

Chaos bij veranderingen in GGZ

In 2014 gaat er veel veranderen in de GGZ. Ook de eerstelijnszorg wordt met deze veranderingen geconfronteerd. Voor de patiënt, de individuele huisarts, de eerstelijns psycholoog, de SPV en de POH GGZ. En ook voor zorggroepen, gezondheidscentra en GGZ-instellingen.

Uitgangspunt om de GGZ-zorg dichter in de buurt te brengen, te normaliseren en toegankelijkheid te vergroten is uitstekend. Daarmee neemt automatisch de rol van de patiënt zelf en de eerstelijnszorg toe. Dit komt tot uitdrukking in Figuur 1.

Opvallend is de indeling in drie compartimenten: de Huisarts en POH GGZ, de Basis-GGZ en Specialistische GGZ. Deze indeling wijkt af van de indeling in de somatische zorg, daar is de huisarts met ondersteuning van de POH somatiek hoofdbehandelaar. Doordat de huisarts géén hoofdbehandelaar mag zijn in de Basis-GGZ, ontstaat mogelijk een scheiding tussen de curatieve en psycho-sociale zorg, waardoor bij gecombineerde klachten, bijvoorbeeld van een depressieve diabetes patiënt, afstemmingsvraagstukken kunnen ontstaan. Bovendien is het de vraag of het zinvol en wenselijk is om de toegang tot de Basis-GGZ te regelen via een traditionele DSM clas-



Was het niet logischer geweest om te kiezen voor dezelfde succesvolle benadering als integrale bekostiging met diabetes, COPD en CVRM?

Figuur 1. De nieuwe GGZ wordt in drie componenten ingedeeld.

sificatie voor psychische aandoeningen, terwijl hierdoor de kans bestaat dat dit leidt tot medicalisering van de zorg. Dat is juist een van de aspecten die men tegen wilde gaan.

Verwijspatroon gaat verschillen

Deze keuze betekent afstemming met een scala aan wisselende hoofdbehandelaars in de Basis-GGZ. In het GGZ-akkoord is immer een lange lijst van hoofdbehandelaars opgenomen en zorgverzekeraars hebben allemaal een eigen contracteerbeleid. Per zorgverzekeraar kan het verwijspatroon gaan verschillen. Met als gevolg: meer complexiteit, minder vaste samenwer-



Er kan een scheiding ontstaan tussen de curatieve en de psycho-sociale zorg

kingsrelaties voor de huisarts en dus een grotere kans op fouten. De toegang tot de Basis- en Specialistische-GGZ lijkt helder: een stoornis of vermoeden van een stoornis. Toch zit hier een addertje onder het gras. *'Een stoornis is een noodzakelijke, maar niet afdoende voorwaarde...'*. Dat houdt in dat het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) bijvoorbeeld aanpassingsstoornissen uitsluit van verzekerde zorg. Een verzekerde stoornis, zoals depressie, kan bij interventie geen verzekerde zorg zijn, zoals mindfulness behandeling bij depressie.

De nieuwe tarieven zijn van toepassing op een integraal behandeltraject en de patiënt is bij de eerste stap in de Basis-GGZ zijn eigen risico van € 360 kwijt.

Liever integrale bekostiging?

Was het niet logischer geweest om te kiezen voor dezelfde succesvolle benadering als integrale bekostiging met diabetes, COPD en CVRM? Daar werden ook te veel mensen onnodig verwezen naar het specialistisch circuit. Door zorgstandaarden, bijscholing, transparantie, kaderhuisartsen, uitbreiding ondersteunend personeel en consultatie van de medisch specialisten, heeft men de eerstelijnszorg versterkt en is het aantal verwijzingen teruggelopen en is de kwaliteit verbeterd. Eenduidige organisatie van het



zorgsysteem vergroot de kans op een succesvolle, toch al lastige, implementatie en borging.

Conflict met regionalisering

Voor zorgverzekeraars is het vanaf 2017 pas echt aantrekkelijk om de eerstelijnszorg te benutten, omdat tot die tijd de postrisicovereeniging, hoge kostenverevening en bandbreedteregeling nog gedeeltelijk van toepassing zijn. Op de korte termijn is het daarom aantrekkelijk om de specialistische zorg ook de Basis-GGZ uit te laten voeren. Bovendien sluit dat beter aan bij de ordening van de grote landelijke GGZ-partijen met geconcentreerde zorgeenheden voor jeugdhulpverlening. Zo ligt dit bij de landelijke werkende zorgverzekeraars, maar het druipt wel in tegen de regionalisering die in de eerstelijnszorg, jeugdzorg en welzijn plaatsvindt.

