

Advies

Basis GGZ

december 2011

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Adviesvraag	11
1.2 Afbakening	11
1.3 Begrippenkader	13
1.4 Leeswijzer	14
2. Knelpunten en hun oorzaken	15
2.1 Achtergrond	15
2.2 Knelpunt: te veel verwijzingen	16
2.3 Oorzaak 1: Onzekere poortwachter	17
2.4 Oorzaak 2: Cliënt kwijt	18
2.5 Oorzaak 3: Ongelijke regels	18
2.6 Zorggerelateerde preventie: knelpunt en oorzaken	19
2.7 Conclusie	21
3. Van oorzaken naar oplossingen	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Onzekere poortwachter: Versterk en flexibiliseer de GGZ-ondersteuning	23
3.3 Client kwijt: Maak diagnostiek op aanvraag separaat declareerbaar	25
3.4 Ongelijke regels: Uniforme bekostiging van kortdurende behandeling	27
3.5 Zorggerelateerde preventie: Functies opnemen bij GGZ-ondersteuning	31
3.6 Aandachtspunten	32
3.7 Budgettair kader zorg	34
4. Overige onderwerpen	35
4.1 Integrale bekostiging	35
4.2 Jeugd-GGZ	36
4.3 Directe toegankelijkheid	37
Bijlage 1. Achtergronden bij het advies	39
Bijlage 2. Verzoek minister (brief 1 juli 2011)	51

Vooraf

Voor u ligt een advies over de functie eerstelijns Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Hierin geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) antwoord op de adviesvraag van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de versterking van de functie eerstelijns GGZ, ook wel Basis GGZ genoemd.

De NZa heeft dit advies opgesteld op basis van literatuuronderzoek, gerichte gesprekken met koepelorganisaties en andere deskundigen, werkbezoeken en eigen expertise. Uitgangspunt bij de weging van de belangen van de verschillende partijen zijn de kernwaarden van de NZa. Het gaat daarbij om betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg voor nu en in de toekomst.

De NZa hecht grote waarden aan het betrekken van belanghebbenden en deskundigen bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen de constructieve bijdragen van alle betrokkenen dan ook zeer op prijs, en willen hen hiervoor hartelijk danken.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Inleiding

Op 1 juli 2011 heeft de NZa van de minister van VWS het verzoek ontvangen om advies uit te brengen over de versterking van de functie eerstelijns GGZ, ook wel *Basis GGZ* genoemd. Inhoudelijke aanleiding voor dit verzoek was, kort gezegd, dat ten eerste teveel mensen met lichtere psychische problematiek vanuit de basiszorg in de specialistische GGZ terecht komen, en ten tweede dat ook te weinig mensen na behandeling weer terugkeren vanuit de specialistische zorg in de basiszorg. Hierdoor wordt te weinig gebruik gemaakt van de basiszorg (op dit moment het werkkerrein van de huisarts en de POH-GGZ) en de generalistische GGZ waar nu vooral eerstelijnspsychologen werkzaam zijn. Beide knelpunten bedreigen de toegankelijkheid (wachttijsten), de kwaliteit (zorg ver weg in plaats van in de buurt) en de betaalbaarheid (dure specialistische zorg voor lichtere problematiek).

Door verschillende oorzaken groeit het beroep dat op de curatieve GGZ wordt gedaan gestaag en in een hoger tempo dan het beroep op somatische zorg. Ruim twintig procent van de volwassenen heeft jaarlijks een klacht van psychische aard en ongeveer driekwart daarvan gaat daarmee naar de huisarts. Depressie is als aandoening de belangrijkste oorzaak van arbeidsverzuim. Het in goede banen leiden van de groeiende vraag is essentieel voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid én het beperken van de maatschappelijke kosten. Het middel benoemd in de brief van de minister aan de NZa, het versterken van de functie eerstelijns GGZ, kan in belangrijke mate bijdragen aan het kanaliseren van de groeiende vraag.

– Oorzaken van knelpunten

Binnen de somatiek kan de aanbieder van basiszorg (doorgaans de huisarts) specialistische diagnostiek aanvragen bij de tweede lijn zonder de patiënt te 'verliezen'. In de regel krijgt de huisarts de uitslag van de diagnostiek en kan in samenspraak met de patiënt besluiten of doorverwijzing nodig is of niet. In de GGZ is het eerder regel dat de aanbieder (vaak eerstelijnspsycholoog of instelling in de tweede lijn) naar wie de cliënt voor diagnostiek wordt verwezen, ook 'automatisch' overgaat op behandeling, indien dit door die aanbieder noodzakelijk wordt gevonden. De poortwachter staat hierdoor buitenspel.

Een andere oorzaak dat een aantal huisartsen cliënten bij een vermoeden van een psychische ziekte te snel doorverwijst naar een tweedelijns GGZ-aanbieder, is dat het tekort aan tijd, kennis, ervaring en/of affiniteit met GGZ onvoldoende wordt gecompenseerd door GGZ-ondersteuning in of bij de praktijk. Veel praktijken schrikken er nog voor terug om een POH-GGZ in te huren of aan te nemen, onder andere vanwege het tijdelijke karakter dat nu nog aan de regeling verbonden is. Bovendien ervaren praktijken die wel een POH-GGZ hebben, een begrenzing door de huidige tarifiering.

Tot slot wordt kortdurende behandeling van psychische problematiek op dit moment op vier verschillende manieren bekostigd, afhankelijk van de declarerende aanbieder. Dit heeft onder andere tot gevolg dat voor vergelijkbare zorg sommige aanbieders tegen bekostigingsgrenzen aanlopen die andere aanbieders niet kennen, en dat door tariefverschillen de prikkels tussen aanbieders verschillen. De verschillende aanspraken en eigen bijdragen maken de regels voor verschillende groepen aanbieders nog ongelijker.

– Uitgangspunten

Onderstaand advies beschrijft hoe het versterken van de functie eerstelijns GGZ volgens de NZa het meest zal bijdragen aan het oplossen van de knelpunten. Daarbij heeft de NZa drie uitgangspunten gehanteerd:

- Ruimte creëren voor samenwerking tussen zorgaanbieders door het inbouwen van flexibele elementen in de bekostiging.
- Zorgverzekeraars faciliteren om te sturen op rolverdeling, onder andere door te zorgen dat die rolverdeling inzichtelijk wordt voor verzekeraars.
- Zoveel mogelijk functioneel omschreven zorg, zodat voor alle partijen gelijke regels gelden.

Advies: verschillen met somatiek wegnemen

Tot 1 januari 2008 viel de curatieve GGZ onder de AWBZ. Doel van de overheveling naar de Zvw in 2008 was om de verschillen in aanpak tussen somatische en psychische aandoeningen zoveel mogelijk weg te nemen. Bij de totstandkoming van dit advies is de NZa gebleken dat er nog een aantal grotere en kleinere verschillen resteert tussen somatiek en GGZ, zowel zorginhoudelijk als in de randvoorwaarden (waaronder bekostiging). Die resterende verschillen vormen op zijn minst een belangrijk deel van de oorzaken achter de gesignaleerde knelpunten. Daarom adviseert de NZa deze resterende verschillen weg te nemen, zodat het proces dat is ingezet met de overheveling een nieuwe impuls krijgt.

De NZa onderscheidt twee hoofdfuncties, die de NZa tezamen beschouwt als de functie 'Basis GGZ':

- GGZ-basiszorg: Triage/screening, probleemverkenning en diagnostiek vóór een eventuele verwijzing op grond van een GGZ-ziekte. Onder GGZ-basiszorg valt ook behandeling en geïndiceerde preventie bij psychische klachten zonder dat een stoornis is vastgesteld.
- Generalistische GGZ: De (aanvullende) diagnostiek en generalistische behandeling van cliënten met een lichte tot matig ernstige, niet-complexe GGZ-ziekte.

GGZ-basiszorg

De NZa adviseert de volgende concrete maatregelen om de functie GGZ-basiszorg te versterken:

- *Scheiden van diagnostiek en behandeling door GGZ-diagnostiek, net als in de somatiek, separaat declarabel te maken*: diagnostische onderzoeken die ten behoeve van de GGZ-basiszorg uitgevoerd worden separaat declareerbaar opnemen in de bekostiging van specialistische en generalistische GGZ.
- *Versterken en flexibiliseren van de GGZ-ondersteuning in de basiszorg*: GGZ-ondersteuning betreft de functies probleemverkenning, uitvoeren van screening, beoordelen van diagnostiek, ondersteunen van zelfmanagement, psycho-educatie, kortdurende behandeling van klachten. Om knelpunten rondom preventie op te lossen kunnen functies geïndiceerde en zorggerelateerde preventie worden toegevoegd. Versterken van de GGZ-ondersteuning kan door het structureel maken en flexibiliseren van de huidige POH-GGZ-regeling, met vrije tarieven en handhaving van het vereiste van overeenstemming tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Deze twee maatregelen leiden er samen toe dat:

- naast de triage/screening in de basiszorg ook specialistische diagnostiek vaker onder verantwoordelijkheid van de huisarts plaatsvindt, zodat die pas verwijst als het echt nodig is, na het vaststellen van een GGZ-ziekte;
- door meer diagnostiek in/voor de basiszorg vaker direct verwezen wordt naar de juiste zorgaanbieder, indien verwijzing nodig is (matched care);
- met de versterkte GGZ-ondersteuning de basiszorg in staat gesteld wordt om de volumegroei ook daadwerkelijk in de buurt op te vangen;
- GGZ-ondersteuning ook vorm gegeven kan worden door lokale samenwerking met eerstelijnspsycholoog en voorwaarts geïntegreerde instelling via onderlinge dienstverlening;
- het ook mogelijk is gebruik te maken van e-health-toepassingen voor de ondersteuningsfuncties.
- verzekeraars inzicht krijgen in de rolverdeling, en hier actief op kunnen gaan sturen.

De bekostiging van de GGZ-ondersteuning is in functionele termen omschreven, maar is nog wel onderdeel van de bekostiging van de huisartsenzorg. Het loskoppelen van deze functie heeft als voordeel dat zorgverzekeraars (een deel van) deze functies ook bij andere aanbieders kunnen inkopen. De NZa wil erop wijzen dat zij met het advies hierboven nog niet uitspreekt of deze functies gekoppeld moeten blijven aan de huisartsenbekostiging. Deze vraag zal aan de orde komen in het advies over de huisartsenbekostiging dat de NZa naar verwachting in de zomer van 2012 zal uitbrengen.

Generalistische GGZ

De NZa adviseert de volgende maatregel om de functie generalistische GGZ te versterken:

- Uniforme, flexibele bekostiging van generalistische GGZ: Deze uniforme bekostiging vervangt idealiter de huidige bekostiging van eerstelijns psychologische zorg en het generalistische deel van alle GGZ-behandelingen in de tweede lijn. Daarvoor moet de GGZ-productstructuur worden omgevormd tot een structuur waarin het onderscheid tussen specialistische en generalistische GGZ te maken is. Dit kan niet op korte termijn. Als eerste stap op weg naar deze situatie kan gekozen worden voor een uniforme bekostiging van kortdurende behandeling die in de plaats zou komen van kortdurende GGZ-DBC's tot 800 minuten. Het nadeel dat in deze tussenstap ook de kortdurende specialistische interventies onder deze bekostiging zouden komen te vallen, kan met een verrichting of programma "kortdurende specialistische interventie" gerepareerd worden. De keuze tussen een verrichtingen- of een programma-aanpak maakt de NZa nog niet. De NZa gaat begin 2012 met partijen in overleg om tot nieuwe prestaties voor de generalistische GGZ te komen. De NZa nodigt partijen uit met uitgewerkte ideeën te komen voor een uniforme bekostiging voor de generalistische GGZ. De NZa adviseert vrije tarieven voor deze verrichtingen of programma's, gecombineerd met scherp toezicht. Voor beide modellen geldt als randvoorwaarde de flexibiliteit om andersoortige afspraken tussen verzekeraars en aanbieders te faciliteren, zoals een bundeling van prestaties in een kleiner aantal zorgproducten, toegesneden op patiënttypen met een bepaalde zorgzwaarte en onderverdeeld in slechts enkele categorieën, bijvoorbeeld een "licht-middel-zwaar" zorgprofiel.

Deze uniforme bekostiging leidt ertoe dat:

- Er gelijke reguleringscondities ontstaan voor alle aanbieders van deze generalistische en electieve zorg.

- Voor deze relatief lichte zorg niet langer hoge DBC-tarieven in rekening worden gebracht, maar een passend tarief, overeengekomen tussen zorgverzekeraar en aanbieder.
- Samenwerking tussen huisartsen en voorwaarts geïntegreerde instellingen onverminderd mogelijk blijft én dat eerstelijnspsychologen ook dergelijke samenwerking kunnen aangaan.
- Aanvullende afspraken omtrent bijvoorbeeld samenwerking via een vrije prestatie vorm kunnen krijgen.
- Verschillen in aanspraak en eigen bijdragen voor deze zorg kunnen komen te vervallen.
- Functioneel geformuleerde verrichtingen binnen deze bekostiging geen belemmering opwerpen voor het inzetten van e-health toepassingen.
- De transparantie van het systeem de zorgverzekeraars in staat stelt actief te sturen op een goede rolverdeling en een redelijke prijs voor deze zorg.

Aandachtspunten

De volgende veranderingen buiten de bekostiging zouden volgens de NZa de effectiviteit van de voorgestelde maatregelen ondersteunen (zie paragraaf 3.6):

- Het tot stand komen van meer infrastructuur en richtlijnen voor communicatie en samenwerking tussen aanbieders van GGZ, waaronder consultatie van een specialist door (de ondersteuner van) de huisarts tijdens diagnose en behandeling.
- Meer personele capaciteit in de GGZ-basiszorg (en in de generalistische GGZ) om de toename in de vraag te kunnen opvangen, bijvoorbeeld door nog meer voorwaartse integratie of detachering vanuit AMW-instellingen.
- Coördinatie tussen zorgaanbieders en maatschappelijk ondersteuners enerzijds en zorgverzekeraars en gemeenten anderzijds ten behoeve van kosteneffectieve vroegsignalering en preventie in de buurt.
- Inzicht door monitoring, onder andere inzicht in de mate waarin het terugdringen van onnodige doorstroom naar de tweedelijns GGZ ook daadwerkelijk leidt tot besparingen.
- Zorgverzekeraars volledig risicodragend laten zijn voor wat betreft de uniforme bekostiging van kortdurende behandeling. En het risicodragend maken van zorgverzekeraars voor de tweedelijns curatieve GGZ doorzetten in een verantwoord, maar verder zo hoog mogelijk tempo.
- Aanpassingen in het BKZ conform verwachte verschuivingen in de GGZ (zie paragraaf 3.7).

Nog geen integrale bekostiging

De minister vraagt in haar brief ook integrale bekostiging van de Basis GGZ als mogelijke oplossing mee te nemen. De NZa is van mening dat het te vroeg is om integrale bekostiging van de gehele basis GGZ in te voeren. Een dergelijke majeure wijziging in de bekostiging acht de NZa nog niet noodzakelijk, als relatief kleine aanpassingen in de bekostiging de knelpunten kunnen oplossen. Dit temeer omdat de sector net een grote wijziging achter de rug heeft en zich op een aantal punten nog niet aan die nieuwe situatie heeft kunnen aanpassen.

Wat betreft een mogelijke introductie van ketenbekostiging in de GGZ acht de NZa vooralsnog alleen de zorg rondom chronisch depressieve patiënten een eventuele kandidaat. Een breed gedragen Zorgstandaard Depressie zal naar verwachting op korte termijn worden vastgesteld. De NZa kan na een positieve evaluatie van de ketenbekostiging in 2012 ketenzorg voor chronisch depressieve patiënten toevoegen aan de bestaande ketens, net als bij die andere ketens als optie naast de reguliere bekostiging.

1. Inleiding

1.1 Adviesvraag

Door verschillende oorzaken groeit het beroep dat op de curatieve GGZ wordt gedaan gestaag en in een hoger tempo dan het beroep op somatische zorg. Ruim twintig procent van de volwassenen heeft jaarlijks een klacht van psychische, psychosociale of psychosomatische aard en ongeveer driekwart daarvan gaat daarmee naar de huisarts.¹ Het in goede banen leiden van deze groeiende vraag is essentieel voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de GGZ in de toekomst.

Op 1 juli 2011 heeft de NZa van de minister van VWS (de minister) het verzoek ontvangen te adviseren over de versterking van de functie eerstelijns GGZ, ook wel Basis GGZ genoemd.² Inhoudelijke aanleiding voor dit verzoek was dat de groeiende vraag niet goed gekanaliseerd wordt. Ten eerste komen teveel mensen met psychische problematiek vanuit de basiszorg in de specialistische GGZ terecht. Ten tweede keren te weinig mensen na behandeling weer terug vanuit de specialistische zorg in de basiszorg. De minister ziet een versterking van de functie eerstelijns GGZ als een belangrijk middel om bovenstaande knelpunten op te lossen.

De minister heeft de NZa gevraagd om advies te geven over de onderstaande twee vraagstukken:

- Op welke wijze zou de versterking van de functie eerstelijns GGZ in gang gezet kunnen worden?
- Welke randvoorwaarden zijn essentieel om de geadviseerde maatregelen adequaat te laten functioneren?

Uitgangspunten

In dit document geeft de NZa antwoord op bovenstaande vragen, zo veel mogelijk rekening houdend met de in de brief genoemde uitgangspunten, pijlers en voorwaarden. De volgende uitgangspunten stelt de NZa daarbij voorop:

- Ruimte creëren voor samenwerking tussen zorgaanbieders.
- Zorgverzekeraars faciliteren om te sturen.
- Zoveel mogelijk functioneel omschreven zorg, zodat gelijke spelregels ontstaan.

1.2 Afbakening

Onderwerp van dit advies is primair de functie eerstelijns GGZ. Daarbij passen de volgende kanttekeningen.

Huisartsenzorg

Een deel van de functie eerstelijns GGZ wordt verzorgd in de huisartspraktijk c.q. het gezondheidscentrum. De bekostiging van de huisartsenzorg neemt een speciale plaats in binnen het zorgstelsel. Over de toekomst van de hele huisartsenbekostiging zal de NZa de minister in 2012 separaat adviseren.

¹ De Graaf R., ten Have M., Dorsselaer S. Nemesis-2. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: Opzet en eerste resultaten. Trimbos-instituut, Utrecht, 2010.

² Deze brief van de Minister van VWS aan de NZa, d.d. 1 juli 2011, kenmerk CZ/CGGZ-3061139, is opgenomen in Bijlage B.

In dat advies komt ook aan de orde de vraag of bepaalde functies die nu alleen door de huisarts in rekening kunnen worden gebracht losgekoppeld moeten worden van de praktijk, zodat ze ook door andere zorgaanbieders in rekening gebracht kunnen worden. Voorbeelden van dergelijke functies zijn de algemene/somatische ondersteuning, intensieve thuiszorg voor mensen die wachten op opname in een verpleeg- of verzorgingshuis en ook GGZ-ondersteuning. Het vraagstuk of GGZ-ondersteuning gekoppeld moet blijven aan de huisartsenbesteding overstijgt dus de GGZ, en zal daarom niet beantwoord worden in dit advies, maar in het advies over besteding van de huisartsenzorg.

Bekostiging tweedelijns GGZ

Dit document bevat alleen adviezen over aanpassing van de huidige besteding van tweedelijns GGZ, voor zover dit bijdraagt aan de versterking van de functie eerstelijns GGZ.

Eerstelijns diagnostiek

De NZa brengt binnenkort ook een advies uit over de besteding van de eerstelijns diagnostiek. De eerstelijns GGZ-diagnostiek valt zowel binnen de reikwijdte van dat advies als van dit advies over de Basis GGZ. De adviezen in beide documenten zijn met elkaar in overeenstemming op dit punt.

Zorgverzekeringswet: Aanspraken, eigen bijdragen en preventie

Het goed kanaliseren van het groeiende beroep op GGZ is een vraagstuk dat mogelijk deels op te lossen is via duidelijk afgebakende aanspraken. De minister van VWS heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) gevraagd om in 2012 een advies uit te brengen over 'onbetwistbare GGZ'. Dat advies zal ingaan op de afbakening van verzekerde GGZ. Dit advies van de NZa zal verder niet specifiek ingaan op deze afbakening.

Alleen waar van belang voor een goede werking van de markt, doet de NZa in dit document uitspraken over aanspraken in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en eigen bijdragen. Er kunnen bijvoorbeeld marktverstoringen optreden daar waar verschillen bestaan tussen aanbieders wat betreft aanspraken en eigen bijdragen terwijl de zorg vergelijkbaar is. Dergelijke marktverstoringen betreft de NZa wel in dit advies.

In aansluiting daarop betreft de NZa in dit advies wel de zorggerelateerde en de geïndiceerde preventie, omdat zij onderdeel zijn van de Zvw-aanspraak. De selectieve en universele preventie, die buiten de Zvw-aanspraak vallen, worden in dit advies buiten beschouwing gelaten.

Psychosociale problematiek en welzijn

Aan een deel van de problematiek die in de GGZ behandeld wordt, ligt sociale problematiek ten grondslag, zoals schulden, problemen op het werk of werkloosheid, opvoedproblematiek of een combinatie daarvan. Preventie van sociale problemen en vroegherkenning vindt buiten de zorg³ plaats op het niveau van gemeenten en wijken, door maatschappelijk werk en diverse welzijnsorganisaties. De sleutel tot het voorkomen, maar ook in sommige gevallen wegnemen, van psychische problematiek kan daarom ook voor een belangrijk deel liggen in een effectieve organisatie en infrastructuur op die terreinen. Het onderhavige advies gaat daar niet op in. Wel komt de potentieel preventieve werking

³ Bedoeld wordt zorg in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg.

van een sterke welzijnsinfrastructuur aan de orde bij de aandachtspunten (3.6).

