars

Ik heb over dit probleem contact gehad met een zorgverzekeraar en/of Zorgverzekeraars Nederland, namelijk met (organisatie en contactpersoon vermelden):	1. Zilveren Kruis 2. 3.
Voeg hier de zienswijze(n) van de hierboven genoemde organisaties toe (maximaal drie bestanden).	96646443_9401705_Zienswijze.docx
Tweede zienswijze	

Omvang probleem

Hoe vaak doet het probleem zich jaarlijks voor?	Dagelijks
Gaat het om landelijke cijfers of cijfers van uw organisatie?	Mijn organisatie
Kunt u aangeven waarop uw informatie over de aantallen is gebaseerd?	Op de registratie van de Gezinspsychiatrie GGZ Drenthe. Hierbij de vergelijking gemaakt in aantallen en euro's tussen DBC en ZPM.
Voeg een bestand met een cijfermatige onderbouwing toe.	96646443_9401706_230920 - _Toelichting_financiering_gezinsgerichte_behandeling_GGZ_Drenthe_Gezinspsychiatrie.pdf

Mogelijke oplossingsrichting

Hoe gaat u nu om met het probleem waarop uw aanvraag betrekking heeft?	Wij registreren cf de regelgeving waardoor nu een omzeterderving plus een verlies voor de organisatie ontstaat. Deze verliezen kunnen niet veel langer worden opgevangen en zullen gecompenseerd moeten worden. Voor de korte termijn zijn wij hierover in gesprek met verzekeraars en doen een beroep op de transitieprestatie.
--	--

<p>Wat zou gewijzigd moeten worden om dit knelpunt op te lossen? Graag zo gedetailleerd mogelijk toelichten.</p>	<p>Er is op korte termijn een aanpassing noodzakelijk die dit gevaar af kan wenden voor de afdeling Gezinspsychiatrie. Totdat er een structurele oplossing is gevonden, zou een transitieprestatie hierin een mogelijkheid zijn. Een mogelijke oplossingsrichting zou hierbij kunnen zijn om een extra toeslag indirecte tijd toe te kennen op het moment dat er sprake is van een combinatie van financiering vanuit de zorgverzekeringswet (ZPM) en jeugdwet binnen een groepsconsult. Daarnaast zou het mogelijk moeten worden gemaakt om ook bij een groepsconsult een diagnostiek- en reisopslag toe te moeten kunnen kennen, evenals een toeslag voor de setting.</p> <p>Een dergelijke wijziging zou niet alleen een oplossing zijn voor GGZ Drenthe Gezinspsychiatrie, maar zou ook een impuls kunnen geven voor andere instellingen om vaker gezinsgericht te gaan werken. Gezinsgericht werken is een belangrijke ontwikkeling binnen de Nederlandse GGZ, die past binnen de programma's: toekomstscenario kind- en gezinsbescherming en 0-uisplaattingen/ alle kinderen zo thuis mogelijk laten opgroeien. Gezinsgericht werken vraagt om integraal samenwerken over domeinen en sectoren heen en sluit daarmee ook aan bij de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord. In de toekomst wordt van GGZ-organisaties verwacht, dat zij vaker gezinsgericht zullen gaan werken. De huidige registratie van gezinsbehandeling is een belangrijk obstakel voor deze positieve ontwikkeling. Een aanpassing is daarmee ook noodzakelijk om het gezinsgerichte werken binnen de GGZ te kunnen blijven stimuleren.</p>	
--	---	--

Contact met de NZa

<p>Is er eerder contact met de NZa geweest over dit wijzigingsverzoek/deze problematiek?</p>	<p>Nee</p>
--	------------

Financiering/bekostiging

Zijn de kosten die het probleem veroorzaakt voor u de reden om dit wijzigingsverzoek in te dienen?	Ja
Welke jaarlijkse kosten zijn hiermee gemoeid?	Omzetderving van 40%
Gaat het om landelijke kosten of kosten van uw organisatie?	Mijn organisatie
Kunt u aangeven waarop uw informatie over de kosten is gebaseerd?	Op de registratie van de Gezinspsychiatrie GGZ Drenthe. Hierbij de vergelijking gemaakt in aantallen en euro's tussen DBC en ZPM.
Voeg een bestand met een cijfermatige onderbouwing toe.	96646443_9401707_230920_- _Toelichting_financiering_gezinsgerichte_behandeling_GGZ_Drenthe_Gezinspsychiatrie.pdf

