

Verantwoording onderhoud zorgprestatie­model 2023



Update 21 juni 2022

Inleiding

Op 1 januari 2022 is het zorgprestatie­model in werking getreden. Halverwege 2022 is de eerste onderhoudscyclus afgerond. De keuzes die de NZa hierin heeft gemaakt en de afstemming hierover met veldpartijen, verantwoordt de NZa in dit verantwoordingsdocument. De NZa kijkt terug op constructieve overleggen en bedankt alle deelnemers voor hun inzet.

Uitgangspunt was om het eerste onderhoud beleidsarm te houden, om iedereen de tijd te geven het nieuwe model te implementeren. Tegelijkertijd heeft de NZa verschillende wijzigingsverzoeken ontvangen. Deze wijzigingsverzoeken zijn technisch uitgewerkt in expertgroepen en vervolgens beleidsmatig besproken in het onderhoudsoverleg zorgprestatie­model. Na afronding van de uitwerking op ambtelijk niveau is het concept verantwoordingsdocument geconsulteerd bij de bestuurders van veldpartijen. Daarop ontving de NZa verschillende reacties.

Bestuurlijke consultatie

Mind adviseert positief, en voegt toe de onderwerpen ‘Labkosten van ZGP’ en ‘Levensloopaanpak’ nog niet op korte termijn aan te passen, omdat Mind nog onvoldoende kan beoordelen in hoeverre dit gevolgen heeft voor de uitwerking op patiënten/cliënten.

De Nederlandse ggz, indiener van verschillende wijzigingsverzoeken, verzoekt om alle wijzigingsvoorstellen die de prestatie­structuur raken uit te stellen tot 2024 om het zorgprestatie­model goed operationeel en technisch te laten landen.

Zorgverzekeraars Nederland adviseert positief over de wijzigingsvoorstellen die betrekking hebben op prestaties, maar adviseert negatief op het wijzigingsvoorstel dat de tarieven raakt. Hoewel Zorgverzekeraars Nederland het risico op ongewenste effecten bij een verkeerde toedeling van de indirecte tijd ziet, acht zij het aanpassen van de structuur zonder volledige en betrouwbare data niet gewenst.

De Dienst Justitiële Inrichtingen volgt dit standpunt van Zorgverzekeraars Nederland en benoemt grote ICT-impact voor verschillende wijzigingsverzoeken die de prestaties raken.

LVVP adviseert positief op de door de NZa voorgestelde wijzigingen.

MeerGGZ adviseert de tarieven alleen integraal te herzien en in de herberekening van indirecte tijd voor groepsconsulten daarom ook diagnostiek meenemen.

De NVvP is zeer ontstemd dat de NZa tot de conclusie komt dat er geen aanpassing in de bekostiging hoeft te komen voor zelfstandig gevestigde psychiaters bij het laten verrichten van laboratoriumonderzoeken. De NVvP ondersteunt het standpunt van de NZa om een hogere tarifiering te realiseren voor de voorgestelde verblijfsdagen bij complexe somatisch-psychiatrische co-morbiditeit.

V&VN adviseert positief, met de opmerking het vreemd te vinden dat bij het onderdeel over labkosten de beroepsgroep Verpleegkundig specialisten GGz weggelaten is.

De NFU adviseert positief, ondanks het ingewikkelde voorstel voor tolken. De NFU benadrukt verder uitstel van het onderwerp ‘somatische comorbiditeit’ absoluut niet passend te vinden bij de urgentie hiervan bij betrokken instellingen.

NVZ hecht eraan de verblijfsprestaties voor verblijf van patiënten met complexe somatisch-psihiatrische comorbiditeit in te voeren per 2023. NVZ kan de argumentatie goed volgen om de overige wijzigingen een jaar uit te stellen. Verder past de voorgestelde indeling in 15 minuten beter bij de groepsconsulten zoals deze in ziekenhuizen zijn georganiseerd. Wat betreft de labkosten ondersteunt NVZ de conclusie van de NZa dat dit in het volgende kostprijsonderzoek meegenomen moet worden.

De NZa hanteert in overleg met partijen het uitgangspunt van een beleidsarm jaar. In die zin herkent de NZa de adviezen om geen wijzigingen door te voeren die grote impact hebben. Tegelijkertijd blijken sommige wijzigingen noodzakelijk wegens aanspraak op Zvw-zorg (tolken bij groepsconsulten) of met actuele kennis een duidelijke verbetering (indirecte tijd groepsconsulten). Het onderwerp 'tijdsduur groepsconsulten van 30 naar 15 minuten' is eigenlijk breed gedragen positief ontvangen. Tegelijkertijd heeft dit onderwerp niet de grootste haast. Deze wijziging zal de NZa daarom een jaar later doorvoeren, per 2024. Op het onderwerp somatische comorbiditeit zal de NZa ook per 2024 doorvoeren. Andere onderwerpen, zoals Consultatiefunctie sociaal domein, Labkosten en Spravato, leiden om andere redenen niet tot wijzigingen per 2023. Hieruit volgt dus geen impact op ICT of andere terreinen.

Inhoudsopgave

Inleiding	2	
Bestuurlijke consultatie	2	
1	Ambulante methadon-verstrekking	7
1.1	Wijziging	8
1.2	Aanleiding/probleem	8
1.3	Overige oplossingsrichtingen	8
1.4	ICT impact	8
1.5	Tariefimpact	8
1.6	Standpunt deelnemers onderhoudsoverleg	8
1.7	Impact op NZa regelgeving	8
2	Groepsconsulten	9
2.1	Indirecte tijd	10
2.1.1	Wijziging	10
2.1.2	Aanleiding/probleem	10
2.1.3	Overige oplossingsrichtingen	10
2.1.4	ICT impact	10
2.1.5	Tariefimpact	10
2.1.6	Standpunt deelnemers onderhoudsoverleg	10
2.1.7	Impact op NZa regelgeving	11
2.2	Tijdseenheid	11
2.2.1	Wijziging	11
2.2.2	Aanleiding/probleem	11
2.2.3	Overige oplossingsrichtingen	11
2.2.4	ICT impact	11
2.2.5	Tariefimpact	11
2.2.6	Standpunt deelnemers onderhoudsoverleg	12
2.2.7	Impact op NZa regelgeving	12
2.3	Tolken	12

2.3.1	Wijziging	12
2.3.2	Aanleiding/probleem	12
2.3.3	Overige oplossingsrichtingen	12
2.3.4	ICT impact	13
2.3.5	Tariefimpact	13
2.3.6	Standpunt deelnemers onderhoudsoverleg	13
2.3.7	Impact op NZa regelgeving	13

3 Labkosten 14

3.1	Wijziging	15
3.2	Aanleiding/probleem	15
3.3	Overige oplossingsrichtingen	15
3.4	ICT impact	16
3.5	Tariefimpact	16
3.6	Standpunt deelnemers onderhoudsoverleg	16
3.7	Impact op NZa regelgeving	16

4 Spravato 17

4.1	Wijziging	18
4.2	Aanleiding	18
4.3	Standpunt deelnemers onderhoudsoverleg	18
4.4	Privacytoets	18
4.5	ICT Impact	18

5 Levenslooppak 19

5.1	Wijziging	20
5.2	Aanleiding	20
5.3	Verzekerde aanspraak	20
5.3.1	Gevolg	20
5.4	Bekostigingsopties	21
5.5	Data uitvraag	21
5.6	Standpunt deelnemers	22

6	Somatische co-morbiditeit	23
6.1	Wijziging	24
6.2	Aanleiding	24
6.3	Standpunt deelnemers onderhoudsoverleg	24
6.4	ICT-impact	24
6.5	Tarief impact	24
6.6	Impact op NZa regelgeving	24
7	Beoordelingscriteria	26
7.1	Wijziging	27
7.2	Aanleiding	27
7.3	Standpunt deelnemers onderhoudsoverleg	27
7.4	Impact op NZa regelgeving	27
7.5	ICT-impact	29
8	Overige onderwerpen	30
8.1	Consultatiefunctie sociaal domein	31
8.1.1	Wijziging	31
8.1.2	Aanleiding	31
8.2	Inzet en bekostiging Communicatiedeskundige	31
9	Verduidelijkingen	32
9.1	Settings	33
9.2	Onverzekerde zorg	33
9.3	Naasten	33
9.4	Intercollegiaal overleg setting ambulans KS-II	33
Bijlagen: memo's expertgroepen		35

1 Ambulante methadon- verstrekking



1.1 Wijziging

De NZa maakt van de toeslag Ambulante methadonverstrekking een overige prestatie Ambulante methadonverstrekking.

1.2 Aanleiding/probleem

De prestatie voor ambulante methadonverstrekking is voor de vergoeding van de methadon, een sterke pijnstiller voor bij matige tot hevige pijn en bij verslaving aan opiaten. In de prestatie zit alleen het medicijn inbegrepen, verder niets.

Op dit moment is de prestatie in het zorgprestatiemodel vormgegeven als toeslag op een consult. De toeslag is bedoeld ter dekking van 1 maand methadonverstrekking. Dat maakt dat er in de betreffende maand altijd minimaal één onderliggend consult moet zijn om de prestatie ambulante methadonverstrekking voor die maand in rekening te kunnen brengen. Dat werkt in de praktijk niet altijd goed, omdat het verstrekken van de methadon zo kort duurt dat de zorgverlener geen consult van 5 minuten kan declareren en er soms geen reguliere consulten worden geleverd in de betreffende maand. En door de vormgeving als toeslag kan de methadon niet in rekening gebracht worden als er geen onderliggend consult is.

1.3 Overige oplossingsrichtingen

Naast deze oplossing is tijdens het onderhoudsoverleg van 12 april 2022 ook de suggestie aangedragen om niet alleen de kosten van het medicijn te vergoeden maar een kleine hoeveelheid tijd te verwerken in het tarief voor de overige prestatie AMV. De NZa neemt deze suggestie niet over. Ambulante methadonverstrekking was in 2017 ook al onderdeel van de productstructuur. De tijd die gemoeid was met het verstrekken van methadon kon geschreven worden op een dbc. Dit betekent dat deze tijd zit verdisconteerd in de tarieven van de consulten.

1.4 ICT impact

De ICT impact is klein.

1.5 Tariefimpact

De wijziging kent geen tariefimpact. Het tarief voor AMV blijft, behoudens de jaarlijkse indexatie, gelijk. Ook de eenheid van declaratie (één keer per maand) verandert niet dus blijft ook het volume gelijk.

1.6 Standpunt deelnemers onderhoudsoverleg

Tijdens het vorige onderhoudsoverleg is uitsluitend gesproken over het vergoeden van de tijd voor de uitgifte van methadon.

1.7 Impact op NZa regelgeving

Deze wijziging heeft geen grote impact op de NZa regelgeving. In de 2023 beleidsregel verplaatst de NZa de prestatie "Toeslag ambulante methadon verstrekking" van "Hoofdstuk 4 Toeslagen" naar "Hoofdstuk 5 Overige prestaties"

2 Groepsconsulten



2.1 Indirecte tijd

2.1.1 Wijziging

De NZa verdeelt de algemeen indirecte tijd van enkel behandelconsulten opnieuw over behandel- en groepsconsulten. De hoeveelheid algemeen indirecte tijd die aan diagnostiekconsulten is toegerekend, blijft in stand. Bij nader inzien is dit een betere manier om de tarieven vast te stellen voor groepsconsulten.

2.1.2 Aanleiding/probleem

Bij de totstandkoming van de tarieven voor het ZPM is gekozen om bij groepsconsulten enkel rekening te houden met directe tijd en consultgebonden indirecte tijd. De algemeen indirecte tijd is volledig naar de individuele consulten toegerekend. Nu zijn er vanuit het veld signalen binnengekomen dat groepsconsulten onvoldoende gecompenseerd worden voor indirecte tijd. De vermeende te lage tarieven van groepsconsulten kunnen ervoor zorgen dat de levering van groepsconsulten neemt af ten gunste van de individuele consulten.

2.1.3 Overige oplossingsrichtingen

Tijdens het onderhoudsoverleg van 12 april 2022 is ook de optie besproken om algemeen indirecte tijd van zowel behandel- als diagnostiekconsulten opnieuw verdelen over behandel-, diagnostiek- en groepsconsulten. De vergoeding van groepsconsulten zou met ruim 30% stijgen en de vergoeding voor diagnostiek en behandeling met zo'n 2,5% dalen.

De NZa neemt deze optie niet over omdat de aard van groepsconsulten meer vergelijkbaar is met behandelconsulten dan met diagnostiekconsulten. Daarnaast zijn er ook signalen dat diagnostiekconsulten ondergecompenseerd worden. Hoewel we dit laatste niet hebben kunnen vaststellen op basis van data, laat de voorgestelde oplossingsrichting de diagnostiekconsulten ongemoeid.

2.1.4 ICT impact

Het doorvoeren van nieuwe tarieven heeft geen grote impact.

2.1.5 Tariefimpact

Het tarieven van reguliere behandelconsulten en groepsconsulten zullen wijzigen. De vergoeding van groepsconsulten stijgt met 25-30%. De hoeveelheid algemeen indirecte tijd die aan diagnostiekconsulten is toegerekend, blijft in stand. De vergoeding van behandelconsulten daalt met 2-3%.

2.1.6 Standpunt deelnemers onderhoudsoverleg

dNggz adviseert om goed naar de analyse van de NZa te kijken. De huidige systematiek zou leiden tot registraties die technisch niet kloppen. dNggz vindt dat we niet moeten wachten tot 2026, na het kostprijsonderzoek, waarbij gekeken gaat worden naar breder onderhoud op de indirecte tijd.

ZN geeft aan dat zij het in het bredere kader van de discussie rondom indirecte tijd liever geen aanpassingen doet aan losse prestaties.

MeerGGZ geeft aan dat het tarief voor individuele behandeling en groepen ongeveer gelijk is. Het lijkt er op dat in de setting monodisciplinair het tarief voor groepen omhoog gaat. Beïnvloedt dat de keuze voor de beste behandeling voor de cliënt? MeerGGZ adviseert dit niet te eenzijdig te bekijken.

2.1.7 Impact op NZa regelgeving

Op de beleidsregel en nader regel 2023 heeft deze wijziging geen impact. In de tariefbeschikking zullen de tarieven wijzigen.

2.2 Tijdseenheid

2.2.1 Wijziging

Geen wijziging per 2023. Dit onderwerp heeft geen grote haast en zou wel impact hebben op de ICT van zorgaanbieders. De NZa is voornemens per 2024 de tijdseenheid van groepsconsulten te wijzigen van 30 naar 15 minuten.

2.2.2 Aanleiding/probleem

Een aantal aanbieders ervaart praktische problemen als het gaat om de tijdseenheid die kan worden geselecteerd bij de registratie en declaratie van groepsconsulten. Als tijdsduur van een groepsconsult kan nu alleen gekozen worden voor een duur van (een veelvoud van) 30 minuten. Deze tijdseenheid blijkt in de praktijk te ruim gekozen te zijn, want gemiddeld 35% van de groepsconsulten eindigt “op het kwartier”.