1.3 Begrippenkader

De NZa heeft geconstateerd dat sommige termen rondom de GGZ verschillend kunnen worden opgevat. Hieronder staan enkele termen die een centrale rol spelen in dit advies, met de betekenis die de NZa in dit document aan die termen geeft. Daarbij is gepoogd zo goed mogelijk aan te sluiten bij het algemene gebruik van die termen in het veld.

Problematiek, klachten en ziekte

Zoals eerder gesteld heeft ruim twintig procent van de volwassenen jaarlijks een klacht van psychische aard en ongeveer driekwart daarvan gaat daarmee naar de huisarts. In al deze gevallen spreken we van psychische problematiek. Doordat sprake is van gevarieerde psychische problematiek is het van belang om onderscheid te maken tussen patiënten met psychische klachten en patiënten met een GGZ-ziekte.

Bij patiënten met een GGZ-ziekte is sprake van dusdanig ernstige problematiek dat op grond van bijvoorbeeld de DSM-IV⁴ gekomen moet worden tot diagnose van een psychische stoornis. Insteek van een behandeling van een GGZ-ziekte is in een deel van de gevallen genezing, maar kan ook zijn het tegengaan van verergering.

Bij patiënten met psychische klachten is geen sprake van een psychische stoornis in fysiologische of klinische zin.⁵ Deze klachten kunnen "vanzelf" overgaan, voor zover sprake is van zelfmanagement van patiënten. De problematiek van deze groep patiënten kan ook betrekking hebben op psychosociale (multi)problematiek. De behandeling van patiënten met psychische klachten richt zich veelal op gedragsverandering.

Hoofdfuncties GGZ

In de adviesaanvraag introduceert de minister een nieuwe term, de 'basis GGZ'. De basis GGZ is de benaming voor een versterkte functie van de eerstelijns GGZ. De NZa heeft vastgesteld dat de term 'eerste lijn' voor verwarring kan zorgen, omdat die op verschillende manieren gebruikt wordt. Om dergelijke verwarring te voorkomen, gebruikt de NZa in dit document de volgende terminologie om zorgfuncties te onderscheiden:

- *GGZ-basiszorg*: Triage, probleemverkenning en diagnostiek vóór een eventuele verwijzing op grond van een GGZ-ziekte. Onder GGZ-basiszorg valt ook behandeling en geïndiceerde preventie zonder dat een stoornis is vastgesteld. In dit geval spreken we in dit document van 'GGZ-klachten'.
- *Generalistische GGZ*: De (generalistische) behandeling en eventuele aanvullende diagnostiek voor cliënten met een lichte tot matig ernstige, niet-complexe GGZ-ziekte.
- *Specialistische GGZ*: De (aanvullende) diagnostiek en behandeling van patiënten met een ernstige en/of complexe GGZ-ziekte.

⁴ De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition; dit is een standaardwerk voor psychiaters en psychologen dat psychische klachten en symptomen vertaalt in een diagnose. Het stellen van een DSM-diagnose betekent overigens niet automatisch dat er sprake is van een ziekte; zie P.F.M. Verhaak, Geestelijke Gezondheidszorg in de Huisartsenpraktijk: psychiatiseren of normaliseren?, Groningen, 2011.

⁵ Zie bijvoorbeeld: P.F.M. Verhaak, Geestelijke Gezondheidszorg in de Huisartsenpraktijk: psychiatiseren of normaliseren?, Groningen, 2011.

Bovenstaande driedeling wordt buiten dit document nog niet veel gehanteerd, maar voorkomt wel misverstanden die kunnen ontstaan vanwege met name de verschillende connotaties bij het begrip 'eerste lijn'. Gekoppeld aan de term 'versterking van de functie eerstelijns GGZ' en 'basis GGZ' in de brief van de minister, kan gesteld worden dat de functies GGZ-basiszorg en generalistische GGZ tezamen die functie basis/eerstelijns GGZ vormen.

De knelpunten, oplossingen en de randvoorwaarden rondom de versterking van de functie GGZ-basiszorg en generalistische GGZ komen in het vervolg van dit consultatiedocument aan bod.

1.4 Leeswijzer

Het document is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 beschrijft kort enkele achtergronden van het vraagstuk en gaat vervolgens in op de knelpunten en de oorzaken daarvan. Hoofdstuk 3 koppelt de oplossingen die de NZa adviseert aan de oorzaken van de knelpunten. Hoofdstuk 4 besteedt nog aandacht aan enkele specifieke onderwerpen uit de brief van de minister. Bijlage 1 gaat uitgebreider in op de achtergronden bij het vraagstuk. Bijlage 2 bevat de brief met de adviesvraag van de minister van VWS.

2. Knelpunten en hun oorzaken

In dit hoofdstuk analyseert de NZa de knelpunten en de dieper liggende oorzaken daarvan. Dit gebeurt vanaf paragraaf 2.2. Eerst gaat paragraaf 2.1 in op enkele belangrijke achtergronden.

2.1 Achtergrond

De curatieve GGZ maakt nog niet zo lang deel uit van het basispakket van de Zvw. Tot 1 januari 2008 viel de curatieve GGZ onder de AWBZ. Per 1 januari 2008 is de curatieve GGZ overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Daarmee is alle publiek gefinancierde geneeskundige zorg onder één wet gebracht, waarbij het niet uitmaakt of een behandeling gericht is op somatische dan wel geestelijke klachten.

Doel van de overheveling van de curatieve GGZ was om aansluiting te bevorderen tussen somatiek en GGZ, zowel zorginhoudelijk als in de randvoorwaarden. De overheveling bracht voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars een aantal grote veranderingen met zich mee, zoals een nieuwe productstructuur (GGZ-DBC's) en de introductie in de Zvw van een nieuw type zorg: eerstelijns psychologische zorg.

Bijlage 1 gaat uitgebreid in op de achtergronden en kenmerken van de GGZ, zoals de cliëntenpopulatie, de zorgfuncties, zorgverleners en zorgaanbieders, de financiering en bekostiging van de GGZ en recente ontwikkelingen in de versterking van de eerstelijns GGZ. Meer achtergronden zijn te vinden in de begin dit jaar verschenen Monitor Curatieve GGZ van de NZa.⁶

Uit de achtergronden in bijlage 1 komt sterk naar voren dat de GGZ een sector is die gekenmerkt wordt door een grote dynamiek. Om te beginnen door de sterke groei in het beroep dat op deze zorg wordt gedaan. Hiermee gepaard gaat de groei van psychische aandoeningen in het arbeidsverzuim. Verzekeringsbedrijven die naast zorgkosten ook verzuimkosten verzekeren hebben hierdoor een extra belang bij een effectieve GGZ. Maar ook door veranderingen in de randvoorwaarden, zoals de aanspraken en de bekostiging, ontstaat dynamiek. Vrij recent heeft dus nog een majeure verandering plaatsgevonden: de overheveling naar de Zvw per 1 januari 2008.

Met die overheveling zijn ook nieuwe zorgfuncties geïntroduceerd: GGZ-ondersteuning en eerstelijns psychologische zorg. Deze functies worden vervuld door 'nieuwe' zorgaanbieders, de POH-GGZ en eerstelijns psychologen. Maar ook 'oude' aanbieders begeven zich op die markt, met name vrijgevestigden en instellingen uit de tweede lijn. Ook dit verschijnsel vormt een belangrijk onderdeel van de dynamiek binnen de GGZ. Daarnaast zijn sinds de overheveling diverse nieuwe lokale en landelijke initiatieven gestart, met samenwerking tussen verschillende typen zorgaanbieders. Ook zorgverzekeraars zijn de GGZ onder de Zvw nog aan het ontdekken en hebben uiteenlopende opvattingen over de gewenste ontwikkelingen.

In het vervolg van dit hoofdstuk worden de knelpunten die aanleiding waren voor de adviesaanvraag geanalyseerd. Wat zijn de diepere

⁶ Monitor Curatieve GGZ 2010, NZa, 2011. Eind 2011 verschijnt een nieuwe monitor, dit keer in de vorm van een marktscan.

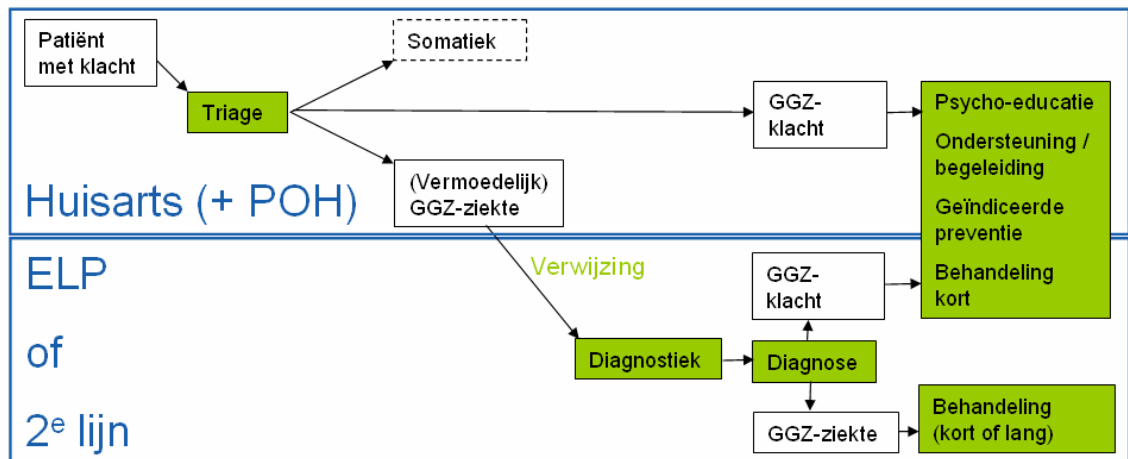
oorzaken van die knelpunten? Bij die oorzaken blijken de dynamiek en de overheveling naar de Zvw belangrijke elementen.

2.2 Knelpunt: te veel verwijzingen

Een belangrijk gesignaleerd probleem is dat patiënten met psychische problematiek te snel worden doorverwezen naar tweedelijns GGZ-aanbieders. Van de patiënten met psychische problematiek die bij de huisarts terecht komen, wordt een aanzienlijk groter deel doorverwezen naar de tweedelijns GGZ-aanbieders dan naar de eerste lijn (zie ook tabel 1 in bijlage 1). Uit het eerste Nemesis-onderzoek bleek dat bij 30% van de cliënten in de tweede lijn sprake was van lichte problematiek. Omdat dit gegeven gedateerd (1996) is en bovendien mogelijk een overschatting van het daadwerkelijk aantal ontorechte verwijzingen, heeft de NZa partijen gevraagd in hoeverre ze dit punt als een actueel knelpunt herkennen. In gesprekken met veldpartijen werd bevestigd dat dit knelpunt ook nu nog substantieel is. Er zijn derhalve veel patiënten met lichte psychische problematiek die worden behandeld in de specialistische zorg, maar mogelijk ook geholpen zouden kunnen worden door aanbieders werkzaam in de basis- of generalistische zorg. Hieronder vallen ook de patiënten die generalistische zorg ontvangen, maar waarvoor tweedelijnszorg wordt gedeclareerd (zie paragraaf 2.5).

Welke oorzaken zijn aan te wijzen voor dit knelpunt? Het schema in figuur 1 geeft weer hoe een patiënt nu vaak de zorgfuncties in de GGZ doorlopen. Aan de hand van dit schema worden ook de oorzaken van dit knelpunt belicht.

Figuur 1. Traject verwijzing patiënt met GGZ-klacht



Het startpunt is een patiënt die met een klacht (psychisch en/of lichamelijk) naar de huisarts gaat. Een huisarts voert tijdens het consult de triage uit. Komt uit de triage dat de klacht (waarschijnlijk) een somatische oorzaak heeft dan zal de patiënt volgens de somatische lijnen verder geholpen worden. Hier wordt verder niet op ingegaan.

Komt uit de triage dat de klacht (waarschijnlijk) een psychische oorzaak heeft, dan kan het gaan om een 'psychische klacht', behandelbaar binnen de GGZ-basiszorg door bijvoorbeeld ondersteuning van zelfmanagement, psycho-educatie of een kortdurende behandeling, of een 'GGZ-ziekte', waarvan behandeling buiten de basiszorg valt. Heeft de huisarts het vermoeden dat er meer aan de hand kan zijn, dan verwijst

hij in de regel door voor diagnostiek. De behandelaar die de diagnostiek uitvoert, dit kan zowel een eerstelijns- als een tweedelijnsaanbieder zijn, kan op basis van zijn diagnose kiezen voor een passende behandeling.

Hoe komt het nu dat verwijzing door de huisarts 'te snel' plaatsvindt? Hiervoor zijn drie oorzaken aan te wijzen:

- (1) Onzekere poortwachter: de huisarts vermoedt relatief vaak onterecht een GGZ-ziekte.
- (2) Cliënt kwijt: na diagnostiek keert de cliënt vaak niet terug voor de diagnose en verwijfsbeslissing door de huisarts.
- (3) Ongelijke regels: behandeling in de tweede lijn is voor cliënt en zorgaanbieder financieel aantrekkelijk.

In de volgende drie paragrafen worden bovenstaande punten verder uitgewerkt.

2.3 Oorzaak 1: Onzekere poortwachter

Uit gesprekken met veldpartijen blijkt dat niet alle huisartsen in gelijke mate kennis en ervaring hebben met patiënten met psychische problematiek. Het kan ook voorkomen dat huisartsen wel over deze kennis en ervaring beschikken, maar dat zij te weinig tijd hebben om zelf een diagnose vast te stellen. De huisarts kent immers geen separate GGZ prestaties.

In de huidige bekostiging is het mogelijk gemaakt dat de huisarts zich laat ondersteunen door de zogenaamde GGZ-praktijkondersteuner huisartsenzorg (hierna: POH-GGZ), voor onder andere de probleemherkenning en/of korte behandeling bij patiënten met psychische problematiek. Verschillende huisartsenpraktijken ervaren dit als een goede ondersteuning. Zij geven aan dat de ondersteuning door de POH-GGZ de triage sterk verbetert. De POH-GGZ wordt echter nog lang niet overal ingezet. Een veel gehoord kritiekpunt is de knellende financiering van de POH-GGZ. Bij de introductie van de POH-GGZ en het bepalen van het tarief is namelijk uitgegaan van 1 fte POH-GGZ op 8 normpraktijken, dat wil zeggen een inzet van gemiddeld 4,5 uur per week per praktijk. De POH-GGZ heeft (financieel gezien) per praktijk dus ook beperkte tijd voor het ondersteunen van huisartsen.

Het lijkt dat de opslag op het abonnementstarief en declaratie van de consulten niet voldoende aanleiding zijn voor huisartsen om te investeren in de POH-GGZ. Er is daarnaast sprake van een tijdelijke ophoging van het tarief voor de POH-GGZ. Ook door dit tijdelijke karakter, zijn huisartsen mogelijk nog terughoudend in het aangaan van een dienstverband met een POH-GGZ. Daarnaast is ook de rol van de POH-GGZ niet altijd even duidelijk. Mag een POH-GGZ nu behandelen of is deze puur ter ondersteuning van de huisarts? Dit alles heeft er ook mede toe geleid dat het ontwikkelen van protocollen voor deze functie en het opstapelen van een specifieke opleiding voor deze ondersteuners niet met grote spoed tot stand komen.

Doordat niet alle huisartsen in voldoende mate ondersteuning, tijd en affiniteit met de GGZ hebben lijkt het erop dat patiënten te snel worden doorgestuurd naar specialisten ten behoeve van de diagnosestelling. Met de wat stellige term "onzekere poortwachter" doelt de NZa op dit gebrek aan ondersteuning, tijd, affiniteit en kennis/ervaring, waardoor de verwijzing van een patiënt met psychische problematiek vaker "voor de zekerheid" is, in vergelijking met de afweging tussen "pluis" en "niet pluis" zoals de huisarts die met meer zekerheid kan maken in geval van puur somatische klachten.

2.4 Oorzaak 2: Cliënt kwijt

De samenwerking tussen de huisarts en specialisten in de tweedelijns GGZ lijkt minder vanzelfsprekend dan tussen de huisarts en de somatische specialisten. Bij de samenwerking kan onderscheid gemaakt worden tussen drie typen, namelijk:

- (type 1) tijdens de triage/probleemverkenning
- (type 2) tijdens de diagnosestelling
- (type 3) na afloop van een behandeling

Ad 1) In de somatiek is het niet ongebruikelijk om een specialist tijdens de triage/probleemverkenning te consulteren, wanneer de huisarts daar behoefte aan heeft. Dit gebeurt dan telefonisch of via e-mail. Bij de GGZ is dit een stuk minder gebruikelijk. De huisarts maakt in mindere mate gebruik van de expertise van de specialist. Uit gesprekken met veldpartijen kwam naar voren dat dit onder andere komt doordat de huisarts vaak geen inzicht heeft in de expertise van de specialisten, maar ook dat specialisten daar wellicht niet op zitten te wachten, omdat zij deze tijd niet kunnen declareren. Dit laatste duidt op een cultuurverschil met de somatiek, waar voor dergelijke consultatie ook geen aparte declaratietitel bestaat.

Ad 2) Het komt ook voor dat een huisarts behoefte heeft aan diagnostiek van een specialist. In de somatiek is dit bijvoorbeeld een bloedonderzoek of een scan. De specialist kan deze handeling via een zogenaamd Overig Product (OVP) declareren. De GGZ kent geen gelijksoortige OVP ten behoeve van diagnostiek. Het lijkt er dus op dat hier een onwenselijk verschil tussen GGZ en somatiek is ontstaan. Een poortwachter kan tijdens de triage of diagnosestelling behoefte hebben aan kortstondige afstemming met een specialist. Uit gesprekken met veldpartijen blijkt dat kortstondige afstemming tussen een huisarts en een GGZ-specialist geen gemeengoed is.

Ad 3) Daarnaast lijkt het ook niet gebruikelijk te zijn in de GGZ om de huisarts te informeren na diagnosestelling of afloop van de behandeling. In de somatiek is het gebruikelijk om de huisarts na afloop van de behandeling te informeren middels een (ontslag)brief. In de GGZ komt dit zelden voor, waardoor het voor de huisarts en/of de POH GGZ niet altijd duidelijk is welke behandeltrajecten patiënten gehad hebben en welke medicatie zij daarvoor na afloop nog nodig hebben. Uit gesprekken met veldpartijen blijkt dat sommige huisartsen wellicht ook niet staan te springen om zwaardere patiënten terug te krijgen, omdat de huisarts dan verantwoordelijkheid draagt bij terugval. Dit laatste duidt opnieuw op een tekort aan GGZ-ondersteuning.

2.5 Oorzaak 3: Ongelijke regels

De huidige bekostiging van GGZ zorg kent meerdere bekostigingsmodellen voor vergelijkbare zorg. De huisarts, ELP en tweedelijns instellingen worden verschillend bekostigd (zie paragraaf 2.5). De verschillen in bekostiging leiden tot intransparantie voor de patiënt, de verzekeraar en ook de zorgaanbieders zelf. De ongelijke bekostiging tussen de eerste- en tweedelijns GGZ zorgt er ook voor dat zorgaanbieders in de tweedelijns geen prikkel hebben om cliënten terug te

verwijzen naar de eerste lijn als blijkt dat de behandeling valt onder de eerstelijns psychologische zorg.⁷

Daarnaast geldt dat de patiënt er financieel bij gebaat kan zijn om geholpen te worden in de tweedelijns. Wanneer er sprake is van eerstelijns psychologische zorg worden (in 2011) maximaal acht consulten/zittingen vergoed vanuit het basispakket en geldt er een eigen bijdrage per consult van € 10,-. Dit is een verschil met de huisartsenzorg én de tweedelijns GGZ waar in beide gevallen op dit moment geen eigen bijdrage geldt en er geen beperking is op het aantal consulten of de duur van de behandeling. Dit beperkt de toegankelijkheid van aanbieder van eerstelijns psychologische zorg en kan mogelijk leiden tot versnelde doorverwijzing naar de tweedelijns, zeker wanneer het patiënten betreft in een financieel moeilijke positie. In 2012 wordt de Zvw-aanspraak op eerstelijns psychologische zorg verlaagd naar vijf consulten en de eigen bijdrage wordt verhoogd naar € 20,- per consult. Voor de tweedelijns GGZ zal een eigen bijdrage gaan gelden van € 200,-.⁸ Wat dit voor een patiënt gaat betekenen is nog niet helemaal duidelijk, aangezien dit ook afhankelijk is van het aanbod in aanvullende verzekeringen en de zorgbehoefte. Wel is duidelijk dat een goede verwijzing nog belangrijker wordt: wie via de ELP bij een GGZ-instelling terecht komt, betaalt bij beiden een eigen bijdrage.

Ten slotte hebben zorgverzekeraars vanuit financieel oogpunt geen prikkel om tweedelijns aanbieders te stimuleren om patiënten terug- of door te verwijzen naar de eerste lijn.

In de tweedelijns GGZ is er op dit moment sprake van risicoverevening, in de eerste lijn niet. In de tweedelijns lopen zorgverzekeraars dus een beperkt risico terwijl er in de eerste lijn volledig risico wordt gelopen. Zodoende is er voor verzekeraars een prikkel om patiënten in de tweede lijn te laten behandelen. Het lijkt erop dat verzekeraars beperkt sturen op substitutie naar de eerste lijn, terwijl dit wel nodig is om de zorg betaalbaar te houden.