Keiharde confrontatie met patiënten

Ook dreigt een directe keiharde confrontatie met patiënten. Immers de nieuwe tarieven zijn van toepassing op een integraal behandeltraject en de patiënt is direct bij de eerste stap in de Basis-GGZ zijn volledige eigen risico van € 360 kwijt. Ook bij een verwijzing naar de psycholoog. Het woord eerstelijns wordt bewust weggelaten, omdat in de huidige opzet de eerstelijns psycholoog deel gaat uitmaken van het specialistisch circuit en dus niet meer van de eerstelijnszorg. Het effect zal zijn dat juist GGZ-patiënten het tweede compartiment zullen gaan mijden en bij de huisarts en POH GGZ willen blijven. Maar die mag geen behandelaar zijn? Of mag de huisarts wel gewoon goede huisartsenzorg verrichten tegen tarieven die horen

Terminologie werkt verwarrend

Waar basis- en generalistische zorg direct gekoppeld worden aan de werkwijze bij patiënten door huisartsen, is in het GGZ-model de huisarts niet actief betrokken in de Basis-GGZ. Daarnaast is de term generalistisch een wonderlijke term voor mensen met uiteenlopende stoornissen en een grote diversiteit aan generalistische en specialistische behandelmethoden.

Basis-GGZ bij landelijke instellingen druipt in tegen regionalisering in de eerste lijn

bij de basiszorg uit segment 1 van de huisartsenbesteding, maar met het risico op korting bij overschrijding van het macrobudget?

De NZa-tarieven

De NZa-tarieven 2014 voor de verschillende behandelingen in de Basis- en Specialistische-GGZ zijn vastgesteld.

Kort	€ 453,79
Middel	€ 773,19
Intensief	€ 1212,41
Chronisch	€ 1118,96
Transitie (bestaande cliënten)	€ 185,22

Figuur 2. In dit schema staan de maximum tarieven voor Basis- en Specialistische-GGZ. Zie Figuur 2.

Dit zijn echter maximum tarieven. De zorgverzekeraars gaan in hun inkoopbeleid 2014 allemaal uit van

Screeningsinstrumenten

In het convenant GGZ is vastgelegd dat er gestandaardiseerde screeningsinstrumenten voor huisartsen verplicht worden gesteld. Dat druist in tegen de taak- & verantwoordelijkheidsverdeling binnen de zorg. De zorgaanbieders zelf moeten deze instrumenten kunnen kiezen en deze dienen onafhankelijk te zijn. Van een aantal van de huidige screeningsinstrumenten zijn de zorgverzekeraars en gespecialiseerde GGZ-instellingen eigenaar of aandeelhouder. Daarmee bestaat het gevaar dat er directe sturing wordt geboden op zorgprocessen en meer risico op problemen met de vertrouwelijkheid van patiëntengegevens. Saillant detail is dat de LHV het convenant niet ondertekend heeft en mordicus tegen een door anderen dan professionals zelf (lees NHG) ontwikkeld instrument is.



circa 82 tot 85% als basis en kunnen met procesindicatoren toeslagen verlenen. Of dit aansluit met de kostprijzen van de aanbieders in de Basis- en Gespecialiseerde-GGZ is niet duidelijk, maar wel dat er grote druk op het contracteerproces staat. Zorgverzekeraars moeten immers voor 15 november a.s. aan hun verzekerden bekend maken welke zorgverleners per 2014 gecontracteerd zijn.