2.2.3 Overige oplossingsrichtingen

Tijdens het onderhoudsoverleg van 12 april 2022 is ook de optie besproken om de tijdseenheden van groepsconsulten gelijk te stellen aan de tijdseenheden die bestaan voor de reguliere consulten, dus groepsconsulten van 5–15-30–45-60–75–90–120 minuten. Deze oplossing leidt tot acht keer zoveel regels in de tariefbeschikking en de codetabel prestaties en tarieven.

De NZa neemt deze optie niet over vanwege de toename in het aantal prestaties die dit met zich mee brengt.

2.2.4 ICT impact

De optie een groepsconsult op te knippen naar 15 minuten is ICT technisch niet complex. Maar dit heeft wel impact op de agenda software.

2.2.5 Tariefimpact

Het tarief van de bestaande 72 prestaties van groepsconsulten zal gehalveerd worden.

2.2.6 Standpunt deelnemers onderhoudsoverleg

Er is impact op planningssoftware voor aanbieders. Verder had niemand had grote voors of tegens bij dit voorstel en NFU was indiender en voorstander.

2.2.7 Impact op NZa regelgeving

Op de beleidsregel 2024 zal dit voornemen de impact hebben dat bij de prestatiebeschrijving de tijdseenheid bij groepsconsult veranderd van 30 minuten naar 15 minuten. In de tariefbeschikking zullen de tarieven voor de groepsconsulten wijzigen.

2.3 Tolken

2.3.1 Wijziging

De NZa voegt een toeslag toe voor de bekostiging van de inzet van tolken in groepsconsulten. Dit betekent dat er 10 prestaties worden toegevoegd aan het ZPM gekoppeld aan het aantal patiënten dat binnen een groepsconsult een tolk deelt. Dit heeft weliswaar impact op de ICT, maar er is maatschappelijke behoefte aan de aanwezigheid van tolken bij groepsconsulten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast is dit zorg die valt binnen de aanspraken binnen de Zorgverzekering, zodat hiervoor een prestatie beschikbaar moet zijn.

2.3.2 Aanleiding/probleem

In het ZPM is het met ingang van 1 januari 2022 de inzet van een doventolk en een talentolk te bekostigen bij een regulier consult door het declareren van een toeslag tolken. De inzet van tolken bij groepsconsulten wordt niet structureel bekostigd, maar vergoed door specifieke afspraken met zorgverzekeraars te maken of gebruik te maken van max-max-tarieven. Een beperkt aantal zorgaanbieders heeft meer te maken met patiënten die gebruik moeten maken van een tolk en komt hierdoor niet uit met de huidige bekostiging.

2.3.3 Overige oplossingsrichtingen

Voor de oplossingsrichting is gekeken naar de opties die genoemd worden voor de tijdseenheden van groepsconsulten. Tijdens het onderhoudsoverleg van 12 april 2022 is de optie besproken wat het betekent als een toeslag inzet tolk wordt gekoppeld aan groepsconsulten met tijdseenheden van 5-15-30-45-60-75-90-120 minuten. Bij deze optie moeten 80 nieuwe toeslagen worden toegevoegd voor de bekostiging van de inzet van tolken in een groepsconsult.

De NZa neemt deze optie niet over vanwege het voornemen om de tijdseenheid van groepsconsulten te wijzigen van 30 naar 15 minuten.

2.3.4 ICT impact

Op dit moment komen geen toeslagen bij groepsconsulten voor in het ZPM. De impact voor de ICT is daarom zeer hoog.

2.3.5 Tariefimpact

Er komen tien nieuwe prestaties voor de inzet van een (gedeelde) tolk in een groep moeten worden voorzien van een tarief.

2.3.6 Standpunt deelnemers onderhoudsoverleg

Nog geen duidelijk standpunt ingenomen door partijen.

2.3.7 Impact op NZa regelgeving

In de beleidsregel 2023 zullen in het hoofdstuk toeslagen de volgende toeslagen worden toegevoegd:

- Toeslag inzet tolk in groep voor 1 patiënt
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 2 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 3 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 4 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 5 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 6 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 7 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 8 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 9 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep vanaf 10 patiënten

Prestatiebeschrijving Toeslagen inzet tolk in groep

De toeslagen inzet tolk zijn per 30 minuten, net zoals de groepsconsulten zelf. Per blok van 30 minuten wordt voor elke patiënt de prestatie gekozen die past bij het aantal patiënten dat gebruik heeft gemaakt van de tolk.

Extra toelichting: Dit betekent dat als een tolk in een groepsconsult wordt gedeeld met bijvoorbeeld 3 patiënten, de “Toeslag inzet gedeelde tolk in een groep voor 3 patiënten” gedeclareerd mag worden bij de 3 patiënten die gebruik maken van dezelfde tolk. Dit is onafhankelijk van de totale groepsgrootte en is van toepassing op elke tolk die wordt ingezet binnen een groepsconsult.

3 Labkosten



3.1 Wijziging

De NZa voert geen wijziging door, omdat de informatie daar onvoldoende aanleiding toe geeft:

- Het betreft een tijdelijke situatie die is ontstaan door invoering van vrije tarieven in de msz en vervolgens het zorgprestatiemodel in de ggz. De kosten zullen in een volgend kostprijsonderzoek meelopen.
- Een wijziging is complex qua uitvoering en berekening van kosten/tarieven. De noodzakelijke kosteninformatie is niet aanwezig en zou normatief bepaald moeten worden.
- De omvang van de problematiek is beperkt en een wijziging daarmee niet proportioneel.
- Er is een lichter alternatief mogelijk, namelijk het maken van afspraken via de zorginkoop.

3.2 Aanleiding/probleem

Tot 1 januari 2020 werd door de psychiater aangevraagd laboratoriumonderzoek door het uitvoerende laboratorium rechtstreeks bij de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt gedeclareerd, die dit dan aan het laboratorium uitbetaalde. De overige zorgproducten (ozp's) voor de ggz en fz, waar de laboratoriumonderzoeken deel van uitmaakten, zijn per 1 januari 2020 komen te vervallen (in verband met vrije tarieven in de msz).

De betreffende kosten voor ozp's zijn aan de hand van het kostprijsonderzoek 2020 integraal verwerkt binnen de huidige (dbc)-tarieven voor zowel ambulante als klinische. Vanaf dat moment moeten de zorgaanbieders die laboratoriumonderzoeken aanvragen voor de ggz ook zelf de rekening van de laboratoria betalen. Hiervoor zit er een vergoeding in de tarieven van de consulten.

Op 30 september 2020 ontving de NZa van de NVvP een wijzigingsverzoek voor herziening van deze manier van vergoeden van laboratoriumkosten. De NVvP wil een oplossing in de bekostiging van labonderzoeken voor het deel van de zelfstandig gevestigde psychiaters dat structureel meer kosten heeft door het aanvragen van labonderzoeken dan dat (de generieke opslag in) het consultatief vergoedt.

In de bijlage '5a5 Memo Labkosten' bij de agenda van het onderhoudsoverleg van 12 april 2022 staat de argumentatie voor deze aanvraag en de omvang van het probleem verder uitgewerkt.

3.3 Overige oplossingsrichtingen

De werkgroep heeft verschillende opties verkend.

- Optie a: Een nieuwe prestatie (toeslag) bovenop de consulten voor psychiaters in setting ambulante sectie II per 2023
- Optie b: Verdisconteren van de hogere labkosten specifiek in het consulttarief voor psychiaters ambulante sectie II per 2023
- Optie c: Geen wijziging voor 2023, maar wachten op meer data na kpo.
- Optie d: Per 2023 een 'pilot' met het direct vergoeden van de labkosten door de zorgverzekeraars.

In de bijlage '5a5 Memo Labkosten' bij de agenda van het onderhoudsoverleg van 12 april 2022 staan de voordelen, nadelen en ICT consequenties van de verschillende opties uiteengezet.

3.4 ICT impact

Geen impact

3.5 Tariefimpact

Geen impact

3.6 Standpunt deelnemers onderhoudsoverleg

De standpunten van zowel de werkgroepleden als de deelnemers van het onderhoudsoverleg zijn verdeeld. ZN doet het voorstel om dit onderwerp op te pakken in de contracteringsafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. NVvP is het daarmee niet eens en vraagt aandacht voor vrijgevestigde psychiaters die geen individuele contractafspraken maken.

3.7 Impact op NZa regelgeving

Geen impact

4 Spravato



4.1 Wijziging

Geen wijziging. De NZa is niet voornemens voor 2023 de indicatie voor spravato toe te voegen aan de informatieverplichtingen zodat deze bij de declaratie vermeld moet worden.

4.2 Aanleiding

Per 1 september 2021 is er een overige prestatie *Spravato 28 mg*. In 2022 is Spravato een toeslag op een consult. In de tariefbeschikking is opgenomen dat deze toeslag alleen gedeclareerd mag worden als de indicatie is vastgelegd waarvoor Spravato is toegediend

4.3 Standpunt deelnemers onderhoudsoverleg

Zorverzekeraars vinden het opnemen van de indicatie op de factuur onwenselijk.

4.4 Privacytoets

Het opnemen van een indicatie op de nota is het vermelden van een medisch persoonsgeven. Voor het vermelden van medische persoonsgegevens op de factuur is een juridische grondslag vereist en een toets op onder andere de noodzakelijkheid en proportionaliteit van de privacyschending. De NZa komt tot de conclusie dat de aan de vereiste noodzakelijkheid op dit moment niet voldaan is om de indicatie voor spravato bij de declaratie te vermelden. Dit mede gelet op het standpunt van verzekeraars dat zij de indicatie niet nodig hebben voor hun werkzaamheden. De registratieplicht van de indicatie staat hier overigens los van.

4.5 ICT Impact

Tijdens het ICT overleg is aangegeven dat dit forse implicaties heeft op de ICT. Zorgverzekeraars geven aan dat de declaratiestandaard aangepast moet worden. Voor zorgaanbieders betekent dit dat er een abonnement nodig is om dit goed te regelen.

5 Levenslooppak



5.1 Wijziging

Voor de A-release (publicatiedatum 1 juli) is de NZa niet voornemens een wijziging door te voeren.

5.2 Aanleiding

De werkgroep vanuit VWS heeft zich gericht op de bekostiging van zowel de niet-cliëntgebonden als de cliëntgebonden coördinatiekosten die het uitvoeren van de levensloopaanpak met zich meebrengt. De vergoeding voor indirecte tijd die in het tarief van de consulten (setting ambulant forensisch) zit is op basis van een data uitvraag door de NZa onvoldoende om de (niet) cliëntgebonden coördinatiekosten te dekken. De levensloopaanpak liep nog niet in het boekjaar (2017) waarop het kostenonderzoek is uitgevoerd.

De werkgroep heeft verschillende activiteiten ondernomen.

1. Duiding gevraagd aan het Zorginstituut of de zowel de niet-cliëntgebonden als de cliëntgebonden coördinatiekosten onder de Zvw of fz vallen?
2. Verschillende bekostigingsopties beschrijven met voor- en nadelen en randvoorwaarden.
3. Data uitvraag gedaan onder vijf levensloopaanbieders om inzicht te krijgen in de cliëntgebonden coördinatietijd. Deze data moest zowel als input dienen voor passende tarieven voor '22 en voor een eventueel maximumtarief voor '23.

5.3 Verzekerde aanspraak

Om tot een structurele oplossing in de vorm van een prestatie binnen het ZPM bekostiging te komen, is een bovenliggende vraag of de niet-cliëntgebonden en de cliëntgebonden coördinatiefunctie onder de verzekerde aanspraak vallen. Vanuit het Zorginstituut is een memo ontvangen met een eerste richting over de te geven duiding/notitie waaruit blijkt dat coördinatiekosten van de levensloopaanpak via de verschillende bekostigingsregimes zou moeten verlopen. Het Zorginstituut duidt dat zowel de niet-cliëntgebonden en de cliëntgebonden coördinatiekosten in de Zvw liggen als de primaire zorgvraag van de patiënt geneeskundig van aard is en dus binnen de Zvw ligt. Ligt de primaire zorgvraag buiten de Zvw dan moeten de coördinatiekosten ten laste worden gebracht van het domein waar de primaire zorgvraag van de patiënt ligt.

5.3.1 Gevolg

Het gevolg van de duiding is dat voor geïncludeerde patiënten waarvan de primaire zorgvraag geneeskundig van aard is (het zwaartepunt van de behandeling ligt in de Zvw of fz), zowel de niet-cliënt- als de cliëntgebonden coördinatie activiteiten onder de verzekerde aanspraak vallen. Grove schattingen zijn dat dit voor 75% van de cliënten geldt. Hiervoor kan (in theorie) een bekostiging worden gemaakt door de NZa.

Voor de 25% geïncludeerde patiënten waarvan de primaire zorgvraag niet geneeskundig van aard is (het zwaartepunt van de behandeling ligt in andere domeinen dan de Zvw of fz), vallen zowel de niet-cliënt- als de cliëntgebonden coördinatie activiteiten niet onder de verzekerde aanspraak. De financiering moeten de levensloopaanpak aanbieders 'halen' bij de financiers van die domeinen (gemeenten, VenJ bij detentie,...).

5.4 Bekostigingsopties

Binnen de werkgroep zijn twee mogelijke oplossingsrichtingen onderzocht binnen de kaders van de wmg. Beide oplossingsrichtingen zijn zogenoemde 'overige prestaties'. Beide varianten lopen tegen het verderop in deze notitie geschetste tariefprobleem aan.

Beide opties kennen dus voor- en nadelen op het gebied van uitvoering en transparantie. Samenvattend kan gesteld worden dat de eerste oplossingsrichting (fpt-variant) eenvoudiger is in de uitvoering met als keerzijde dat deze minder inzicht geeft in de uitgevoerde activiteiten ten opzichte van de tweede variant (ICC-variant). Deze biedt meer inzicht met een hogere impact op de uitvoering en administratieve lasten. Hiermee ligt er geen model op tafel die zowel de gewenste transparantie als beperkte administratieve lasten weet te bereiken.

