

Brief over Aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de nieuwe bekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) –

Highlights vanuit het perspectief van de Basis GGZ

De brief van de Staatssecretaris aan de regering uit het voornemen om een aanwijzing te geven aan de NZa om per 2022 een nieuwe bekostiging in te voeren voor de ggz en fz. De brief geeft in de inleiding nog wat achtergrondinformatie. Daarna volgen een aantal overwegingen en aandachtspunten. De volledige brief is te downloaden via:

https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2020Z18104&did=2020D39133

Relevante passages vanuit het perspectief van de (huidige) Basis GGZ zijn:

Algemeen

- Het model faciliteert een passende vergoeding voor geleverde zorg die aansluit bij de feitelijke behandelinzet
- De prikkel verdwijnt om de duur van het behandeltraject van de cliënt af te stemmen op bepaalde tijd­klasse­grenzen binnen de bekostiging en daardoor een cliënt langer of juist korter te behandelen dan noodzakelijk is.
- Zorgvraagtypering is een belangrijk element. In 2022 en 2023 zal de bestaande zorgvraagtypering behouden blijven. Doel is vanaf 2024 een stabiele verbeterde zorgvraagtypering beschikbaar te hebben, die onder andere de contractering (gepast gebruik, verantwoording) en samen beslissen moet gaan ondersteunen.
- De periode tot 2024 staat in het teken van ervaring opdoen met de nieuwe zorgvraagtypering. **De diagnosehoofdgroep en de huidige basis-ggz-profielen, blijven daarbij, net zoals nu, in elk geval in 2022 en 2023 op de ggz-factuur vermeld worden.**
- Er komt ook een zogenaamde ‘facultatieve prestatie’ met een vrij tarief die het voor zorgaanbieder en zorgverzekeraar mogelijk maakt om voor (regionaal) maatwerk en innovatieve zorgvormen een prestatiebeschrijving af te spreken die afwijkt van de door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen. Bijvoorbeeld voor nieuwe vormen van e-health of het integrale prestaties voor specifieke patiëntengroepen.
- In de nieuwe bekostiging zullen, net als nu, maximumtarieven van toepassing zijn. Daarbij heeft de NZa ook weer de mogelijkheid om max-maxtarieven vast te stellen.
- Over de inzet van vrijgevestigde psychiaters zegt de Staatssecretaris: “Ik zal de NZa dan ook vragen om bij de invoering van de nieuwe bekostiging het voor vrijgevestigde psychiaters

alleen mogelijk te maken een hoog ‘psychiatertarief’ in rekening te brengen voor zover zij zorg leveren aan cliënten die ook daadwerkelijk zorg van een psychiater nodig hebben; voor overige zorg krijgen zij dan een lager tarief dat aansluit bij de aard van de geboden zorg.”

- Meer gedetailleerde informatie komt door het model (veel) snelle beschikbaar; dat ondersteunt een effectieve monitoring en verdere doorontwikkeling in de jaren na invoering.

Specifiek basis-ggz

“In de basis-ggz vervallen de huidige genormeerde tarieven, die uitgaan van een bepaalde duur van het behandeltraject. Hierdoor nemen de volume­prij­kels toe. **De effecten hiervan kunnen worden beheerst via afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.** Maar bij ongecontracteerde zorgaanbieders kan dit leiden tot langer doorbehandelen. Daar staat tegenover dat experts in de ggz-sector aangeven dat door de huidige genormeerde tarieven in de basis-ggz, nu ook soms patiënten worden doorverwezen naar de gespecialiseerde ggz, die zorginhoudelijk gezien nog goed behandeld hadden kunnen worden binnen de basis-ggz. **Deze prikkel om onnodig door te verwijzen vervalt in het zorgprestatie­model.**”

“Ik vraag de NZa om de ontwikkelingen in de basis-ggz goed te monitoren. **Ik vind het belangrijk dat de basis-ggz als apart echelon binnen de ggz stevig gepositioneerd blijft,** ook al krijgt deze dezelfde bekostiging als de gespecialiseerde ggz. De basis-ggz wordt gedefinieerd door kenmerken van de patiëntenpopulatie en door de bijbehorende behandel­filosofie van kortdurend behandelen. **Ik heb de partijen van het Hoofdlijnenakkoord GGZ verzocht om te bespreken welke afspraken en/of instrumenten mogelijk zijn om de voor de basis-ggz kenmerkende behandel­filosofie, ook na invoering van het zorgprestatie­model, te ondersteunen.** Partijen hebben daarmee ingestemd.”

Wat betekent dit als we kijken naar kansen en uitdagingen voor het borgen van de krachtige elementen van kortdurend generalistisch handelen?

Overwegingen

Als het gaat om het borgen van de krachtige elementen van kortdurend generalistisch handelen, is de ‘hoe’-vraag hiermee al deels ingevuld. Er komt in elk geval de eerste twee jaar een soort label Basis GGZ. Het is nog niet duidelijk hoe dit precies geoperationaliseerd wordt, zowel inhoudelijk als administratief. Zoals het nu staat geformuleerd, lijkt het onderscheid kort / middel / intensief ook aanwezig te blijven. Het is nog niet duidelijk in hoeverre dit in eerste instantie toch extra administratieve lasten geeft (registreren oude en nieuwe typering). En als je voor een cliënt een traject start met een label Basis GGZ, maar uiteindelijk blijkt toch een gespecialiseerde aanpak nodig te zijn, moet je iemand dan ‘omzetten’? Of een nieuw traject openen? Dit zijn punten die allicht in de verdere uitwerking door de NZa en door veldpartijen worden verduidelijkt.

Belangrijkste vraag is: hoe zorgen we dat de belangrijke elementen voldoende tot hun recht gaan komen in/met het label Basis GGZ?

Er wordt gesteld: *'In de basis-ggz vervallen de huidige genormeerde tarieven, die uitgaan van een bepaalde duur van het behandeltraject. Hierdoor nemen de volume­prijkkels toe. De effecten hiervan kunnen worden beheerst via afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.'*

Welke mogelijkheden zijn er hiertoe, anders dan opnieuw normeren / de minuten­prijkkel? Wat zijn kansen om de behandel­filosofie van de huidige Basis GGZ goed te borgen en mogelijk zelfs te verbreden?

Er ligt een opdracht bij de partijen van het Hoofdlijnen­akkoord om hierover na te denken: welke afspraken en/of instrumenten zijn mogelijk om de, voor de basis-ggz kenmerkende, behandel­filosofie te ondersteunen. Die afspraken / instrumenten zullen óók invulling moeten geven aan de behoefte om grip en zicht te houden op gepast gebruik van zorg (met het oog op financiële gevolgen én wachtlijsten).

...maar de Basis GGZ blijft nog even bestaan

Het lijkt er nu in elk geval op dat de Basis GGZ de eerste twee jaar sowieso nog blijft bestaan. Dat geeft richting. Stichting KiBG volgt de ontwikkelingen op de voet en bepaalt parallel haar eigen koers, waarbij we vooruitstrevende zorgaanbieders en zorgverzekeraars verbinden en het inhoudelijke gesprek faciliteren.