GGZ-instellingen

Het is de vraag wat de opstelling van de GGZ-instellingen zal zijn. Enerzijds zal men ernaar streven om de organisatie van de Basis-GGZ en Specialistische-GGZ op te pakken. Bij de afbouw van de intramurale GGZ, is dit naast het reduceren van de organisatie de enige strategische keuze die de Specialistische-GGZ heeft. De instellingen kunnen SPV-ers beschikbaar stellen in de eerstelijnszorg. Want door de beperking van de toestroom van kortdurende patiëntengroepen, gebonden aan het eigen risico, en het feit dat de SPV-er geen hoofdbehandelaar mag zijn, kan ertoe leiden dat in de GGZ-instellingen SPV-ers overtoollig raken. Anderzijds is het de vraag of

Er is extra budget beschikbaar voor de POH-GGZ, maar niet genoeg om aan de vraag te voldoen als huisartsen massaal intekenen.

de maximumtarieven en het aanbod van zorgverzekeraars voldoende zijn en door deze instellingen gerealiseerd kunnen worden. De maximum tarieven zijn 'technische berekeningen' en door de afslag van 15 – 18 % is het de vraag of deze kostendekkend zijn. Tegelijkertijd nemen de eisen toe en komen patiënten vaak liever niet. Het zal de stabiliteit van de vaak al broze samenwerking met de eerstelijnszorg in ieder geval niet ten goede komen.

Huisarts en POH GGZ

Er is extra budget beschikbaar voor de POH GGZ, maar niet genoeg om aan de vraag te voldoen als huisartsen massaal intekenen. Daarnaast maakt deze ondersteunende functie onderdeel van het macrokader huisartsenzorg en dat is qua groei begrensd tot 2,5%. Er zijn enkele clausules om extra te groeien (zie: Bestuurlijk akkoord eerstelijnszorg, 16 juli 2013), maar het is maar zeer de vraag of dat gezien alle ambities voor de eerstelijnszorg en huisartsenzorg voldoende is. Het exact

aantal POH's is momenteel lastig vast te stellen. Begin 2013 waren er circa 400 FTE op 4500 huisartsenpraktijken. Door verruiming van de regels is dit aantal fors gegroeid, maar de nieuwe 'volkstelling' heeft plaatsgevonden op 1 oktober en is nog niet bekend. De vraag naar POH GGZ kan enerzijds toenemen, omdat de huisarts als enige drempelloos toegankelijk is. Maar de bekostiging van de POH GGZ is marginaal en huisartsen staan niet te trappelen om deze zorgverlening aan te bieden. Zeker niet in segment 1 van de huisartsenbe-

kostiging. Er zullen problemen ontstaan bij opleidingsinstituten, het invullen van stageplaatsen en bij infrastructurele voorzieningen als huisvesting en ICT. De SPV-ers uit de GGZ-instellingen kunnen een oplossing bieden. Hoewel dit kwalitatief goede mensen zijn, zijn ze gewend om mensen te behandelen en dat mag niet meer in de huisartsenpraktijk. Met oneigenlijke verwijzingen van SPV-ers naar de eigen GGZ-instelling voor kortdurende patiënten, zal het wel meevallen, want de drempel van € 350 blijft aanwezig.

Zorggroepen en gezondheidscentra

Voor de individuele huisarts gaat er veel veranderen. Een deel van de huisartsen zal het betreuren dat zij geen hoofdbehandelaar kunnen zijn, omdat ze vinden dat dit een onlosmakelijk deel van het generalistisch huisartsenvak is. Een ander deel vindt de verwijzing wel prima als dit maar goed geregeld is. Geen enkele huisarts zit te wachten op de negatieve effecten van het GGZ-akkoord.

Ook zorggroepen en gezondheidscentra krijgen te maken met deze wijzigingen. Veel zorggroepen focussen op de diabetes, COPD en CVRM zorgprogramma's. Een beperkt aantal zorggroepen richt zich op de zorgprogramma's depressie, angst en stemmingsstoornissen, maar moet daarvoor als hoofdbehandelaar nu andere

Een gemiste kans om generalistische GGZ-zorg dichter in de buurt van de patiënt te brengen.

E-health

Er wordt een belangrijke rol toebedeeld aan e-health. Daar zijn op deelgebieden prima ervaringen mee, maar vooral kwetsbare groepen en een miljoen digibeten kunnen hiermee buiten de boot vallen. Nog te vaak wordt e-health gezien als substituut voor professionele zorg, terwijl dit nog niet voldoende onderzocht is. Bij voldoende schaalgrootte en dus relatief lage kosten, is het aan te bevelen om dit vooral als een interessante aanvullende ondersteunende functie te zien.



