

Wat komt er via de ggz op de huis

De ggz komt steeds meer op de huisartsenpraktijk af. De bekostiging is gewijzigd. Wat zijn de effecten van de bekostiging? En wat zijn de effecten op de organisatie? Een nadere verkenning.

De regeling

Per 1 januari 2014 is de mogelijke inzet van de POH-ggz uitgebreid. Iedere normpraktijk heeft recht op bekostiging op basis van 12 uur POH-ggz. De praktijk ontvangt hiervoor een module POH-ggz in de vorm van een vaste vergoeding en daarnaast worden consulten in rekening gebracht. De optelsom van de beide vergoedingen bepaalt de inkomsten. De gemiddelde arbeidsproductiviteit ligt bij een gemiddelde bedrijfsvoering op 80% directe patiëntenzorg.

De 12 uur per normpraktijk mag echter niet geheel in uren POH-ggz worden ingezet, maar moet verdeeld worden over maximaal 9 uur POH-ggz en 3 uur voor e-Health of consultatie van een psycholoog of psychiater. Verplicht is dan de toepassing van een triage instrument. Over de kosten gedaan uit het 3 uur budget moet een verantwoording of sluitende administratie worden overhandigd in de vorm van een arbeidscontract en/of facturen. De POH-ggz mag ook door een niet huisarts organisatie worden uitgevoerd mits er een structurele samenwerkingsrelatie is met de huisartsen.

Het extra beschikbare macrobudget huisartsenzorg is onvoldoende om de maximale inzet per praktijk te realiseren. Het budget is 73 miljoen euro in 2014. Bij een maximale inzet van 12 uur in elke normpraktijk is er 172 miljoen euro per jaar nodig¹. Hoewel dit aantal op dit moment nog niet gehaald wordt, is de uitbreiding in formatie POH-ggz substantieel, maar vrijwel alle praktijken blijken nu minder dan 9 uur formatieplaats te hebben.

Als de bekostiging per 2015 in S1 wordt ondergebracht dan moet dit binnen de macrogroei van 2,5% worden gerealiseerd in de periode 2015 - 2017². Indien de bekostiging vanuit S2 of S3 wordt gecontracteerd en er substitutie plaatsvindt, is het de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om in het specialistische ggz-budget te verminderen om deze groei in S2 of S3 mogelijk te maken.

Door de invoering van de generalistische basis-ggz in 2014 valt een verwijzing naar de generalistische basis-ggz direct onder het eigen risico van 360 – 800 euro per persoon per jaar. Dat remt de doorstroom van bepaalde patiënten, die daardoor langer bij de POH-ggz en huisarts dreigen te blijven³.

Eén van de drie stappen

Er zijn meer manieren om de POH-ggz-inzet te organiseren. Op de korte termijn zijn er drie mogelijkheden.



1 Anton Maes huisarts en financieel expert van huisartsenbekostiging

2 Eerstelijns akkoord 16 juli 2013

3 Circa 20% van de patiënten heeft direct last van de drempel en afwijzend staan ten op zichte van een doorverwijzing

arts af?

1 Inzet door de individuele huisarts

De inzet van de drie uur extra kan door een individuele huisarts worden ingezet. Bijvoorbeeld in samenwerking met Psychologie in de Eerste Lijn of door de inkoop van e-health. De facturering verloopt dan via de huisarts en die wordt budgethouder voor de drie uur. Dat betekent dat het budget

een bepaald moment “op” kan zijn en patiënten niet meer voor e-health of consultatie in aanmerking komen. Dat is een nieuwe ervaring en werkwijze voor de huisarts die als poortwachter wel gewend is om te sturen, maar de financiële consequenties er niet van krijgt. Deze regeling zorgt ervoor dat de huisarts bovendien een adminis-

tratiekantoor wordt. Hij moet ook afspraken maken over tarieven met andere zorgverleners, zoals de eerste lijnspsycholoog. Daarnaast moet de huisarts gaan beslissen over een triagetool, welke e-health-applicaties hij moet gebruiken en die ook nog moet implementeren.