Tot slot

Zijn er nog zaken die wij niet gevraagd hebben, waarmee rekening gehouden moet worden bij de behandeling van uw verzoek?	In de toegevoegde bijlage treft u een uitgebreide toelichting op de problemen die wij ervaren binnen de huidige financiering van gezinsgerichte zorg. Daarin is het ook cijfermatig onderbouwd. Wij gaan graag het gesprek aan om nadere duiding en verdieping te bespreken.
--	--

5.7 Wijzigingsverzoek IZA-afspraken administratieve lasten

Probleemstelling:

<p>Geef een beknopte probleemschets (maximaal tien regels)</p>	<p>In het IZA is afgesproken dat binnen 2 jaar (2025) er een daling is van 5% van administratieve tijd voor professionals (2 uur/week). Alle 'regelmakers' in de brede zin van het woord (VWS, zorgverzekeraars, toezichthouders, werkgevers, branche- en beroepsverenigingen) gaan per direct alle nieuwe regelgeving toetsen aan het uitgangspunt 'zinnig en radicaal simpel'. Zinnig is wat bijdraagt aan betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Radicaal simpel betekent dat we voor de professional zo eenvoudig mogelijke oplossingen kiezen die bijdragen aan professionele autonomie, vakmanschap en werkplezier. Is het niet zinnig en niet radicaal simpel, dan moet het terug naar de tekentafel óf doen we het niet. Ook bestaande regels, registraties, verplichtingen, procedures etc. nemen we op deze manier onder de loep. Met deze aanpak wordt een reductie van administratieve tijdsbesteding gerealiseerd die deze in lijn brengt met het niveau dat zorgverleners zelf acceptabel achten</p> <p>Een van de ontwerpcriteria van het Zorgprestatie-model was structurele verlichting administratieve lasten, géén tijdsregistratie.</p>	
--	--	--

Contact met zorgverzekeraars

<p>Ik heb over dit probleem contact gehad met een zorgverzekeraar en/of Zorgverzekeraars Nederland, namelijk met (organisatie en</p>	<p>1. Zilveren Kruis (Job van Huizen) 2. 3.</p>	
--	--	--

contactpersoon vermelden):	
Voeg hier de zienswijze(n) van de hierboven genoemde organisaties toe (maximaal drie bestanden).	96713394_9415318_Zienswijze_wijzigingsverzoek_adminlasten.docx
Tweede zienswijze	<input type="text"/>

Omvang probleem

Hoe vaak doet het probleem zich jaarlijks voor?	Behandelaren binnen de ggz besteden nu ongeveer 40%1 van hun tijd aan administratie, terwijl professionals aangeven dat 22% volstaat. Tevens staan er ruim 80.000 mensen op de wachtlijst voor de ggz, en er zijn ruim 7.000 vacatures. Als we het aandeel administratie verlagen naar 35%, levert dat 5.000 FTE op.
Gaat het om landelijke cijfers of cijfers van uw organisatie?	Landelijk
Kunt u aangeven waarop uw informatie over de aantallen is gebaseerd?	IZA en Onderzoek Berenschot, 2019 https://www.berenschot.nl/media/qw0n45zj/rapportage_administratieve_belasting_langdurige_zorg_2019.pdf
Voeg een bestand met een cijfermatige	<input type="text"/>