2.6 Zorggerelateerde preventie: knelpunt en oorzaken

Zorggerelateerde preventie is gericht op patiënten die behandeld zijn of worden aan een psychische ziekte en waarbij getracht wordt te voorkomen dat de cliënt in een zwaarder of nieuw behandeltraject terecht komt. Zorggerelateerde preventie kent een grote doelgroep. Zo keert bijvoorbeeld bij circa 35 procent van de mensen die behandeld zijn aan een depressie de ziekte binnen twee jaar terug. Gemiddeld heeft een persoon die een depressie krijgt gedurende het hele leven vier of vijf episodes.⁹

Zorggerelateerde preventie is onderdeel van de behandeling, maar kan ook voor een deel na de behandeling plaats vinden:

- Onderdeel van de behandeling:
 - *Terugvalpreventie*: als laatste onderdeel van de behandeling het meegeven van tips, instrumenten en vaardigheden, zodat de patiënt dreigende terugval kan herkennen en door zelfmanagement voorkomen.
 - *Nazorg*: GGZ-equivalent van bijvoorbeeld wondzorg thuis na een operatieve ingreep in de somatiek.

⁷ Eerstelijns psychologische zorg: Onder eerstelijns psychologische zorg wordt verstaan kortdurende generalistische behandeling van een cliënt met lichte tot matig ernstige niet complexe psychische problematiek, inclusief daarbij behorende diagnostiek.

⁸ Voor kortdurende DBC's geldt in 2012 een eigen bijdrage van € 100,- per DBC.

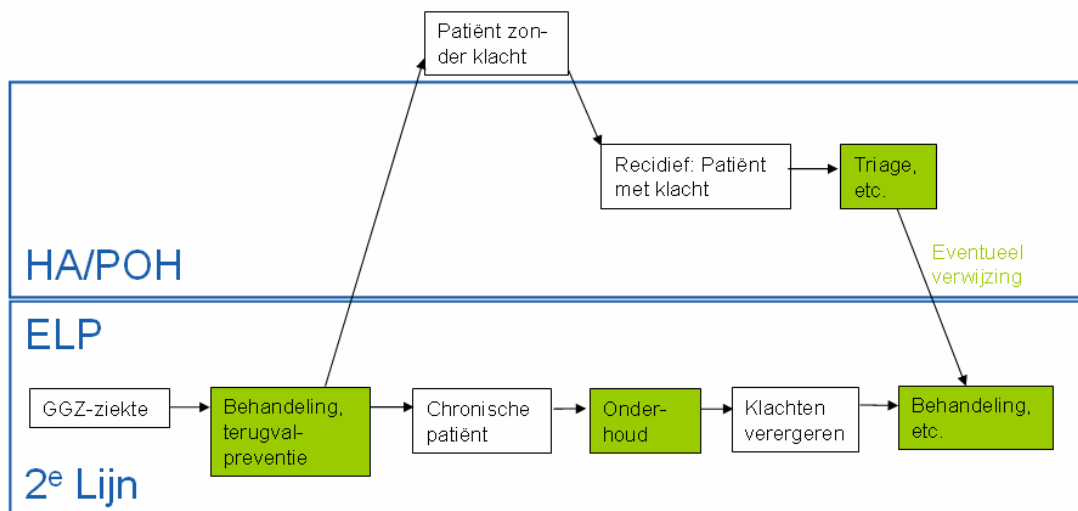
⁹ Brief minister VWS, 1 juli 2011 (zie bijlage 2).

- Na de behandeling:
 - *Preventie van recidief*: vroeg signaleren van een dreigende terugkeer van de ziekte bij klachtenvrije patiënt, bijvoorbeeld door een periodiek kort contact met een SPV of via e-health.
 - *Onderhoudszorg bij chronische patiënten*: onder andere periodieke controlegesprekken, periodiek toedienen van medicatie, medicatieconsult.

Zorggerelateerde preventie na de behandeling dient op hoofdlijnen twee subdoelen, met als hoofddoel het beperken van psychisch lijden en zorgconsumptie binnen de GGZ. Het eerste subdoel is het voorkomen c.q. uitstellen dat patiënten in een nieuw behandeltraject terecht komen, het tweede is het voorkomen dat teruggevallen patiënten te laat gesignaleerd worden met een duurder nieuw traject als gevolg. Het knelpunt bij zorggerelateerde preventie betreft het deel na de behandeling.

Figuur 2 geeft de patiëntenstromen weer na de behandeling van een GGZ-ziekte. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen de klachtenvrije patiënt, waarbij preventie van recidief relevant is, en de cliënt met een chronische GGZ-ziekte. Bij beide patiënttypen speelt een knelpunt wat betreft zorggerelateerde preventie na de behandeling.

Figuur 2. Traject verwijzing patiënt na eerdere behandeling



Knelpunt Preventie van recidief: Patiënt uit beeld

Bij de klachtenvrije patiënt is het knelpunt dat preventie van recidief nog vaak niet plaatsvindt, doordat de patiënt uit beeld is verdwenen. Bij de verwijzer vanuit de basiszorg kan de patiënt al vanaf het moment van verwijzing uit beeld zijn; na beëindiging van de behandeling verdwijnt deze ook uit beeld bij de behandelaar. De NZa wijst twee oorzaken aan voor dit knelpunt:

- *Geen functie*: Zodra het behandeltraject van patiënten met een GGZ klacht is afgerond, ontbreekt er de verantwoordelijkheid en de taak bij een zorgverlener om preventie van recidief te laten plaatsvinden. In de huidige bekostiging is deze taak niet voldoende belegd. Preventie van recidief is bijvoorbeeld niet als functie benoemd binnen de basiszorg.
- *Geen communicatie*: In tegenstelling tot de somatische zorg is het in de GGZ nog geen gemeengoed om de verwijzer (meestal de huisarts) na afronding van de behandeling op de hoogte te stellen van verloop

en uitkomst van de behandeling. De recent uitgebrachte 'NHG-Richtlijn Informatieuitwisseling huisarts – tweedelijns GGZ' kan wel een belangrijke stap voorwaarts blijken op dit terrein.¹⁰

Knelpunt Chronische cliënt: Niet naar basiszorg

Bij chronische patiënten is zorggerelateerde preventie niet zo zeer gericht op het voorkomen van nieuwe episodes, maar op tijdige signalering hiervan. Tijdige signalering leidt er toe dat de episodes sneller herkend en behandeld kunnen worden en dat de te verlenen zorg beperkt kan worden.

Het knelpunt rondom de onderhoudszorg voor chronische cliënten is dat deze te vaak in de tweede lijn plaatsvindt, op de plaats waar de behandeling ook heeft plaats gehad, terwijl dit voor een deel van de patiënten in de basiszorg zou kunnen. Voordeel van onderhoudszorg in de basiszorg is dat de patiënt dicht bij huis geholpen kan worden en bovendien op dezelfde plek terecht kan voor somatische behandeling van co-morbiditeit, bijwerkingen van medicatie en andere klachten, al dan niet samenhangend met de chronische GGZ-ziekte.

De oorzaken van dit knelpunt zijn vergelijkbaar met die rondom preventie van recidief: de onderhoudszorg voor chronische GGZ-patiënten buiten de behandeling is *niet als functie benoemd* in de basiszorg. Ook stelt het overdragen van een deel van de chronische patiënten aan de basiszorg hogere eisen aan *communicatie en samenwerking*.

2.7 Conclusie

De NZa constateert een aantal dieper liggende oorzaken achter de knelpunten van teveel verwijzing naar de tweede lijn en te weinig zorggerelateerde preventie in de GGZ-basiszorg:

- Onzekere poortwachter: de huisarts heeft over het algemeen weinig kennis/ervaring/affiniteit met GGZ en te weinig ondersteuning om dat gemis te compenseren. Gevolg is dat de afweging tussen 'pluis' en 'niet pluis' vaker dan bij de somatiek uitvalt bij 'niet pluis'.
- Cliënt kwijt: Anders dan in de somatiek keert een client die wordt verwezen voor diagnostiek doorgaans niet terug bij de huisarts.
- Ongelijke regels: Kortdurende behandeling bij lichte problematiek wordt op verschillende manieren bekostigd, wat sommige zorgaanbieders op een achterstand zet.
- Zorggerelateerde preventie geen functie: Preventie van recidief bij klachtenvrije ex-cliënten is onderdeel van de GGZ-basiszorg, en dat geldt ook voor de zorggerelateerde preventie bij een chronische GGZ-ziekte. De functie is echter niet benoemd.

Wat opvalt is dat bij drie van de vier oorzaken er nog een verschil bestaat met de somatiek qua zorginhoud en/of randvoorwaarden. De verschillen met de somatiek wegnemen, het doel van de overheveling van de curatieve GGZ naar de Zvw per 1 januari 2008, is dus nog niet voltooid. En omdat deze verschillen hier mede oorzaak lijken te zijn van de geconstateerde knelpunten, vormt het wegnemen van die verschillen ook het hoofdthema van de oplossingen in het volgende hoofdstuk.

¹⁰ Bron: Nederlandse Huisartsen Genootschap. NHG- richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts- tweedelijns GGZ, november 2011

3. Van oorzaken naar oplossingen

3.1 Inleiding

Zoals in hoofdstuk 2 beschreven maakt de curatieve GGZ nog niet zo lang deel uit van het basispakket van de Zvw. Doel van de overheveling in 2008 was om de verschillen in aanpak tussen somatische en psychische aandoeningen zoveel mogelijk weg te nemen. In het voorgaande hoofdstuk constateert de NZa dat het verschil in aanpak nog steeds aanwezig is en bovendien een belangrijke factor is als oorzaak van de geconstateerde knelpunten. Deze constatering vormt een belangrijk uitgangspunt voor dit advies. De oplossingen hebben dan ook voornamelijk als doel om de verschillen in systematiek weg te nemen. De NZa is van mening dat deze stap nodig is om in een later stadium eventueel nog te kijken in hoeverre een verder stap in het flexibiliseren van regelgeving nog nodig is.

Het voorgaande betekent overigens niet dat de NZa adviseert de bekostiging van de somatische zorg één op één te kopiëren naar de GGZ. Dit omdat er nu eenmaal algemene verschillen bestaan tussen somatische en psychische gezondheidszorg, omdat ook de randvoorwaarden nog verschillen en omdat er mogelijk op specifieke onderdelen verbeteringen te realiseren zijn ten opzichte van de somatiek.

Bij het kiezen en uitwerken van de oplossingen heeft de NZa ook de uitgangspunten gehanteerd uit paragraaf 1.1:

- Ruimte creëren voor samenwerking tussen zorgaanbieders door het inbouwen van flexibele elementen in de bekostiging;
- Zorgverzekeraars faciliteren om te sturen op rolverdeling, onder andere door te zorgen dat die rolverdeling inzichtelijk wordt voor verzekeraars;
- Zoveel mogelijk functioneel omschreven zorg, voor gelijke reguleringscondities.

In de volgende vier paragrafen worden de in hoofdstuk 2 gevonden oorzaken bij de knelpunten aan de hand van bovengenoemde uitgangspunten vertaald in oplossingen.

3.2 Onzekere poortwachter: Versterk en flexibiliseer de GGZ-ondersteuning

Net als in de somatische basiszorg kan de huisarts in de GGZ-basiszorg een belangrijke rol vervullen, aangezien deze een belangrijke poortwachter richting de specialistische GGZ is en door verzekeraars ook richting ELP als poortwachter wordt gezien. Zoals gesignaleerd mist een deel van de huisartsen echter de tijd, of de kennis, of ervaring met psychische problematiek. Dit bedoelt de NZa met de wat stellige term "onzekere poortwachter". De huidige regeling voor de GGZ-ondersteuning die dit gemis moet compenseren (de regeling voor POH-GGZ), lijkt soms knellend te werken en is niet altijd even duidelijk.

Een oplossing hiervoor ziet de NZa in het mogelijk maken van een bredere inzet van GGZ-ondersteuners. De bekostiging van de GGZ-ondersteuning is nu nog gekoppeld aan de bekostiging van de huisartsenzorg; alleen huisartsen kunnen deze functies in rekening brengen. Het loskoppelen van deze functie heeft als voordeel dat

zorgverzekeraars (een deel van) deze functies ook bij andere aanbieders kunnen inkopen en sluit aan bij het beginsel van de Wmg om de zorg functioneel te omschrijven..De NZa adviseert in dit document nog niet om deze koppeling los te laten, maar wijst er wel op dat zij zich hiermee niet uitspreekt dat de ondersteuningsfuncties gekoppeld moeten blijven aan de huisartsenbesteding dan wel geheel of gedeeltelijk los van de huisartsenbesteding moet komen te staan, bijvoorbeeld de meer GGZ-wijkverpleegkundige functies. Deze vraag zal aan de orde komen in het advies over de huisartsenbesteding dat de NZa naar verwachting in 2012 zal uitbrengen. De uitwerking van de oplossing van een bredere inzet van GGZ-ondersteuning hieronder sluit daarom nog aan bij de huidige situatie.

In het kader van Modernisering en Innovatie (M&I) zijn er prestaties beschreven die de huisarts kan declareren. Op basis van de zogenaamde '14000-modules' wordt de POH-somatiek gedeclareerd. De 14000-modules zijn door zorgverzekeraar en huisarts individueel overeen te komen vrije prestaties, met een vrij tarief. Voorwaarde is dat het als een opslag op het abonnementstarief wordt gefinancierd. De POH-GGZ kan nu ook al via deze constructie worden gefinancierd. De NZa gaat actiever uitdragen dat de POH-GGZ ook via de 14000 module aanvullend gefinancierd kan worden. Het is aan veldpartijen om de inzet van de POH-GGZ te vergroten. Dit kan reeds in 2012 leiden tot een stevigere inbedding van de POH-GGZ in de huisartspraktijk.

Voor de jaren na 2012 adviseert de NZa om de huidige regeling POH-GGZ te flexibiliseren. Binnen een geflexibiliseerde regeling kunnen alle afspraken in een keer gemaakt worden, in plaats van gespreid over twee regelingen. Om verzekeraars en huisartsen een duidelijke basis te bieden voor hun lokale afspraken over hoe, waarvoor en in welke mate GGZ-ondersteuning ingezet wordt, zal de NZa de functiebeschrijving van de GGZ-ondersteuning duidelijk inkaderen. Deze inkadering is voorlopig nog nodig, omdat, in tegenstelling tot de functie van de POH-somatiek, protocollering van de GGZ-ondersteuningsfunctie nog grotendeels ontbreekt. De NZa adviseert daarnaast het tijdelijke karakter van de huidige POH-GGZ regeling op te heffen en de tarieven van de geflexibiliseerde POH-GGZ-regeling vrij te laten, maar de vereiste in de regeling van overeenstemming tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te laten bestaan. GGZ-ondersteuning is functioneel omschreven: dit betekent bijvoorbeeld dat voor de functie zowel SPV'ers ingezet kunnen worden als maatschappelijk werkers. Ook hierover kunnen zorgverzekeraars en huisartsen afspraken maken. Ook over de inzet van e-health-toepassingen kunnen in het flexibele deel afspraken worden gemaakt.

Het flexibiliseren van GGZ-ondersteuning kan er ook toe leiden dat de specifieke kennis en affiniteit binnen de huisartsenpraktijk vergroot wordt en dat er van de huisarts geen grotere inzet verwacht wordt. Dit betekent overigens niet dat de huisarts zich verder niet bezig hoeft te houden met het verbeteren van de triage of diagnosestelling door bijvoorbeeld het vergaren van extra kennis, betere inzet van ondersteuners en/of inzet van hulpmiddelen, bijvoorbeeld via e-health.

Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Preventieve interventies van paniekstoornis (een type angststoornis), depressie en problematisch alcoholgebruik voor een bepaalde hoog risicogroep zijn onderdeel van de geneeskundige GGZ en vallen onder de dekking van de Zvw. Hoewel het veelal GGZ-instellingen zijn die

preventieve interventies aanbieden, is dit daarmee nog geen tweedelijns GGZ. Omdat er geen sprake is van GGZ-ziekte valt geïndiceerde preventie eerder onder GGZ-basiszorg.

Het oordeel van het CVZ dat geïndiceerde preventie van de GGZ-ziektes depressie, paniek en alcoholverslaving tot de Zvw-zorg gerekend moet worden, heeft wel geresulteerd in opname van de prestatie als OVP voor de tweedelijns curatieve zorg, maar niet in GGZ-basiszorg en generalistische GGZ. Wat betreft de GGZ-basiszorg kan die omissie worden hersteld door de functie op te nemen als functie binnen de GGZ-ondersteuning.

Implementatie

Op welke termijn kunnen de hierboven beschreven oplossingen ingevoerd worden? De duidelijke afbakening en uitbreiding van de functiebeschrijving in de huidige regeling POH-GGZ zal de NZa direct ter hand nemen. Omdat het gebruik van de M&I-14000-module voor ruimere afspraken al kan binnen de huidige regelgeving, zal de NZa partijen hier actief op gaan wijzen. Voor de flexibilisering van de huidige POH-GGZ-regeling met vrije tarieven is een aanwijzing van de minister nodig.

3.3 Client kwijt: Maak diagnostiek op aanvraag separaat declareerbaar

Bij de knelpunten is geconstateerd dat de samenwerking tussen huisarts en specialist niet optimaal is, zeker in vergelijking met de somatiek. Wat betreft de samenwerking tijdens de triage en na de behandeling lijkt dit vooral te komen door een verschil in cultuur en verschil in transparantie.

In een versterkte GGZ-basiszorg zal de huisarts nog steeds de triage uitvoeren (ook wel screening genoemd), zo nodig gevolgd door een probleemverkenning door de GGZ-ondersteuning. De triage/screening is erop gericht te beoordelen of patiënten binnen de basiszorg behandeld kunnen worden, of dat aanvullende diagnostiek noodzakelijk is. Indien diagnostiek noodzakelijk wordt geacht, zal net als bij de somatische zorg die diagnostiek moeten plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van de basiszorg. Voor de diagnostiek moet gebruik gemaakt kunnen worden van de kennis van psychologen en psychiaters. Maar de uiteindelijke diagnose en daarbij een eventuele verwijzing dient plaats te vinden in de basiszorg. Daarbij is bij de diagnosestelling van belang of het om een GGZ-klacht gaat of een GGZ-ziekte.

De somatiek kent naast DBC's zogenaamde 'overige producten' (hierna: OVP's). Een OVP is de declaratietitel voor een zorgactiviteit die onder andere wordt geleverd door de tweede lijn op verzoek van de eerste lijn of basiszorg. Vaak gaat het hierbij om diagnostiek. De tweedelijns GGZ kent dergelijke OVP's voor eerstelijns diagnostiek niet. Evenmin kent de bekostiging van eerstelijnspsychologische zorg dergelijke diagnostiekverrichtingen. De NZa adviseert om ook voor de GGZ diagnostiekverrichtingen in de productstructuur toe te voegen, toegankelijk voor zowel eerste- als tweedelijns GGZ-aanbieders. Het zorgproduct mag alleen gedeclareerd worden als er sprake is van een verzoek van een andere zorgaanbieder. Met een handeling wordt contact tussen specialist en patiënt bedoeld ten behoeve van de diagnosestelling. Door diagnostiek ten behoeve van de basiszorg ook voor de GGZ toegankelijk te maken, kan de beslissing om al dan niet te verwijzen beter onderbouwd gebeuren. Hierbij gaat het om specifieke diagnostische verrichtingen met als doel om gericht en snel te komen tot de juiste diagnose en eventuele verwijzing. Met diagnostiek op aanvraag

wordt geen uitgebreide intake bedoeld. Belangrijke randvoorwaarde is dat de patiënt na de consultatie met een oordeel (rapportage) terug gaat naar de poortwachter, die vervolgens op basis van de extra ingewonnen informatie een diagnose kan stellen. Diagnostiek op aanvraag dient daarbij ter ondersteuning van de basiszorg om tot een juiste verwijzing te komen. Een behandeladvies kan onderdeel zijn van de rapportage van de diagnostiek op aanvraag.

Een functionele lijst met diagnostiekverrichtingen zou er als volgt uit kunnen zien (gebaseerd op de activiteiten- en verrichtingenlijst bij de DBC-spelregels¹¹):

- Anamnese
- Hetero-anamnese
- Afnemen intelligentieonderzoek
- Afnemen persoonlijkheidsonderzoek
- Afnemen neuropsychologisch onderzoek
- Afnemen orthodidactisch onderzoek
- Uitvoeren lichamelijk onderzoek
- Analyse, rapportage en behandeladvies
- Overige diagnostische activiteiten

De aanvullende onderzoeken die ook in de somatiek voorkomen zijn niet in deze lijst opgenomen; daarvoor wordt aangesloten bij de bestaande verrichtingen in de somatiek. Wat betreft de advisering over de tariefsoort van deze diagnostiekverrichtingen adviseert de NZa om, in lijn met het advies over de eerstelijnsdiagnostiek, de tarieven vrij te geven.

Consultatie: onderlinge dienstverlening in GGZ-basiszorg

In het bovenstaande gaat het om diagnostiek waarbij de cliënt contact heeft met psycholoog of psychiater (of de e-health-variant daarop). Het gaat niet om consultatie: een (kort) adviesgesprek tussen huisarts of GGZ-ondersteuner en psycholoog of psychiater, waarbij er geen sprake is van contact tussen specialist en cliënt. Voor dergelijke consultatie wordt in de somatiek in de regel niet betaald, maar dit zou wel kunnen als de gesprekspartners hierover afspraken maken. In deze gevallen geldt dat er sprake is van onderlinge dienstverlening tussen specialist en poortwachter. Indien gewenst, kunnen zij via een onderlinge afspraak regelen dat de specialist bepaalde kosten bij de poortwachter in rekening kan brengen. Deze mogelijkheid van onderlinge dienstverlening kan binnen de GGZ-basiszorg ook geïntroduceerd worden.

