

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

7 oktober 2024

Betreft: Reflectie Adviescommissie zorgvraagtypering ggz op motie Joseph

Geachte mevrouw G.,

De adviescommissie zorgvraagtypering ggz heeft uw brief van 15 augustus 2024 (kenmerk 3873141-1068245-CZ) ontvangen. Hieronder gaan we in op de vier vragen die u onze commissie stelde:

- Wat is uw brede reflectie op het doel van zorgvraagtypering?
- Wat is de consequentie van niet opnieuw uitvragen van data voor toekomstig onderhoud?
- Wat is de consequentie van het alleen gebruik maken van geaggregeerde data voor toekomstig onderhoud?
- Wat betekenen deze consequenties voor de doelen van zorgvraagtypering en de gezamenlijke inzet op passende zorg?

Als eerste benadrukken wij dat het werken aan passende zorg voor ons als partijen in de adviescommissie hoofdprioriteit is. Wij willen de werkelijke zorgvraag en -behoefte van de patiënt nog meer centraal stellen in de interactie tussen patiënt en behandelaar. We zijn op zoek naar een taal waarmee we groepen mensen met een vergelijkbare zorgbehoefte kunnen aanduiden, om de dialoog te kunnen voeren over passende zorg voor die groepen. Een manier om de zorgvraag te kunnen typeren is belangrijk in die ontwikkeling. Het helpt ons meer te kijken naar wat nodig is en minder naar het etiket, zoals 'depressie' of 'eetstoornis'. Deze manier van kijken naar zorg past in de bredere beweging in de ggz.

Als adviescommissie onderzoeken we hoe we het instrument voor zorgvraagtypering kunnen doorontwikkelen, zodat dit beter bijdraagt aan onze doelen. Hierover adviseren wij de NZa. In onze werkzaamheden heeft het borgen van privacy van patiënten voor ons een hoge prioriteit. Er zijn, als het gaat om het borgen van de privacy, geen tegengestelde belangen.

We benadrukken daarbij dat de adviescommissie zelf niet de beschikking heeft over de data, daar ook geen toegang toe heeft en zelf ook niet kan analyseren. De NZa voert op ons verzoek verschillende analyses uit, waarvan wij zelf dan weer de uitkomst kunnen interpreteren.

Het doel van zorgvraagtypering

U vraagt om een brede reflectie op het doel van zorgvraagtypering. Wij benadrukken dat het invoeren van zorgvraagtypering altijd randvoorwaardelijk is geweest voor de invoering van het Zorgprestatiemodel. De invoering van het Zorgprestatiemodel was volgens het besluit van het Kabinet gekoppeld aan de verplichte registratie van zorgvraagtypering.¹

Wat betreft de doelen van zorgvraagtypering hebben er in de afgelopen jaren diverse ontwikkelingen plaatsgevonden. Oorspronkelijk was het de bedoeling dat zorgvraagtypering de nieuwe bekostiging voor de ggz zou worden. Het model – tot 2019 nog het Zorgclustermodel – was echter daarvoor niet de juiste basis, constateerden partijen in het voorjaar van 2019. Het doel werd daarmee gewijzigd in: zorgvraagtypering moet informatie toevoegen aan de bekostiging, die helpt bij het sturen op passende zorg. In het door partijen onderschreven advies van de NZa over de nieuwe bekostiging² staat daarover:

Met deze nieuwe bekostiging zijn we er nog niet. We zien dit als een startpunt. Een verbetering van de zorgvraagtypering van patiënten is nodig om fundamentele stappen te zetten naar nog betere klinische herkenbaarheid en meer sturing op gepaste en doelmatige zorg. Partijen committeren zich aan deze doorontwikkeling en zullen daarbij de input vanuit de pilots van het zorgclustermodel gebruiken.