onderbouwing toe.	
-------------------	--

Mogelijke oplossingsrichting

Hoe gaat u nu om met het probleem waarop uw aanvraag betrekking heeft?	Hogere kosten maken om registratie en verantwoording te organiseren.
Wat zou gewijzigd moeten worden om dit knelpunt op te lossen? Graag zo gedetailleerd mogelijk toelichten.	<p>We vragen de NZa om het gesprek te organiseren over vereenvoudiging van het Zorgprestatie model, hiervoor voorstellen te doen en alle partijen aan te spreken op hun bijdrage hierin.</p> <p>Een concreet onderwerp is de verduidelijking en vereenvoudiging van de definitie van de multidisciplinaire setting:</p> <p>Een setting is volgens de beleidsregel van de NZa het onderscheid tussen vormen van zorg op basis van benodigde infrastructuur en inzet van verschillende disciplines. Kenmerken van een setting zijn gebaseerd op de organisatie en uitvoering van de zorg en worden vooraf ingericht. Daarmee bevindt de verantwoording van de setting zich op de keuzes die bij het inrichten worden gemaakt. De patiënt wordt op basis van diens zorgvraag bewust verwezen naar een bepaalde setting.</p> <p>De keuze en de verantwoording van met name de setting monodisciplinair, multidisciplinair en outreachend wordt ingewikkeld als binnen een team of organisatorische eenheid de patiëntenzorg niet 90-100% past binnen de omschrijving van één setting. Bijvoorbeeld een wijkteam waarbinnen ambulante bGGZ en poliklinische zorg worden gecombineerd met outreachende EPA zorg.</p> <p>Vereenvoudiging zou kunnen liggen in een</p>

	<p>voorstel om een setting altijd te koppelen aan een team of organisatorische eenheid. Of heldere criteria voor de start van de behandeling af te spreken, waarbij niet hoeft te worden bijgesteld, en ook geen verantwoording op basis van feitelijk geleverde zorg hoeft te worden geleverd. Maar wellicht zijn er ook andere oplossingen mogelijk.</p> <p>Andere mogelijke vereenvoudigingen zijn:</p> <p>Integrale verblijfsdag, inclusief behandeling</p> <p>Hoogspecialistische setting vereenvoudigen</p> <p>Afschaffen registratie ongeplande consulten of consulten >5 minuten en die als in het tarief opnemen</p> <p>Geen HoNOS invullen bij jaarlijkse herijking ZVT indien ongewijzigde situatie</p> <p>Verbod op machtigingen voor > 1 jaar kliniek en dure medicijnen</p>	
--	---	--

Contact met de NZa

<p>Is er eerder contact met de NZa geweest over dit wijzigingsverzoek/deze problematiek?</p>	<p>Ja</p>
<p>Zo ja, met wie heeft u contact gehad?</p>	<p>David Veenhof</p>
<p>Wat was het resultaat van dit contact?</p>	<p>_____</p>
<p>Voeg eventuele relevante</p>	<p>_____</p>

mailwisseling met de NZa toe	
------------------------------	--

Financiering/bekostiging

Zijn de kosten die het probleem veroorzaakt voor u de reden om dit wijzigingsverzoek in te dienen?	Ja
Welke jaarlijkse kosten zijn hiermee gemoeid?	Het gaat om het doelmatig inzetten van (zorg)personeel en het verhogen van het werkplezier van de ggz-professionals en daarmee om behoud van het schaarse personeel om kwalitatief goede zorg te leveren.
Gaat het om landelijke kosten of kosten van uw organisatie?	Landelijk
Kunt u aangeven waarop uw informatie over de kosten is gebaseerd?	https://www.berenschot.nl/media/qw0n45zj/rapportage_administratieve_belasting_langdurige_zorg_2019.pdf
Voeg een bestand met een cijfermatige onderbouwing toe.	<input type="text"/>

Tot slot

Zijn er nog zaken die wij niet gevraagd	Behandelaren verlaten in grote aantallen de zorg, of starten als ZZP-er, omdat ze het plezier in het
---	--

hebben, waarmee rekening gehouden moet worden bij de behandeling van uw verzoek?

werk verliezen, mede door werkdruk. Hierbij blijkt regeldruk en administratieve last de belangrijkste redenen voor verhoogde werkdruk te zijn (AZW, maart 2023). Daarnaast heeft een gemiddelde ggz-instelling ruim 100 FTE aan zorg-administratief en control-personeel en dat aantal groeit nog steeds; zorggeld, tijd en energie vloeit weg naar administratie. Nog los van alle inzet bij verzekeraars, IGJ, de NZa voor het afwickelen van controle en verantwoording van de geleverde zorg.