Implementatie

Deze bekostigingsmaatregel en de uniforme bekostiging van kortdurende behandeling (zie 3.4 hieronder) kunnen geïmplementeerd worden tegelijk met de introductie van prestatiebekostiging in de GGZ. De NZa zal waarschijnlijk in november een stappenplan op hoofdlijnen vaststellen voor de introductie van prestatiebekostiging. De invoering van deze maatregelen is daarin nog niet opgenomen. Het opnemen van concrete maatregelen gebeurt in een nadere uitwerking van het stappenplan. Implementatie van separate prestaties diagnostiek en uniforme bekostiging van kortdurende behandeling zal volgens die nadere uitwerking naar verwachting per 1 januari 2013 worden geëffectueerd. Punt van nadere uitwerking is de tijdslijn voor de werkzaamheden die DBC-Onderhoud moet uitvoeren in het kader van dit advies.

¹¹ Bijlage bij NZa regeling NR/Cu-511: Spelregels RG12a DBC-registratie ggz, versie 20110901, DBC-Onderhoud.

3.4 Ongelijke regels: Uniforme bekostiging van kortdurende behandeling

De NZa constateert dat generalistische GGZ op drie verschillende manieren in rekening wordt gebracht:

- Via de bekostiging van eerstelijns psychologische zorg (ELP-zorg), op basis van consulten;
- Via de GGZ-DBC's, met name de kortdurende DBC's daarbinnen;
- Via de bekostiging van de POH-GGZ (functie kortdurende behandeling).

De variatie in bekostigingsmodellen voor deze generalistische en electieve zorg leidt tot ongewenste effecten. Vooral vanwege de steeds meer voorwaarts integrerende GGZ-instellingen is deze niet-uniforme bekostiging een nijpend probleem: een substantieel deel van de lichte zorg wordt bekostigd via relatief dure DBC's en patiënten hebben een prikkel om in de tweedelijns behandeld te willen worden. Deze paragraaf beschrijft een oplossing hiervoor, met gelijke regels voor alle aanbieders en per saldo naar verwachting lagere tarieven.

Uniforme bekostiging: hoofdlijn

De NZa adviseert uniforme bekostiging in te voeren voor generalistische GGZ, dat wil zeggen voor generalistische behandeling en eventuele aanvullende diagnostiek van cliënten met een licht tot matig ernstige, niet-complexe GGZ-ziekte. Deze uniforme bekostiging moet de huidige bekostiging van ELP-zorg vervangen en de bekostiging van deze zorg via GGZ-DBC's. Voor dit laatste moet wel eerst de huidige DBC-productstructuur worden omgevormd tot een structuur waarin het onderscheid tussen generalistische en specialistische GGZ zo goed mogelijk te maken is. Vanwege de zorgvuldigheid die een dergelijke grote structuurwijziging vereist, zal implementatie hiervan meerdere jaren in beslag nemen. De NZa ziet echter mogelijkheden voor een tussenstap die wel op korte termijn in te voeren is.

Als tussenstap kan in plaats van uniforme bekostiging van generalistische GGZ gekozen worden voor de uniforme bekostiging van kortdurende behandeling en de aanvullende diagnostiek die daarbij kan horen. Deze uniforme bekostiging vervangt de huidige bekostiging van ELP-zorg en kortdurende GGZ-DBC's tot 800 minuten. Kortdurende behandelingen worden vooral toegepast bij mensen met een lichte tot matig ernstige, niet-complexe GGZ-ziekte, maar de NZa is zich ervan bewust dat ook cliënten met een zwaardere of complexe GGZ-ziekte soms kortdurend behandeld worden. Om recht te doen aan de specialistische zorg voor deze groep cliënten, zal in de tussenstap een voorziening opgenomen moeten worden voor deze specialistische interventies, bijvoorbeeld een verrichting of programma "kortdurende specialistische interventie". Dit is overigens ook nodig voor helderheid rondom aanspraken en risicoverevening. Via contractering en/of polis moet dan wel duidelijk zijn dat niet-gespecialiseerde aanbieders deze zorg niet kunnen declareren en/of dat verzekerden voor deze zorg alleen terecht kunnen bij gespecialiseerde aanbieders.

Hieronder is nader uitgewerkt hoe de uniforme bekostiging van kortdurende behandeling volgens de NZa specifiek vorm zou moeten krijgen. Hierbij hanteert de NZa de volgende uitgangspunten:

- Ruimte creëren voor samenwerking tussen zorgaanbieders.
- Zorgverzekeraars faciliteren om te sturen op rolverdeling, onder andere door te zorgen dat die rolverdeling inzichtelijk voor verzekeraars wordt.
- Zoveel mogelijk functioneel omschreven zorg, voor gelijke regels. Hierdoor worden ook geen belemmeringen opgeworpen voor e-health.

- Wat betreft de tussenstap: De bekostiging zo goed mogelijk laten aansluiten bij de DBC-productstructuur voor de GGZ. Hierdoor worden de administratieve lasten voor de aanbieders zo laag mogelijk gehouden.
- Verschillen met somatiek wegnemen: dit uitgangspunt is voor dit onderdeel van het advies beperkt relevant, omdat generalistische zorg door ziekenhuizen een relatief marginaal verschijnsel is. In de somatiek is volstaan met het opnemen van de generalistische prestaties (bijvoorbeeld de zitting fysiotherapie) als OVP in de ziekenhuisbekostiging. Voor de GGZ adviseert de NZa een meer geavanceerde oplossing.

Prestaties: functionele verrichtingen of programma's

Uit de consultatie zijn twee modellen naar voren gekomen voor uniforme bekostiging. Beide voorstellen gaan uit van een functionele benadering. Het eerste model is om de prestaties kortdurende behandeling en bijbehorende aanvullende diagnostiek aan de hand van verrichtingen te gaan bekostigen. Het tweede model is een integrale bekostiging van kortdurende behandeling. Erkende behandelprogramma's voor GGZ problematiek zijn de basis van de integrale bekostiging. Beide modellen worden op hoofdlijnen beschreven waarna de NZa met een advies komt. Beide modellen kunnen zowel voor het eindplaatje (uniforme bekostiging van generalistische GGZ) als voor de tussenstap (uniforme bekostiging van kortdurende behandeling) toegepast worden.

Voor beide modellen geldt als randvoorwaarde de flexibiliteit om andersoortige afspraken tussen verzekeraars en aanbieders te faciliteren. Deze flexibilisering maakt het bijvoorbeeld ook mogelijk dat verzekeraars en aanbieders van generalistische GGZ afspreken om prestaties (verrichtingen of programma's) te bundelen. De prestaties fungeren dan als bouwstenen voor de afspraken die gaan over het totaalproduct generalistische GGZ. Prijsafspraken kunnen dan ook gemaakt worden op het niveau van dit totaalproduct, bijvoorbeeld een prijs per patiënt, eventueel gedifferentieerd naar zorgzwaarteklassen. Een mogelijke andere variant is een vaste aanneemsom, analoog aan de recente afspraken tussen Menzis/Azivo en het HagaZiekenhuis.

In beide modellen wordt afgestapt van het centraal stellen van het aspect tijd in de prestatiebeschrijving. Zowel de huidige (kortdurende) GGZ-DBC's als de ELP-consulten zijn in essentie tijdgedreven bekostigingen. Het converteren van de tijd die een aanbieder met e-health kwijt is naar bijvoorbeeld consulten is lastig. Beide modellen laten in het midden hoe de zorg geleverd wordt. Het opschalen van e-health kan een interessante richting zijn om substitutie van psychologische face-to-face interventies door e-health interventies te bevorderen.¹²

– Functionele verrichtingen

Een functionele lijst met behandelverrichtingen zou er als volgt uit kunnen zien (gebaseerd op de activiteiten- en verrichtingenlijst bij de DBC-spelregels¹³):

- Behandelcontact psychotherapie
- Behandelcontact vaktherapie
- Farmacotherapie
- Fysische therapie

¹² Warmerdam L., Smit F., Van Straten A., Riper H., Cuijpers P. Cost-utility and cost-effectiveness of internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized trial. *Journal of medical internet research*, 2010; 12(5):e53.

¹³ Bijlage bij NZa regeling NR/CU-511: Spelregels RG12a DBC-registratie ggz, versie 20110901, DBC-Onderhoud.

- Behandelcontact follow-up
- Behandelcontact steunend/structurerend/overig
- Geïndiceerde preventie op verzoek van basiszorg
- Vrije, nader overeen te komen behandelverrichting
- Indien gekozen wordt voor de uniforme bekostiging van kortdurende behandeling als tussenstap: Kortdurende specialistische interventie

Om ervoor te zorgen dat de lijst voldoende flexibiliteit biedt, is ook een vrije verrichting opgenomen, lokaal in te vullen door zorgverzekeraar en zorgaanbieder(s), bijvoorbeeld ten behoeve van samenwerkingsafspraken. Deze vrije verrichting zou dezelfde vormgeving kunnen krijgen als de facultatieve prestatie die per 1 januari 2012 in de farmacie gaat gelden.¹⁴

Voor al deze verrichtingen kunnen aan deze lijst dimensies toegevoegd worden, zodat de prestaties gedifferentieerd kunnen worden naar bijvoorbeeld groeps grootte (individuele therapie, gezinstherapie, groepen van verschillende groottes). Hierbij moet wel steeds de vraag gesteld worden of het niet beter zou zijn om dergelijke differentiatie aan partijen in het veld over te laten.

Voor diagnostiek ligt het voor de hand om uit te gaan van dezelfde verrichtingen als benoemd in paragraaf 3.3. Zorgverzekeraars kunnen dan bijvoorbeeld sturen op het terugdringen van dubbele diagnostiek. Dit betekent dat diagnostiekverrichtingen enerzijds op zichzelf gedeclareerd kunnen worden (als OVP), indien het gaat om diagnostiek op aanvraag, en anderzijds als onderdeel van een traject diagnostiek-en-kortdurende-behandeling voor een eigen patiënt.

- Functionele programma's

Het tweede model is programmabekostiging. Het aggregatieniveau van bekostiging is vergelijkbaar met dat van DBC's, te weten een afgeronde behandeling. De diagnose als bepalend element ontbreekt echter. Belangrijk verschil met de huidige GGZ-DBC's is ook dat de programmabekostiging niet tijdgedreven mag zijn.

Vulling van de prestatie vindt plaats op geleide van erkende behandelprogramma's met een bepaald aantal behandelcontacten en/of diagnostiek behorend bij een bepaalde aard en ernst van problematiek/klachten. Om kwaliteit te stimuleren is ROM standaard onderdeel van het behandelproces. Een verdere uitwerking van hoe de prestaties eruit kunnen zien moet nog plaatsvinden.

Nadeel van beide modellen is overigens dat er een onderscheid blijft bestaan: het onderscheid tussen de huidige eerste- en tweedelijns bekostiging wordt vervangen door een onderscheid tussen bekostiging van kortdurende en langdurende curatieve GGZ. Partijen pleiten voor opheffen van dit onderscheid. Mogelijk biedt een programmabekostiging van generalistische GGZ perspectief op het verdwijnen van het onderscheid.

- Advies NZa

Tijdens de consultatie zijn beide modellen naar voren gekomen. Een duidelijke voorkeur voor één van beide modellen bestaat niet. De NZa gaat begin 2012 met partijen in overleg om tot nieuwe prestaties voor de generalistische GGZ te komen. Beide opties liggen dan op tafel. Hierbij zal ook de randvoorwaarde betrokken worden om via flexibele afspraken te kunnen komen tot afspraken rondom producten met een prijs per patiënt, gedifferentieerd naar zorgzwaarte (laag, middel,

¹⁴ Zie: <http://www.nza.nl/133167/144837/350681/CI-11-24c.pdf>.

zwaar). De NZa nodigt partijen uit met uitgewerkte ideeën te komen voor één van beide modellen. De functionele lijst voor verrichtingen betreft een voorlopige schets.

De NZa kan zich ook een hybride model voorstellen, een verrichtingsstelsel met een vrije, nader overeen te komen prestatie. Partijen kunnen, eventueel met de verrichtingen als bouwstenen, onder de vrije prestatie zelf tot programmabekostiging komen. Deze hybride vorm kan een tussenstap zijn om geheel over te gaan tot programmabekostiging.

Tarieven: vrij

Primair is de vraag of het verantwoord is om de tarieven voor bovenstaande bekostiging vrij te laten. Omdat de tarieven voor ELP-zorg nu ook al vrij zijn, reduceert de NZa die vraag tot de volgende: veranderen de marktomstandigheden zodanig dat de regulerings- en veranderkosten opwegen tegen de risico's? Aspecten waarnaar gekeken wordt zijn de transparantie, de markttoegang, het gedrag van de spelers en of er sprake is van externe effecten.¹⁵

De NZa ziet door de uniforme bekostiging een verbetering in de transparantie en de markttoegang. De transparantie van de prijzen van aanbieders zal ook toenemen, als de huidige regeling over de standaardprijslijst voor eerstelijnspsychologen wordt uitgebreid naar alle aanbieders van deze zorg. De NZa verwacht geen wijzigingen in de transparantie van kwaliteit ten gevolge van het vrijgeven van de prijzen en ook de toetredingsdrempels tot de markt zullen naar verwachting niet wijzigen.

Belangrijkste vraag is hoe groot het risico zal zijn op markt- en/of onderhandelingsmacht bij de aanbieders van kortdurende DBC's in de nieuwe situatie, en of dat risico zich zal vertalen in onredelijk hoge prijzen. Deze vraag is moeilijk te beantwoorden. Van belang is daarbij enerzijds dat voorwaarts geïntegreerde GGZ-instellingen en andere aanbieders die DBC's declareren voor generalistische GGZ voor zover de NZa is gebleken geen prijzen afspreken onder het geldende maximumtarief voor die DBC's. Anderzijds is van belang dat zorgverzekeraars ook nog een beperkte prikkel hebben om hier actief op te sturen, vanwege het beperkte risico dat ze lopen op deze zorgkosten en vanwege het toch nog kleine deel dat kortdurende DBC's uitmaken op het totaal van de GGZ-kosten. Tussen zorgverzekeraars en vrijgevestigde aanbieders in de tweede lijn worden op dit moment al wel prijzen onder het maximumtarief overeengekomen¹⁶. Voor gebudgetteerde instellingen is dit nog niet mogelijk, zij hebben vaste tarieven.

Het toenemende risico van zorgverzekeraars voor de functionele prestaties, samen met het feit dat bij vrijgevestigden nu al onder het maximumtarief wordt gecontracteerd, is voor de NZa de reden geen maximumtarieven te adviseren. De NZa acht de kans dat partijen komen tot reële tarieven voor deze zorg groter bij vrije prijzen, zonder een maximumtarief dat vaak werkt als zogenaamd focal point. Deze overeengekomen tarieven zullen naar verwachting lager zijn dan de tarieven van de kortdurende DBC's die nu nog vaak in rekening worden gebracht voor deze zorg. Tevens is het zo dat het introduceren van maximumtarieven voor deze zorg zal leiden tot maatschappelijke kosten, omdat de huidige aanbieders van ELP-zorg nu al vrije tarieven kennen.

¹⁵ Visiedocument Theoretisch Kader liberalisering vrije beroepen in de zorg, www.nza.nl

¹⁶ Monitor Curatieve GGZ 2010, NZa, 2011.

Mede met het oog op die kosten adviseert de NZa de tarieven van de uniforme bekostiging van kortdurende behandeling vrij te laten. Wel zal de NZa, indien de minister dit advies volgt, nauwlettend toezicht houden op de ontwikkeling van deze tarieven, met name bij de huidige aanbieders die nu nog punt- of maximumtarieven kennen voor hun kortdurende DBC's.

Implementatie

Deze bekostigingsmaatregel en het scheiden van diagnostiek en behandeling (zie 3.3) kunnen geïmplementeerd worden tegelijk met de introductie van prestatiebekostiging in de GGZ. De NZa zal waarschijnlijk in november een stappenplan op hoofdlijnen vaststellen voor de introductie van prestatiebekostiging. De invoering van deze maatregelen is daarin nog niet opgenomen. Het opnemen van concrete maatregelen gebeurt in een nadere uitwerking van het stappenplan. Implementatie van separate prestaties diagnostiek en uniforme bekostiging van kortdurende behandeling zal volgens die nadere uitwerking naar verwachting per 1 januari 2013 worden geëffectueerd. Punt van nadere uitwerking is de tijdslijn voor de werkzaamheden die DBC-Onderhoud moet uitvoeren in het kader van dit advies. Indien prestatiebekostiging niet per 1 januari 2013 ingevoerd kan worden, zal de NZa onderzoeken in hoeverre uniforme bekostiging van kortdurende behandeling als separate maatregel wel met ingang van die datum doorgang kan vinden.

Specifieke aandachtspunten

De effectiviteit van de hierboven voorgestelde maatregel is mede afhankelijk van enkele andere factoren in de regulering van de GGZ. De NZa verwacht dat de volgende aanpassingen zouden bijdragen aan de effectiviteit van een uniforme bekostiging voor kortdurende behandeling:

- De generalistische GGZ in hetzelfde compartiment van de risicovervening te laten vallen (overige verstrekkingen) als de eerstelijns psychologische zorg.
- Functioneel maken van bekostiging betekent ook dat er geen verschillen bestaan tussen aanbieders in de Zvw-vergoeding.

3.5 Zorggerelateerde preventie: Functies opnemen bij GGZ-ondersteuning

In paragraaf 2.6 zijn de knelpunten beschreven die ten grondslag liggen aan het niet optimaal plaatsvinden van twee vormen van zorggerelateerde preventie: 1) het voorkomen van recidief, en 2) de onderhoudszorg voor chronische patiënten.

Psychische problematiek heeft vaak een recidiverend karakter. Ook zijn ze soms chronisch van aard: klachten verdwijnen nooit helemaal en de zieke kent zware en minder zware periodes. Het kan daarom zinvol zijn patiënten die behandeld zijn voor psychische problematiek niet (volledig) uit het oog te verliezen en om door goed gedoseerde onderhoudscontacten een terugval vroeg te herkennen. Deze zorggerelateerde preventiefunctie kan bij veel cliënten na beëindiging van de behandeling in de specialistische GGZ, binnen de GGZ-basiszorg plaatsvinden. De NZa zal dit invullen door de functies preventie van recidief en onderhoudszorg voor chronische GGZ-patiënten op te nemen binnen de functie GGZ-ondersteuning.

Ondersteunend hieraan is het wenselijk dat de behandelaar de patiënt voldoende overdraagt aan de preventief behandelaar. Overdracht vindt nu onvoldoende plaats. Hierbij valt te denken aan terugkoppeling van de specialist aan de huisarts door middel van een ontslagbrief.

Mogelijkheid voor een keten chronische depressie

De NZa heeft ook de mogelijkheid onderzocht om voor chronische depressie ketenbesteding mogelijk te maken, conform de huidige besteding van ketenzorg rondom diabetes, COPD en CVR. Deze vraag komt aan de orde in paragraaf 4.1.

3.6 Aandachtspunten

Naast de specifieke aandachtspunten genoemd bij de uniforme besteding in paragraaf 3.4, waaronder het gelijk trekken van de aanspraken en eigen bijdragen, is er nog een aantal meer algemene veranderingen wenselijk voor de effectiviteit van de oplossingen in dit hoofdstuk. In deze paragraaf worden die gewenste veranderingen beschreven.

Het tot stand komen van infrastructuur en richtlijnen voor communicatie en samenwerking tussen aanbieders van GGZ, waaronder consultatie van een specialist door (ondersteuner van) huisarts tijdens diagnose en behandeling

Met de overheveling van de curatieve GGZ naar de Zvw is ook een proces in gang gezet van meer informatie-uitwisseling en samenwerking tussen aanbieders van basiszorg en gespecialiseerde GGZ-aanbieders. Zo moet in huisartspraktijken kennis groeien over specialisatiegebieden binnen de GGZ en welke instellingen en personen die specialisatie in huis hebben. Hier moet nog een flinke achterstand ten opzichte van de situatie in de somatiek ingehaald worden. De recent tot stand gekomen 'NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts – tweedelijns GGZ' kan in dit kader een belangrijke stap voorwaarts blijken.¹⁷ Het veld is hierbij aan zet.

Veel genoemd onderdeel van de hierboven genoemde communicatie en samenwerking is de consultatiefunctie die een specialist (bijvoorbeeld psychiater, psychotherapeut of eerstelijnspsycholoog) kan vervullen ter ondersteuning van diagnose en behandeling in de eerstelijns basiszorg. Hoewel niet specifiek besteed is die consultatiefunctie in de somatiek inmiddels redelijk gemeengoed. In de GGZ vinden huisartsen het veel lastiger om een specialist telefonisch te pakken te krijgen, mede omdat de huisarts niet weet wie hij precies wil spreken, maar ook omdat er nog sprake is van een cultuurverschil.

Capaciteitsuitbreiding basis- en generalistische zorg

Versterking van de functie GGZ-basiszorg kan alleen het gewenste effect hebben als de aanbieders van die functie ook de capaciteit hebben om aan de vraag te voldoen die de versterking met zich mee zal brengen. Een deel van het voorzien in deze behoefte aan meer capaciteit kan plaatsvinden door het verschuiven van personele capaciteit, bijvoorbeeld door detachering van SPV'en vanuit de GGZ-instellingen, of door nog meer voorwaartse integratie vanuit die GGZ-instellingen. Maar ook maatschappelijk werkers kunnen deze rol vervullen, bijvoorbeeld door detachering vanuit AMW-instellingen, of via samenwerkingsafspraken met die instellingen. Voor zover de NZa kan beoordelen bestaan voor dergelijke verschuivingen geen bijzondere belemmeringen.