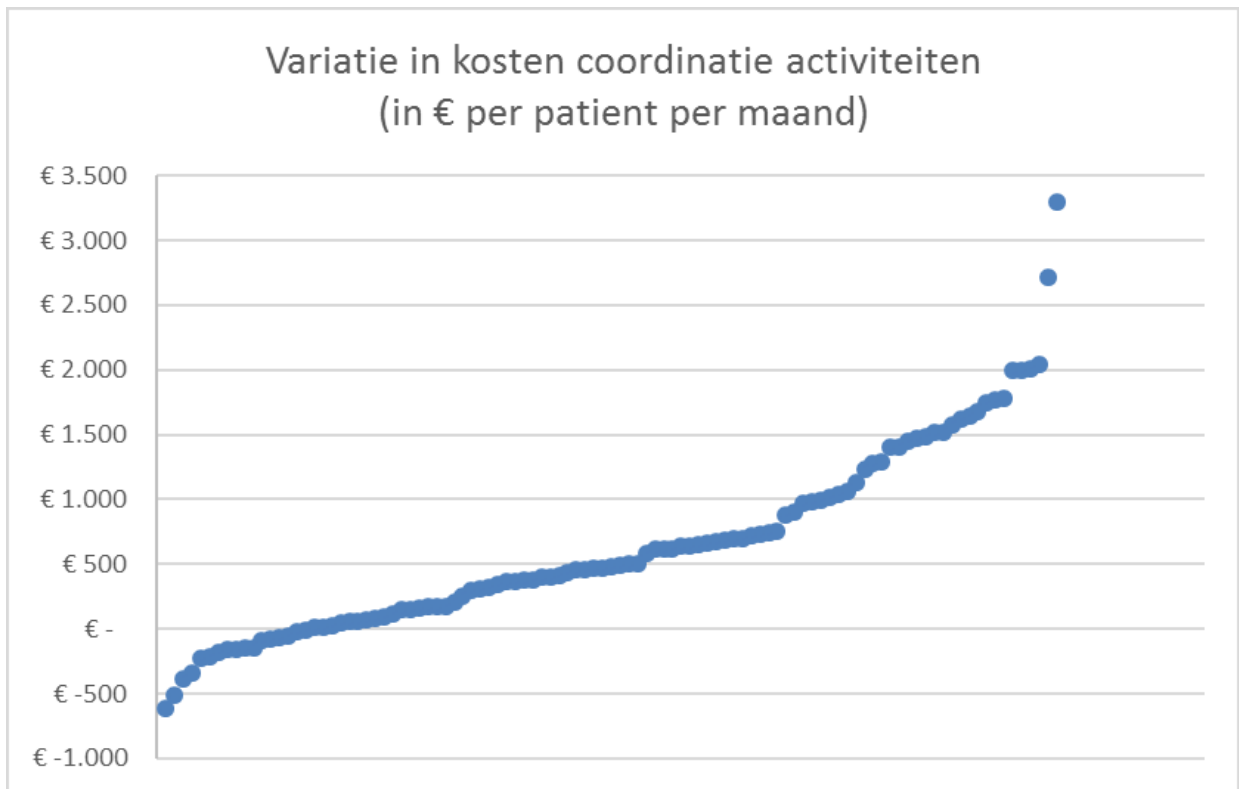
Voor beide opties geldt dat de toevoeging van de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten aan de prestatie complex is. Het gaat hier om inzet, die enkel door de 11 coördinerende aanbieders wordt geleverd en het gaat per regio - en dus per aanbieder - om een vast bedrag per jaar. Door het opnemen in de prestatie maak je de vergoeding afhankelijk van het volume, waardoor een aanbieder teveel of te weinig vergoeding ontvangt. Daarnaast zijn het zowel coördinerend als niet-coördinerend levensloopaanbieders die de prestatie zouden declareren, waarbij alleen coördinerend levensloopaanbieders deze kosten maken. De totale kosten van niet-cliëntgebonden coördinatie zijn relatief klein ten opzichte van de patiëntgebonden kosten.

5.5 Data uitvraag

De niet-cliënt gebonden coördinatiekosten liggen bij 11 zorgaanbieders die zijn aangewezen als coördinerend levensloopsaanbieder. Deze zijn door onderzoeksbureau Significant geraamd op € 445.500, of te wel € 40.500 per aanbieder

De cliënt gebonden coördinatiekosten liggen bij alle levensloopaanbieders. Per regio is er bepaald welke aanbieders de levensloopaanpak uitvoeren. In totaal zijn er zo'n 20 à 25 levensloopaanbieders.

Voor inzicht in de cliëntgebonden coördinatiekosten is een uitvraag geweest bij 5 aanbieders (104 patiënten). De geschatte kosten komen daar op € 567 euro per patiënt per maand. Alleen ziet de werkgroep in de data uitvraag een grote variatie in kosten tussen aanbieders en tussen patiënten (zie figuur hieronder). Van de vijf aanbieders zitten er twee overwegend links in het figuur (met beneden gemiddelde kosten) en drie rechts (met bovengemiddelde kosten)



De grote variatie in kosten maakt het lastig om tot een goed onderbouwd tarief (redelijkerwijs kostendekkend) te komen. Het (indirecte) risico hiervan is dat enkele levensloopaanbieders die nu nog geen patiënten hebben geïncludeerd hier ook niet mee starten of dat levensloopaanbieders die wel al zijn gestart het aantal geïncludeerde patiënten niet uitbreiden.

5.6 Standpunt deelnemers

De werkgroep signaleert grote risico's bij de uitvoering van de levensloopaanpak. Ten eerste komt dit door de gefragmenteerde wijze waarop een integrale aanpak moet worden gefinancierd. Ten tweede komt dit door de grote variatie in kosten. Het belangrijkste gevolg is dat dit inclusie van nieuwe patiënten in de ketenveldnorm levensloopfunctie en snelle implementatie in gevaar brengt.

De werkgroep heeft deze conclusie voorgelegd aan het bestuurlijk overleg. Dit vindt plaats op 12 mei 2022. Aan het BO is gevraagd of zij de conclusie van de werkgroep deelt. In het BO worden ook enkele opties besproken.

6 Somatische co- morbiditeit



6.1 Wijziging

De NZa stelt per 2024 drie nieuwe verblijfsprestaties vast: complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit E, F en G. De NZa staat achter de wens en onderbouwing om bij de verblijfsdagen een differentiatie door te voeren voor somatische comorbiditeit. Tegelijkertijd zijn er nu veel onzekerheden rondom de impact van het zorgprestatie-model. Deze context maakt het te risicovol om voor 2023 een besluit te nemen dat dalende invloed heeft op de tarieven voor de reguliere verblijfsdagen E, F en G. De NZa zal de ontwikkeling van de impact van het zorgprestatie-model monitoren en per 2024 de gevraagde differentiatie doorvoeren voor de verblijfsdagen E, F en G.

6.2 Aanleiding

Somatisch-psychiatrische co morbiditeit komt onvoldoende tot uiting in de bekostiging in de ggz. De introductie van de setting hoog specialistisch in het zorgprestatie-model (voor consulten behandeling en diagnostiek) heeft geen directe impact op de bekostiging van somatisch-psychiatrische co morbiditeit bij verblijfszorg. Settings gelden niet voor verblijfsdagen.

De zorginhoudelijke kaders voor patiënten met zorgvragen betreffende complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit zijn helder beschreven in de generieke module ziekenhuispsychiatrie en veldnormen MPU. Deze documenten geven een zorginhoudelijk kader voor zorgvragen op gebied van somatisch-psychiatrische comorbiditeit. Op basis daarvan kunnen we verschillende mate van complexiteit in de zorgvragen van de patiënt met somatisch-psychiatrische comorbiditeit onderscheiden.

6.3 Standpunt deelnemers onderhoudsoverleg

V&VN vraagt zich af waarom verblijf met somatische comorbiditeit duurder is?

Meer GGZ heeft er moeite mee dat in voor het kostprijsonderzoek integraal wordt gekeken en voor deze prestaties met een normatief deelonderzoek tarieven worden vastgesteld.

ZN vraagt naar de afbakening en geeft aan dat voor verzekeraars cruciaal is te weten wat 'complex' is.

DJI praat graag door over de vraag of deze prestaties ook voor de forensische zorg nodig zijn.

6.4 ICT-impact

Drie nieuwe prestaties hebben ICT-impact, maar deze impact is gemiddeld omdat de prestaties passen in de bestaande structuur.

6.5 Tarief impact

Voor de drie tarieven van de nieuwe verblijfsprestaties gaat de NZa uit van 100% kostprijzen van PAAZ'en en PUK'en. Voor de drie 'reguliere' prestaties verblijf E, F en G gaat de NZa uit van 100% kostprijzen van ggz-instellingen. De maximale totale opbrengst voor verblijfszorg voor PAAZ'en en PUK'en gaat waarschijnlijk omhoog en de maximale opbrengst voor ggz-instellingen beperkt omlaag. De NZa verwacht dat deze wijziging macro neutraal kan worden doorgevoerd, uitgaande van goede afbakening van de prestatie, maar dus wel leidt tot verschuivingen tussen zorgaanbieders.

6.6 Impact op NZa regelgeving

In de beleidsregel zullen per 2024 worden drie nieuwe verblijfsprestaties opgenomen, te weten:

- Verblijfsdag E ggz, met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit;
- Verblijfsdag F ggz, met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit;
- Verblijfsdag G ggz, met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit.

In bijlage 1 van de beleidsregel komt de prestatiebeschrijving. In de prestatiebeschrijving komt de afbakening naar voren voor welke patientgroepen het betreft en waar het aanbod aan moet voldoen.

7 Beoordelingscriteria



7.1 Wijziging

De NZa neemt in hoofdstuk 7 van de beleidsregel een overzicht op van de inhoudelijke criteria waarop een wijzigingsverzoek wordt beoordeeld. Dit zijn geen bindende zwart-wit-criteria, maar een zo breed mogelijke lijst van omstandigheden waarmee de NZa rekening houdt bij het beoordelen van wijzigingsverzoeken. De NZa wil hiermee zo transparant mogelijk zijn over de verschillende factoren die meewegen bij complexe beleidsafwegingen.

7.2 Aanleiding

In de beleidsregel 2022 is in hoofdstuk 7 een formeel kader opgenomen over het indienen van wijzigingsverzoeken bij de NZa. Naast dit kader is er de brede wens om ook breder duidelijkheid te geven over de inhoudelijke criteria die de NZa waarlangs de NZa een wijzigingsverzoek afweegt.

7.3 Standpunt deelnemers onderhoudsoverleg

De deelnemers van het onderhoudsoverleg vinden het een goede ontwikkeling dat de NZa duidelijkheid geeft over de inhoudelijke toetsingscriteria van wijzigingsverzoeken. Wel geven ze aan dat de lijst wat omvangrijk is en dat de criteria niet moeten sturen in de oplossing.

7.4 Impact op NZa regelgeving

Aan hoofdstuk 7 van de beleidsregel wordt in 2023 een artikel toegevoegd:

Artikel 7.3 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?

7.5 ICT-impact

Geen impact. Deze beoordelingscriteria zijn bedoeld om wijzigingsverzoeken te beoordelen en hebben geen impact op de registratie of declaratie van prestaties.

8 Overige onderwerpen



8.1 Consultatiefunctie sociaal domein

8.1.1 Wijziging

Geen wijziging, omdat dit onderwerp is doorgeschoven naar 2024.

8.1.2 Aanleiding

In het HLA ggz 2019-2022 is opgenomen “dat er behoefte is aan bekostiging van de consultatiefunctie”. In het voorjaar van 2021 heeft ZINL een notitie uitgebracht dat de consultatie van de ggz professional vanuit het sociaal domein tot het verzekerde pakket Zvw behoort. Het gaat om cliënten die in het sociaal domein zitten maar niet (meer) in behandeling zijn in de curatieve ggz. Voor deze specifieke groep wordt een oplossing gezocht hoe de ggz aanbieder bekostigd kan worden. Op 16 februari 2022 is een bestuurlijk overleg over de bekostiging hiervan.

Op 16 februari is er een BO geweest waarin een richtgevend besluit is genomen over de bekostiging van de consultatiefunctie. Voor het jaar 2024 en daarna wordt toegewerkt naar het bekostigen van de consultatiefunctie door middel van een nieuw vorm te geven aparte prestatie ‘Consultatiefunctie’ met een vrij tarief, een contractvereiste en lump sum afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

Voor 2023 wordt er een tussenoplossing gezocht. Deze tussenoplossing ligt in de contractering en niet in de prestatie- en tariefregulering van de NZa.

8.2 Inzet en bekostiging Communicatiedeskundige

Met ingang van 1 januari 2022 is de omschrijving van de in de DBC-systematiek voorkomende prestatie “Toeslag tolk gebarentaal/communicatiespecialist” gewijzigd in “Toeslag inzet tolken. De communicatiedeskundigen kunnen onder deze toeslag inzet tolkenactiviteiten declareren voor die consulten waar de communicatiedeskundige (vergelijkbaar aan de tolk) aanwezig is naast de behandelaar. De communicatiedeskundige voeren echter voornamelijk *zelfstandig* consulten uit. Deze kunnen in het huidige ZPM niet via deze toeslag worden gedeclareerd en vergoed.

In een aparte expertgroep is gesproken over de mogelijkheid om een communicatiekundige te kunnen bekostigen in het ZPM. De volgende afspraken zijn gemaakt:

- De communicatiekundige is in 2022 inzetbaar als tolk naast een behandelaar. Hiervoor kan de toeslag tolk worden gedeclareerd.
- Voor de bekostiging van andere activiteiten in 2022 door de communicatiekundige worden afspraken met verzekeraars gemaakt.
- De omvang van het probleem wordt nader onderzocht. Hiervoor wordt gekeken naar ervaringen in de zintuigelijk gehandicaptenzorg.
- Voor 2023 wordt bekeken of voor de inzet van de communicatiekundige een facultatieve prestatie kan worden gebruikt.
- Voor 2024 wordt een lange termijn oplossing uitgewerkt. De functie van communicatiekundige wordt doorontwikkeld naar een beroep dat wordt opgenomen in ‘overige beroepen’.

Het wijzigingsverzoek komt hiermee te vervallen.

9 Verduidelijkingen



9.1 Settings

De NZa verduidelijkt de tekst over settings zonder hiermee een inhoudelijke wijziging door te voeren. Input voor de verduidelijkingen is de 'Informatiekaart settings in het zorgprestatie-model' van de NZa, de notitie 'Het verantwoorden van settings' vanuit het Programma Zorgprestatie-model en de evaluatie van eerste contracteeronde op basis van het zorgprestatie-model door Zorgverzekeraars Nederland.

9.2 Onverzekerde zorg

De tekst voor de prestaties voor onverzekerde zorg verwoordt de NZa duidelijker.

9.3 Naasten

Naasten van meerdere patiënten kunnen ook in een groepssessie worden betrokken bij de behandeling. De NZa heeft hier recent een informatiekaart over opgeleverd. Dat dit mogelijk verduidelijkt de NZa in de prestatiebeschrijving groepsconsulten.

9.4 Intercollegiaal overleg setting ambulante KS-II

De prestatiebeschrijving kon onterecht worden geïnterpreteerd alsof de prestatie voor collegiaal overleg niet mag worden gedeclareerd in de diagnostiekfase. Dit verduidelijken we. Het is altijd de bedoeling geweest dat deze prestatie ook in de diagnostiekfase kan worden gedeclareerd.



Bijlage 1

Ambulante methadonverstrekking

Aan

Onderhoudsoverleg zorgprestatie model

Van

NZa

Onderwerp

Ambulante methadonverstrekking

Datum

16 februari 2022

1. Aanleiding

De prestatie voor ambulante methadonverstrekking is voor de vergoeding van de methadon, een sterke pijnstiller voor bij matige tot hevige pijn en bij verslaving aan opiaten. In de prestatie zit alleen het medicijn inbegrepen, verder niets.

Op dit moment is de prestatie in het zorgprestatie model vormgegeven als toeslag op een consult. Dat maakt dat er altijd een onderliggend consult moet zijn om de prestatie ambulante methadonverstrekking in rekening te kunnen brengen. Dat werkt in de praktijk niet altijd goed, omdat het verstrekken van de methadon zo kort kan duren dat de zorgverlener geen consult van 5 minuten kan declareren. En door de vormgeving als toeslag kan de methadon ook niet in rekening gebracht worden als er geen onderliggend consult is.