Het verminderen van administratieve lasten staat hierom al jaren hoog op de agenda, maar blijkt in de praktijk moeilijk te beïnvloeden. Ook de minister concludeert dat in haar voortgangsbrief (Ont)Regel de Zorg. Drastischer ingrijpen is echt nodig, waarbij herstel van de professionele autonomie moet worden bewaakt.

5.8 Wijzigingsverzoek Actualiseren EP's en afwezigheidsdagen fz

Probleemstelling:

<p>Geef een beknopte probleemschets (maximaal tien regels)</p>	<p>De huidige prestatiebeschrijving in de FZ voor de extramurale parameters zijn niet altijd meer actueel. Graag willen we een voorstel indienen om enkele prestatiebeschrijving aan te passen. Ons voorstel komt terug in de bijlage bij cijfermatige onderbouwing.</p> <p>Er loopt ook een gesprek met Valente, enkele zorgaanbieders over de toepasbaarheid van de H153 in de praktijk. Op termijn kan dit leiden tot een aanvulling op dit wijzigingsverzoek, maar dit gesprek en de uitwerking ervan is op dit moment nog niet voldoende gevorderd.</p> <p>Verder een verzoek om een doelgroep toe te voegen bij de afwezigheidsdagen.</p>
--	---

Contact met zorgaanbieders

<p>Ik heb over dit probleem contact gehad met een of meerdere zorgaanbieders en/of brancheverenigingen/beroepsorganisaties van zorgaanbieders, namelijk met (organisatie en contactpersoon vermelden):</p>	<p>1. Valente en enkele zorgaanbieders 2. 3.</p>
<p>Voeg hier de zienswijze(n) van de hierboven genoemde organisaties toe (maximaal drie bestanden).</p>	<p>96783954_9427144_niet_beschikbaar.docx</p>
<p>Tweede zienswijze</p>	<p>_____</p>

Omvang probleem

<p>Hoe vaak doet het probleem zich jaarlijks voor?</p>	<p>Het gaat hier vooral om een verduidelijking. EP's worden veelvuldig per jaar gedeclareerd.</p>
--	---

Gaat het om landelijke cijfers of cijfers van uw organisatie?	Mijn organisatie
Kunt u aangeven waarop uw informatie over de aantallen is gebaseerd?	Het gaat hier om declaratiegegevens van DJI. Maar in dit wijzigingsverzoek nu niet relevant.
Voeg een bestand met een cijfermatige onderbouwing toe.	96783954_9427145_wijzigingsverzoek_-_EPs__afwezigheidsdagen.pdf

Mogelijke oplossingsrichting

Hoe gaat u nu om met het probleem waarop uw aanvraag betrekking heeft?	In de praktijk heeft DJI met name in de gesprekken met zorgaanbieders nu discussie over de prestaties en eisen die hierin worden gesteld. Bij accountmanagement en in steeds meer gevallen wanneer er materiele controle plaatsvind.
Wat zou gewijzigd moeten worden om dit knelpunt op te lossen? Graag zo gedetailleerd mogelijk toelichten.	<p>Aanpassen van enkele prestatiebeschrijvingen.</p> <p>Dit betreft op dit moment de H300-begeleiding en H152 NAH gespecialiseerde begeleiding.</p> <p>Enkele andere EP's (H153 en de H328/329 zijn nu onderwerp van gesprek met partijen. Dit kan op termijn ook leiden tot een aanpassing of aanvullend verzoek tot het toevoegen van prestaties. Of dat dit voor 2025 kan, willen we graag met de NZa bespreken wat haalbaar is.</p> <p>Verder wil DJI t.a.v. de doelgroepen voor wie afwezigheidsdagen gedeclareerd mogen worden 1 doelgroep toevoegen "Kortdurende externe opname vanwege detox, crisis, stabilisatie of observatie"</p> <p>Zie in het tekstvoorstel dat als bijlage is toegevoegd bij cijfermatige onderbouwing.</p>