In januari 2020 hebben wij die lijn voortgezet en als veldpartijen bestuurlijke afspraken gemaakt over de zorgvraagtypering in de ggz³ in de zogenoemde startnotitie. Daarin zijn ook de doelen geconcretiseerd en afgestemd op wat intussen in het Hoofdlijnenakkoord ggz was verwoord: *de zorgvraagtypering moet gepast gebruik van zorg gaan ondersteunen*. En verder:

Een ander belangrijk doel is het vergroten van de klinische herkenbaarheid. Samen vormen deze doelen het hoofddoel. Het Hoofdlijnenakkoord noemt de vermindering van administratieve lasten hierbij als randvoorwaarde. Een robuust systeem voor zorgvraagtypering draagt bij aan een optimale allocatie van beschikbare middelen. Daarmee kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over en weer betrouwbare partners zijn en gezamenlijk bijdragen aan een duurzaam, goed werkend stelsel voor ggz en fz.

Het belang van de koppeling tussen het zorgprestatiemodel en de zorgvraagtypering is bevestigd in de ex-ante beleidsevaluatie van het Zorgprestatiemodel door het Talma

¹ <https://www.zorgprestatiemodel.nl/content/uploads/2020/09/uitwerking-en-besluit-nieuwe-bekostiging-geneeskundige-geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz-1.pdf>

² <https://www.zorgprestatiemodel.nl/content/uploads/2019/09/Advies-zorgprestatiemodel-ggz-en-fz-DEFINITIEF.pdf>

³ <https://www.zorgprestatiemodel.nl/content/uploads/2020/03/200122-startnotitie-doelen-zorgvraagtypering.pdf>

Instituut van de Vrije Universiteit (mei 2020).⁴ Verschillende partijen hebben daarop zorgen geuit over de geschiktheid van het HoNOS+ model voor zorgvraagtypering. Tegelijk constateerden zij ook dat een alternatief niet voorhanden was en dat het zorgprestatie-model zonder zorgvraagtypering geen optie was.

In november 2020 hebben de veldpartijen de NZa toch gezamenlijk geadviseerd het HoNOS+ model in te zetten voor zorgvraagtypering in de ggz.⁵ Daarbij is wel benadrukt dat doorontwikkeling van het model nodig is. Voor de forensische zorg is toen besloten een ander model in te zetten. Een aantal partijen heeft voor de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering in de ggz extern advies gevraagd, om te zien of andere/aanvullende gegevens het model beter zouden maken (mei 2021).⁶ Dat advies gaf redenen om te onderzoeken of andere al bekende informatie-elementen (zoals eerdere opname, gebruik van acute ggz en de toepassing van de wet verplichte ggz) toegevoegd zouden moeten worden om de voorspelkracht te vergroten.

Zoals aangegeven stonden de oorspronkelijke doelen van zorgvraagtypering in de 'Startnotitie doelen Zorgvraagtypering' (januari 2020). In de verkenning (eerste helft 2022), die voorafging aan het instellen van de adviescommissie zorgvraagtypering ggz, gaven veldpartijen aan dat deze doelen van zorgvraagtypering moesten worden geüpdatet. Sommige doelen waren te breed, of te veel op de lange termijn gericht, of meer een randvoorwaarde dan een doel. De adviescommissie heeft de doelen daarom vertaald naar een hoofddoel en naar stappen richting dat hoofddoel. Deze zijn verwoord in de startnotitie van de adviescommissie (september 2022).⁷ Het hoofddoel van zorgvraagtypering is volgens de startnotitie van de adviescommissie:

Zorgvraagtypering bevordert het gepast gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en ondersteunt een juiste allocatie⁸ van middelen.

De adviescommissie heeft dit hoofddoel uitgewerkt in doelen voor de korte, middellange en lange termijn. De adviescommissie richt zich voornamelijk op de doelen voor de korte termijn, onder andere op het dekkend maken van de zorgvraagtypen voor alle patiëntengroepen. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is dat we de administratieve lasten zoveel als mogelijk beperken.