Voorstel is daarom om de prestatie ambulante methadonverstrekking om te katten naar een overige prestatie. Dan kan de methadon worden gedeclareerd ongeacht hoeveel tijd het verstrekken ervan kost.

2. Huidige situatie Beleidsregel

HOOFDSTUK 4 TOESLAGEN

Artikel 4.1 Toeslagen op consulten

Op een consult kunnen de volgende toeslagen van toepassing zijn.

- (...)
- Toeslag Ambulante methadonverstrekking (ggz en fz)
- (...)

Prestatiebeschrijving Toeslag Ambulante methadonverstrekking (ggz en fz)

De prestatie is een toeslag op een consult als vergoeding voor verstrekte methadon. De eenheid van de prestatie is per kalendermaand.

3. Voorstel

HOOFDSTUK 5 OVERIGE PRESTATIES

Artikel 5.1 Overige prestaties

Naast consulten, toeslagen op consulten en de verblijfsdagen bestaan in de ggz de volgende prestaties:

- (...)
- Toeslag Ambulante methadonverstrekking (ggz en fz)
- (...)

Prestatiebeschrijving Ambulante methadonverstrekking (ggz en fz)

De prestatie is voor de vergoeding voor verstrekte methadon. De eenheid van de prestatie is per kalendermaand.

Bijlage

Groepsconsulten indirecte tijd





Memo

Aan

Onderhoudsoverleg

Onderwerp

Groepsconsulten indirecte tijd

Datum

12 april 2022

Indirecte tijd

Aanleiding/Probleem

Bij de totstandkoming van de tarieven voor het ZPM is ervoor gekozen om bij groepsconsulten enkel rekening te houden met directe tijd en consultgebonden indirecte tijd. De algemeen indirecte tijd is volledig naar de individuele consulten toegerekend. Nu zijn er vanuit het veld signalen binnengekomen dat groepsconsulten onvoldoende gecompenseerd worden voor indirecte tijd.

Omvang probleem

Partijen geven in de werkgroep aan dat de tarieven voor groepsconsulten te laag zijn waardoor er een risico is dat de levering van groepsconsulten zal afnemen ten gunste van de individuele consulten. Dit, terwijl groepsconsulten juist een efficiënte manier van behandelen zijn.

Een nadere analyse naar de indirecte tijd voor groepsconsulten wordt nog nagezonden.

Oplossingsrichtingen

De werkgroep ziet de volgende opties als werkbare alternatieven om de vergoeding van groepsconsulten beter aan te laten sluiten bij de praktijk:

- 1 Algemeen indirecte tijd van zowel behandel- als diagnostiekconsulten opnieuw verdelen over behandel-, diagnostiek- en groepsconsulten;
De vergoeding van groepsconsulten zal met ruim 30% stijgen en de vergoeding voor diagnostiek en behandeling met zo'n 2,5% dalen. Deze percentages zijn berekend als het gewogen gemiddelde: er is dus rekening gehouden met het volume van de prestaties.

Consulttype	Percentage verschil
Behandeling & begeleiding	-2,38%
Diagnostiek	-2,45
Groep	30,65%

- 2 Algemeen indirecte tijd van enkel behandelconsulten opnieuw verdelen over behandel- en groepsconsulten.

Bij deze optie blijft de hoeveelheid algemeen indirecte tijd die aan diagnostiekconsulten is toegerekend in stand. De algemeen indirecte tijd die nu aan behandelconsulten is toegerekend wordt verdeeld over behandel- en groepsconsulten.

Consulttype	Percentage verschil
Behandeling & begeleiding	-2,34%
Diagnostiek	0%
Groep	25,2%

Voorkeur expertgroep

26 januari 2022

De expertgroep heeft op inhoud voorkeur uitgesproken voor de tweede methode. Hierbij wordt algemeen indirecte tijd die momenteel is toegerekend aan behandeling herverdeeld over zowel behandel- als groepsconsulten. Diagnostiek blijft hierbij buiten beschouwing.

De expertgroep vraagt zich nog af of het niet beter zou zijn dit vraagstuk in de algemene herijking van de tarieven op te lossen en niet te gaan voor een tussentijds oplossing. Aangegeven werd dat dit met name afhangt van de urgentie van het probleem. Die urgentie wordt door een deel van de expertgroep wel gevoeld.

31 maart 2022

Op ZN na is de expertgroep het erover eens dat de herverdeling van de algemene indirecte tijd volgens methode 2 moet plaatsvinden. Op dit moment wordt er nog gewerkt aan een analyse om de noodzaak van deze herverdeling te verifiëren. Deze analyse wordt in een aparte bijlage nagezonden.

Reactie Onderhoudsoverleg 24 februari 2022

ZN vindt optie 2 de juiste keus, maar vraagt zich af of hiermee het probleem is opgelost. Daarnaast is de vraag of dit nu al moet. Is het wel verstandig om nu al aan dit radertje te gaan draaien zeker als er op meer vlakken vragen gesteld worden over de indirecte tijd. Dan moet er integraal naar indirecte tijd gekeken worden op basis van data. ZN wil eerst het jaar afwachten om te zien hoe het uitpakt. MeerGGZ vraagt hoe de impact is binnen één setting, en wat te doen als er geen impact is. Daarnaast mag een dergelijke wijziging ook geen omgekeerde prikkel zijn om juist meer groepsconsulten te gaan leveren. dNggz heeft vragen naar de impact op ICT en verantwoording. dNggz vraagt zich af wat de omvang van het probleem is en hoe hoog de impact is. Het is een herverdelingsvraagstuk. De NIP reageerde eerder per mail dat dit probleem urgent is en dat het beter is om niet alleen voor groepsconsulten een oplossing te vinden, maar ook voor lage indirecte tijd bij diagnostiekconsulten.

ICT impact

Het alleen doorvoeren van nieuwe tarieven is inderdaad geen grote impact. Het is wel van belang dat dit tijdig aangekondigd wordt.

Aanvullende reactie partijen

In een mail van 28 maart heeft ZN een aanvullende reactie gegeven op dit onderwerp:

Verzekeraars zijn geen voorstander van een aanpassing richting 2023. Op basis van de huidige informatie kunnen we de impact niet goed vast stellen en kunnen we tevens niet vaststellen of de voorgestelde aanpassing ook daadwerkelijk een oplossing biedt voor het aangebrachte probleem. Hierbij gaat dit vraagstuk niet alleen over de tijd voor de groepszorg. Naast het verzoek ten aanzien van de groepszorg roept het NIP ook op om de indirecte tijd bij de diagnostiek te verhogen waarmee we dus eigenlijk breed de vraag hebben liggen of de totale indirecte tijd wel goed is toegerekend. Hoewel we het risico op ongewenste effecten bij een verkeerde toedeling van de indirecte tijd zien is het aanpassen van de structuur zonder volledige en betrouwbare data niet gewenst.

Ons voorstel is daarom om met elkaar te gaan onderzoeken hoe we de problematiek rondom de indirecte tijd op een objectieve en stabiele manier kunnen oplossen om te bepalen of we in 2024 een aanpassing kunnen doen (naast het breed lopende kostenonderzoek 2025/2026). Mochten er 2022 en 2023 problemen zijn bij de financiering van de groepszorg kunnen deze opgevangen worden met de transitieprestatie.

Vraag aan onderhoudsoverleg

Welk advies kunt u geven op basis van de hier geschetste opties en reactie van partijen?

Bijlage 1:

Indiener van het verzoek

Vanuit het Programma ZPM

Werkgroep Groepsconsult

Organisatie

Centrum '45

CWZ

dNggz

dNggz (ggzwnb)

GGMD

NIP

NPSAI

NZa

NZa

NZa

ProPersona

Propersona

Psychologenpraktijk Perspectief

ZN

ZN



Memo

Aan

Onderhoudsoverleg ZPM

Onderwerp

Aanvullende analyses indirecte tijd bij groepsconsulten

Datum

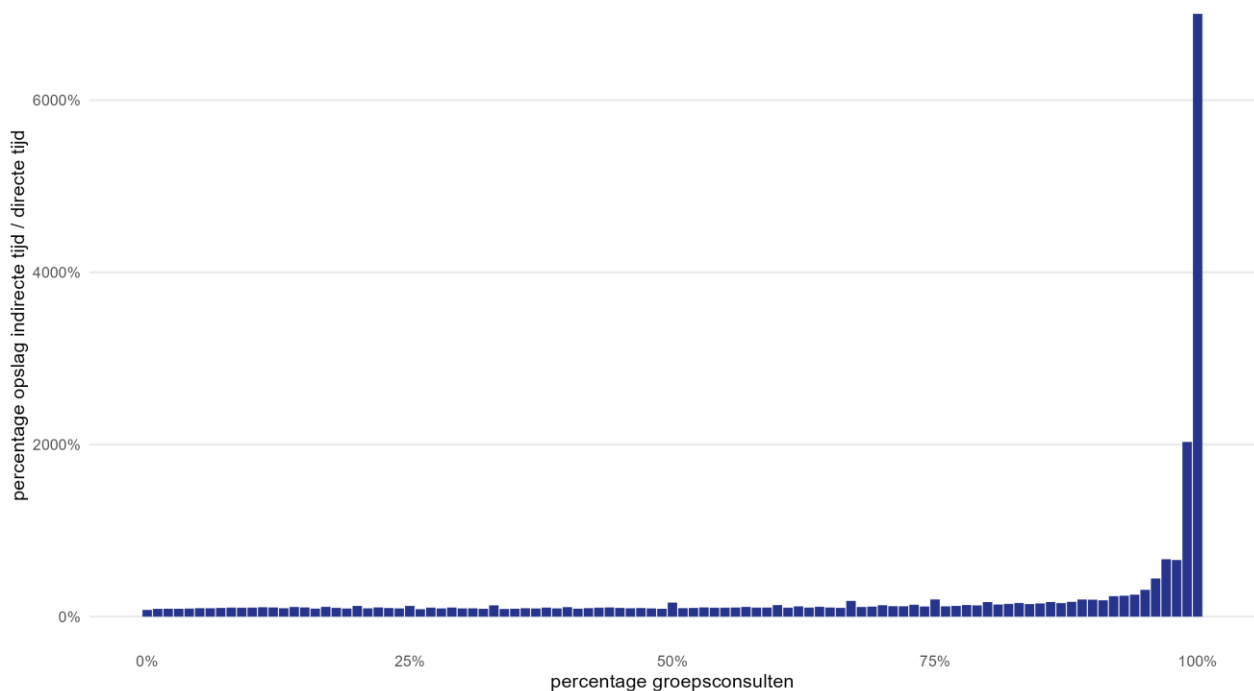
12 april 2022

Onderstaand enkele aanvullende analyses bij het memo groepsconsult indirecte tijd OO 20220412 (het memo). De analyses tonen aan dat de huidige verdeling van indirecte tijd groepsconsulten tekort doet. Tevens wordt onderbouwd dat de in het memo voorgestelde oplossing dit probleem zo goed als oplost.

Opslag indirecte tijd

In eerste instantie kijken we naar de opslag indirecte tijd in verhouding tot het percentage groepsconsulten in trajecten. Als de huidige bekostiging klopt dan verwachten we dat de opslag indirecte tijd per traject geen verband laat zien met het percentage groepsconsulten. Als we daarentegen een stijgende lijn zien, dan wordt indirecte tijd van groepsconsulten op individuele consulten opgeslagen. Dit laatste is ook wat het volgende plaatje laat zien.

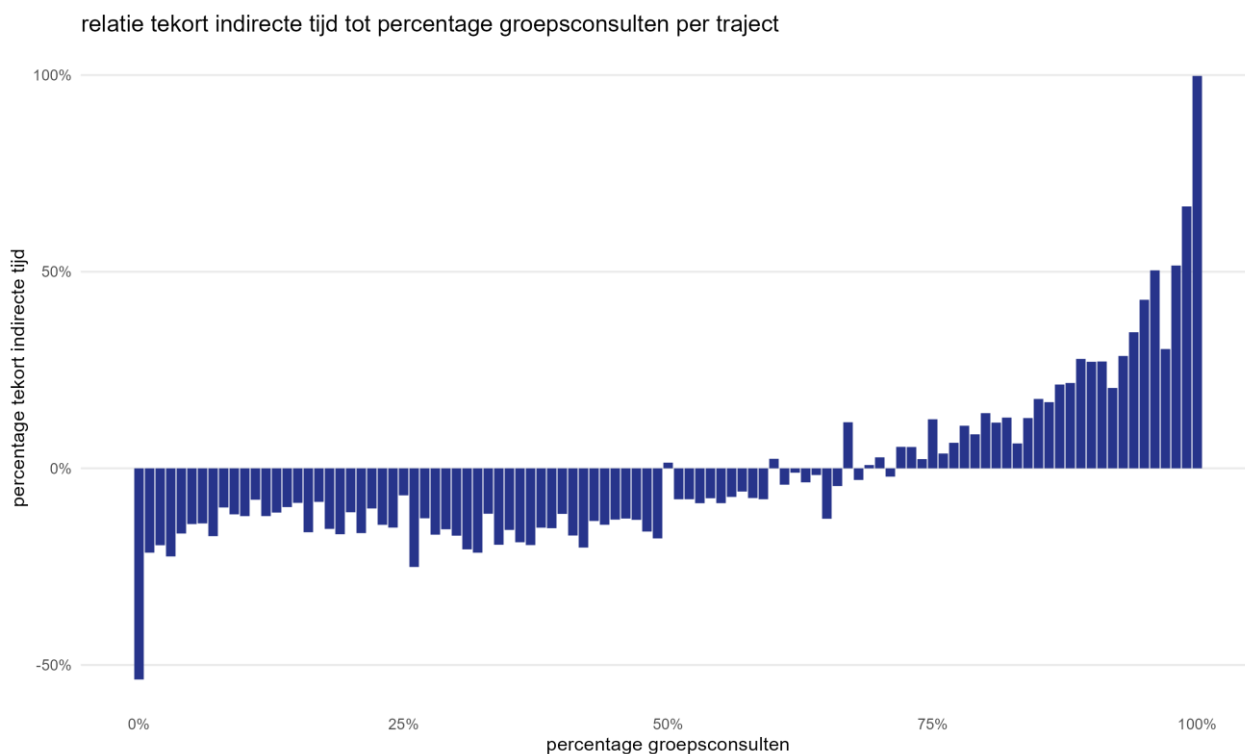
relatie opslag indirecte tijd tot percentage groepsconsulten per traject



Tekort indirecte tijd volgens huidige vergoeding

Vervolgens kunnen we nog bekijken hoe het tekort aan indirecte tijd per traject (bestede minus vergoede indirecte minuten) zich verhoudt tot het percentage groepscontacten in een traject. Ook hier geldt dat we gemiddeld genomen een vergelijkbaar tekort zouden moeten zien per percentage indirecte tijd, of in elk geval geen verband zouden moeten kunnen ontdekken in de twee variabelen.