Contact met de NZa

Is er eerder contact met de NZa geweest over dit wijzigingsverzoek/deze problematiek?	Ja
Zo ja, met wie heeft u contact gehad?	David Veenhof
Wat was het resultaat van dit contact?	Afgesproken dat DJI bepaalt welke prestaties aangepast moeten worden.
Voeg eventuele relevante mailwisseling met de NZa toe	

Financiering/bekostiging

Zijn de kosten die het probleem veroorzaakt voor u de reden om dit wijzigingsverzoek in te dienen?	Nee
--	-----

Tot slot

Zijn er nog zaken die wij niet gevraagd hebben, waarmee rekening gehouden moet worden bij de behandeling van uw verzoek?	zie hierboven.
--	----------------

5.9 Wijzigingsverzoek Prestatiebeschrijvingen beveiligingsniveaus

Probleemstelling:

<p>Geef een beknopte probleemschets (maximaal tien regels)</p>	<p>in de FZ bestaan prestatiebeschrijvingen voor de verschillende beveiligingsniveaus. Op basis van een beoordeling van de afdeling Huisvesting DJI op de huidige eisen die worden gesteld, worden nu voor de beveiligingsniveaus 1 -3 een aantal aanscherpingen en verduidelijkingen voorgesteld. De huidige eisen bestaan al meer dan 10 jaar en zijn in de tussentijd niet meer geüpdatet/aangepast. In de praktijk heeft dit in het verleden een aantal keren tot discussie en interpretatieverschillen geleid. DJI wil dit in de toekomst voorkomen en komt met een voorstel (zie bijlage).</p>	
--	--	--

Contact met zorgaanbieders

<p>Ik heb over dit probleem contact gehad met een of meerdere zorgaanbieders en/of brancheverenigingen/beroepsorganisaties van zorgaanbieders, namelijk met (organisatie en contactpersoon vermelden):</p>	<p>1.nee, dit is nog niet gebeurd. in bijgevoegde bijlage is de lijst met klinische zorgaanbieders terug te vinden op wie dit wijzigingsverzoek uiteindelijk impact heeft. 2. 3.</p>	
<p>Voeg hier de zienswijze(n) van de hierboven genoemde organisaties toe (maximaal drie bestanden).</p>	<p>96770920_9423837_overzicht_gecontracteerde_zorgaanbieders_2022_v2.pdf</p>	
<p>Tweede zienswijze</p>	<p><input type="text"/></p>	

Omvang probleem

<p>Hoe vaak doet het probleem zich jaarlijks voor?</p>	<p>het betreft hier een groep van ongeveer 40-50 aanbieders die hiermee te maken krijgen</p>	
--	--	--

Gaat het om landelijke cijfers of cijfers van uw organisatie?	Landelijk
Kunt u aangeven waarop uw informatie over de aantallen is gebaseerd?	op basis van de contracten die DJI heeft afgesloten met klinische behandelinstellingen die op de verschillende beveiligingsniveaus zorg leveren.
Voeg een bestand met een cijfermatige onderbouwing toe.	96770920_9423838_2023_09_06_-_PvE_bev_1-3.xlsx

Mogelijke oplossingsrichting

Hoe gaat u nu om met het probleem waarop uw aanvraag betrekking heeft?	In de praktijk wordt nu bij controle of waar een zorgaanbieder zelf aan de bel trekt, hierover compenserende of organisatorische maatregelen afgesproken. Met het huidige voorstel wordt gepoogd het aantal compenserende en of organisatorische afspraken te verminderen.
Wat zou gewijzigd moeten worden om dit knelpunt op te lossen? Graag zo gedetailleerd mogelijk toelichten.	in de bijgevoegde Excel lijst (zie bij omvang probleem) wordt een overzicht gegeven van de huidige omschrijving en aanpassing.

Contact met de NZa

Is er eerder contact met de NZa geweest over dit wijzigingsverzoek/deze problematiek?	Nee
---	-----

Financiering/bekostiging

Zijn de kosten die het probleem veroorzaakt voor u de reden om dit wijzigingsverzoek in te dienen?	Nee
--	-----

Tot slot

Zijn er nog zaken die wij niet gevraagd hebben, waarmee rekening gehouden moet worden bij de behandeling van uw verzoek?