Vanwege de praktijkvariatie ofwel het verschil in zorgvraag, vanwege de onduidelijkheid over de bekostiging op langere termijn, het extra werk zoals het contracteren van psychologen, de werkdruk op andere dossiers, de onbekendheid met e-healthtools en de extra administratie is tot op heden de inzet van extra drie uur via de individuele huisartsenpraktijk vrijwel niet ingezet. Dus blijft de reguliere inzet van negen uur POH-ggz het maximum. De feitelijke betaling is een opslag op het inschrijftarief en verrichtingen door de POH-ggz.

2 Inzet door de eerstelijns organisatie

Er zijn meerdere soorten eerstelijns organisaties die de inzet van POH-ggz kunnen realiseren, zoals zorggroepen, gezondheidscentra of facilitaire organisaties.

In deze opzet zijn er drie mogelijkheden om de middelen te verdelen tussen de huisarts en de eerstelijns organisatie, te weten:

- 1 De huisarts ziet af van de extra drie uur en die wordt gecollectiviseerd.
- 2 De huisarts ziet af van de extra drie uur en de niet ingezette ruimte binnen de maximale negen uur ruimte en die optelsom aan uren wordt gecollectiviseerd.
- 3 De huisarts ziet af van de totale aanspraak op de POH-ggz beleidsmaatregel en de totale twaalf uur wordt gecollectiviseerd.



Ad. 1 De extra POH-ggz uren worden gebundeld en er worden afspraken gemaakt met de organisatie. De huisartsen stemmen er dan mee in dat de drie uur POH-ggz niet rechtstreeks aan de huisarts worden betaald maar aan de organisatie, die daar op basis van de populatie en verdeling van de zorgvraag, e-health en consultatie aan koppelt. Dan wordt het budget gecollectiviseerd. De huisarts kan er dan niet meer over beschikken.

Ad. 2 De extra uren worden gebundeld en daarnaast wordt dat ook afgesproken over de niet ingezette uren, ofwel het verschil tussen de werkelijk inzet en de maximale negen uur POH-ggz per normpraktijk. Als de huisarts daar “afstand” van doet kunnen deze extra uren collectief worden ingezet. Om te zorgen dat praktijken op een later moment hun eigen POH-ggz kunnen uitbreiden dienen dergelijke afspraken bijvoorbeeld per kwartaal of per jaar

en managementkosten kan doorbelasten aan de zorgverzekeraar.

Ad. 3 De meest vergaande optie is om het totale POH-ggz-budget onder te brengen in bijvoorbeeld een zorggroep of een facilitaire organisatie. Zorggroepen en/of facilitaire organisaties die POH-ggz inzetten bestaan al langer. Vooral vanwege de kleine omvang van de formatie per huisartsenpraktijk en om de huisartsen te ontlasten bestaan er vele soorten zorggroepen en facilitaire organisaties. Soms regionaal opgezet door alleen huisartsen, zoals bijvoorbeeld stichting Haspel in de provincie Noord-Brabant. Soms door huisartsen in combinatie met bijvoorbeeld specialistische ggz, bijvoorbeeld Vicino in Noord-Holland Noord waar gewerkt wordt volgens het zorggroepenmodel. Vicino NHN organiseert de volledige capaciteit aan POH-ggz en koopt de benodigde Gb-ggz, consultatie, e-health, screeningstool et cetera in



Depressie, angst, slaapstoornissen, verslaving en jeugd-ggz kunnen daar deel van uitmaken

worden gemaakt en dient het beschikbare budget flexibel te worden ingezet. In deze eerste twee opties is het wel van belang dat de vergoeding dan rechtstreeks naar de zorggroep gaat, want anders is er vrijwel zeker sprake van btw. In deze constructie blijven de kosten op S1 drukken, maar worden deze administratief anders gestuurd. En dus wel een probleem met het macrobudgettaire kader voor de huisartsenzorg. Tot slot is het in deze optie wel van belang dat de organisatie wel gefaciliteerd wordt en de coördinatie

en organiseert het kwaliteitsbeleid. De feitelijke betaling van zorggroepen en facilitaire organisaties is via eerstelijns DBC's gebaseerd op zorgpaden of meer op een generieke wijze: intake, kort lang (chronisch).