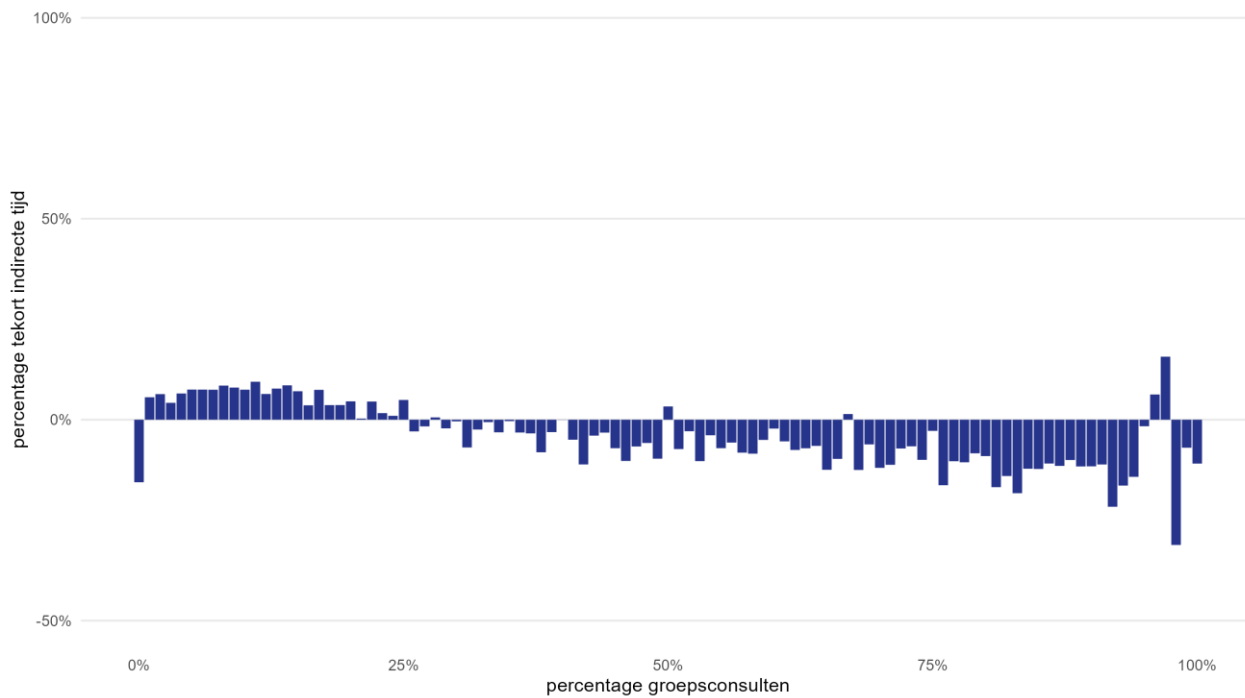
Onderstaande figuur laat echter zien dat er wel degelijk een verband bestaat, namelijk een overschot (negatief tekort) bij geen of weinig groepscontacten en een tekort bij veel groepsconsulten:



Tekort indirecte tijd na herverdeling

Tenslotte kijken we wat er gebeurt als we de indirecte tijd herverdelen volgens voorstel. Dat houdt in dat we de indirecte tijd die nu toegerekend is aan de behandelconsulten verdelen over de behandel- en groepsconsulten. Dit doen we per traject en zal daarom niet volledig aansluiten bij een herberekening van de tarieven, maar het geeft wel uitsluitsel of het gewenste resultaat behaald wordt. Zoals hierboven zal een grafiek zonder duidelijk verband aantonen dat de indirecte tijd op de juiste plaats terecht komt. We zien in de grafiek hieronder dat de indirecte tijd aanzienlijk beter verdeeld is. Er is echter nog steeds een (nu negatief) verband zichtbaar. Dit houdt in dat behandelconsulten (groepsconsulten) mogelijk licht ondergecompenseerd (overgecompenseerd) worden. Bij een herberekening van de tarieven zal hier oog voor moeten zijn.

relatie tekort indirecte tijd tot percentage groepsconsulten per traject - na herverdeling



Bijlage

Groepsconsulten tijdseenheid





Memo

Aan

Onderhoudsoverleg

Onderwerp

Groepsconsulten tijdseenheid

Datum

12 april 2022

Tijdseenheid groepsconsult

Aanleiding / probleem

Een aantal aanbieders ervaart praktische problemen als het gaat om de tijdseenheid die kan worden geselecteerd bij de registratie en declaratie van groepsconsulten. Als tijdsduur van een groepsconsult kan er nu alleen gekozen worden voor een duur van (een veelvoud van) 30 minuten. Deze tijdseenheid blijkt in de praktijk wellicht te ruim gekozen te zijn. Reden hiervoor is dat in praktijk naar nu blijkt ook regelmatig groepsconsulten van bijvoorbeeld 45 minuten worden gegeven. Voor individuele consulten is er gekozen voor diverse tijdseenheden waartussen een beperktere interval zit. Hiebij is te kiezen voor 5 – 15 – 30 – 45 - 60 – 75 – 90 – 120 minuten als duur van het consult.

Omvang probleem

De NZa heeft een analyse gedaan op de DIS-database waaruit blijkt dat gemiddeld 35% van de groepsconsulten “op het kwartier” eindigt. Vrijwel alle aanbieders hebben hier in enige mate mee te maken.

Oplossingsrichtingen

Naast het behouden van de huidige tijdseenheid van 30 minuten zien wij twee andere oplossingen.

1 De eenheden verkorten naar tijdseenheden van 15 minuten

In deze optie blijft de prestatie indeling hetzelfde alleen wordt de tijdseenheid verkort naar 15 minuten in plaats van 30 minuten.

Door de tijdsduur van groepsconsulten te wijzigen van 30 naar 15 minuten verandert er niets aan het aantal prestaties dat in de beleidsregel en tariefbeschikking is opgenomen. Bij een groepsconsult vanaf 30 minuten zal er sprake zijn van een verdubbeling van het aantal declaratieregels op de factuur. Een groepsconsult van 1,5 uur zal op de factuur komen als 6 declaratieregels van 15

minuten.

- 2 De tijdseenheden van groepseenheden worden gelijkgesteld aan de tijdseenheden die bestaan voor de reguliere consulten, dus groepsconsulten van 5 – 15 – 30 – 45 - 60 – 75 – 90 – 120 minuten.

In deze optie wordt de lijst met prestaties:

- Consult per patiënt in groep 2 patiënten vanaf 5 minuten
 - Consult per patiënt in groep 2 patiënten vanaf 15 minuten
 - Consult per patiënt in groep 2 patiënten vanaf 30 minuten
 - Consult per patiënt in groep 2 patiënten vanaf 45 minuten
 - Consult per patiënt in groep 2 patiënten vanaf 60 minuten
 - Consult per patiënt in groep 2 patiënten vanaf 75 minuten
 - Consult per patiënt in groep 2 patiënten vanaf 90 minuten
 - Consult per patiënt in groep 2 patiënten vanaf 120 minuten
 - Consult per patiënt in groep 3 patiënten vanaf 5 minuten
- Etc.

In deze optie is het nog een keuze de 5 minuten groep te laten vervallen als deze in de praktijk niet vaak voorkomt. Wel is de vraag of een 120 minuten of meer groepsconsult niet dusdanig vaak voorkomt dat de praktijk ook vraagt om een 150 minuten eenheid.

Deze oplossing leidt tot acht keer zoveel regels in de tariefbeschikking en de codetabel prestaties en tarieven. In totaal zijn er hiermee 8 (tijdseenheid) x 8 (beroepen) x 9 (groeps grootte) 576 opties mogelijk bij de declaratie van prestaties van de groepsconsulten. Wat betreft de declaratie zelf is dit voor de patiënt het meest inzichtelijk want op de factuur staat per groepsconsult maar één regel per behandelaar.

Hieronder zijn de drie opties uitgewerkt, waarbij gekeken wordt naar de gevolgen voor het aantal prestaties en het aantal declaratieregels.

Oplossingsscenario tijdseenheden in minuten	# Prestaties per groeps grootte	Totaal # prestaties	# Declaratieregels per patiënt per behandelaar bij behandelduur in minuten							
			5	15	30	45	60	75	90	120
30	8	72	0?	0?	1	1?	2	2?	3	4
15	8	72	0?	1	2	3	4	5	6	8
5-15-30-45-60-75-90-120	64	576	1	1	1	1	1	1	1	1

Voorkeur expertgroep

Op basis van bovenstaande analyse lijkt het de NZa dat optie 2 moet afvallen gezien de omvang die dit met zich mee brengt in het aantal prestaties in het ZPM . Daarnaast is optie 2 ook een forse systeem aanpassing.

Het wijzigen van de spelregels ten behoeve van “planning als realisatie” wordt niet als een probleem gezien. Het opknippen naar nog kleinere eenheden dan 15 minuten is niet wenselijk. De situatie dat patiënten tijdens het groepsconsult weggaan komt nauwelijks voor. Het nadeel dat i.p.v. van iedere 30 minuten iedere 15 minuten moet worden gecontroleerd of een patiënt nog aanwezig is in de groep om de actuele groeps grootte bij te houden, wordt niet herkend.

31 maart 2022

De expergroep adviseert om 30 minuten als tijdseenheid voor een groepsconsult te wijzigen naar 15 minuten.

Reactie Onderhoudsoverleg 24 februari 2022

dNggz heeft vragen naar de impact op ICT en verantwoording. Verder wordt aangegeven dat de optie om de groepsconsulten op dezelfde manier als de reguliere consulten in te delen te snel is afgeschreven, sec het toevoegen van 500 prestaties hoeft geen extra administratieve last op te leveren als het via de ICT kan worden afgevangen. ZN geeft aan dat dit met name een ICT impact heeft op aanbieders die werken via planning is realisatie. DJI wil de tweede oplossing ook nog meenemen. Ook dNggz wil dit uitgewerkt zien.

MeerGGZ vindt dit werk voor ICT, dit zijn geen administratieve lasten voor de behandelaar. NIP reageerde eerder per mail zich te kunnen vinden in de oplossing van 15 minuten.

ICT-impact

(tekst onder voorbehoud)

De optie een groepsconsult op te knippen naar 15 minuten is ICT technisch niet complex. Voor de cliënt gaat dit wel zorgen voor meer regels op de factuur, die daardoor heel onduidelijk wordt – vooral bij meerdere behandelaren. Daarnaast zorgt dit voor mogelijk een probleem bij gebruik van “planning is realisatie”. Als je besluit om te knippen naar 15 minuten is ook de vraag of 15 minuten dan de juiste keuze is. Of zijn kleinere blokken, of zelfs een tarief per minuut nog beter?

Kort samengevat: hoewel de technische implementatie misschien eenvoudig is, moet je uitkijken dat het administratief niet te ingewikkeld wordt. Bij een wijziging zijn de spelregels rondom de registratie ook van belang. Als die wijzigen kan dat de ICT impact groter maken.

Aanvullende reactie partijen

In een mail van 28 maart heeft ZN een aanvullende reactie gegeven op dit onderwerp:

Het voorstel om de tijdseenheid van de consulten op 15 minuten te zetten is akkoord. Deze aanpassing zal aantal declaraties doen toenemen (heeft ook registratie impact) maar systeem technisch lijkt dit haalbaar.

Vraag aan onderhoudsoverleg

Welk advies kunt u geven op basis van de hier geschetste opties en reactie van partijen?

Bijlage 1:

Indiener van het verzoek

NVZ vanuit het Programa ZPM

Werkgroep Groepsconsult

Organisatie

Centrum '45

CWZ

dNggz

dNggz (ggzwnb)

GGMD

NIP

NPSAI

NZa

NZa

NZa

ProPersona

Propersona

Psychologenpraktijk Perspectief

ZN

ZN

Bijlage

Groepsconsulten tolken





Memo

Aan

Onderhoudsoverleg

Onderwerp

Groepsconsulten Tolken

Datum

12 april 2022

Bekostiging tolk bij groepsconsult

Aanleiding / probleem

In het Zorgprestatie­model is het met ingang van 1 januari 2022 de inzet van een doventolk en een talentolk te bekostigen bij een regulier consult door het declareren van een toeslag tolken. Er is een wijzigings­verzoek ingediend om de inzet van een tolk in een groepsconsult ook te kunnen bekostigen. Momenteel worden kosten van de inzet van tolken bij groepsconsulten vergoed door specifieke afspraken met zorgverzekeraars te maken of gebruik te maken van max-max-tarieven. Bekeken wordt of dit op een structurelere manier vormgegeven kan worden.

Omvang probleem

30-60% van de inzet van tolken vindt plaats tijdens groepsconsulten. Sommige instellingen hebben meer te maken met patiënten die gebruik moeten maken van een tolk en hierdoor niet uitkomen met de huidige bekostiging. Het betreft hier slecht een beperkt aantal zorgaanbieders die daar mee te maken.

Oplossingsrichtingen

Voor de oplossingsrichting is gekeken naar de opties die genoemd worden voor de tijdseenheden voor groepsconsulten.

Om de hoogte van de toeslag te bepalen wordt de hoogte van de vergoeding afgeleid op basis van twee factoren. De aanwezigheid van de patiënt die gebruik maakt van de tolk per tijdseenheid van het groepsconsult en de hoeveelheid patiënten die de tolk delen per tijdseenheid.

3 Toeslag inzet tolk bij een groepsconsult met een tijdseenheid van 15 of 30 minuten

Voor deze optie voegen we 10 prestaties toe aan het ZPM in de vorm van een toeslag op een groepsconsult.

Het gaat hierbij om de volgende toeslagen:

- Toeslag inzet tolk in groep voor 1 patiënt
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 2 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 3 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 4 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 5 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 6 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 7 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 8 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep voor 9 patiënten
- Toeslag inzet gedeelde tolk in groep vanaf 10 patiënten

Per patiënt die gebruik maakt van een tolk moet geregistreerd worden hoeveel tijdseenheden van 15/30 minuten de patiënt aanwezig is geweest in het groepsconsult en met hoeveel andere patiënten de tolk is gedeeld.

4 Toeslag inzet tolk bij een groepsconsult met tijdseenheden van 5-15-30-45-60-75-90-120 minuten

Voor deze optie worden er 80 nieuwe toeslagen (10 toeslagen per groep patiënten die een tolk deelt x 8 verschillende tijdseenheden) toegevoegd als toeslag voor de inzet van een tolk in een groepsconsult.

Het gaat hierbij om de volgende toeslagen:

- Toeslag 5 minuten inzet tolk in groep voor 1 patiënt
- Toeslag 5 minuten inzet gedeelde tolk in groep voor 2 patiënten
- Toeslag 5 minuten inzet gedeelde tolk in groep voor 3 patiënten
- Toeslag 5 minuten inzet gedeelde tolk in groep voor 4 patiënten
- Toeslag 5 minuten inzet gedeelde tolk in groep voor 5 patiënten
- Toeslag 5 minuten inzet gedeelde tolk in groep voor 6 patiënten
- Toeslag 5 minuten inzet gedeelde tolk in groep voor 7 patiënten
- Toeslag 5 minuten inzet gedeelde tolk in groep voor 8 patiënten
- Toeslag 5 minuten inzet gedeelde tolk in groep voor 9 patiënten
- Toeslag 5 minuten inzet gedeelde tolk in groep vanaf 10 patiënten
- Toeslag 15 minuten inzet tolk in groep voor 1 patiënt
- Etc.