⁴ <https://www.zorgprestatie-model.nl/content/uploads/2020/07/Talma-Evaluatie-Zorgprestatie-model-GGZ-en-FZ.pdf>

⁵ <https://www.zorgprestatie-model.nl/content/uploads/2020/12/20201104-Advies-besluitvorming-Zorgvraagtypering.pdf>

⁶ <https://www.zorgprestatie-model.nl/content/uploads/2021/05/Voorstel-subclusters-15-03-2021.pdf>

⁷ https://adviescommissie.zorgprestatie-model.nl/shared/content/uploads/2022/10/20220909-Startnotitie-Adviescommissie-Zorgvraagtypering_definitief.pdf

⁸ De commissie is van mening dat het zorgveld de zwaardere groepen patiënten beter moet kunnen bedienen. Daarom is voor de korte termijn als doel geformuleerd om de zwaarte van de zorgvraag bij bijvoorbeeld EPA, verslavingszorg én common mental disorders terug te zien in de zorgvraagtypen.

De opdracht van de adviescommissie

De adviescommissie zorgvraagtypering ggz adviseert de NZa over de doorontwikkeling van zorgvraagtypering in de ggz. De NZa heeft ons gevraagd om:

- te verkennen en te inventariseren welke onderwerpen opgepakt moeten worden als doorontwikkelpunten van zorgvraagtypering in de ggz;
- een inhoudelijk advies te geven aan de NZa over de doorontwikkeling;
- dit advies zoveel mogelijk te baseren op wetenschappelijk onderbouwd onderzoek;
- oog te houden voor de interactie tussen patiënt en behandelaar bij de totstandkoming van de zorgvraagtypering.

De adviescommissie opereert binnen al gemaakte (veld)afspraken van het zorgprestatie-model.

Inmiddels heeft de adviescommissie twee adviezen uitgebracht.^{9 10}

In ons advies deel 3 (verwacht in december 2024) hopen we een voorlopig oordeel te kunnen geven hoe we zorgvraagtypering willen verbeteren met het oog op de inhoudelijke dialoog over passende zorg voor groepen patiënten, en welke verdere doorontwikkeling verder nodig is.

Consequentie van niet opnieuw uitvragen voor onderhoud

De motie vraagt u om ervoor te zorgen dat de NZa niet opnieuw HoNOS+-vragenlijsten zal opvragen. Dit laat de mogelijkheid open dat de NZa in de toekomst voorschrijft dat zorgaanbieders de vragenlijsten aan een (onafhankelijke) derde partij moeten aanleveren. Hierover is in onze commissie verder niet gesproken, maar partijen benadrukken wel dat zo'n constructie leidt tot meer administratieve lasten. Bij de beantwoording van uw vraag gaan wij ervan uit dat u doelt op de situatie dat er in het geheel geen vragenlijsten worden opgevraagd.

Uw vraag gaat over *toekomstig onderhoud*. De indruk kan ontstaan dat de zorgvraagtypering 'klaar' is en alleen af en toe een update nodig heeft. Zover zijn we nog niet. Wij moeten nog beoordelen of de data van voldoende kwaliteit is. En er wordt nog onderzoek gedaan naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, door de Rijksuniversiteit Groningen.

Ook ons inhoudelijk onderzoek loopt nog en zal zoals gezegd in december leiden tot een nieuw advies (deel 3).

Het advies kan inhouden dat de zorgvraagtypering (op onderdelen) moet worden aangepast. Aanpassingen zouden bijvoorbeeld het samenvoegen of opsplitsen van zorgvraagtypen of het anders waarderen van het antwoord bij een item van de HoNOS+ kunnen zijn. In dat geval moet in te toekomst worden onderzocht of die wijziging werkelijk het beoogde effect heeft en dat kan alleen met nieuwe data. Aan *toekomstig onderhoud* gaat dus nog een stap vooraf: het realiseren van een voldoende bruikbare versie van zorgvraagtypering voor de

⁹ <https://adviescommissie.zorgprestatie-model.nl/shared/content/uploads/2023/07/20230629-Advies-zorgvraagtypering-ggz-deel-1-web.pdf>

¹⁰ <https://adviescommissie.zorgprestatie-model.nl/shared/content/uploads/2024/02/20240209-Advies-zorgvraagtypering-ggz-deel-2-web.pdf>

gestelde doelen. Het voortijdig vernietigen van bestaande data of belemmeringen om aanpassingen aan het huidige model te toetsen, kunnen ertoe leiden dat een verbeterde versie van de zorgvraagtypering op basis van de huidige data niet getoetst kan worden.