3 Inzet door ggz-instellingen

Ook ggz-instellingen kunnen de POH-ggz aanbieden aan huisartsen, zoals bijvoorbeeld Parnassia in Den Haag. Daarmee kan de geestelijke gezondheidszorg in een keten georganiseerd worden. Patiënten kunnen baat hebben

bij een adequate aansluiting met het specialistisch circuit. Voor de ggz-instelling die moet krimpen in het kader van het ggz-akkoord (landelijk 30% minder intramurale capaciteit in tien jaar), kan het een interessante optie zijn om overtollig deskundig personeel, zoals SPV'ers in te zetten in de eerstelijnszorg. Het is wel van belang om vanuit het “gezond tenzij” principe te werken en patiënten niet te snel te diagnosticeren. In de eerstelijnszorg is vaker sprake van klachtgericht behandelen in plaats van diagnosegericht. Ook dient het geen constructie te zijn om de toevoer naar de “eigen” specialistische ggz te borgen. Het levert snel extramurale kennis op en voorkomt tekorten als POH-ggz nog opgeleid moeten worden. Feitelijke betaling vindt plaats door de module POH-ggz en verrichtingen, waarmee de huisarts de gedetacheerde SPV'er betaald aan de ggz-instelling.

Ggz vanaf 2015

In de nieuwe bekostiging van de huisartsen- en multidisciplinaire zorg per 2015 is voorzien in experimenten met ketenzorg in S2 en S3. Een kansrijke optie is de transmurale DBC, waarbij de eerstelijnszorg in combinatie met de brede basis-ggz wordt aangeboden en transmurale zorgpaden worden opgezet: depressie, angst, slaapproblemen, verslaving en jeugd-ggz kunnen daar onderdeel van uitmaken. De patiëntervaart de transmurale samenwerking en het eigen risico kan vanwege de titel huisartsenzorg achterwege of beperkt blijven. Daarmee is een toetredingsdrempel voor een kwetsbare groep patiënten geëlimineerd. Deze optie is alleen haalbaar vanuit organisaties zoals zorggroepen of gezondheidscentra; Vicino NHN werkt al sinds 2012

op deze manier via een innovatieve beleidsmaatregel en De Ondernemende Huisarts in Eindhoven is deze constructie met zorgverzekeraar VGZ aan het uitwerken binnen de nieuwe bekostiging 2015. De bekostiging vindt dan plaats vanuit S2 en ontlast het macrokader in S1, waar de groei ruimte gebruikt kan worden voor de extra zorgvraag door bijvoorbeeld substitutie en ouderenzorg. In de transmurale generalistische basis-ggz is het van groot

belang dat de kosten van disciplines als generalistische basis-ggz niet ten laste komt van het huisartsenbudget. Voor de feitelijke betaling wordt gepleit voor een klachtgerichte benadering die aansluit bij de generalistische eerstelijnszorg in plaats van een diagnosegerichte benadering die in de specialistische ggz wordt gehanteerd.

*Paul Witteman, directeur Honk en Vicino NHN
Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns*

Een toetredingsdrempel voor een kwetsbare groep patiënten is geëlimineerd

5 & 6 juni 2014

Invitational Congres
Duurzame strategische keuzes

Veranderen of Vernieuwen
Samenwerken of Concurreren

Voor een duurzame strategische keuze van uw organisatie

DEEERSTE LIJNS
platform voor strategie en innovatie

JAN VAN ES INSTITUUT

Invitational Congres

Duurzame strategische keuzes

5 & 6 juni 2014 in Almere

**Voor bestuurders van de top-80
eerstelijns organisaties**

**Meer info over het programma,
zie www.de-eerstelijns.nl**

Aanvullende informatie en inschrijving via Judith Houtman,
Jan Van Es Instituut, tel. 036 – 76 70 360, mail j.houtman@jvei.nl