Wat voor ons nog lastig te bepalen is, of deze aanpassingen zullen leiden tot meerkosten die nu nog niet in de NHC verdisconteerd zijn. In deze aanvraag zal hierover uiteindelijk ook duidelijkheid moeten komen of een aanpassing op de NHC in dit geval noodzakelijk is.

5.10 Wijzigingsverzoek Plaatsingsbesluit

Probleemstelling:

<p>Geef een beknopte probleemschets (maximaal tien regels)</p>	<p>Fpt wordt toegewezen via een plaatsingsbesluit met een eigen plaatsingsbesluitnummer en een contractnummer.</p> <p>Alle zorg (begeleiding/behandeling) die wordt verleend wordt toegewezen via een (ander) plaatsingsbesluitnummer en een ander contractnummer dan het plaatsingsbesluit fpt. De zorg die wordt verleend wordt dan ook verleend onder de vlag van de TBS proefverlof resp. voorwaardelijke beëindiging.</p> <p>Als er geen sprake is van zorg tijdens het fpt kan het toezicht aanleiding geven tot hervatten van zorg. Die zorg wordt dan weer “weggeschreven” op het nog openstaande (niet-actieve) plaatsingsbesluit en -contractnummer van TBS met proefverlof resp. voorwaardelijke beëindiging.</p> <p>Er is dus bij TBS proefverlof en TBS voorwaardelijke beëindiging altijd sprake van twee plaatsingsbesluiten, één voor de TBS en één voor het fpt. Beide plaatsingsbesluiten hebben een eigen contractnummer. Er is wel altijd sprake van één zorgtrajectnummer.</p> <p>Het is op dit moment niet mogelijk om beide tegelijkertijd te declareren omdat het systeem uitgaat van 1 plaatsingsbesluit wat per patient gedeclareerd mag worden. In het geval van FPT is dit echter wel toegestaan, iets waar bij de implementatie van het ZPM geen rekening mee is gehouden. Wat betreft DJI moet hiervoor een uitzondering in de regeling komen op basis waarvan partijen dit in hun systemen kunnen aanpassen.</p>	
--	---	--

Contact met zorgaanbieders

<p>Ik heb over dit probleem contact gehad met een of meerdere zorgaanbieders en/of brancheverenigingen/beroepsorgan</p>	<p>1. Arjen Sontag (Nexus) 2. Richard Boxem (ned GGZ) & Anne Will Roza,</p>	
---	---	--

isaties van zorgaanbieders, namelijk met (organisatie en contactpersoon vermelden):	Alex Martinus 3.Rooyse Wissel, Van der Hoevenkliniek
Voeg hier de zienswijze(n) van de hierboven genoemde organisaties toe (maximaal drie bestanden).	96770032_9423655_FW__UPDATE- _Workaround_FPT_andere_plaatsingsbesluiten__ambulant_klinisch_.msg
Tweede zienswijze	96770032_9423656_20230928_Notitie_parallelle_trajecten_FZ -_FPT.pdf
Derde zienswijze	

Omvang probleem

Hoe vaak doet het probleem zich jaarlijks voor?	Per maand enkele tientallen keren.
Gaat het om landelijke cijfers of cijfers van uw organisatie?	Landelijk
Kunt u aangeven waarop uw informatie over de aantallen is gebaseerd?	Dit is op basis van de afkeur declaratie FPT van een FPC. de FPC"s en FPK's die FPT mogen declareren, zijn er in totaal 9. Als we het aantal van de Pompe extrapoleren naar 9/10 x komt je ongeveer uit op minimaal 13500 prestaties op jaarbasis.
Voeg een bestand met een cijfermatige onderbouwing toe.	96770032_9423657_Fwd__Afkeur_op_FPT_prestatie_-_Kairos_contract_.msg