Kijken wij naar *het onderhoud*, waar uw vraag over gaat, dan constateren wij dat ieder meetinstrument onderhoud nodig heeft en van tijd tot tijd moet worden gekalibreerd. De bevolking verandert, zorgvragen veranderen en het behandelaanbod verandert. De klinische werkelijkheid is niet statisch. Om het model op die veranderingen aan te kunnen passen, heb je input (data) nodig uit de klinische werkelijkheid.

Wij menen dat onderhoud en kalibratie niet mogelijk zijn zonder data op het niveau van het individu. Of uitkomsten op het niveau van groepen personen valide zijn, kun je alleen bepalen als je ook de individuele uitkomsten kent. We illustreren dit met een voorbeeld. In de ontwikkeling van het model, zagen wij dat de score op sommige items een relatief grote (mogelijk té grote) invloed hebben op het voorgestelde zorgvraagtype. Dit was alleen te achterhalen door onderzoek van (niet tot de persoon herleidbare) scores uit afzonderlijke vragenlijsten. Als zo'n onderzoek niet meer mogelijk is, worden de uitkomsten door de veranderingen in de klinische werkelijkheid steeds minder betrouwbaar. Dat gaat ten koste van het vertrouwen in het model en uiteindelijk de mogelijkheid om het voor de afgesproken doelen te gebruiken.

Dat voor onderhoud data op individueel niveau nodig zijn, hoeft niet te betekenen dat *alle* data over een tijdvak verzameld moet worden. Waarschijnlijk kan in de toekomst met gerichte uitvragen of steekproeven worden volstaan. Op grond van het bestuursrecht en de privacyregels moet de NZa (of een andere partij die de gegevens opvraagt) altijd rekening houden met onder meer proportionaliteit en doelmatigheid.

Consequentie van het alleen gebruik maken van geaggregeerde data

Uit het voorgaande volgt al dat het enkel gebruiken van geaggregeerde data voor onderhoud tot ongewenste resultaten zal leiden en op termijn tot een minder werkend model. Ook als je informatie alleen op het niveau van groepen personen gaat gebruiken, is het nodig om periodiek na te gaan of de onderliggende informatie juist en betrouwbaar is. Daar komt bij dat het ons nog niet duidelijk is waar de geaggregeerde data dan vandaan zouden komen. Om te aggregeren, moet iemand over de onderliggende data beschikken. Dat zouden de afzonderlijke zorgaanbieders kunnen zijn, die dan niet zoals nu de afzonderlijke vragenlijsten indienen, maar een aggregatie daarvan. Die optie zou dan weer niet voldoen aan de wens dat de NZa helemaal geen data meer uitvraagt.

Wat betekenen deze consequenties voor de doelen van zorgvraagtypering en de gezamenlijke inzet op passende zorg?

Wij hebben afgesproken om een geschikte vorm van zorgvraagtypering in te zetten om in de ggz 'passende zorg' te bevorderen. Zorgvraagtypering is niet bedoeld om de situatie van een individu te gaan volgen. Het gaat altijd over groepen mensen met mogelijk een overeenkomstige zorgbehoefte. Voor zo'n groep kunnen we dan afspreken welke en hoeveel zorg passend is. De ggz zal zonder maatregelen nog meer 'verstopt' raken en mensen met ernstige psychische problemen zullen nog langer moeten wachten op zorg. Om met een zekere mate van objectiviteit te kunnen bepalen wat passend is voor een groep personen met een vergelijkbare situatie, heb je een uniforme duiding van die situatie nodig, inzicht in de beschikbare capaciteit en inzicht in uitkomsten. Dat inzicht kan niet worden ontwikkeld zonder data op individueel niveau. Daarmee bedoelen wij niet dat de data tot in individuele persoon te herleiden moeten zijn. Zeker niet. Wij herhalen dat het er niet om gaat om zorgvraagtypering in te zetten voor financiering van zorg op dat niveau. We bedoelen wel dat we nog niet voldoende inzicht hebben in de samenstelling van de groepen patiënten binnen de ggz en hun zorgbehoefte.