Vroegsignalering en preventie in de buurt

Een belangrijk deel van psychische problematiek heeft een (psycho)sociale achtergrond: werk, schulden, opvoedproblemen,

¹⁷ Bron: Nederlandse Huisartsen Genootschap. NHG- richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts- tweedelijns GGZ, november 2011

enzovoorts. Het grootste deel hiervan komt pas bij de huisarts aan het licht. (Om deze reden kiezen sommige huisartspraktijken bewust voor een AMW'er in de functie van GGZ-ondersteuner.) Een vroege signalering in de buurt door buurtgenoten, scholen, kerken en buurtwerkers én een adequate reactie hierop kan mogelijk ook sterk bijdragen aan het terugdringen van het beroep op GGZ. De sleutel tot het voorkomen, maar ook in sommige gevallen wegnemen, van psychische problematiek kan daarom ook voor een belangrijk deel liggen in een effectieve organisatie en infrastructuur op die terreinen. Deze onderwerpen vallen buiten de scope van dit advies en buiten het expertisegebied van de NZa, maar vormen wel een potentieel waardevolle aanvulling op een versterking van de functie eerstelijns GGZ door een deel van de psychosociale problematiek al af te vangen. Dit vereist idealiter coördinatie tussen maatschappelijk ondersteuners en zorgaanbieders enerzijds, en tussen gemeenten en zorgverzekeraars anderzijds. De minister besteedt in de brief 'Zorg en ondersteuning in de buurt' van 14 oktober 2011 aandacht aan dit punt.¹⁸

Wegnemen van belemmeringen voor de inzet van e-health zowel in GGZ-basiszorg als bij generalistische GGZ

Hoewel nog niet voor alle patiëntengroepen even geschikt, zijn de groeiende mogelijkheden voor inzet van e-health een veelbelovende factor binnen de GGZ, zowel voor toegankelijkheid, betaalbaarheid als kwaliteit. Voor veel functies zijn al e-health-versies beschikbaar, en dat aandeel blijft groeien: psycho-educatie, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie, en ook tenminste als ondersteuning van de behandeling. Of en hoe e-health-toepassingen kunnen worden ingezet, is een zaak voor beroepsgroepen en afspraken met verzekeraars. Transparantie hieromtrent is wel gewenst, bijvoorbeeld middels een keurmerk van een onafhankelijke instantie.

Om het e-health-potentieel ten volle te benutten is het van belang dat daarvoor geen belemmeringen bestaan in de bekostiging. Die belemmeringen zijn het kleinst onder functionele prestatiebeschrijvingen en/of vrije tarieven. Functionele prestatiebeschrijvingen maken geen onderscheid of de prestatie wordt geleverd door een persoon, een computer of beide, en zijn daarom direct toepasbaar op e-health. Bij niet-functionele (bijvoorbeeld tijdsgerelateerde) prestaties moeten separate prestaties worden gecreëerd voor e-health-equivalenten. Vanwege de grote variëteit zal een (maximum)tarief hiervoor al snel resulteren in belemmeringen.

Inzicht door monitoring, onder andere in de mate waarin het terugdringen van onnodige doorstroom naar de tweedelijns GGZ ook daadwerkelijk leidt tot besparingen

Hoewel er consensus bestaat dat het hier om een substantieel knelpunt gaat, zijn er geen recente noch precieze cijfers over de mate waarin mensen met psychische klachten onnodig met dure zorg en/of in de tweede lijn worden behandeld. Om de effectiviteit van de te nemen maatregelen te kunnen beoordelen, zijn deze cijfers wel nodig.

Het doorzetten van het risicodragend maken van zorgverzekeraars voor de curatieve GGZ in een verantwoord, maar verder zo hoog mogelijk tempo

De adviezen onder punten 1 – 5 maken het voor zorgverzekeraars mogelijk om te sturen op GGZ op maat: goedkoper en in de buurt waar dat kan, duurdur en verder weg alleen als het moet. Om zorgverzekeraars een sterke prikkel te geven hier actief invloed op te

¹⁸ Brief van Minister van VWS aan Tweede Kamer, 14 oktober 2011, kenmerk CZ/EKZ-3086843.

verkrijgen, is het nodig dat zij meer risico gaan lopen op de tweedelijns GGZ-kosten, net als in de somatiek. Per 2012 wordt de macronacalculatie afgeschaft. Dat is een belangrijke stap in de goede richting maar niet voldoende. Ook de hogekostenverevening en de zogenaamde bandbreedte zouden volgens de NZa snel moeten verdwijnen.

3.7 Budgettair kader zorg

Welke verschuivingen zijn nodig in het Budgettair Kader Zorg (BKZ) om bovengenoemde aanpassingen te faciliteren?

Separate prestaties diagnostiek

Deze maatregel vergroot de transparantie en de effectiviteit van het versterken en flexibiliseren van de GGZ-ondersteuning, maar zal op zichzelf naar verwachting van de NZa geen substantiële verschuivingen in het BKZ tot gevolg hebben.

Versterken en flexibiliseren van de GGZ-ondersteuning

Deze versterking van de GGZ-basiszorg moet leiden tot minder verwijzingen naar generalistische en specialistische GGZ. Dit leidt tot de volgende verschuivingen; de omvang hiervan moet nader worden onderzocht.

- Groei van het kader basiszorg (POH-deel en M&I-14000);
- Afname van het kader tweedelijns GGZ: de omvang hiervan is van diverse factoren afhankelijk:
 - Hoe snel worden zorgverzekeraars risicodragend?
 - Het effect van andere maatregelen: eigen bijdragen, de 18000-minuten-maatregel, prestatiebekostiging.
 - De snelheid waarmee wachtlijsten verdwijnen (zolang er wachtlijsten zijn, leidt substitutie naar GGZ-basiszorg niet tot minder kosten in specialistische GGZ).
 - Het groeitempo van de capaciteit van de GGZ-basiszorg en de generalistische GGZ.
 - Autonome volumegroei, inkadering aanspraak.

Uniforme bekostiging kortdurende behandeling

Deze versterking van de generalistische GGZ zal leiden tot de volgende verschuivingen; de omvang hiervan moet nader worden onderzocht.

- Kortdurende DBC's schonen uit het BKZ-kader tweedelijns GGZ. Het bedrag is afhankelijk van welke dbc's precies verdwijnen. Cijfers 2009 ter indicatie: DBC's tot 800 minuten: 15% van de macrokosten GGZ-dbc's, 56% van het aantal dbc's.
- Passend bedrag daarvoor in de plaats in het eerstelijns GGZ-kader. Wat een passend bedrag is, moet bepaald worden op basis van geraamde prijzen voor de nieuwe prestaties en DIS-gegevens wat betreft de volumes.

Monitoring zal tenslotte van groot belang zijn, onder andere om inzicht te krijgen in waar de kosten na implementatie van de maatregelen neerslaan.

4. Overige onderwerpen

In voorgaande hoofdstukken is de hoofdvraagstelling van de minister van VWS beantwoord. Dit hoofdstuk gaat nog in op enkele specifieke onderwerpen die nog niet aan de orde zijn geweest in het advies, maar waar de Minister in haar brief wel een vraag over heeft gesteld.

4.1 Integrale bekostiging

In plaats van de uniforme, flexibele bekostiging die de NZa in hoofdstuk 3 adviseert, zou ook gekozen kunnen worden voor integrale bekostiging van het gehele traject. Dit betekent dat zodra een huisarts en/of POH GGZ het vermoeden heeft dat een patiënt een psychisch probleem of stoornis heeft de patiënt in een integraal traject belandt. Hierbij wordt één zorgaanbieder (de hoofdcontractant) als coördinator gezien. De overige zorgaanbieders nemen op basis van onderlinge afspraken de gehele of een deel van de diagnose, diagnostiek en of behandeling voor rekening. Voor dit gehele traject betaalt de zorgverzekeraar dan één prijs. De coördinerende zorgaanbieder kan met zorgverzekeraars afspraken maken over de gehele behandeltraject en daarbinnen eventueel onderscheid maken tussen verschillende aandoeningen zonder dat deze op voorhand al zijn vastgelegd. Dit zou dan gevat kunnen worden in de 'Keten-DBC Basis-GGZ'. In de adviesaanvraag van VWS is de NZa gevraagd aan deze variant aandacht te besteden.¹⁹

De NZa acht op dit moment de integrale bekostiging van het gehele traject nog een stap te ver. Belangrijkste overweging daarbij is dat dit een grote stap zou zijn in een sector waarin de vorige grote verandering, de overheveling naar de Zvw, nog niet is afgerond. Voltooien van het overhevelingsproces door het wegnemen van enkele resterende verschillen kan volgens de NZa de knelpunten al voor een belangrijk deel oplossen.

Daarnaast geldt dat op dit moment gekeken wordt naar de werking van reeds bestaande ketens. Dit gebeurt door de onafhankelijke evaluatiecommissie ketenzorg, maar ook door de NZa middels de marktscan ketenzorg. De uitkomsten hiervan worden in de loop van 2012 verwacht. Op dit moment zijn onvoldoende inzicht in de uitkomsten van beide onderzoeken. Het is verstandig de uitkomsten hiervan af te wachten voordat er gekozen wordt om een nieuwe keten op te richten. Als laatste geldt dat de NZa door de minister van VWS op korte termijn gevraagd zal worden om een advies over (de bekostiging van) huisartsenzorg en integrale zorg te schrijven. Hierin zal over de bekostiging en rol van de huisarts en praktijkondersteuners als mede integrale zorg geadviseerd worden.

Wat betreft een mogelijke introductie van ketenbekostiging in de GGZ acht de NZa vooralsnog alleen de zorg rondom chronisch depressieve patiënten een eventuele kandidaat. Een breed gedragen Zorgstandaard Depressie zal naar verwachting op korte termijn worden vastgesteld. De NZa kan na een positieve evaluatie van de ketenbekostiging in 2012 ketenzorg voor chronisch depressieve patiënten toevoegen aan de

¹⁹ Nog een andere variant genoemd in de aanvraag, 'opname van het eerstelijnsbudget in het budget van de tweedelijns GGZ', beschouwt de NZa als strijdig met versterking van de functie eerstelijns GGZ, en is om die reden hier verder niet opgenomen.

bestaande ketens, net als bij die andere ketens als optie naast de reguliere bekostiging.

4.2 Jeugd-GGZ

Een aparte groep patiënten binnen de GGZ zijn de kinderen en jeugdigen. Deze patiëntenpopulatie onderscheidt zich met een aantal kenmerken van volwassen patiënten. Zo komt de hulpvraag vaak niet alleen van de kinderen zelf, maar ook van de omgeving zoals school, het verenigingsleven, ouders of de wijk. Docenten ervaren vaak leerproblemen bij een kind, waar een psychische oorzaak aan ten grondslag kan liggen. Ouders presenteren de problematiek in eerste instantie vaak als een somatisch probleem. Opvoedings- en gedragsproblemen worden zelden als primaire hulpvraag bij de huisarts genoemd. Daarnaast komen sommige kinderen met psychische klachten via politie en justitie in aanraking met de huisarts, nadat sprake is geweest van overlast, vandalisme of drugsgebruik.

Vaak zijn er dan ook meerdere consulten nodig om een juiste diagnose te stellen, aangezien de problematiek vaak verdekt of indirect gepresenteerd worden. Zorgverleners hebben hierdoor over het algemeen meerdere contacten nodig om de werkelijke aard van de problematiek naar boven te halen.

De zorgvraag van deze groep patiënten kunnen grofweg in drie groepen verdeeld worden, die elkaar ook deels kunnen overlappen:

- Opvoedingsproblemen of opvoedingsvragen waarbij het accent ligt op pedagogiek.
- Gedragsproblemen waarbij het accent ligt op orthopedagogiek.
- Medische problemen, waaronder somatische, psychische en psychiatrische problematiek, waarbij het accent ligt op kinderpsychiatrie of kindergeneeskunde.

Innovatieproject gericht op Jeugd GGZ

In aanvulling op het advies, zoals dit in hoofdstuk 3 gepresenteerd is, heeft de NZa nader verkend in welke hoedanigheid jeugd GGZ in de praktijk anders benaderd wordt dan GGZ problematiek van volwassenen. Directe aanleiding hiervoor zijn de onderscheidende kenmerken die deze patiëntenpopulatie typeren ten opzichte van volwassen patiënten. Ten behoeve van deze verkenning heeft de NZa een bezoek gebracht in Enschede bij het innovatieproject 'Eureka' van MC Eudokia'.

Het doel van dit innovatieproject is gericht op het realiseren van een nieuwe vorm van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen (0-18 jaar), in een keten van deskundige partners onder regie van de huisarts, zodat:

- problemen direct worden gesignaleerd en deskundige behandeling wordt gestart in de eerstelijns met een maximale wachttijd van twee weken;
- verwijzingen door de huisarts naar de 2^e lijn (voor welke zorgvraag, naar wie) worden geregistreerd; 80% van de doelgroep in het project worden in de eerstelijns behandeld en niet doorverwezen;
- de kosten voor jeugd GGZ worden verlaagd;
- patiënten tevreden zijn omdat zij snel, deskundig en op een vertrouwde locatie geholpen worden.

In dit project staat samenwerking met verschillende professionals centraal. De verschillende expertises zijn hiervoor dan ook in huis gehaald. Betrokken zijn de huisarts, een maatschappelijk werker in de

functie van praktijkondersteuner jeugd-GGZ (POH-jGGZ), een kinder- en jeugdpsychiater en een gezinstherapeut. Daarnaast werkt het project samen op het gebied van opvoedondersteuning met het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG)

In het experiment is overeengekomen dat de huisartsen een scharnierconsult kunnen uitvoeren, om meer verheldering te krijgen bij de aard en omvang van de problematiek. Het scharnierconsult is een extra consult volgens een bepaalde systematiek, dat uitgevoerd wordt door de huisarts. Hierdoor heeft de huisarts extra tijd om zich te verdiepen in de problematiek van de patiënt. Op grond van dit consult kan de POH-jGGZ ingeschakeld worden of een andere route gekozen worden. De POH-jGGZ is direct verbonden aan de huisartsenpraktijk en gespecialiseerd in het behandelen van problematiek bij kinderen. De gemeente, in het bijzonder Centrum Jeugd en Gezin (CJG), is hier ook bij betrokken.

Een ander voorbeeld is het project 'Alle Hens Aan Dek' van zorggroep Katwijk', waar de huisarts met POH-jGGZ zorgt voor het onderzoek van de kinderen, diagnostiek wordt uitgevoerd door de POH-GGZ en het CJG zorgt voor de laagdrempelige opvoedondersteuning. Samen met de eerstelijnspsychologen slaagt dit project er onder meer in kinderen voor 75% binnen de eerste lijn te houden.

Overheveling jeugd GGZ naar gemeenten

In de uitvoeringstoets Basis GGZ zijn verschillende knelpunten en oplossingen beschreven die onderdeel uitmaken van het advies van de NZa. In dit advies is de functionele benadering van de GGZ zorg één van de uitgangspunten. Een randvoorwaarde voor functionele bekostiging is dat verzekeraars een ontwikkelslag maken op het gebied van kennis van de markt, inzicht in nieuwe ontwikkelingen en het vergroten van de transparantie. Op deze wijze zijn verzekeraars in staat om de zorg functiegericht in te kopen. De te maken ontwikkeling vindt in toenemende mate plaats.

Tegelijkertijd is er sprake van een verkenning in hoeverre jeugd GGZ overgeheveld kan worden naar gemeenten, waarbij deze zorg mogelijk buiten de Wmg valt. Vanuit de optiek dat de hulpvraag vaak vanuit de omgeving van de patiënt naar voren komt, zou een dergelijke overheveling mogelijk van waarde kunnen zijn. Een specifiek onderzoek naar (het effect van) deze overheveling maakt echter geen separaat onderdeel uit van het advies. Wel is het de NZa bij haar gesprekken in het GGZ-veld opgevallen dat daar geen steun te vinden is voor de voorgenomen overheveling, vooral niet voor overheveling van de specialistische jeugd-GGZ.

Rondom de overheveling zullen gemeentelijke zorginkopers ten aanzien van de jeugd-GGZ een zelfde ontwikkelslag moeten maken, als die verzekeraars de afgelopen en komende jaren door dienen te maken ten aanzien van de brede GGZ. De adviezen van de NZa eerder in dit document hebben als doel de zorgverzekeraars te faciliteren en ondersteunen in hun sturende rol. De functionele zorgomschrijvingen kunnen eenzelfde rol vervullen voor gemeenten bij de zorginkoop.

4.3 Directe toegankelijkheid

Uit cijfers van de LVE blijkt dat 28% van de mensen in 2009 op eigen initiatief de eerstelijnspsycholoog bezocht (zie bijlage 1). Verzekeraars stellen een verwijzing echter over het algemeen verplicht voordat een consult bij de zorgverzekeraar in rekening gebracht kan worden.

Hierdoor wordt er in de praktijk nauwelijks gebruik gemaakt van de mogelijkheden die de bekostiging biedt op het gebied van directe toegankelijkheid. De verzekeraar heeft hierin een sturende rol.

Uit onderzoek blijkt dat 18% van de bevolking kampt met psychische klachten, terwijl slechts een beperkt deel, minder dan 13%, hiervoor ook daadwerkelijk een behandeling voor ondergaat. Dertig procent van de patiënten met psychische klachten gaat hier niet mee naar de huisarts, wat bestempeld kan worden als latente zorgvraag. Patiënten ervaren een hogere drempel om psychische klachten te laten behandelen in vergelijking tot somatische problematiek. De zorgverzekeraar heeft echter de mogelijkheid om te sturen op een mogelijke groeiende zorgvraag. Veel patiënten hebben namelijk, door de sturende werking van de huisarts, geen directe toegang tot verzekerde eerstelijnspsychologie. Dit stelt de verzekeraar in de mogelijkheid om afspraken te maken met bijvoorbeeld de huisarts, over de wijze van doorverwijzen en het aantal behandelingen.

Directe toegankelijkheid kent een dreigende werking ten opzichte van een grote mate van latente zorgvraag. Echter is het niet de verwachting dat dit op dit moment, en na eventuele invoering van de beschreven oplossing in hoofdstuk 3, grote effecten met zich meebrengt. De zorgverzekeraar oefent hier namelijk controle op uit.

Bijlage 1. Achtergronden bij het advies

Deze bijlage gaat in op een aantal andere achtergronden en kenmerken van de GGZ, te weten:

- Beschrijving van de populatie (1)
- Functies binnen de GGZ (2)
- Rolverdeling: zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars (3)
- Financiering en bekostiging van de GGZ (4)
- Ontwikkelingen in de versterking van de eerstelijns GGZ (5)

Meer achtergrondinformatie is te vinden in de begin dit jaar verschenen GGZ-monitor van de NZa.²⁰ Eind 2011 verschijnt een nieuwe monitor, dit keer in de vorm van een marktscan.

1. Beschrijving van de populatie

Onderzoek door het Trimbos-instituut naar de psychische gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking van 18 tot en met 64 jaar laat zien dat op jaarbasis 18% van de Nederlandse bevolking psychische problematiek heeft (gehad), wat in aantallen neerkomt op ongeveer 1,9 miljoen mensen.

De top drie meest voorkomende psychische klachten bij deze groep zijn:

- stemmingsstoornissen (20,1%), met name depressie (18,7%);
- angststoornissen (19,6%) en;
- middelenstoornissen (19,1%), met name alcoholmisbruik.²¹

Er is geen informatie beschikbaar over de behandeling van eerstelijns GGZ in het algemeen. Wel zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de behandeling van psychische problematiek per type zorgaanbieder. Huisartsen zien relatief gezien het grootste deel van de bevolking met psychische problematiek. Om een beeld te geven van het aantal gebruikers van GGZ-zorg wordt in de volgende subparagraaf een overzicht gegeven van het aantal behandelingen en verwijzingen naar type hulpverlening.

1.1 Verwijsstromen

Uit het onderzoek van Trimbos op basis van de gegevens uit de Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) blijkt dat de huisarts in 2008 4,3% van de volwassen patiënten doorverwees naar overige eerstelijns GGZ-aanbieders, en dan met name de eerstelijnspsycholoog (3,2%). Naar de tweedelijns GGZ werd 12,1% van de volwassenen doorverwezen. Hierbij werd het grootste aandeel naar de psycholoog/psychotherapeut (4,7%) of de psychiater (4,5%) doorverwezen. In tabel 1 is een overzicht gegeven van het percentage volwassenen van 18-64 jaar in de huisartsenpraktijk met een psychische diagnose dat doorverwezen wordt naar de psychische hulpverlening in de periode van 2002-2008.

²⁰ Monitor GGZ 2010, NZa, 2011.

²¹ De Graaf R., ten Have M., Dorsselaer S. Nemesi-2. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: Opzet en eerste resultaten. Trimbos-instituut, Utrecht, 2010.

Tabel 1. Percentage volwassenen van 18-64 jaar in de huisartsenpraktijk met een psychische diagnose dat doorverwezen wordt naar de psychische hulpverlening 2002-2008 (naar type hulpverlening)

	2002	2004	2006	2008
	n=10.552*	n=11.265*	n=12.253*	n=16.119*
Naar eerstelijns GGZ				
Eerstelijnspsycholoog	2	2	2,7	3,2
Maatschappelijk werk	1,1	1,1	1	0,9
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige**	0	0	0,5	0,2
Naar tweedelijns GGZ***				
Psycholoog/psychotherapeut**	1,3	2,4	2,8	4,7
Psychiatrie	2,4	3,7	4,6	4,5
RIAGG	2,8	2,3	2,5	2,2
Consultatiebureau alcohol & drugs**	0,1	0,2	0,6	0,7

* n = aantal huisartsenpatiënten. Het aantal praktijken in de LINH registratie bedroeg resp. 34 in 2002, 36 in 2004, 37 in 2006 en 49 in 2008.