Beide opties hebben impact op de administratieve lasten. Er moet bijgehouden worden hoeveel tolken er zijn, voor hoeveel patiënten en hoeveel tijd die patiënt(en) aanwezig waren. Het vereist dus een nauwkeurige administratie.

Voorbeeld uitwerking groepsconsult met inzet tolken

Hieronder is een voorbeeld voor drie opties uitgewerkt, waarbij gekeken is naar de gevolgen voor het aantal declaratieregels per behandelaar/tolk en per patiënt. In dit voorbeeld gaat het om een groepsconsult van 90 minuten met totaal 8 patiënten, 2 behandelaren (beroepsgroep B01 en B07) en 1 tolk Spaans voor 3 patiënten en 1 doventolk voor 2 patiënten.

Oplossings scenario tijdseenheden in minuten	behandelaar/ tolk	#patiënten/ groep of tolk	#tijdseenheden groepsconsult	#declaratie regels/ behandelaar of tolk	#declaratie regels/ patiënt zonder tolk	#declaratie regels/ patiënt met tolk
15	B01	8	6	48	6	6
	B07	8	6	48	6	6
	Talentolk1	3	6	18		6
	Doventolk	2	6	12		
	<i>groepsconsult</i>				126	12
30	B01	8	3	24	3	3
	B07	8	3	24	3	3
	Talentolk1	3	3	9		3
	Doventolk	2	3	9		
	<i>groepsconsult</i>				63	6
5-15-30-45-60- 75-90-120	B01	8	1	8	1	1
	B07	8	1	8	1	1
	Talentolk1	3	1	3		1
	Doventolk	2	1	2		
	<i>groepsconsult</i>				21	2

Voorkeur expertgroep

31 maart 2022:

Het wordt als een essentiële aanpassing gezien om de inzet van tolken in groepsconsulten te kunnen bekostigen. Het gaat om enkele aanbieders die er heel veel last van hebben. Juist omdat het zo uitzonderlijk is, vindt de werkgroep dat het probleem opgelost moet worden. Als de kosten hiervoor worden verdisconteerd in de tarieven van groepsconsulten, dan verdwijnt het op de grote hoop en heeft eigenlijk niemand daar wat aan. Het beperkte aantal zorgaanbieders dat nu wordt benadeeld door het niet kunnen bekostigen van tolken tijdens een groepsconsult is geen reden om dit verzoek niet te honoreren. Als deze prestatie niet wordt gecontracteerd, dan hoeft er geen gebruik van te worden gemaakt. Het nu nog niet voorkomen van toeslagen bij groepsconsulten wordt niet als een principiële belemmering beschouwd.

Reactie Onderhoudsoverleg 24 februari 2022

ZN vraagt of reiskosten in de toeslag tolk zitten. De NZa licht toe dat de reiskosten voor de tolk hierin niet zijn meegenomen. Daarnaast is het zo dat een talentolk vaak op afstand (digitaal) wordt ingeschakeld en reiskosten hierbij geen rol spelen. dNggz heeft vragen naar de impact op ICT en verantwoording. Veel verschillende prestaties ziet dNLggz niet per se als problematisch. dNLggz vraagt zich af of er geen andere oplossingen zijn.

ICT-impact

(tekst onder voorbehoud)

Ook bij dit onderwerp geldt dat naast de technische complexiteit ook de administratieve complexiteit meegewogen moet worden. De impact op de administratie en de ICT is erg hoog voor dit voorstel. Afgevraagd wordt hoe proportioneel dit is en of als dit niet vaak voorkomt het dan contractueel geregeld kan worden. De NZa licht toe dat het contractueel regelen via bijv. de max max tariefruimte op dit moment al mogelijk is maar dat desondanks dit verzoek door aanbieders is ingebracht als onderhoudspunt. Bij het onderhoudsoverleg ligt de afweging/advies aan NZa op het terrein van de proportionaliteit.

In het ZPM is het nu niet mogelijk om een toeslag op een groepsconsult toe te staan, dit zou een wijziging van de gedachte van het ZPM zijn. Ook wordt de vraag gesteld wie de tolk declareert als er meerdere behandelaren zijn. De conclusie over dit wijzigingsverzoek is dat de ICT impact hoog is.

Vraag aan onderhoudsoverleg

Welk advies geeft u de NZa op basis van de hier geschetste opties en reactie van partijen?

Bijlage 1:

Indiener van het verzoek

De Nederlandse ggz

Werkgroep Groepsconsult

Organisatie

Centrum '45

CWZ

dNggz

dNggz (ggzwnb)

GGMD

NIP

NPSAI

NZa

NZa

NZa

ProPersona

Propersona

Psychologenpraktijk Perspectief

ZN

ZN



Bijlage

Labkosten



Memo

Aan

Onderhoudsoverleg

Onderwerp

Bekostiging labonderzoeken Zelfstandig Gevestigd Psychiaters

Datum

4 april 2022

Aanleiding/Probleem

Tot 1 januari 2020 werd door de psychiater aangevraagd laboratoriumonderzoek door het uitvoerende laboratorium rechtstreeks bij de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt gedeclareerd, die dit dan aan het laboratorium uitbetaalde. De overige zorgproducten (ozp's) voor de ggz en fz, waar de laboratoriumonderzoeken deel van uitmaakten, zijn per 1 januari 2020 komen te vervallen. De betreffende kosten voor ozp's zijn aan de hand van het kostprijsonderzoek 2020 integraal verwerkt binnen de huidige (dbc)-tarieven voor zowel ambulante als klinische. Vanaf dat moment moeten de zorgaanbieders die laboratoriumonderzoeken aanvragen voor de ggz ook zelf de rekening van de laboratoria betalen. Hiervoor zit er een vergoeding in de tarieven van de consulten.

Op 30 september 2020 ontving de NZa van de NVvP een wijzigingsverzoek voor herziening van de vergoeding van laboratoriumkosten voor de gespecialiseerde ggz met een viertal argumenten:

1. De huidige maatregel werkt volgens hen een reeks onwenselijke effecten op de zorgverlening in de hand, zoals het, vanwege de kosten, uitstellen van lab-aanvragen waar dit zorginhoudelijk wel nodig is.
2. De maatregel leidt in de praktijk niet tot een realistische vergoeding van laboratoriumkosten voor hen (Zelfstandig Gevestigd Psychiaters) die dit onderzoek aanvragen.
3. De vergoeding komt ook deels terecht bij zorgaanbieders die deze kosten niet maken.
4. Administratieve lasten van zorgverleners die deze laboratoriumkosten maken worden verzwaaard in plaats van verminderd.

De wijziging van 1 januari 2020 stamt nog uit de periode van db(b)c-bekostiging. In db(b)c-bekostiging werd geen onderscheid gemaakt naar het beroep dat tijd besteedde (of een labonderzoek aanvraag). Het ZPM heeft de bekostiging naar beroep transparanter gemaakt en biedt daarmee meer mogelijkheden hierop te differentieren. Vanuit het ZPM-principe gedacht dat de tarieven passend moeten zijn, is het wenselijk een oplossing te vinden vindt de werkgroep.

Omvang

Alvorens het indienen van het wijzigingsverzoek heeft de NVvP in september 2020 een enquête afgenomen onder 201 van haar leden om een beeld te geven van de omvang van de situatie. De problematiek lijkt enkel bij de Zelfstandig Gevestigd Psychiaters voor te komen. Uit de enquête blijkt dat:

1. Het aantal labdeclaraties per maand voor de meeste ZGP's is beperkt (0 tot 2 labdeclaraties voor 70% van de 201 respondenten). Dit lijkt mede te worden veroorzaakt doordat de route nu via de huisarts verloopt of de psychiater labonderzoek op strengere indicatie of helemaal niet meer aanvraagt. 8% geeft aan meer dan 10 declaraties per maand te doen.

2. 70% geeft aan dat de absolute kosten voor hun praktijk onder de 100 euro per maand liggen. (90% zegt onder de 500 euro en 40% zegt onder de 10 euro per maand)
3. De kosten die met laboratoriumaanvragen gemoeid zijn, bedragen volgens 60% van de respondenten 0,5 tot 1% van hun omzet. 25% geeft aan dat het om 1-5% van de omzet gaat.
4. 42% van de respondenten schatte dat de kosten van labdeclaraties minder dan 0,5% van hun gemiddelde DBC-prijs waren. 78% gaf aan het max. 5% te schatten.

De NVvP geeft aan dat er niet een een-op-een relatie is tussen het vaker dan gemiddeld laten doen van labonderzoek en specifieke diagnoses. Wel is er een relatie met praktijkvariatie geven zij aan: Belangrijke factor hierbij is of de ZGP sociaalpsychiatrische behandelingen geeft of dat het accent ligt op psychotherapeutische behandelingen.

Naar aanleiding van dit wijzigingsverzoek heeft de NZa ook data-onderzoek gedaan naar de omvang van het probleem. We kunnen op basis van de declaratiegegevens niets concreets toevoegen over de mate waarin psychiaters o.z.p.'s aanvragen. Daarbij komt dat door de integrale vergoeding van deze kosten er per 2020 niets meer over bekend is bij de NZa.

De NVvP geeft aan dat door de ervaren knelpunten in de bekostiging, ZGP's labonderzoeken vaker via de huisarts aanvragen. Een cijfermatige onderbouwing van hoe vaak dit exact voorkomt is er niet. Vanuit het perspectief van bekostiging en vanuit kwaliteit is die verschuiving ongewenst vindt de werkgroep: het leidt mogelijk tot dubbele bekostiging, huisartsen worden onnodig administratief belast en uitslagen van onderzoeken lopen vertraging op hetgeen, met name als het gaat om medicatiespiegels, tot risicovolle situaties kan leiden.

Oplossingsrichtingen

De NVvP wil een oplossing in de bekostiging van labonderzoeken voor zelfstandig gevestigd psychiaters die structureel meer kosten hebben door het aanvragen van labonderzoeken dan dat (de generieke opslag in) het consultarief vergoedt.

De werkgroep heeft verschillende opties verkent. Alle voordelen, nadelen en ICT consequenties van de verschillende opties worden hieronder uiteengezet.

Optie a: Een nieuwe prestatie (toeslag) bovenop de consulten voor psychiaters in setting ambulant sectie II

Voordelen:

- Passende bekostiging. Alleen vergoeding voor de ZGP's die labonderzoeken aanvragen, niet voor wie dat niet doet.
- Transparantie t.a.v. geleverde zorg / labonderzoeken. Deze transparantie kan, afhankelijk van het detailniveau van de vast te stellen prestaties, ook inzicht geven in welke labonderzoeken zijn uitgevoerd.

Nadelen:

- Afwijkend van integrale prestaties, een uitgangspunt in het ZPM.
- Om een toeslag te kunnen toevoegen, moeten we ook het basistarief van de ZGP in setting ambulant sectie II schonen van deze kosten. Er is nog geen data voor om te berekenen wat dat bedrag exact moet zijn. Dit zal normatief moeten.
- Een relatief ingrijpende oplossing voor een zeer klein deel van de behandelaren in de ggz.

Uitvoeringsconsequenties ICT:

- Prestatie toevoegen per soort labonderzoek. Grofweg zijn er 3 soorten labonderzoek (medicijnspiegels, klinisch-chemisch en klinisch-genetisch), dus 3 prestaties.

Optie b: Verdisconteren van de hogere labkosten specifiek in het consulttarief voor psychiaters ambulant sectie II

Voordelen:

- Gemiddeld passende bekostiging voor psychiaters in deze setting.
- Geen extra prestaties en geen extra administratieve lasten
- Integrale bekostiging

Nadelen:

- Voor een groot deel zal men met dit hogere tarief uit de voeten kunnen, maar een deel van de ZGP's die hogere kosten maken dan gemiddeld komt nog steeds niet uit. Dat blijft dus gelijk aan de situatie nu. Het lost dus niet volledig het bekostigingsprobleem op.
- De vergoeding gaat ook naar de psychiaters in deze setting die geen labkosten maken. Op basis van de resultaten van de enquête verwachten we variatie.
- Risico op dubbele bekostiging (als men aanvragen via de huisarts blijft doen = geen kosten maken, wel toeslag krijgen)

Uitvoeringsconsequenties ICT:

- Geen extra prestaties

Optie c: Geen wijziging voor 2023, maar wachten op meer data na kpo.

Voordelen:

- Objectieve onderbouwing nieuwe tarieven (of toeslag) op basis van kpo-data, inclusief juiste correctie
- Tarieven passend(er) verdeeld naar setting en BIG-categorie (mits je goede data hebt)
- Het schonen van het basistarief kan ook objectief worden gedaan

Nadelen:

- Duurt langer voor de bekostiging van labonderzoek aangevraagd door de ZGP wijzigt.
- Door de workaroud van labonderzoek via huisartsen is informatie voor een kostprijsonderzoek waarschijnlijk niet juist en volledig. (Optie: om alle nota's via de huisarts te laten bijhouden vanaf nu?)

Uitvoeringsconsequenties ICT:

- Afhankelijk van methode (verdisconteren of via toeslag)

Optie d. Per 2023 een 'pilot' met het direct vergoeden van de labkosten door de zorgverzekeraars.

Laboratoria declareren in deze optie zelf de kosten rechtstreeks bij de zorgverzekeraars ten laste van het ggz-kader (op voorwaarde dat ze worden aangevraagd door de ZGP).

Voordelen:

- Eenvoudig en inzichtelijk
- Passende vergoeding voor daadwerkelijke kosten
- Zuivere gegevens over de kosten die gemaakt worden.
- ZGP hoeft geen bedragen voor te schieten

Nadelen:

- Past niet binnen de richting van aanspraken ggz.
- Laboratoria moeten declareren ten laste van het ggz-kader en moeten daarvoor nieuwe aanleverstandaard implementeren.
- Tarieven door de NZa lastig vast te stellen. Want deze zijn destijds vrijgegeven in de MSZ. Vrije tarieven afspreken met elke individuele ZGP-er is niet haalbaar. Overhevelen naar MSZ-kader ook niet, want betekent dat we inzicht verliezen.

Uitvoeringsconsequenties ICT:

- Laboratoria moeten bij deze optie meerdere aanleverstandaarden (MSZ en ggz) naast elkaar gaan gebruiken, dit vergt de nodige aanpassing van de ICT-leveranciers van de laboratoria.

ICT impact

Zie hierboven per optie beschreven

Voorkeur werkgroep

De werkgroep is niet unaniem over de best passende oplossing.

De voorkeur van de NVvP (indiener wijzigingsverzoek) is:

Voorkeur voor optie D (en optie A als second best)

Bij het wege van de genoemde nadelen bij optie D vragen zij het volgende mee te nemen:

Er zijn in de praktijk al laboratoria waar zowel huisartsen als ZGP's als ziekenhuizen en ggz-instellingen labonderzoek laten doen en waar ze een prijslijst hanteren op basis waarvan zorgaanbieders - ook ZGP's, zelfs al in een klein collectief - nadere prijsafspraken met hen (kunnen) maken. Het vroeger bestaande onderscheid in streeklabs en ziekenhuislabs is met de invoering van de marktwerking verdwenen.

Navraag bij een groot laboratorium levert op dat zij geen administratieve oormerken hanteert van aanvragen van ziekenhuizen als "MSZ" en "GGZ". Het vermoeden bestaat dat dit overal in het land zo gaat en dat die kaders in feite dus niet meer bestaan, maar "ingeaald zijn" door de markt.