Wij geven een voorbeeld. Een groep met twintig leerlingen die gemiddeld een voldoende 6 scoren, kan bestaan uit 15 leerlingen met een 7 en 5 leerlingen met een 3. Als je afgaat op het gemiddelde is er niets aan de hand, maar alleen als je de individuele cijfers kent, zie je een subgroep van leerlingen extra aandacht nodig heeft. Juist op die subgroep wil je dan kunnen inzoomen.

In december weten we welke zeggingskracht de eerste versie van de zorgvraagtypering kan hebben over de zorginzet bij groepen personen. Voor de toekomst moeten we aan de voorkant echter ook de 'leerlingen die meer aandacht nodig hebben' kunnen identificeren. Die stap zal niet of nauwelijks gemaakt kunnen worden met enkel geaggregeerde data. Er is ook kennis nodig van de variatie binnen groepen om de risico's voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders in te kunnen schatten. Deze variatie wordt door de aard van de variatie (niet-normaal verdeeld en niet goed voorspelbaar) alleen goed inzichtelijk met gegevens op individueel niveau. Het is daarom nodig om verder onderzoek te doen op het niveau van individuele trajecten.

Tot slot

In uw besluiten over de invoering van het Zorgprestatie-model in de ggz en de fz is de invoering van zorgvraagtypering altijd een nadrukkelijk vereiste geweest. Als veld hebben wij die koppeling altijd gesteund en dat doen wij nog steeds.

Als veldpartijen staan we achter de doelen van de zorgvraagtypering. Wij willen het huidige instrument toetsen en zó verder ontwikkelen dat het gaat helpen bij het oplossen van problemen en het inzetten op meer passende zorg, voor iedereen die zorg nodig heeft en met extra prioriteit voor de ernstig zieke patiënten. Dit hebben we ook zo afgesproken in het Integraal Zorgakkoord. Zorgvraagtypering moet bijvoorbeeld heel concreet helpen om de

EPA-doelgroep beter in kaart te brengen, zodat zeker voor die groep tijdige en passende zorg georganiseerd kan worden.

Géén informatie delen vinden wij geen goed idee. Dan zullen we nooit in staat zijn om (landelijk) af te spreken hoe we de schaarse middelen het beste kunnen inzetten. Bovendien past dat niet in hoe ons zorgstelsel werkt. Data zijn onmisbaar om zorgvraagtypering te onderzoeken en verder te ontwikkelen.

Wij roepen de overheid op mee te denken bij het realiseren van een deugdelijke grondslag om in de toekomst data te kunnen inzetten voor onderzoek naar passende zorg voor groepen patiënten en als ondersteuning voor de andere wettelijke taken en processen (zoals het bepalen van aanspraak, rechtmatigheid, zorgplicht, risicoverevening).

Namens de Adviescommissie zorgvraagtypering ggz,

C.J. Diepeveen MSc
Voorzitter

De volgende partijen hebben zitting in de Adviescommissie zorgvraagtypering ggz:

- *De Nederlandse ggz*
- *Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten*
- *MeerGGZ*
- *Nederlandse Federatie van UMC's*
- *Nederlands Instituut van Psychologen*
- *Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen*
- *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie*
- *Zorgverzekeraars Nederland*
- *Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland*

Contact: zorgvraagtypering@zorgprestatieamodel.nl