** Registratie van deze verwijzing is binnen het LINH facultatief. De verwijzpercentages zijn daarom een onderschatting.

*** Het gaat hierbij alleen om nieuwe verwijzingen.

Bron: Trimbos-instituut. 'GGZ in tabellen 2009'. Utrecht, 2010.

Uit tabel 1 blijkt er vanaf 2002 een stijgende trend te zijn in het aantal verwijzingen vanuit de huisarts naar de eerstelijns en tweedelijns GGZ. Het aantal verwijzingen naar de (eerstelijns) psychologen heeft het grootste aandeel in de stijging, het aantal verwijzingen naar het maatschappelijk werk is redelijk constant gebleven. Van 2006 naar 2008 is het totaal aantal verwijzingen voor het eerst iets gedaald, het gaat daarbij om verwijzingen naar de RIAGG, psychiatrie en het maatschappelijk werk.

1.2 Doelgroepen

Een belangrijk punt van aandacht vormt het almaar toenemende beroep dat op de GGZ wordt gedaan. Ondanks dat de afgelopen jaren effectieve behandelingen ontwikkeld zijn voor psychische klachten en ziekten, als ook effectieve preventieve programma's voor aandoeningen als depressie, vermindert het aantal psychische klachten en ziekten onder de Nederlandse bevolking niet. Hiervoor zijn vele oorzaken aan te wijzen. Zo verdwijnt langzaam het stigma op GGZ-aandoeningen, waardoor latente vraag patent wordt. Ook lijken de 'problemen des levens', zoals rouwverwerking, stress op het werk, zorgen over opvoed- en gedragsproblemen, sneller als psychisch lijden te worden ervaren, waarvoor hulp wordt gezocht. Deze trend lijkt te gaan worden versterkt met de invoering van de nieuwe versie van het GGZ-standaardwerk, de zogenaamde DSM-V (Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition). Hierin worden de grenzen van GGZ-stoornissen verder opgerekt, waardoor mensen die voorheen geen GGZ-diagnose zouden krijgen, die nu wel krijgen. Daar komt bij dat andere, niet zorggerelateerde, loketten voor dergelijke problematiek vaak gebudgetteerd zijn, waardoor een extra prikkel kan ontstaan een deel van de mensen te wijzen op het loket dat altijd open is: de zorg. Door de variëteit in de GGZ problematiek is het van belang dat het eerder gemaakt onderscheid

tussen patiënten met psychische klachten en patiënten met een psychische ziekte gemaakt wordt (zie ook paragraaf 1.2.2).

Deze groeiende vraag naar zorg gaat ook gepaard met groeiende maatschappelijke kosten. Die kosten bestaan natuurlijk ten eerste uit een verminderde kwaliteit van leven en ten tweede uit productiviteitsverlies door ziekteverzuim. Over het laatste zijn recent cijfers beschikbaar gekomen van het Trimbos-instituut.²² Hieruit blijkt dat depressie de ranglijst aanvoert als oorzaak van ziekteverzuimdagen. En hoewel alle somatische aandoeningen tezamen nog wel meer ziekteverzuim veroorzaken dan alle psychische aandoeningen, waren van de vijf aandoeningen die gemiddeld de meeste verzuimdagen veroorzaakten er vier van psychische aard. Zorgverzekeraars die ook verzuimkosten verzekeren hebben hierdoor een extra belang bij een effectieve GGZ.

2. Functies binnen de GGZ

Binnen de GGZ, en in de basiszorg rondom psychische klachten, kan de zorg die wordt verleend, op hoofdlijnen worden beschreven in een redelijk overzichtelijk aantal functies. Deze functies spelen een belangrijke rol in de knelpuntenanalyse van hoofdstuk 2 en de voorgestelde oplossingen van hoofdstuk 3. Om die reden, en omdat sommige functietermen nog wel eens op verschillende manieren uitgelegd worden, staat hieronder een lijst met de voor dit document belangrijkste functies en de betekenis die de NZa erin geeft in dit document.

²² Trimbos-instituut, Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden, R. de Graaf, M. Tuithof, S. van Dorsselaer, M. ten Have, Utrecht, 2011.

Tabel 2. Functies en betekenissen

Functie	Betekenis
Behandeling	Gesprekken welke tot doel hebben de lijdensdruk van een patiënt als gevolg van psychische problematiek te verminderen, en de oplossingsgerichte vaardigheden van de patiënt te verbeteren.
Chronische GGZ-basiszorg	Activiteiten gericht op een chronisch psychiatrische patiënt tijdens relatief lichte episodes met als doel het uitstellen van zware episodes en/of het vroeg herkennen daarvan.
Consultatie	Adviescontact tussen zorgverleners over specifieke patiënt, zonder dat patiënt door adviserend zorgverlener wordt gezien.
Diagnose	Vaststellen van de aard van de ziekte door geneeskundig of psychologisch onderzoek.
Diagnostiek	De kunst om een diagnose te kunnen stellen; hiervoor kunnen specifieke instrumenten worden gebruikt.
DSM-diagnose	Classificatie systeem van psychiatrische stoornissen.
Geïndiceerde preventie	Richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie/behandeling.
Ondersteuning/Begeleiding	Alle activiteiten van een zorgverlener gericht op verbetering die niet vallen onder psycho-educatie of behandeling.
Preventie van recidief	Activiteiten van een zorgaanbieder gericht op een genezen patiënt met als doel om terugkeer van de ziekte te voorkomen c.q. vroeg te herkennen.
Probleemverkenning	Nadere analyse en uitdieping van problemen.
Psycho-educatie	Voorlichting en informatie aan de patiënt over de klacht of stoornis, de oorzaak ervan, en mogelijke oplossingen.
Selectieve preventie	Richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma.
Triage	Eerste inschatting aard, ernst en spoedeisendheid van de klacht
Universele preventie	Richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen
Zorggerelateerde preventie	Richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' te voorkomen.

3. Rolverdeling

De zorg voor mensen met psychische klachten kan door verschillende zorgverleners (personen) en zorgaanbieders (organisaties) aangeboden worden. In de volgende subparagrafen worden die beschreven alsmede de zorgverzekeraars, met hun belangrijkste kenmerken. Doel hiervan is mede om duidelijkheid te scheppen omtrent de terminologie in dit document.

3.1. Zorgverleners

Artsen

Opleiding geneeskunde, bevoegd om medicatie voor te schrijven, twee specialismen relevant.

- Huisartsen: Specialisatie huisartsgeneeskunde; generalist, maar nadruk in opleiding op somatiek; mede daardoor vaak beperkte kennis, ervaring, affiniteit met GGZ; werkzaam in huisartsenpraktijk, soms in loondienst, meestal vrijgevestigd.

- Psychiaters: Specialisatie psychiatrie, vaak nog verder gespecialiseerd in bepaalde stoornissen/ziektebeelden, werkzaam in GGZ-instelling, algemeen of academisch ziekenhuis, of als vrijgevestigde in psychiatriepraktijk.

Psychologen

Opleiding psychologie, niet bevoegd om medicatie voor te schrijven, drie specialismen relevant.

- GZ-psycholoog: Specialisatie GZ-psychologie (basis + 2 jaar); meestal in loondienst werkzaam, in GGZ-instelling, bij vrijgevestigd psychiater, psychotherapeut, eerstelijnspsycholoog in een ziekenhuis of in een gezondheidscentrum.
- Eerstelijnspsycholoog (ELP): Specialisatie eerstelijnspsychologie (GZ-psychologie + 1 jaar); meestal werkzaam als vrijgevestigde in ELP-praktijk.
- Psychotherapeut: Specialisatie psychotherapie (basis + 6 jaar), vaak nog verder gespecialiseerd in bepaalde stoornissen/ziektebeelden en/of technieken; werkzaam in GGZ-instelling of als vrijgevestigde in psychotherapiepraktijk.

Verpleegkundigen en overige personen

Twee specialismen zijn hierbij relevant.

- Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV): Opleiding HBO-verpleegkunde, specialisme SPV. Veelal in dienst van en werkzaam in GGZ-instellingen, laatste jaren ook steeds meer werkzaam als POH-GGZ in huisartspraktijken en gezondheidscentra.
- Maatschappelijk werker: Opleiding Maatschappelijk werk. Sommige huisartspraktijken en gezondheidscentra kiezen voor een maatschappelijk werker in de functie van POH-GGZ.

E-health

Computerprogramma's worden steeds vaker ingezet als volwaardige vervanger of ter ondersteuning van een zorgverlener in persoon. E-health wordt toegepast voor het geven van psycho-educatie, bij geïndiceerde en zorggerelateerde preventie, en ter ondersteuning van zelfmanagement en een behandeling. Hoewel nog niet voor alle patiëntengroepen even geschikt, zijn de groeiende mogelijkheden voor inzet van e-health een veelbelovende factor binnen de GGZ, zowel voor toegankelijkheid, betaalbaarheid als kwaliteit.

3.2 Zorgaanbieders

Huisartsenpraktijk

Wanneer mensen zorg nodig hebben, is de huisarts doorgaans het eerste aanspreekpunt. De huisarts kan de patiënt vervolgens zelf behandelen - bijvoorbeeld met gesprekken of medicatie -, hij kan de patiënt doorverwijzen voor eerstelijns psychologische zorg of bij ernstige problematiek direct naar een tweedelijns zorgaanbieder, bijvoorbeeld een psychiater of klinisch psycholoog. Op 1 januari zijn er 7.833 zelfstandig gevestigde huisartsen en 1.088 huisartsen in dienst van een huisarts werkzaam (totaal 8.921 huisartsen).²³

Binnen de GGZ heeft de eerstelijnszorg de poortwachterfunctie richting de tweedelijns. Dit betekent dat de tweedelijns alleen kosten kan declareren wanneer zij een verwijsbrief heeft ontvangen. Deze poortwachterrol kan wettelijk gezien door de huisarts en de ELP uitgevoerd worden. De eerste lijn is wettelijk gezien vrij toegankelijk. In de praktijk blijkt echter dat de huisarts ook een poortwachterfunctie

²³ Bron: www.Zorgatlas.nl

heeft richting de ELP, aangezien verzekeraars aanvullende bepalingen heeft dat de ELP ook een verwijfsbrief nodig heeft.

Het Nivel heeft onderzoek gedaan naar de behandeling van psychische problematiek in de huisartsenpraktijk. Op basis van deze gegevens blijkt dat de prevalentie van psychische stoornissen en symptomen in de huisartsenpraktijk in 2008 124/1000 ingeschreven patiënten betreft. Ruim de helft (56%) van de mensen met een psychische stoornis krijgt uitsluitend medicatie voorgeschreven. Voor 31% van de mensen met een psychische stoornis zijn wel contacten met de huisarts, maar wordt geen medicatie voorgeschreven en vindt ook geen doorverwijzing plaats. Van degenen die wel doorverwezen worden (in totaal 13,5%; waarvan 10,4% naar de 2^e lijn) krijgt ongeveer de helft aanvullend medicatie voorgeschreven door de huisarts. In geval van depressie of angst (meest prevalentie stoornissen) daalt het percentage "geen medicatie of verwijzing" tot 12% respectievelijk 18% en blijkt het percentage met uitsluitend medicatie toe te nemen.²⁴

De royale inzet van medicatie bij psychische problematiek, met name die van antidepressiva, en de werkzaamheid van deze middelen hebben de laatste jaren ter discussie gestaan. Studies hebben uitgewezen dat de werkzaamheid van antidepressiva sterk afhangt van de ernst van depressie. Deze uitkomsten hebben ertoe geleid dat vanaf 1 januari 2011 mensen met milde depressie niet langer antidepressiva vergoed krijgen.

De overheveling van de curatieve GGZ naar de Zvw per 1 januari 2008 heeft geleid tot vernieuwingen in en om huisartspraktijken, bijvoorbeeld de GGZ-praktijkondersteuner huisartsenzorg (zie hieronder). Daarnaast zijn diverse lokale en landelijke initiatieven gestart. Hierbij werken gespecialiseerde GGZ-aanbieders uit eerste en/of tweede lijn samen met de basiszorg. Voorbeelden van lokale initiatieven zijn het Eurekaproject in Enschede (jeugd-GGZ, zie 4.2) en een ketenzorgprogramma in de regio Maastricht-Heuvelland.²⁵ Voorbeeld van een landelijk initiatief is de recent tot stand gekomen 'NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts – tweedelijns GGZ'.²⁶

POH-GGZ

In 2008 is er 37 miljoen euro overgeheveld vanuit de tweedelijns GGZ naar de huisartsenzorg, met als doel huisartsen structureel te ondersteunen bij het verlenen van zorg aan patiënten met psychische en/of psychosociale problematiek die een beroep doen op de huisarts. Hiervoor werd een nieuwe functie geïntroduceerd, gepositioneerd in de huisartsenpraktijk: de praktijkondersteuner ggz (POH-GGZ).²⁷ De POH-GGZ heeft de volgende taken:²⁸

- Probleemverheldering of inventarisatie;
- Advisering over het te starten traject;
- Processturing, mede op basis van kennis van het netwerk: verwijzen naar aanbod in eerste danwel tweedelijns;
- Begeleidingsfunctie/casemanagement;
- Behandeling of begeleiding;
- Deel vrije invulling.

²⁴ Bron: Verhaak P.F.M., van Beljouw I.M.J., van Dijk C.E. Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses. NIVEL: 2010

²⁵ Zie A. Huizing e.a., Ketenzorg voor mensen met GGZ-problematiek, De Eerstelijns, November 2011, pp. 16-17.

²⁶ Bron: Nederlandse Huisartsen Genootschap. NHG- richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts- tweedelijns GGZ, november 2011

²⁷ Bron: Have, J. ten, Eerstelijns GGZ in historisch perspectief, De Eerstelijns, nr 5, juni 2010

²⁸ Tariefbeschikking huisartsenzorg 2011, NZa.

Deze functie maakt onderdeel uit van de huisartsenzorg en wordt via de huisarts gefinancierd. De POH-GGZ is functioneel omschreven en kan daarom worden uitgevoerd door personen met verschillende beroepsmatige achtergronden. In de praktijk heeft het merendeel van de POH's-GGZ een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) achtergrond. Het aantal huisartsen met een POH-GGZ neemt toe. Eind 2010 waren iets meer dan 360 POH's-GGZ werkzaam in huisartsenpraktijken. In april 2011 is dit aantal opgelopen tot ruim 500. Ongeveer 30% van de huisartsen maakt gebruik van de inzet van een POH-GGZ.²⁹

ELP-praktijk

De Landelijk Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) omschrijft de eerstelijnspsycholoog als volgt: De eerstelijnspsycholoog is een 'psycholoog dichtbij huis', iemand die een probleem snel en praktisch aanpakt. De eerstelijnspsycholoog biedt zelfstandig psychodiagnostiek en indicatiestelling, samen met kortdurende psychologische behandeling, verwijzing, preventie en consultatie. De eerstelijnspsycholoog is een generalist: de behandelingen zijn toegankelijk voor een breed publiek qua leeftijd, opleidingsniveau en achtergrond.³⁰

De eerstelijns psychologen bieden eerstelijns psychologische hulp aan mensen met de meest voorkomende psychische klachten. De behandeling is gericht op het opheffen of beheersbaar maken van de psychische klachten en de daaruit voortvloeiende problematiek.³¹ Eerstelijns psychologische zorg is direct toegankelijk, wat betekent dat er geen verwijzing vereist is om in behandeling te komen. Echter om de zorg vergoed te krijgen eisen de zorgverzekeraars in praktijk vaak een verwijfsbrief van de huisarts. In 2007 waren er 1.234 geregistreerde eerstelijns psychologen en 97 eerstelijns psychologen in opleiding.³²

Tweedelijns curatieve GGZ

Binnen de tweedelijns curatieve GGZ zijn verschillende aanbieders actief, gebudgetteerde instellingen, niet gebudgetteerde instellingen en vrijgevestigden. Een voor dit advies zeer relevant nieuw fenomeen vormen de voorwaarts geïntegreerde instellingen (zie onder 'Dynamiek').

Gebudgetteerde instellingen zijn instellingen voor wie voor 1 januari 2008 een budget in het kader van de AWBZ voor curatieve GGZ is vastgesteld. Na de overgang van de curatieve GGZ naar de Zvw hebben deze instellingen hun budget behouden. De instellingen kunnen zowel ambulante als klinische zorg leveren. Het aantal gebudgetteerde instellingen in 2011 is 180. De kosten in 2010 van gebudgetteerde instellingen bedragen € 3,49 mld.³³

Er zijn ook niet-gebudgetteerde instellingen. Deze zijn na 1 januari 2008 zorg gaan leveren. Het aantal niet-gebudgetteerde instellingen groeit sterk de afgelopen jaren. De NZa ziet de sterkste groei van de niet-gebudgetteerde instellingen bij luxe verslavingsklinieken, combinatie van werk en psyche en jeugdproblematiek.³⁴ De niet-gebudgetteerde instellingen hadden in 2009 een omzet van € 98,5 mln.³⁵

²⁹ Bron: Poh-ggz nieuwsbrief, juni 2011

³⁰ Bron: Landelijk Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)

³¹ Bron: <http://www.psynip.nl/eerstelijnspsychologie-nip>

³² Bron: www.nationaalkompas.nl

³³ Bron: Trimbos. 'Financiering van de GGZ'.

³⁴ Bron: NZa, monitor curatieve GGZ 2010, www.nza.nl

³⁵ Bron: Aanwijzing van Ministerie van VWS aan de NZa, 30 augustus 2011, kenmerk MC-U-3078388

De laatste groep die tweedelijns curatieve GGZ levert zijn de vrijgevestigden. Dit kunnen zowel solo opererende aanbieders zijn als groepspraktijken. De achtergrond van deze groep loopt zeer uiteen, het betreft zowel vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten als orthopedagogen. Vrijgevestigden declareren relatief meer DBC's getypeerd in productgroep 'behandelingen kort'.³⁶ De omzet van vrijgevestigden bedroeg € 243,3 mln in 2009.³⁷

Overige (zorg)aanbieders

Naast bovengenoemde GGZ-zorgaanbieders is er nog een aantal zorgaanbieders die niet voornamelijk of uitsluitend mensen met psychische klachten behandelen, maar daar wel een bijdrage aan leveren. Te denken valt bijvoorbeeld aan diëtisten en (psycho-somatische) fysio- en oefentherapeuten. Relevante partijen buiten de gezondheidszorg, maar voor een goede integrale aanpak van met name psychosociale problematiek eveneens belangrijk, zijn de aanbieders van algemeen maatschappelijk werk en de centra voor jeugd en gezin.

3.3 Dynamiek

Wat opvalt aan bovenstaande beschrijving van zorgverleners en zorgaanbieders, is de grote verscheidenheid en de dynamiek. Veel zorgverleners zijn op verschillende plaatsen werkzaam en verlenen dus verschillende typen zorg. Ook komen veel nieuwe initiatieven en experimenten van de grond.

Zorgaanbieders beperken zich steeds minder tot één bepaald type zorg. Een voor dit advies zeer relevante groep aanbieders binnen de driedeling hierboven is de voorwaarts geïntegreerde GGZ-instelling. Lastig te typeren, maar veelal een multidisciplinaire organisatie (SPV, GZ-psycholoog, psychotherapeut, psychiater) die zorg levert vanuit of dichtbij huisartspraktijken en/of gezondheidscentra. Het betreft dan vaak kortdurende zorg bij minder complexe problematiek: generalistische GGZ of GGZ-basiszorg. Veelal zijn het ook organisaties die zijn ontstaan uit, of nog steeds onderdeel zijn van een tweedelijns GGZ-instelling. Maar ze kunnen ook zijn ontstaan uit vrijgevestigden in de tweede lijn. Voorbeelden van dergelijke voorwaarts geïntegreerde instellingen zijn Indigo, Mentaal Beter, Psychro en Transparant.

3.4 Zorgverzekeraars

Ook voor de zorgverzekeraars heeft de overheveling van de curatieve GGZ vele veranderingen met zich meegebracht:

- De inkoper voor het AWBZ-zorgkantoor (regionaal) werd GGZ-zorginkoper (nationaal).
- Zorgverzekeraars gingen onder de Zvw risico dragen over de kosten van deze zorg, vooral waar het gaat om eerstelijns psychologische zorg, en in mindere mate over tweedelijns GGZ;
- Ook zorgverzekeraars kregen te maken met de nieuwe productstructuur: GGZ-DBC's. Deze werden in een korter tijdsbestek ingevoerd dan de DBC's in de somatiek en kennen bovendien een andere structuur. Het onderhandelen over GGZ-DBC's is een 'nieuw spel in een nieuwe taal'.
- Ook voor zorgverzekeraars nieuwe zorg die gecontracteerd moest worden: GGZ-ondersteuning en eerstelijns psychologische zorg.

Tussen zorgverzekeraars bestaan verschillen in zorginkoopactiviteiten binnen de GGZ. Voor 2012 gaan zorgverzekeraars zich naar verluidt

³⁶ Bron: NZa, monitor curatieve GGZ 2010, www.nza.nl

³⁷ Bron: Aanwijzing van Ministerie van VWS aan de NZa, 30 augustus 2011, kenmerk MC-U-3078388

actiever inzetten bij de contractering van niet gebudgetteerde instellingen en vrijevestigden. Waar mogelijk gaan zorgverzekeraars omzetmaxima afspreken.