Mogelijke oplossingsrichting

Hoe gaat u nu om met het probleem waarop uw aanvraag betrekking heeft?	Op dit moment hanteren FPC"s een bypass waarmee de zorg en of fpt op het ene plaatsingsbesluit eerst declareren. Na declaratie wordt het plaatsingsbesluit op niet actief gezet. Vervolgens kan de zorg die op het andere plaatsingsbesluit geleverd kan worden, gedeclareerd worden. Dit vergt een aantal
--	--

	handmatige handelingen die op de langere termijn onwenselijk zijn.	
Wat zou gewijzigd moeten worden om dit knelpunt op te lossen? Graag zo gedetailleerd mogelijk toelichten.	<p>Vanuit DJI: opnemen van een uitzondering in de Regeling GGZ/FZ dat voor FPT in het bijzonder het is toegestaan om beide prestaties via 2 plaatsingsbesluiten tegelijkertijd te mogen declareren.</p> <p>Nexus/Ned GGZ: er zijn 2 opties (zie ook mail).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. aanpassen zodat binnen huidig werkprocessen dit parralle traject mogelijk wordt. Inschatting is dat dit veel tijd en energie vergt van zorgaanbieders en EPD-leveranciers. 2. 	

Contact met de NZa

Is er eerder contact met de NZa geweest over dit wijzigingsverzoek/deze problematiek?	Nee
---	-----

Financiering/bekostiging

Zijn de kosten die het probleem veroorzaakt voor u de reden om dit wijzigingsverzoek in te dienen?	Nee
--	-----

Tot slot

Zijn er nog zaken die wij niet gevraagd hebben, waarmee rekening gehouden moet worden bij de behandeling van uw verzoek?	De oplossing van Nexus/Ned GGZ hangt er mee samen dat de werkwijze FPT anders wordt vormgegeven. De route FPT is onderdeel van een werkwijze/protocol waarbij niet alleen FPC's, financiering, EPD leveranciers, maar ook de reclasseringsorganisatie en het departement te maken heeft. zij gaan over het beleidskader FPT en de eventuele wijzigingen die hierin noodzakelijk zijn. Tot nu toe hebben zij hier nog geen voornemen gehad om de huidige werkwijze aan te passen.
--	--

Bovendien wordt in de toelichting aangegeven dat dit ook voor andere OZP's kan gelden. Dit lijkt ons een groter vraagstuk dan alleen FPT waar aldus DJI een oplossing moet komen.

In de bespreking zullen we moeten onderzoeken of de uitzondering of genoemd voorstel van Nexus een haalbare kaart is of dat de uitzondering in de regeling op dit moment het hoogst haalbare is.

5.11 Wijzigingsverzoek Meerzorgregeling

Probleemstelling:

Geef een beknopte probleemschets (maximaal tien regels)

DJI is verantwoordelijk voor de inkoop van alle FZ voor personen die in aanraking komen met justitie en kampen met psychiatrische problematiek, verslavingsproblematiek en of verstandelijk beperkt zijn. DJI is in deze verantwoordelijk en actief voor alle vormen van zorg die in de reguliere zorg terugkomt in de ZVW, WLZ en WMO.

In de praktijk blijkt dat er regelmatig exceptionele kosten zijn die het reguliere ZPM, ZZP of EP-tarief fors overschrijden, dan wel niet zijn opgenomen in de reguliere zorgprestaties. Dit geldt voor zowel het ZPM als de ZZP's, maar met name op de verblijfszorg. De aanvragen zijn zeer uiteenlopend, van uitzonderlijke medicijnkosten, kosten uitvaart tot verbouwing van een kamer om veilige zorg te kunnen leveren, extra beveiligingsmaatregelen en kosten die de reguliere behandelprestaties ver overschrijden. Jaarlijks ontvangt DJI hiervoor verzoeken binnen van zorgaanbieders die (om de zorg veilig, verantwoord en kwalitatief te kunnen uitvoeren) vragen om extra financiële middelen.

DJI beschikt nu niet (zoals dit wel in de WLZ al bestaat) over een meerzorgregeling/ extra zorg op basis waarvan deze kosten nu via een prestatie(s) van de NZa gedeclareerd kan worden.