Vraag aan onderhoudsoverleg

1. Herkent u het geschetste probleem?
2. Wat vindt u van de geschetste oplossingsrichtingen? Welke optie heeft uw voorkeur?
3. Ziet u nog andere oplossingsmogelijkheden?

Indiener van het verzoek

NVvP

Werkgroep

Organisatie
NVvP
NVvP
NVvP
ZN
dNggz
NFU
NZa
NZa
NZa

Bijlage

Indicatie Spravato op de factuur





Memo

Aan

ICT overleg

Onderwerp

Indicatie bij Spravato op de factuur

Datum

24 maart 2022

Per 1 september 2021 is er een OZP *Spravato 28 mg*. In 2022 is *Spravato* een toeslag op een consult. In de tariefbeschikking is opgenomen dat deze toeslag alleen gedeclareerd mag worden als de indicatie is vastgelegd waarvoor *Spravato* is toegediend.

Vanaf 2023 willen wij naast de reeds geldende registratieverplichting omzetten naar een informatieverplichting. De indicatie waarvoor *Spravato* is toegediend dient ook op de factuur te komen staan.

Vraag:

- **Hoe groot is de ICT impact van deze wijziging?**

Ter info, deze wijziging is nog afhankelijk van een beoordeling of de indicatie op de factuur AVG proof is.

Bijlage

Levensloopaanpak





Memo

Aan

ICT overleg

Onderwerp

patientgebonden coördinatiekosten ketenveldnorm

Datum

24 maart 2022

In ontwikkeling is de standaard Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg. Binnenkort wordt deze standaard vastgesteld en ingediend in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut.

Er zijn in Nederland een beperkt aantal (11) grotere ggz aanbieders aangewezen die de coördinatie van de ketenveldnorm oppakken. Het uitvoeren van deze coördinatie kost extra (indirecte) tijd waarvoor de consulten (settingen 'forensisch, klinisch' en forensisch, niet-klinisch') niet (volledig) vergoeden. In een werkgroep zijn we bezig met de bekostiging van de patientgebonden coördinatiekosten (=indirecte tijd).

De werkgroep heeft twee opties uitgewerkt voor de bekostiging van de patientgebonden coördinatiekosten. Beide opties zijn overige prestaties waarin het verschil vooral zit in de declaratie eenheid. Voor beide opties gelden ook dezelfde randvoorwaarden:

- Beide varianten worden met 'naam en rugnummer' van de patiënt gedeclareerd, een randvoorwaarde voor declaratie binnen de Zvw en forensische zorg. Deze overige prestaties geldt voor patiënten die geïncorporeerd zijn in de ketenveldnorm. Hiervoor is een (privaat) zorglabel;
- Voor beide varianten gelden ook dezelfde registratie- en informatieverplichtingen. De registratie- en informatieverplichtingen die voor overige prestaties gelden zijn dezelfde verplichtingen als bij consulten. Kort gezegd zijn dit de gegevens van de aanbieder, gegevens van de patiënt, gegevens behandeling (naam, AGB code regiebehandelaar, AGB code verwijzer), gegevens zorgvraag (w.o. DSM hoofdgroep en classificatie in de ggz) en gegevens van de prestatie (code, datum uitvoer, tarief, naam en AGB zorgverlener).

De eerste optie is de fpt variant, genoemd naar de overige prestatie forensisch psychiatrisch toezicht zoals in de forensische zorg gedeclareerd wordt. De tweede optie is de ICC variant, naar de overige prestaties Intercollegiaal consult zoals we die nu kennen voor de setting ambulante sectie 2.

5 Fpt variant

Bij de 'fpt variant' declareert de zorgaanbieder de *overige prestatie coördinatiekosten ketenveldnorm* per dag/maand/kwartaal. Het gaat daarbij om een vaste vergoeding per dag/maand/kwartaal dat de patiënt is geïncorporeerd in de ketenveldnorm.

6 Intercollegiaal consult (icc)-variant

Bij de icc-variant declareert de zorgaanbieder per keer dat er een casemanagement activiteit (indirect patiëntgebonden tijd in het kader van de ketenveldnorm) wordt uitgevoerd. De vergoeding voor deze zorg wordt daarmee variabel, de vergoeding wordt hoger/lager naarmate er meer/minder casemanagement activiteiten voor de patienten worden geleverd.

De huidige ICC prestatie kent onderscheid in tijdseenheid korter dan 15 min en langer dan 15 min. Hierop zijn ook alternatieve eenheden te bedenken, bijvoorbeeld declaratie per tijdseenheid van 15 minuten. De data kan hierbij meer inzicht geven in de veel voorkomende tijdsbesteding.

Vraag:

- Hoe groot is de ICT impact van beide opties?

Bijlage

Somatische comorbiditeit



Werkdocument – Deelprestaties ggz-verblijf bij patiënten met complexe somatisch- psychiatrische co morbiditeit

Deelnemers: NVZ, NFU, ZN, ZK, dNggz, Ggz centraal, Ggz centraal, Rijnstate, UMC Utrecht, Ggz rivierduinen, NZa.

Versie: 29 april 2022

Samenvatting

Aan de hand van de gedeelde conclusies van de werkgroep geven we hieronder een beknopte samenvatting van de uitwerking.

- De werkgroep concludeert dat somatisch-psychiatrische co morbiditeit nu onvoldoende tot uiting komt in de bekostiging in de ggz.
- De introductie van de setting hoog specialistisch in het zorgprestatie­model (voor consulten behandeling en diagnostiek) heeft geen directe impact op de bekostiging van somatisch-psychiatrische co morbiditeit bij verblijfszorg.
- Op basis van data en berekeningen van de NZa kunnen we concluderen dat het aannemelijk is dat complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit zich uit in hogere kostprijzen voor deel­prestaties verblijf, met name als gekeken wordt naar de kosten, kwalificatieniveau en gemiddeld salaris van VOV-personeel binnen het stratum PAAZ/PUK.
- De zorginhoudelijke kaders voor patiënten met zorgvragen betreffende complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit zijn helder beschreven in de generieke module ziekenhuispsychiatrie en veldnormen MPU. Deze documenten geven een zorginhoudelijk kader voor zorgvragen op gebied van somatisch-psychiatrische comorbiditeit. Op basis daarvan kunnen we verschillende mate van complexiteit in de zorgvragen van de patiënt met somatisch-psychiatrische comorbiditeit onderscheiden.
- Op basis van de voor- en nadelen van verschillende bekostigingsopties heeft de werkgroep heeft de voorkeur voor bekostiging via aparte deel­prestaties verblijf. Dit verzoek zal dan leiden tot 3 nieuwe deel­prestaties verblijf: complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit E, F en G. Een belangrijke voorwaarde daarbij is wel dat het tarief voor deze prestaties goed te bepalen is.

Inleiding

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

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

1. Inventarisatie

1.1 Probleemschets

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

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

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

De NZa hanteert in haar tariefbeleid het uitgangspunt van functionele bekostiging: gelijke zorg kent een gelijk tarief. De zorg van PAAZ'en en PUK'en is nu niet functioneel anders (omschreven). In dit document wordt onderzocht in hoeverre een functioneel onderscheid op basis van somatische comorbiditeit het verschil in kostprijzen kan verklaren en – als dat het geval is – op welke manier de bekostiging hierop aangepast moet worden.

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

1.2 Omvang probleem

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

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

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

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

1.3 Uitwerking somatische comorbiditeit

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

Dit document is als volgt opgebouwd:

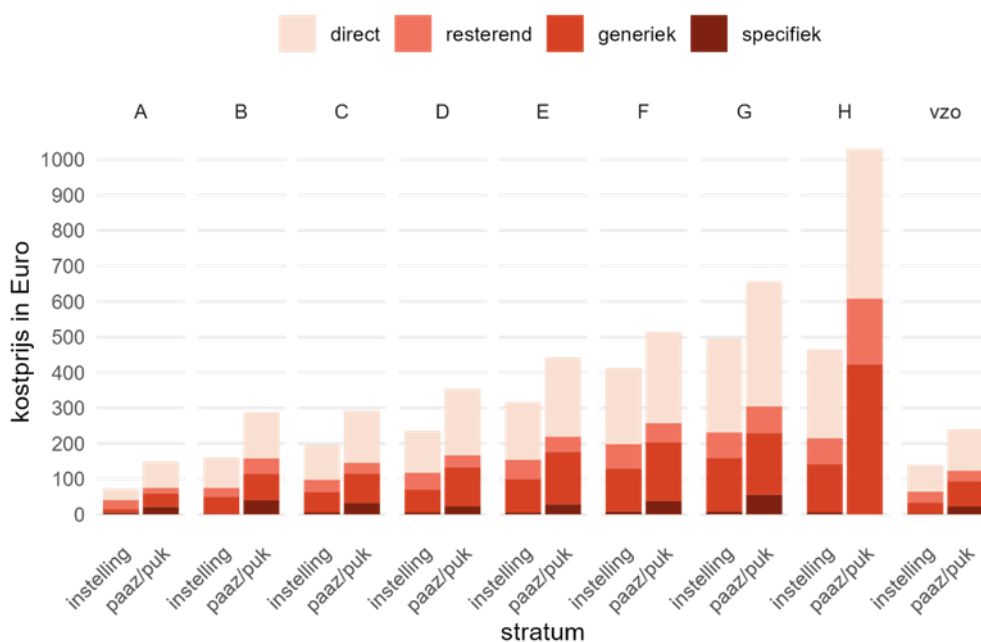
- Hoofdstuk 1: probleemstelling
- Hoofdstuk 2: data
- Hoofdstuk 3: duiding van somatische comorbiditeit
- Hoofdstuk 4: bekostiging
- Hoofdstuk 5: overige factoren
- Hoofdstuk 6: advies bekostiging 2023

2. Data

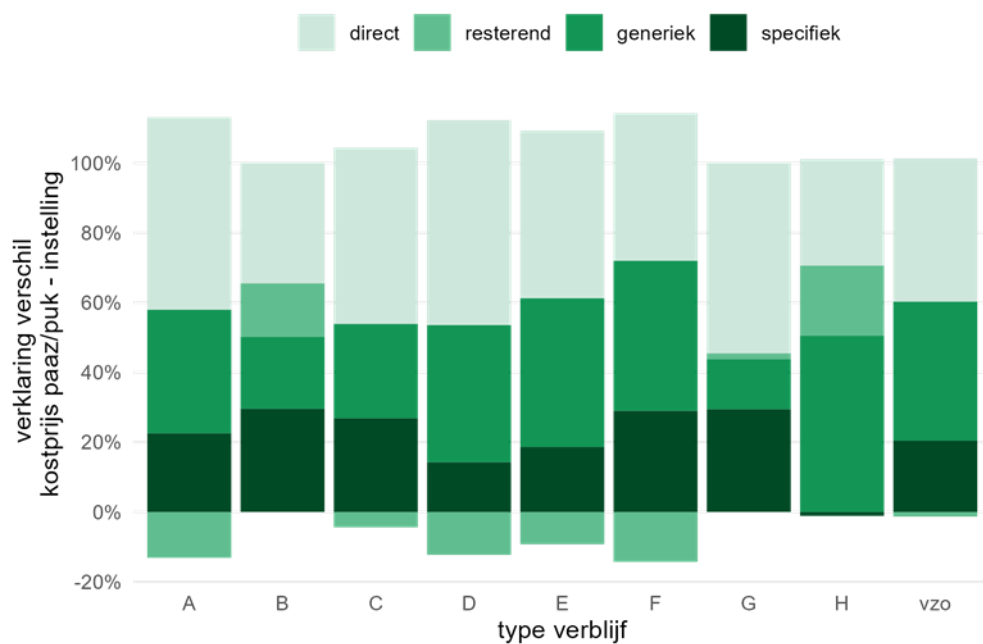
In eerste instantie is gezocht naar aansluiting tussen kostprijzen en somatische comorbiditeit op basis van data. Daarvoor is de volgende data geanalyseerd:

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

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

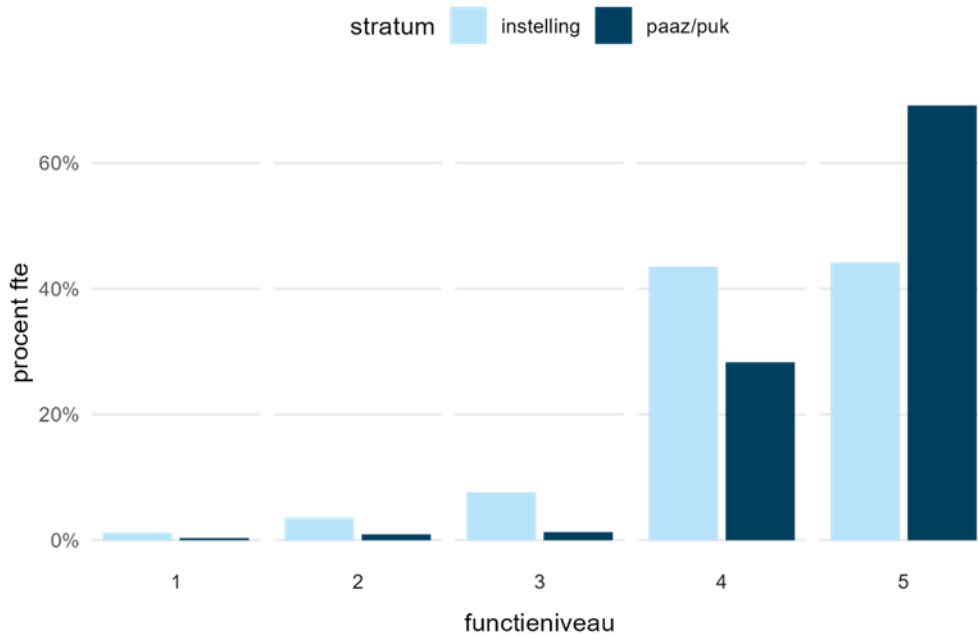


Figuur 1; gemiddelde kostprijsverschillen stratum instellingen versus stratum PAAZ/PUK
In de grafiek is onderscheid gemaakt tussen directe kosten (directe kosten op hoofdkostenplaatsen voor verblijf – met name loonkosten), resterende kosten (overige kosten voor directe kostenplaats verblijf) en materiële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



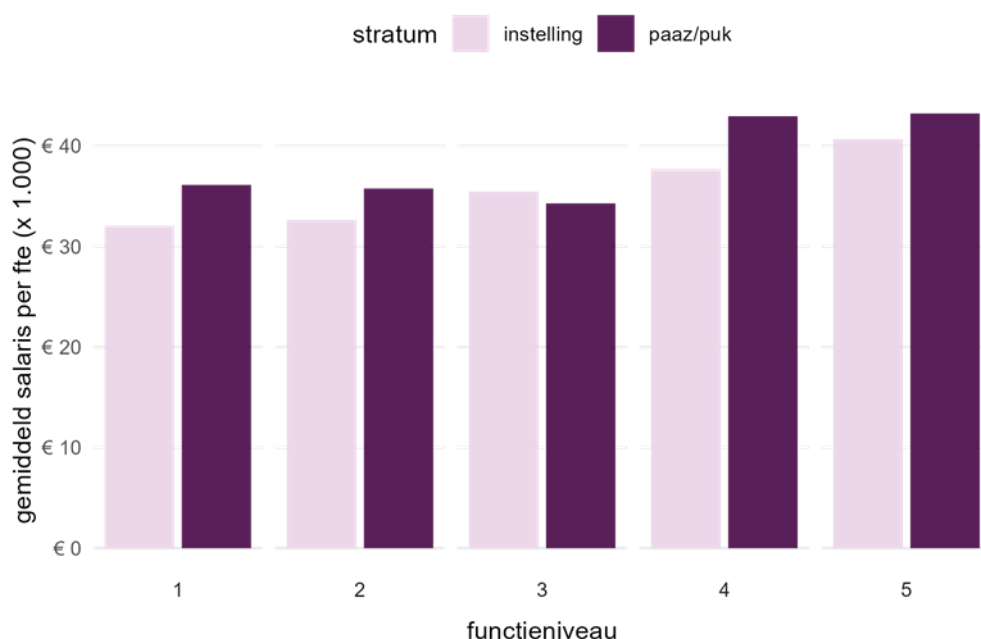
Figuur 2; Verschillen tussen stratum instelling en stratum PAAZ/PUK per deelprestatie verblijf

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



Figuur 3; Niveau VOV-personeel in het kostprijsonderzoek 2020

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



Figuur 4; Gemiddeld salaris per functieniveau

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

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

- Bij PAAZ/PUK hebben 75% van de klinische DBC's in dat zelfde jaar tevens een somatische DBC tegenover 46% bij GGZ-instellingen;
- Het percentage van dagen met overlap laat een nog groter verschil zien: van de patiënten die in een PAAZ/PUK zijn opgenomen loopt in 67% gelijktijdig gedurende die periode ook een somatische DBC tegenover 35% bij GGZ-instellingen;
- Tenslotte zijn de in de somatiek geopende DBC's bij de PAAZ/PUK ook aanzienlijk zwaarder dan die in GGZ-instellingen (de gemiddelde vergoeding bedraagt € 2727,- versus € 1191,-).