Wat betreft de vraagstelling voor dit advies blijkt uit gesprekken met de zorgverzekeraars dat er redelijke overeenstemming is over de knelpunten, en veel minder over oplossingen. Sommige zorgverzekeraars zien bijvoorbeeld versterking van de Basis GGZ niet gebeuren zonder inbreng van expertise vanuit de tweede lijn, anderen verwachten juist veel van samenwerking binnen tussen huisarts en ELP's.

3.5 Conclusie

Zorgverzekeraars zijn de GGZ voor een deel nog aan het ontdekken, veel meer dan de somatiek. Consequentie is dat op dit moment de GGZ nog een sector is waar zorgverzekeraars meer behoefte hebben aan houvast en centrale sturing op bijvoorbeeld prestaties. Veel mogelijk maken, maar met structuur, eenheid van taal. De NZa heeft echter geen reden om aan te nemen dat dit verschil op termijn niet kan verdwijnen.

4. Financiering en bekostiging van de GGZ

De financiering van GGZ vindt plaats vanuit verschillende bronnen. De langdurige begeleiding (zonder of los van behandeling) en intramurale zorg (na 365 dagen) wordt vanuit de AWBZ gefinancierd. De financiering van openbare GGZ en maatschappelijke ondersteuning vindt plaats vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). GGZ voor mensen met een strafrechtelijke veroordeling, ook wel forensische zorg genoemd, valt onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. De Zvw neemt bijna driekwart van de financiering van GGZ voor zijn rekening. Het aandeel van de Wmo bedraagt het minst, vermoedelijk maximaal 2%.³⁸

4.1 Financiering van de eerstelijns GGZ

Huisartsenzorg inclusief POH-GGZ

De huisartsenzorg wordt gefinancierd uit de premies voor de basisverzekering. Het kent een gemengd honoreringssysteem. Het inkomen van de huisarts bestaat voor een deel uit een vaste abonnementsvergoeding per ingeschreven patiënt per jaar en daarnaast uit een vergoeding per verrichting. Dit zijn maximumtarieven. Wanneer consulten langer dan twintig minuten duren, kan een dubbel consult worden gerekend. Deze vergoedingen ontvangt de huisarts van de verzekeraar.³⁹

Zorg die een huisarts zelf verleent of laat verlenen door ondersteunend personeel maakt onderdeel uit van de dekking van de basisverzekering. De kosten van hulp door de huisarts zelf of door ondersteunend personeel komen niet ten laste van het verplichte eigen risico van de verzekerde.⁴⁰

De huisarts kan met de verzekeraar aanvullende afspraken maken over de inzet van een POH-GGZ. Sinds 2008 kunnen huisartsen gebruik maken van een financieringsregeling voor de praktijkondersteuner GGZ in de huisartsenpraktijk. De huisarts declareert de kosten (loonkosten, infrastructurele voorzieningen en extra managementtijd) door middel van een opslag per ingeschreven verzekerde (module)⁴¹ en de consulten POH-GGZ. Aanvankelijk werd weinig gebruik gemaakt van deze regeling.

³⁸ Bron: Trimbos. 'Financiering van de GGZ'.

³⁹ Bron: NZa Beleidsregel Huisartsenzorg (BR/CU-7004).

⁴⁰ Bron: CVZ

⁴¹ De maximum modulebedrag per verzekerde voor POH-GGZ bedraagt € 0,94 per kwartaal in 2011.

In 2009 werd daarom een tijdelijke verhoging van de vergoeding voor de loonkosten in de tarieven voor POH-GGZ als maatregel getroffen. De NZa heeft besloten om de verhoging van de loonkostencomponent tot 1 januari 2013 te handhaven.

Eerstelijns psychologische zorg

Voor eerstelijns psychologische zorg zijn prestaties, zoals een individueel consult en een telefonisch consult, nader beschreven door de NZa in de beleidsregel Prestaties Eerstelijns Psychologische zorg (BR/CU-7013). De tarieven voor eerstelijns psychologische zorg zijn vrij.

Vanaf 1 januari 2008 valt kortdurende hulp van de eerstelijns psycholoog in het basispakket van de ziektekostenverzekering: een verzekerde heeft in 2011 recht op een vergoeding van eerstelijns psychologische zorg tot maximaal acht zittingen per kalenderjaar. Voor eerstelijns psychologische zorg betaalt de verzekerde een eigen bijdrage per zitting aan de zorgverlener. De eigen bijdrage bedraagt € 10,- euro per zitting in 2011.

De bij de zorgverzekeraar in rekening gebrachte kosten van geneeskundige GGZ vallen onder het verplicht eigen risico. De kosten van de eigen bijdrage komen bovenop het verplicht eigen risico.

4.2 Financiering van tweedelijns GGZ

Binnen de tweedelijns GGZ zijn gebudgetteerde en niet gebudgetteerde aanbieders actief. De gebudgetteerde aanbieders zijn die aanbieders die productieafspraken maken met zorgverzekeraars op basis van budgetparameters. Zij declareren in Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) met maximum tarieven maar ontvangen maximaal de goedgekeurde realisatie in budgetparameters. Eventuele onder- of overdekking door de declaratie van DBC's wordt eenmalig achteraf verrekend. De zorgaanbieders die zelfstandig vrijgevestigd zijn en de aanbieders die na 1 januari 2008 curatieve GGZ zijn gaan bieden zijn de niet-gebudgetteerde tweedelijns GGZ-aanbieders. Niet-gebudgetteerde aanbieders worden volledig bekostigd in DBC's met maximum tarieven.

Vrijwel alle zorg voor patiënten in de tweedelijns zorg wordt op dit moment volledig vergoed onder de basisverzekering, zonder eigen bijdrage van de patiënt.⁴² Zolang een eventuele opname korter duurt dan een jaar (365 dagen), vallen de kosten volledig onder de dekking van de zorgverzekering. Duurt een opname langer dan 365 dagen, dan komen de kosten vanaf de 366^e dag ten laste van de AWBZ-verzekering.

5. Ontwikkelingen in de eerstelijns GGZ

Het doel benoemd in de brief van de minister heeft betrekking op het versterken van de functie eerstelijns GGZ. De aandacht voor het versterken van de eerstelijns GGZ is niet nieuw. De overheid heeft de afgelopen tien jaar al op verschillende manieren ingezet op de versterking van de eerstelijns GGZ.

Een aanleiding voor de versterking van de eerstelijns GGZ in de jaren '90 waren de toenemende zorgvraag naar psychische en psychosociale hulp, de beperkte capaciteit en de zorgkosten in relatie tot het substitutiebeleid van de tweede naar de eerste lijn.⁴³ In 1999 kondigde de toenmalig minister van VWS een aantal maatregelen aan om deze versterking te realiseren. De huisarts zou door middel van deze maatregelen in staat moeten zijn om als poortwachter op te treden bij de

⁴² Klassieke psychoanalyse behoort bijvoorbeeld niet tot het verzekerde pakket.

⁴³ Bron: Have, J.J.I.M. ten, Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Een eerste beschrijving van de functie praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. LVG: 2007

toenemende vraag op het gebied van hulp bij psychische problematiek.⁴⁴ De ontwikkeling voor deze samenhangende eerstelijns GGZ moest er toe bijdragen dat de zorg voor patiënten met psychische problematiek niet in een zwaarder echelon plaatsvindt dan nodig. In de periode van de jaren '90 tot 2008 zijn diverse maatregelen ingevoerd en projecten gestart om de versterking van de eerstelijns GGZ vorm te geven.

Het NIVEL heeft een groot deel van deze maatregelen in 2004 geëvalueerd. Haar conclusie was dat de versterkende maatregelen een goede stimulans waren om tot een sterkere eerstelijns GGZ te komen en dat de samenwerking tussen eerste en tweede lijn leek te zijn toegenomen. Er werden ook enkele knelpunten geconstateerd: de consultatieregeling (die de eerstelijns GGZ de mogelijkheid bood om consultatie te vragen aan GGZ-specialisten in tweede lijn) had een aantal effecten die van de oorspronkelijke doelen afweken, de financiering van veel maatregelen was van tijdelijke aard en de eerstelijnspsycholoog had een ongelijkwaardige positie in de eerste lijn. De belangrijkste aanbeveling uit deze evaluatie was dat er gezorgd moest worden voor een versterking van de eerstelijns GGZ met herkenbare en aanspreekbare probleemeigenaren (regiefunctie) en een financiering die hierop werd afgestemd.⁴⁵

Om de resultaten, ervaringen en producten uit de verschillende projecten en maatregelen structureel in te bedden in het eerstelijnszorg-aanbod, zijn de budgetten van de Regionale Ondersteunings Structuren (ROS-en) met ingang van 1 januari 2006 verruimd met GGZ (niet geoormerkte gelden). Alle ROS-en zijn overgegaan tot het aanstellen van een regiocoördinator GGZ, om de ondersteuning voor de eerstelijns GGZ een structurele plek te geven binnen de ROS-en. De ondersteuning vanuit de ROS-en is gericht op een structurele versterking. Daarnaast is een deel van de door NIVEL benoemde conclusies en aanbevelingen meegenomen met de komst van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 en de overheveling van de curatieve GGZ van de AWBZ naar de Zvw in 2008.⁴⁶ Per 1 januari 2008 werd tevens de eerstelijns psychologische zorg in de basisverzekering opgenomen en de POH-GGZ geïntroduceerd.

In 2009-2010 is er een interdepartementaal beleidsonderzoek uitgevoerd waarin de mogelijkheden ter verbetering van de doelmatigheid van de curatieve GGZ (inclusief Jeugd GGZ) zijn onderzocht, met daarbij de drie publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit als uitgangspunten. Vanwege de financiële crisis en de daarmee samenhangende heroverwegingsoperatie van de overheid werd besloten dit onderzoek te positioneren onder de brede heroverweging curatieve zorg. Dit betekende dat het beleidsonderzoek ook beleidsvarianten voor 20% besparing op de Zvw-uitgaven moest bevatten. Een belangrijke conclusie uit het onderzoek is dat het noodzakelijk is het beleid op het gebied van de GGZ te wijzigen, omdat er geen goed evenwicht is in het dienen van de publieke belangen van de Zvw. De toegankelijkheid van de GGZ is groot, maar scheef verdeeld (teveel intramuraal ten opzichte van extramuraal, teveel tweedelijns ten opzichte van eerstelijns). De kwaliteit is slecht inzichtelijk en behandelrichtlijnen worden beperkt gebruikt. Het publieke belang van de betaalbaarheid wordt onvoldoende gediend door verkeerde prikkels in het systeem en de brede pakketafbakening.⁴⁷

⁴⁴ Bron: Emmen, M.J. & Verhaak, P.F.M., Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ, Nivel: 2006

⁴⁵ Bron: Meijer, S.A. & Verhaak P.F.M., De eerstelijns GGZ in beweging, NIVEL: 2004

⁴⁶ Bron: Have, J.J.I.M. ten, Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Een eerste beschrijving van de functie praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. LVG: 2007.

⁴⁷ Bron: Inspectie der Rijksfinanciën, 2010, Interdepartementaal beleidsonderzoek curatieve GGZ, Bijlage bij rapport heroverweging curatieve zorg.

Naar aanleiding van dit beleidsonderzoek wordt een samenhangende aanpak voorgesteld die ingrijpt op de omschrijving en het beheer van het verzekerde pakket, het gebruik van eigen betalingen en de (financiële) prikkels in het systeem. Deze voorgestelde maatregelen raken ook de organisatie van de eerstelijns psychologische zorg.

In januari 2011 lichtte de minister van VWS haar beleidsdoelstellingen toe in de brief 'Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen van de minister van VWS'.⁴⁸ De minister wil dat veel meer zorg dichterbij huis wordt aangeboden en dat deze veel beter toegankelijk is dan nu. In juni 2011 werd door de minister een aantal bezuinigingsmaatregelen aangekondigd voor zowel de eerste als tweedelijns GGZ.⁴⁹

6. Conclusie

De GGZ is een sector die gekenmerkt wordt door een grote dynamiek. Om te beginnen door de sterke groei in het beroep dat op deze zorg wordt gedaan. Maar ook door veranderingen in de randvoorwaarden, zoals de aanspraken en de bekostiging. Vrij recent heeft nog zo'n majeure verandering plaatsgevonden: de overheveling naar de Zvw per 1 januari 2008.

Met die overheveling zijn ook nieuwe zorgfuncties geïntroduceerd: GGZ-ondersteuning en eerstelijns psychologische zorg. Deze functies worden vervuld door 'nieuwe' zorgaanbieders, de POH-GGZ en eerstelijns psychologen. Maar ook 'oude' aanbieders begeven zich op die markt, met name vrijgevestigden en instellingen uit de tweede lijn. Ook dit verschijnsel vormt een belangrijk onderdeel van de dynamiek binnen de GGZ. Daarnaast zijn sinds de overheveling diverse nieuwe lokale en landelijke initiatieven gestart, met samenwerking tussen verschillende typen zorgaanbieders. Ook zorgverzekeraars zijn de GGZ onder de Zvw nog aan het ontdekken, en hebben uiteenlopende opvattingen over de gewenste ontwikkelingen.

⁴⁸ Brief van Ministerie van VWS aan de Tweede Kamer, 26 januari 2011, kenmerk MC-U-3048431.

⁴⁹ Brief van Ministerie van VWS aan de Tweede Kamer, 10 juni 2011, kenmerk CZ/FBI-3066636.

Bijlage 2. Verzoek minister (brief 1 juli 2011)



Nederlandse Zorgautoriteit

11D0024297 ontvangen 04/07/2011


 Ministerie van Volksgezondheid,
 Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

 NZa
 Postbus 3017
 3502 GA Utrecht

 Bezoekadres:
 Parnassusplein 5
 2511 VX Den Haag
 T 070 340 79 11
 F 070 340 78 34
 www.nijkszorg.nl

 Inlichtingen bij
 Nicole Schel
 n.schel@nirvws.nl

 Kores van Ruizen
 k.v.ruizen@nirvws.nl

 Ons kenmerk
 CZ/CGGZ-3061139

Bijlagen

 Datum **01 JULI 2011**
 Betreft Verzoek om uitvoeringstoets Basis GGZ

 Correspondentie uitsluitend
 richten aan het retouradres
 met vermelding van de datum
 en het kenmerk van deze
 brief.

Geachte voorzitter,

Op het werkprogramma 2011 is in overleg met u het onderwerp Basis GGZ geplaatst. Graag wil ik door deze brief mijn verzoek om een uitvoeringstoets geven. Tevens verzoek ik u de specifieke vragen die ik heb, in het licht van de voorgestelde beleidslijn ten aanzien van dit onderwerp, nader te onderzoeken en uiterlijk 31 december 2011 te beantwoorden.

Leeswijzer

In deze uitvoeringstoets wordt gevraagd om een advies over de versterking van de zorg voor mensen met (risico op) psychische problematiek in de eerstelijns, ook wel basis GGZ genoemd. Goede GGZ zorg is dichtbij de mensen en voorkomt onnodige medicalisering en onnodige kosten. In deze brief wordt eerst ingegaan op 1) het maatschappelijk belang van geestelijke gezondheidszorg en 2) uitgangspunten van goede GGZ zorg en de pijlers van toekomstig beleid. Vervolgens wordt gekeken naar 3) de huidige organisatie van de eerstelijns GGZ zorg en 4) de verbeterpunten hierin. Tenslotte wordt 5) de NZa gevraagd om aan een advies te geven over de bekostigingssystematiek om de basis GGZ te verstevigen en antwoord te geven op verschillende vragen.

1. Maatschappelijk belang geestelijk gezondheidszorg

Geestelijke gezondheid en een mentaal vitale samenleving zijn van groot belang. De sociale gemeenschap, het gezinsleven, scholen, werk en sportclubs hebben een belangrijke invloed op de geestelijke gezondheid van mensen. Ook de geestelijke gezondheidszorg heeft een belangrijke toegevoegde waarde voor het welzijn van de Nederlandse burgers, voor een veerkrachtige samenleving en een gezonde economie.

De geestelijke gezondheidszorg is pas aan zet als er daadwerkelijk sprake is van ziekte waarbij medische hulp nodig is om beter te worden. Voorkomen moet worden dat tegenslagen, die mensen hebben in het leven, te snel gemedicaliseerd worden. Het is daarom ook van belang om in andere gebieden dan de zorg in te



zetten op preventie van geestelijke klachten. Als er toch geestelijke klachten zijn vermindert GGZ zorg de psychische problemen waardoor de geestelijke gezondheid toeneemt. Geestelijke gezondheid is een belangrijke voorwaarde om aan het maatschappelijk en economische verkeer deel te nemen. Het gebruik van GGZ zorg neemt de afgelopen jaren toe. Het jaarlijkse aantal ingeschreven cliënten bij de lid-instellingen van GGZ-Nederland groeide, tussen 2001 en 2006, met 58 % van 535.000 personen tot meer dan 900.000 personen.¹ De uitgaven in de GGZ zijn van 2000 naar 2009 gestegen van 2,6 miljard naar 5 miljard euro.

Ons kenmerk
GZ/CGGZ-3261139

De indirecte kosten van geestelijke gezondheidsproblemen zijn aanzienlijk hoger dan de directe kosten van zorg. Van de mensen in Nederland die arbeidsongeschikt zijn, heeft ongeveer 38% een psychische aandoening. Ook circa eenderde van het ziekteverzuim wordt veroorzaakt door werkdruk en werkstress. Geestelijke gezondheidsproblemen verminderen daarnaast ook de arbeidsproductiviteit. Het productiviteitsverlies van een werknemer met geestelijke gezondheidsproblemen is ruim vier maal groter dan dat van een werknemer met lichamelijke gezondheidsproblemen.² Schattingen van de totale maatschappelijke kosten van psychische problemen komen uit op circa 4% van het Bruto Binnenlands Product.³ Ook de door WHO opgestelde rekenmodellen tonen aan dat de kosten van onderbehandelde psychische klachten ook voor kleinere landen zoals Nederland in de miljarden euro's lopen. In tegenstelling tot wat algemeen wordt gedacht, wordt die maatschappelijke ziektebelasting niet bepaald door de (relatief kleine) groep van mensen die lijden aan zeer ernstige en chronische klachten, maar door de in omvang veel grotere groep van mensen met milde of matige klachten.⁴

2. Uitgangspunten van goede GGZ zorg

Gezien de maatschappelijke relevantie en de de optiek van de patient is goede GGZ zorg dichtbij belangrijk. Ik wil daarom naar een GGZ zorg die zo dicht mogelijk bij de patient georganiseerd wordt. Daarbij geldt dat – net zoals bij de somatische zorg – de zorgvragen en behoeften van patiënten verschillen. Hierop moet kunnen worden ingespeeld vanuit het zorg aanbod in de buurt.

Preventie en vroegsignalering

Voor de patiënten met psychische aandoeningen en verslavingsproblematiek voegen vroegtijdige herkenning, adequate triage, preventieve behandeling met kortdurende interventies met zelfmanagement als uitgangspunt zeer veel waarde toe.⁵ De incidentie van ernstige problematiek kan hiermee worden verminderd. Actieve interventies in de eerstelijns leiden volgens 13 studies in Engeland en Amerika tot herstel in 50% tot 67% van de gevallen. Ook e-mental health blijkt een kosteneffectieve behandeling te zijn die in bovenstaande benadering van essentiële waarde is. Vooral bij lichtere manifestaties van psychosociale

¹ GGZ Nederland

² Zorg op waarde geschat, GGZ Nederland 2009

³ Trimbos, Trendrapportage 2008

⁴ Rijnders & Heene, kortdurende psychologische interventies in de eerstelijns, 2010

⁵ Rijnders & Heene, kortdurende psychologische interventies in de eerstelijns, 2010



problemen of depressie zijn er goede mogelijkheden om mensen te ondersteunen en door middel van e-health interventies zelf zorg te laten dragen voor hun gezondheid. Mensen kunnen zelf regie houden en deze zelfregie versterken. Dit geldt zowel voor mensen die risico lopen op het ontwikkelen van een psychische aandoening (geïndiceerde preventie), als voor mensen die reeds gediagnosticeerd zijn voor een psychische aandoening (zorggerelateerde preventie) of mensen die in het verleden een psychische aandoening hebben gehad (terugvalpreventie). In een later stadium hoeft hierdoor minder aanspraak gedaan te worden op de (duurdere) zorg. Dit is in de eerste plaats een enorme verbetering voor de mensen die het betreft. Tijdige behandeling van angst en depressie kan bovendien leiden tot een reductie van 50% van de zorgkosten.⁶

Ons kenmerk
GZ/CGGZ-3061139

Terugvalpreventie

Gerichte terugvalpreventie is een belangrijk punt binnen GGZ zorg. Bijvoorbeeld voor veel (pre) depressieve patiënten geldt dat de kans groot is dat de aandoening chronisch of recidiverend wordt bij afwezigheid van adequate behandeling. Bij 35 procent van de mensen met depressie keert de stoornis binnen twee jaar terug. Gemiddeld heeft iemand die eenmaal een depressieve episode heeft gehad vier of vijf episodes gedurende het leven.⁷

Internetbehandelingen en e-health

Op dit moment is het gebruik van internethulpverlening nog relatief beperkt: slechts 4,7% van de mensen met psychische problemen gebruikt dit.⁸ Internettherapieën zijn zeer gebruiksvriendelijk voor de persoon die hulp vraagt, want die kan thuis in zijn of haar eigen tijd contact zoeken en de behandeling aangaan. Daarbij zijn internettherapieën 20 tot 30% goedkoper, vanwege de reductie van arbeidstijd en arbeidsduur van therapeuten.⁹ E-mental health kan vooral worden ingezet voor de veel voorkomende aandoeningen als depressie, angst en verslaving. Het voordeel van hulp via internet is dat het laagdrempelig is, goedkoper en net zo effectief als de meer klassieke vormen van zorg. E-mental health kan al dan niet in combinatie met face-to-face begeleiding worden gegeven.¹⁰ Onderzoek naar stepped care bij depressie (figuur 1) toont aan dat zelfhulp en internet effect kan hebben bij een substantiële groep patiënten.