Een aandachtspunt in deze is tevens de extra verantwoordelijkheid die DJI heeft voor tbs-gestelden en gedetineerden die geplaatst zijn in de GGZ en waarvoor de zorgverzekering is opgeschort. Hier speelt ook dat exceptionele kosten (w.o. somatische kosten) bij enige regelmaat terugkomen en nu niet via de reguliere prestaties betaald kunnen worden.

DJI wil dan ook dit wijzigingsverzoek indienen om met name te beoordelen/bekijken of de huidige meerzorgregeling/ extra zorgregeling WLZ voor

	de FZ overgenomen kan worden, nader kan worden afgebakend.
--	--

Contact met zorgaanbieders

Ik heb over dit probleem contact gehad met een of meerdere zorgaanbieders en/of brancheverenigingen/beroepsorganisaties van zorgaanbieders, namelijk met (organisatie en contactpersoon vermelden):	1. Marjet van Baggum (Borg) 2. 3.
Voeg hier de zienswijze(n) van de hierboven genoemde organisaties toe (maximaal drie bestanden).	96782813_9426810_20230929_- _Afstemming_Borg_t-b-v- _meerzorgregeling_FZ.docx
Tweede zienswijze	<input type="text"/>

Omvang probleem

Hoe vaak doet het probleem zich jaarlijks voor?	Rond de 50 x per jaar nu.
Gaat het om landelijke cijfers of cijfers van uw organisatie?	Mijn organisatie
Kunt u aangeven waarop uw informatie over de aantallen is gebaseerd?	op basis van de hoeveel aanvragen + toekenningen die DJI per jaar verstrekt in dit kader.
Voeg een bestand met een cijfermatige onderbouwing toe.	<input type="text"/>

Mogelijke oplossingsrichting

Hoe gaat u nu om met het probleem waarop uw aanvraag betrekking heeft?	Op dit moment worden de aanvragen voor meerzorg/exceptionele kosten door DJI beoordeeld en buiten de reguliere prestatiebekostiging vergoed en bijgehouden.
--	---

<p>Wat zou gewijzigd moeten worden om dit knelpunt op te lossen? Graag zo gedetailleerd mogelijk toelichten.</p>	<p>De huidige wijze van vergoeding vindt niet plaats via de reguliere prestaties NZa of via een aanbestedingsprocedure die in dit kader noodzakelijk is. DJI financiert dit vanuit de maatschappelijke en ministeriele verantwoordelijkheid die zij heeft voor deze groep justitiabelen. Het creëren van een meerzorgregeling/extrazorgregeling conform deze nu bestaat in de WLZ maakt het mogelijk voor DJI om deze kosten rechtmatig te kunnen financieren.</p>
--	--

Contact met de NZa

<p>Is er eerder contact met de NZa geweest over dit wijzigingsverzoek/deze problematiek?</p>	<p>Ja</p>
<p>Zo ja, met wie heeft u contact gehad?</p>	<p>David Veenhof</p>
<p>Wat was het resultaat van dit contact?</p>	<p>Het was vooral een mededeling en korte toelichting in het onderhoudsoverleg dat DJI dit verzoek wil indienen en wat de reden hiervan is.</p>
<p>Voeg eventuele relevante mailwisseling met de NZa toe</p>	<p><input type="text"/></p>

Financiering/bekostiging

<p>Zijn de kosten die het probleem veroorzaakt voor u de reden om dit wijzigingsverzoek in te dienen?</p>	<p>Ja</p>
<p>Welke jaarlijkse kosten zijn hiermee gemoeid?</p>	<p>+/- € 1-3 miljoen euro per jaar</p>
<p>Gaat het om landelijke kosten of kosten van uw organisatie?</p>	<p>Mijn organisatie</p>
<p>Kunt u aangeven waarop uw informatie over de kosten is gebaseerd?</p>	<p>op basis van de aanvragen en toegekende aanvragen per jaar.</p>
<p>Voeg een bestand met een cijfermatige onderbouwing toe.</p>	<p><input type="text"/></p>

Tot slot

Zijn er nog zaken die wij niet gevraagd hebben, waarmee rekening gehouden moet worden bij de behandeling van uw verzoek?

n.v.t.