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

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

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

3. Duiding van complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit

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

3.1 Definitie

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

- Generieke module ziekenhuispsychiatrie

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

Complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit

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

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

Geïntegreerde zorg

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

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

Voorbeelden van de inhoud van veldnormen:

- Een MPU heeft een predicaat 'type IV', wat inhoudt dat de zorgzwaarte van de afdeling erin voorziet patiënten te behandelen met een hoge somatische zorgzwaarte en gemiddelde tot hoge psychiatrische zorgzwaarte.
- *Veldnorm 1.* Op een MPU kunnen patiënten met een gemiddelde tot hoge somatische zorgzwaarte gediagnosticeerd, behandeld en verpleegd worden, zoals dat kan op een algemene ziekenhuisafdeling. Daarnaast kunnen op de MPU patiënten met een gemiddelde tot hoge psychiatrische zorgzwaarte gediagnosticeerd, behandeld en verpleegd worden, zoals dat kan op een ggz (opname)afdeling.
- *Veldnorm 2.* De MPU biedt 24/7 op maat multidisciplinaire diagnostiek, behandeling en verpleging. Patiënten met de in deze veldnorm beschreven zorgvragen kunnen op een MPU gediagnosticeerd, behandeld en verpleegd worden (niet-limitatief).
- *Veldnorm 7.* Verpleegkundigen op een MPU hebben minimaal kwalificatieniveau 4. Per dienst zijn op de werkvloer beide expertisegebieden aanwezig (somatisch en psychiatrisch). De bezettingsnorm is minimaal 1,0 fte per bed.
- *Veldnorm 9* betreft de aanwezigheid van specifieke ruimtelijke voorzieningen.

3.2 Zorgvragen bij patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit

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

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

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

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

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

- Veldnorm 7: Gelijktijdige aanwezigheid van een somatisch-verpleegkundige en psychiatrisch-verpleegkundige expertise. De somatisch-verpleegkundige expertise betreft onder andere: bekwaamheden op het gebied van infusie van medicatie en vloeistoffen, zuurstoftoediening, katheterisaties, sonderen, wondverzorging, terminale verpleegkundige zorg en bewaking vitale functies op het niveau van een

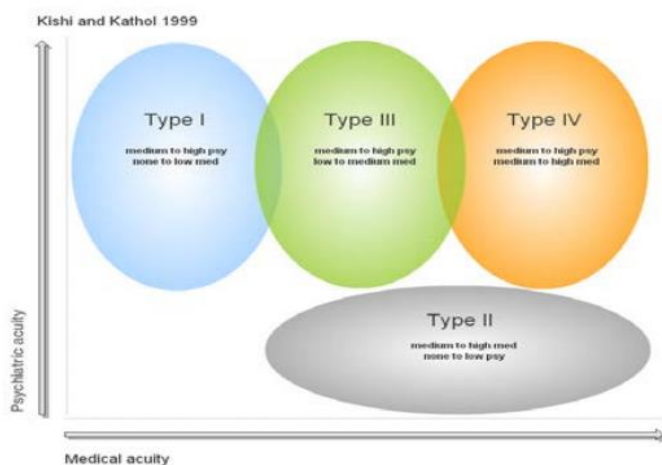
algemeen verpleegkundige. De psychiatrisch-verpleegkundige expertise betreft onder andere: hanteren van een empathische en motiverende gespreksvoering, omgaan met machteloosheid, agressie en structuurloosheid, risicotaxatie, en toepassen van vrijheidsbenemende maatregelen.

- De somatische handelingen bij patiënten die hierboven genoemd worden moeten bij bepaalde patiënten gedaan kunnen worden als verplichte zorg. Hier zijn meerdere keren per dag, meerdere verpleegkundigen voor nodig.
- Door de complexiteit van het ziektebeeld (gedrag en systeem) is intensievere begeleiding, soms wel 1-op-1, nodig bijvoorbeeld om snel te kunnen handelen. Dit geldt zowel voor ggz instellingen als voor ziekenhuizen.
- Fysiotherapie/ergotherapie: verpleegkundigen worden (naast de paramedicus) vaak ingezet bij oefeningen. Dit gebeurt bij zorgvragen van patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit vaker dan bij 'niet-somatische' patiënten.

3.3 Mate van somatische comorbiditeit

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

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



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

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

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

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

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

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

Uitgangspunt 4: De zorginhoudelijke kaders voor patiënten met zorgvragen betreffende complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit zijn helder beschreven in de generieke module ziekenhuispsychiatrie en veldnormen MPU. Deze documenten geven een zorginhoudelijk kader voor zorgvragen op gebied van somatisch-psychiatrische comorbiditeit. Op basis daarvan kunnen we verschillende mate van complexiteit in de zorgvragen van de patiënt met somatisch-psychiatrische comorbiditeit onderscheiden.

3.4 Afbakening t.b.v. bekostiging

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

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

ziekenhuissetting, maar kan ook voorkomen bij een gespecialiseerde afdeling van een instelling.

- 24/7 bedverpleging met een minimaal deskundigheidsniveau 4 van verpleegkundigen en een minimale inzet van 1,0 fte per bed. Per dienst zijn altijd verpleegkundigen met zowel somatisch en psychiatrisch expertise ingezet. Eén verpleegkundige kan over beide expertises beschikken.
- Tijdens de klinische zorg is om de meeste gevallen een andere medisch specialist van een ander specialisme betrokken bij de somatische diagnostiek en/of behandeling.
- Tijdens de klinische zorg is sprake van behandeling met specifieke somatische medicatie en/of medische gassen, voorgeschreven onder regie van de psychiater of door de mede-behandelend medisch specialist.
- Er vindt – naast psychiatrische diagnostiek – complexe somatische diagnostiek plaats gericht op het stellen van een somatische diagnose dan wel monitoring van de toestand. Te denken valt aan: MRI, CT, EEG, echoscopie, endoscopie, andere beeldvormende diagnostiek, ECG's, laboratoriumonderzoek*

*NB: indien er evident geen aanvullende diagnostiek vereist is, bijvoorbeeld omdat de somatische toestand voldoende in beeld of onder controle is, vervalt dit criterium.

3.5 Samenloop ziekenhuiszorg en ggz-zorg beide onder ZvW

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

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

1. Als er sprake is van één zorgvraag met één hoofd/regiebehandelaar dan wordt de daarbij passende prestatie in de MSZ respectievelijk GGZ geregistreerd.
Voor voorbeelden zie situatie C in bijlage 2.
2. Als er sprake is van twee aparte zorgvragen (met twee hoofdbehandelaars) dan worden daarvoor twee prestaties geregistreerd. Dit kan het geval zijn bij twee trajecten voor somatische zorg en twee trajecten voor ggz en somatische zorg (msz).
3. De keuze of het één of meerdere zorgvragen betreft is een zorginhoudelijke afweging die de (hoofd/regie)behandelaar maakt.
4. Voor de verblijfsprestaties geldt dat deze worden geregistreerd bij de zorgvraag die hoort bij de primaire reden van opname: somatisch of psychiatrisch.
Voor voorbeelden zie situatie A en B in bijlage 2.

4. Bekostiging

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

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

Conclusie 5:

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

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

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

4.1. Reguliere verblijfsprestaties en tarieven

Omschrijving

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

Voordelen

- + Eenvoudig
- + Regelarm en snel te realiseren

Nadelen

- 10% max-max dekt mogelijk niet voldoende verschillen;
- Afhankelijkheid van contractering
- Intransparant

ICT-impact

- geen ICT-impact.

4.2 Facultatieve prestatie

Omschrijving

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

Voordelen

- + Regelarm en snel te realiseren
- + Transparant

Nadelen

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

ICT-impact

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

4.3 Aparte deelprestaties verblijf voor complexe somatische comorbiditeit

Omschrijving

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

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

Voordelen

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

Nadelen

- Uitbreiding van complexiteit van de bekostiging
- Een tarief bepalen is lastig. In kostprijsinformatie wordt het onderscheid gemaakt tussen PAAZ'en en PUK'en (met gemiddeld meer patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit) en ggz-instellingen, maar geen onderscheid tussen patiënten met en patiënten zonder somatische comorbiditeit.
- Om de wijziging macroneutraal uit te voeren betekent het een daling van 'reguliere' ggz-deelprestaties verblijf.

ICT-impact

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

4.4 Toeslag op de deelprestaties verblijf voor complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit

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

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

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

ICT-impact

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

4.5 Vergoeding via MSZ

Omschrijving

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

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

5. Tarief

Een belangrijke voorwaarde bij het kunnen vaststellen van aparte deelprestaties verblijf voor complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit is het goed kunnen onderbouwen van de tarieven voor de drie prestaties.

Er is geen informatie aanwezig over het kosten onderscheid tussen zorg voor patiënten mét complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit en patiënten zonder. Daarvoor zullen we moeten zoeken naar een goede benadering van deze kosten.

Er is wel informatie beschikbaar over de kostprijzen van de strata PAAZ/PUK en instellingen. Daarbij kunnen we aannemen dat het aandeel patiënten met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit in de PAAZ/PUK hoger ligt dan in instellingen, maar exacte aantallen zijn hier niet van.

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

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

BIJLAGE 2: Relatie psychiatrische & somatische zorgvragen

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

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

Registratie GGZ-ZPM	ZPM consulten + ggz- verblijfsdagen	-	-
------------------------	--	---	---

Bijlage 3: voorbeeld prestatiebeschrijving toeslag somatisch-psihiatrische comorbiditeit

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

	de psychiater of een geconsulteerd/medebehandelend andere medisch specialist.
--	---

Bijlage

Consultatiefunctie sociaal domein





Memo

Aan

Onderhoudsoverleg Zorgprestatie­model

Onderwerp

Consultatiefunctie sociaal domein

Datum

16 februari 2022

In het HLA ggz 2019-2022 is opgenomen “dat er behoefte is aan bekostiging van de consultatiefunctie”. In het voorjaar van 2021 heeft ZINL een notitie uitgebracht dat de consultatie van de ggz professional vanuit het sociaal domein tot het verzekerde pakket Zvw behoort. Het gaat om cliënten die in het sociaal domein zitten maar niet (meer) in behandeling zijn in de curatieve ggz. Voor deze specifieke groep wordt een oplossing gezocht hoe de ggz aanbieder bekostigd kan worden. Op 16 februari is een bestuurlijk overleg over de bekostiging hiervan.

In het BO is een richtgevend besluit genomen over de bekostiging van de consultatiefunctie. Voor het jaar 2024 en daarna wordt toegewerkt naar het bekostigen van de consultatiefunctie door middel van een nieuw vorm te geven aparte prestatie ‘Consultatiefunctie’ met een vrij tarief, een contractvereiste en lump sum afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

Voor 2023 wordt er een tussenoplossing gezocht. Deze tussenoplossing ligt in de contractering en niet in de prestatie- en tariefregulering van de NZa.

Het onderwerp ‘consultatiefunctie sociaal domein’ leidt daarmee voor 2023 niet tot aanpassingen van het ZPM. Dit onderwerp verdwijnt van de lijst van onderwerpen van het onderhoudsoverleg Zorgprestatie­model voor 2023.

Bijlage

Communicatiedeskundige





Memo

Aan

Onderhoudsoverleg

Onderwerp

Groepsconsulten Communicatiekundige

Datum

12 april 2022

Inzet en bekostiging Communicatiekundige

Met ingang van 1 januari 2022 is de omschrijving van de in de DBC-systematiek voorkomende prestatie "Toeslag tolk gebarentaal/communicatiespecialist" gewijzigd in "Toeslag inzet tolken. De communicatiedeskundigen kunnen onder deze toeslag inzet tolkenactiviteiten declareren voor die consulten waar de communicatiedeskundige (vergelijkbaar aan de tolk) aanwezig is naast de behandelaar. De communicatiedeskundige voeren echter voornamelijk *zelfstandig* consulten uit. Deze kunnen in het huidige ZPM niet via deze toeslag worden gedeclareerd en vergoed.

In een aparte expertgroep is gesproken over de mogelijkheid om een communicatiekundige te kunnen bekostigen in het ZPM. De volgende afspraken zijn gemaakt:

- De communicatiekundige is in 2022 inzetbaar als tolk naast een behandelaar. Hiervoor kan de toeslag tolk worden gedeclareerd.
- Voor de bekostiging van andere activiteiten in 2022 door de communicatiekundige worden afspraken met verzekeraars gemaakt.
- De omvang van het probleem wordt nader onderzocht. Hiervoor wordt gekeken naar ervaringen in de zintuigelijk gehandicaptenzorg.
- Voor 2023 wordt bekeken of voor de inzet van de communicatiekundige een facultatieve prestatie kan worden gebruikt.
- Voor 2024 wordt een lange termijn oplossing uitgewerkt. De functie van communicatiekundige wordt doorontwikkeld naar een beroep dat wordt opgenomen in 'overige beroepen'.

Het wijzigingsverzoek komt hiermee te vervallen.

Bijlage 1:

Indiener van het verzoek

De Nederlandse ggz

Werkgroep Groepsconsult

Organisatie

dNggz

GGMD

NZa

Propersona

ZN