⁶ GGZ Nederland, document 'Zorg werkt'

⁷ Spijker J. (2002) *Chronic depression. Determinants and consequences of chronic major depression in the general population*. Academisch proefschrift. Rijksuniversiteit Utrecht.

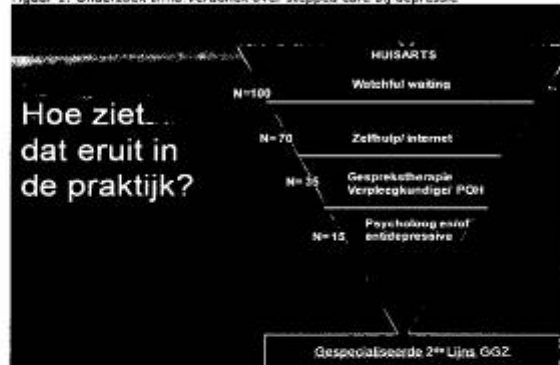
⁸ De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten / R. de Graaf, M. ten Have & S. van Dorsselaer. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.

⁹ <http://www.ggz nederland.nl/kwaliteit-van-zorg/zorgwerknov.pdf>

¹⁰ <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=729516>



Figuur 1: Onderzoek Irma Verdonck over stepped care bij depressie



One kanmerk
 GZ/CGGZ-3061139

Momenteel is er een tekort aan zorgverleners om alle problematiek face-to-face te behandelen. Door meer gebruik te maken van e-health kunnen persoonlijke interventies worden beperkt en is adequate tijdige behandeling beter te garanderen.

Relatie somatische en psychische problemen

Een andere relevante lijn in de zorg is de relatie tussen psyche en somatiek. Deze relatie is tweeledig. Enerzijds hebben veel patiënten met geestelijke gezondheidsproblemen twee of meer somatische aandoeningen, zoals hart-en vaatziekten, obesitas of diabetes.¹¹ Anderzijds blijkt uit recent onderzoek dat vrouwen met diabetes type 2 circa 29 procent meer kans hebben op het ontwikkelen van een depressie, na correctie op andere risicofactoren. Gebruikten ze insuline voor de behandeling van de diabetes, dan was het extra risico op depressie 53 procent.¹² Het is van belang dat zorgverleners in zowel GGZ zorg als in de somatische zorg zich bewust zijn van deze relatie.

Pijlers voor zorg rondom psychische problematiek

Ten aanzien van toekomstig beleid wil ik inzetten op de volgende pijlers:

1. Met stimuleren van de eigen regie zelfmanagement. Hierbij staan e-health en andere preventieprogramma's centraal staan. Voorbeelden hiervan zijn www.gripoggedip.nl en www.therapieland.nl of www.molemann.nl en www.minderdrinken.nl.
2. Substitutie van tweedelijns zorg naar GGZ zorg in de buurt. In de tweedelijnszorg wordt aanzienlijk aantal mensen behandeld met lichte psychische problematiek¹³. Voor deze mensen zal de zorg in de buurt

¹¹ <http://online.wsj.com/article/SB10001424052748703471904576003520708615998.html>

¹² Pan A et al. Arch Intern Med.2010;170:1884

¹³ Op basis van (gedateerde) gegevens van Nemesis 1 blijkt dat 30% van de mensen die in de gespecialiseerde tweedelijnszorg worden behandeld, milde problematiek heeft.



beter moeten worden georganiseerd zodat zij niet onnodig in de dure gespecialiseerde tweedelijnszorg belanden. Consultatie van medisch specialisten en andere hulpverleners moet binnen de eerste lijn worden gestimuleerd.

Ons kenmerk
CZ/CGGZ-3081139

3. Zorg op maat voor mensen met psychische aandoeningen volgens het stepped care principe en matched care principe. Kennisoverdracht tussen professionals in de keten is daarbij essentieel. Zowel in Amsterdam met collaborative care voor depressie als in de omgeving van Tilburg met gebiedsgerichte consultatie zijn goede voorbeelden te vinden.
4. Aandacht voor de link tussen psychische klachten en somatische klachten.
5. Goede nazorg, ondersteuning en terugvalpreventie bij mensen die reeds behandeld zijn voor een psychische aandoening zijn essentieel.
6. Toegankelijke GGZ zorg voor patiënten die met zelfmanagement en ehealth onvoldoende geholpen worden. Tevens is het van belang met zo min mogelijk wachtlijsten, zowel in eerste lijn als in de tweedelijns, deze patiënten te kunnen behandelen.

3. Huidige organisatie GGZ zorg

De eerstelijns GGZ lijkt in haar huidige vorm nog niet goed toegerust om te voldoen aan de toenemende en terugkerende vraag naar zorg voor psychische problematiek. Dit heeft onder andere tot gevolg dat een patiënt met psychische klachten geen hulp zoekt of vindt of in de tweedelijns komt voor behandeling.¹⁴ Op dit moment is de zorg voor patiënten met psychische problematiek erg versnipperd. Er is een heel scala aan hulpverleners die (een deel van) de GGZ zorg levert. Tevens wordt binnen de eerstelijnszorg de relatie tussen psychische problemen en somatiek nog onvoldoende gelegd.

De huisarts

Bij de huisarts ligt de aandacht vaak sterk op de somatiek en daardoor komen psychische aspecten te weinig over het voetlicht. Ongeveer 70% van de mensen met psychische problemen tussen de 18 en 65 jaar zoekt hulp voor hun klachten bij de huisarts. Dat zijn bijna 2 miljoen mensen per jaar. De behandeling van de huisarts bestaat in de meeste gevallen enkel uit het voorschrijven van geneesmiddelen (56%) of geen behandeling (31%).¹⁵ Een klein deel verwijst de huisarts naar de eerstelijnspsycholoog (3%) of naar de tweedelijns GGZ (10%). Te vaak is de behandeling bij de huisarts zelf nog gericht op episodisch ziektemanagement van acute manifestaties, waardoor te weinig aandacht wordt besteed aan preventie en vroege interventie van lichtere klachten. Ook de herkenning en de triage van mensen met psychische problematiek kan verbeterd worden. Het blijkt dat psychische problematiek in beperkte mate herkend wordt door de huisarts. Dit volgt uit studies die aantonen dat er sprake is van een aanzienlijke mate van 'onderdiagnostiek' van psychische stoornissen in de huisartsenpraktijk.¹⁶ De deskundigheid van de huisarts in de eerstelijns GGZ zal verbeterd moeten worden. Ondanks dat het overgrote deel van de patiënten met psychische problemen bij de huisarts aanklopt, heeft de huisarts door de huidige

¹⁴ Rijnders & Heene, kortdurende psychologische interventies in de eerstelijns, 2010

¹⁵ Integraal Beleidsonderzoek Curatieve GGZ, Inspectie der Rijksfinancien 2010

¹⁶ Trendrapportage GGZ 2010, deel 2 toegang en zorggebruik, pg 73



vormgeving van het inschrijftarief (en het lage consultatarief voor een kort consult) geen prikkel om voor deze patiënten zelf extra inspanningen te realiseren.

Ons kenmerk
CZ/CGSZ-3061139

De eerstelijnspsycholoog

De eerstelijnspsycholoog bevindt zich op het snijvlak van de GGZ en de generalistische eerstelijnszorg. Huisartsen verwijzen steeds vaker naar eerstelijnspsychologische zorg, waardoor de duurdere specialistische zorg kan worden ontzien. De eerstelijnspsycholoog wordt betaald middels een zittingentarief per 45 minuten. Doordat er nog geen volledige transparantie is over de (langdurige) effecten van de eerstelijnspsychologische behandeling en het feit dat de eerstelijnspsycholoog direct toegankelijk is, heeft de zorgverzekeraar op dit moment nog maar weinig sturingsmogelijkheden.

De Praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)

De POH-GGZ is de afgelopen jaren nog onvoldoende van de grond gekomen. In april 2011 waren ongeveer 500 poh's ggz werkzaam in huisartsenpraktijken. Hiermee maakt ongeveer 30% van de huisartsen gebruik van de inzet van een POH-GGZ. Een praktijkondersteuner kan op dit moment door bekostigingsregels slechts voor een beperkt aantal uur door huisartsen worden ingezet als ondersteuning. De taken die door praktijkondersteuners worden uitgevoerd variëren per situatie. Waar de één zich meer richt op vraagverheldering is er binnen een andere praktijk meer behoefte aan kortdurende behandeling.

De Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV)

In het kader van consultatieprojecten zijn de afgelopen jaren veel SPV'en vanuit de GGZ-instellingen ingezet in huisartsenpraktijken. De evaluatie van het consultatieproject geeft aan dat van 'consultatie' in de oorspronkelijke zin van het woord niet veel is gerealiseerd. Er is door de tweedelijns niet zoveel kennis overgedragen, maar met het stationeren van SPV'en in huisartsenpraktijken is vanuit de tweede lijn extra kennis ingezet in de eerstelijns. Naast consultatie en kennisoverdracht kregen SPV'en vooral ook een behandel functie in de huisartsenpraktijk. De inzet van SPV'en in de huisartsenpraktijk werd voornamelijk via duurdere DBC's uit de tweedelijns gefinancierd. In deze gevallen werd de patiënt ingeschreven bij de GGZ-instelling, maar werd de zorg verleend in de eerstelijns.

De tweedelijns GGZ-instellingen

Er is geen financiële prikkel bij de gespecialiseerde tweedelijns GGZ om 'goedkopere' zorg te verlenen of om in te zetten op preventieve zorg of vormen van stepped care. De verwachting is dat ongeveer 30% van de mensen die nu ambulante hulpverlening krijgen in de tweedelijns ook in de eerste lijn goed geholpen kan worden¹⁷.

Het functioneren van de zorg in zijn geheel

De samenwerking en de kennisoverdracht tussen de verschillende professionals werkzaam binnen de GGZ kan beter. De schotten tussen bijvoorbeeld financiering van de eerstelijnspsychologen, gemeenten (GGD en algemeen maatschappelijk

¹⁷ Trendrapportage GGZ 2010, deel 2 toegang en zorggebruik, pg 83



werk), huisarts, POH-GGZ en psychiater bieden geen stimulans om adequaat met elkaar samen te werken of deskundigheid in de eerstelijnspraktijk of bij de huisarts te bevorderen. Daarnaast is er ook winst te behalen door de aansluiting met public health zoals GGD'en en met maatschappelijk werkers, die soms de nodige ondersteuning kunnen bieden. De disfunctionerende verbindingen tussen preventie, eerstelijns en de gespecialiseerde GGZ resulteren in discontinuïteit in de zorgprocessen: er ligt bij niemand een verantwoordelijkheid om de keten goed te laten functioneren. Versnipperde bekostiging bevordert dit niet.

Ondanks dat er in Nederland van circa 75% van de diagnosegroepen in de GGZ multidisciplinaire richtlijnen beschikbaar zijn, worden deze nog onvoldoende gebruikt door de behandelaars. In slechts 28% van de gevallen geven hulpverleners aan richtlijnen te gebruiken. Dit resulteert zowel in onderbehandeling als overbehandeling bij patiënten met psychische problematiek. Professionals moeten worden gestimuleerd om effectief bevonden behandelingen ook daadwerkelijk toe te passen, van elkaar te leren en om lering te trekken uit ervaringen die patiënten in de zorg hebben opgedaan.¹⁸ Tenslotte zou verdere transparantie over het hele zorgproces beter inzicht moeten geven in de resultaten van de zorg. Dit zou verzekeraars meer instrumenten in handen geven om te sturen op betere en meer doelmatige zorg.

Ons kenmerk
CZ/CGGZ-3061139

4. Op weg naar betere GGZ zorg

Conclusies huidige organisatie GGZ

Aan de hand van de analyse in paragraaf 3 trek ik de volgende conclusies:

- Er is geen prikkel voor de huisarts voor arbeidsintensieve begeleiding van patiënten met psychische klachten, wat als resultaat kan hebben dat veel medicijnen worden voorgeschreven.
- Het samenhangend organiseren van zorg is lastig vanwege versnipperde bekostiging die er nu bestaat voor de verschillende hulpverleners werkzaam binnen de GGZ (eerstelijnspsycholoog, huisarts, praktijkondersteuner GGZ, sociaal psychiatrisch verpleegkundige uit tweedelijns, maatschappelijk werkers). Niemand voelt zich verantwoordelijk voor het functioneren van de keten in zijn geheel, terwijl het belang moet liggen bij de beste zorg voor de patiënt.
- De huidige versnipperde bekostiging bevordert geen innovatie van zorg zoals e-health.
- Er is weinig financiële stimulans om patiënten in de eerstelijns te helpen en te houden, en dus efficiëntere zorg te leveren en in de eerstelijns te houden of terug te krijgen.
- De zorgverzekeraar heeft weinig animo om zorg in de buurt goed te stimuleren. De verzekeraar kan bovendien moeilijk sturen door gebrek aan transparantie van kwaliteit (zoals voorschrijfgedrag huisarts of kwaliteitsuitkomsten van eerstelijnspsycholoog). De resultaten van de behandelingen zijn onvoldoende inzichtelijk.
- De POH GGZ komt nog onvoldoende van de grond.

¹⁸ Rijnders & Heene, kortdurende psychologische interventies in de eerstelijns, 2010



Voorwaarden voor toekomstige GGZ zorg

Een aantal punten zijn van belang om mee te nemen in de uitvoeringstoets. Mede aan de hand van gesprekken met veldpartijen zijn de volgende voorwaarden voor goede GGZ zorg naar voren gekomen:

Ons kenmerk
CZ/C06GZ-3261139

- Geef veld ruimte om zelf de zorg rondom de patiënt te organiseren: preventie, ehealth, kortdurende behandeling dienen integraal te kunnen worden aangeboden.
- Maak bekostiging niet aanbodgericht, maar functioneel: het veld krijgt zo ruimte de juiste spelers op de juiste plek te zetten, inclusief een consultatieve rol van de psychiater.
- Geef de verzekeraars de mogelijkheid om adequaat aanbieders van de functie te vergelijken op prijs en kwaliteit (mits goede indicatoren zijn ontwikkeld).
- Vanwege de relatie met de somatiek en het feit dat de huisarts de poortwachter (eerste aanspreekpunt) in de zorg is, zal de organisatie van de GGZ zorg in een eerstelijnsorganisatie, dichtbij huisartsenzorg, moeten worden geleverd.
- Via transparante zorguitkomsten (wat is het effect van behandeling, tegen welke prijs) kunnen verzekeraars per patiënt afspraken maken met aanbieders en kan onderling vergeleken worden tussen aanbieders wie de zorg het meest doelmatig organiseert voor de beste kwaliteit. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gestuurd op verwijsgedrag naar de tweedelijnszorg, het voorschrijfgedrag van anti-depressiva of het terugvalpercentage.

Beoogde patiëntengroepen

De patiënten die binnen de GGZ in de buurt geholpen moeten kunnen worden zijn:

- Patiënten die volgens de DSM-IV lichte tot matige psychische problematiek hebben. Dit is zorggerelateerde preventie en behandeling en valt ook onder de Zvw. Bij depressie gaat het om lichte depressie, eerste episode of terugkerende eerste depressie of lichte depressie langer dan drie maanden.
- Terugvalpreventie: patiënten die een zware depressie of andere psychische problematiek hebben gehad en om terugval te voorkomen nog een kortdurende behandeling ondergaan.
- Nazorg voor patiënten die chronische psychische problematiek hebben, maar in de eerstelijns een ondersteunende behandeling krijgen.

Daarnaast is het wenselijk om meer in te kunnen zetten op vroegsignalering. Een actievere benadering door het stimuleren van zelfmanagement bij mensen, waarvan wordt vermoed dat ze een hogere kans op psychische problematiek hebben, kan leiden tot minder zorggebruik en indirecte kosten op een later moment. Momenteel valt alleen preventie van alcohol en depressie onder de Zvw.



5. Vragen voor de uitvoeringstoets

Graag wil ik u vragen om aan de hand van de schets van de situatie en genoemde pijlers in deze brief uw advies te geven over de aanpassingen die nodig zijn om de GGZ zorg voor psychische problematiek in de buurt te versterken.

Ons kenmerk
CZ/C062-356139

Hoofdvragen

1. Op welke wijze zou volgens u de versterking van de functie eerstelijns GGZ in gang gezet kunnen worden, rekening houdend met de in deze brief genoemde pijlers en criteria? En waarom kiest u voor deze benadering?
2. Welke randvoorwaarden zijn essentieel om de door u geadviseerde maatregelen adequaat te laten functioneren?

Deelvragen

3. Hoe beoordeelt u de analyse geschetst in deze brief?
 - a. Hoe kijkt u aan tegen de pijlers die zijn geschetst voor de toekomst van de eerstelijns GGZ in het licht van de bekostiging?
 - b. Deelt u de genoemde knelpunten in de huidige organisatie van de eerstelijns GGZ? Zo niet, welke knelpunten constateert u?
4. Welke oplossingsrichtingen ziet u voor de knelpunten?
 - a. Wat vindt u van een voorstel om de bekostiging meer functioneel in te richten met een integrale benadering?
 - b. Wat vindt u van een variant om het basis GGZ budget neer te leggen bij de tweedelijnsinstellingen in plaats van bij de huisarts? Is het bijvoorbeeld een optie om de huidige kortdurende tweedelijns DBC's uit te breiden met basis GGZ, waardoor de hele keten in één DBC-tarief valt? Welke voor- en nadelen ziet u in deze variant?
 - c. Welke andere mogelijke oplossingsrichtingen ziet u voor het versterken van de functie eerstelijns GGZ?
 - d. Wat zijn voor- en nadelen van het eventueel loskoppelen van de triagefunctie en de behandelingsfunctie? Zowel inhoudelijk als bekostigingstechnisch?
 - e. Kunt u ons adviseren over een goede afbakening van en vertaling in een declarabele prestatie "trriage"?
5. Hoe beoordeelt u de oplossingsrichtingen op de volgende punten?
 - a. Beïnvloedt de door u aangedragen mogelijke oplossingsrichting rol van de huisarts mede in relatie met het verband dat er is tussen somatische en psychische klachten, maar ook in relatie tot de poortwachtersrol die de huisarts heeft? Hoe verhoudt de huidige tarifiering van de huisarts (inschrijftarief en consulttarief) zich tot de oplossingsrichting? Hoe scoren de door u aangedragen mogelijke oplossingsrichtingen op de volgende criteria:
 - i. het veld zelf de ruimte geven om de zorg rondom de patiënt te organiseren door middel van e-health, kortdurende behandeling of stimuleren van zelfmanagement?



ii. het veld de ruimte geven om de juiste spelers op de juiste plek te zetten, inclusief de consultatieve rol van de medisch specialist?

Ons kenmerk
CZ/CGGZ-386139

iii. de verzekeraar de mogelijkheid geven adequaat aanbieders van de functie te vergelijken op prijs en kwaliteit (mits goede indicatoren zijn ontwikkeld)?

- b. Welke kostenontwikkeling verwacht u op korte en lange termijn bij de door u geadviseerde oplossing?
- c. Wat adviseert u over de directe toegankelijkheid van de mogelijke oplossingen? Wat zijn de consequenties van latente vraag in deze sector?
- d. Kunt u adviseren hoe de inclusiecriteria voor de mogelijke oplossingen kunnen worden geborgd? Hoe wordt bijvoorbeeld voorkomen dat voor iemand preventieve zorgverlening wordt gedeclareerd, terwijl die zorg niet tot het basispakket behoort? Welke rol kunnen verzekeraars hierbij spelen? Op dit moment behoort alleen geïndiceerde preventie voor alcohol en depressie tot de verzekerde zorg.
- e. Hoe verhouden de mogelijke oplossingen zich tot de DBCs in de tweedelijnszorg? Welke aanpassingen zijn nodig in het bekostigingssysteem van de tweedelijnszorg om de verschuiving van de tweede- naar de eerstelijns beter inzichtelijk en beter mogelijk te maken?
- f. Wat is het effect van een invoering van een eigen bijdrage voor patiënten in dit advies, ook in het kader van het gebruik van internetbehandelingen?

6. Algemene aandachtspunten:

- a. Gemeenten hebben een belangrijke taak rondom de vroegsignalering van mensen met psychische problematiek. Hoe kan de bekostiging van de eerstelijns GGZ bijdragen aan het verbeteren van de samenhang en samenwerking tussen zorgverleners, verzekeraars en gemeenten ten aanzien van dit punt? En om welke zorgverlening zal dat dan gaan?
- b. Ik verzoek u in uw analyse aandacht te besteden aan de categorie jeugdigen (0 tot 18 jarigen) met psychische problematiek in de functie eerstelijns GGZ, rekening houdend met de voorgenomen overheveling van jeugd GGZ naar de gemeenten.

Tot slot

Na ontvangst van uw uitvoeringstoets zal ik een beslissing nemen over de vervolgstappen ter versterking van de functie basis GGZ. De eventuele maatregelen zullen per 2013 in beleidsregels moeten worden vormgegeven.

Halverwege het jaar 2012 ontvangt de NZa in dat geval hiervoor een aanwijzing. Tot slot wil ik u vragen de huidige experimenten die via de beleidsregel innovatie worden gefinancierd ten aanzien van dit onderwerp mee te nemen in bovenstaande analyse.

Pagina 10 van 11



Ik vertrouw erop u hierbij voldoende geïnformeerd te hebben.

Ons kenmerk
CZ/CGGZ-1061139

Hoogachtend
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. M.P.E.T. Schepers