Zorg bewust meten

Qualizorg biedt de **totaaloplossing** in **patiëntervaringsonderzoek** voor **zorggroepen, gezondheidscentra & huisartsen.**

'Met HPM en FPM hebben wij een keuze gemaakt voor een totaaloplossing die verre te prefereren valt boven een papieren en zeer uitvoerige ECB of KOG.'
Gré Conradi (Gezondheidscentrum Maarssenbroek)

'Een meting van de zorgervaringen moet mij een spiegel voorhouden.'
Paul Giesen (Huisarts, Onderzoeker IQ healthcare)

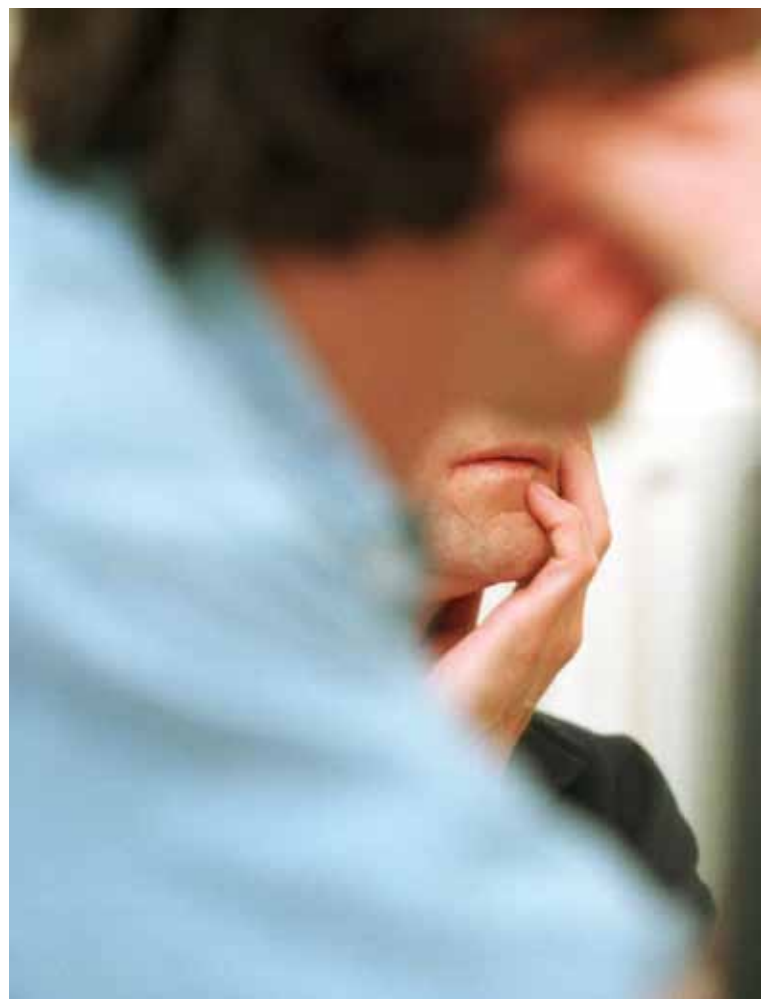
'Patiëntervaringsonderzoek met HPM prikkelt tot verbetering!'
Dominiek Rutters (Zorggroep Het Huisartsteam)



Ook profiteren van HPM?
www.huisartsprestatiemonitor.nl/Eerstelijns

Qualizorg

Maagdenburgstraat 22, 7421 ZC Deventer, 0570 820 219
www.qualizorg.nl, info@huisartsprestatiemonitor.nl



zorgaanbieders in gaan zetten. Dat zijn voor een deel zorgaanbieders of organisaties die in de Specialistische-GGZ actief zijn. Het is de vraag wat voor effect dat zal hebben op substitutie en 'matched care zorg', oftewel meteen de juiste zorg voor de juiste persoon op de juiste plaats. Het is wel de enige optie om het eigen risico te omzeilen in een eerstelijns DBC. Het GGZ-akkoord biedt nog veel onduidelijkheid. Het is de vraag of zorggroepen massaal warm lopen om in deze situatie een aanbod te gaan doen. Gezondheidscentra bieden geïntegreerde multidisciplinaire zorg aan; hoe die moet gaan passen in de nieuwe GGZ-bekostigingsstructuur is niet duidelijk. De eerstelijns organisaties hebben een volle strategische agenda en door de onduidelijkheid kunnen zij ervoor kiezen zich aan deze opgave te onttrekken.

Een gemiste kans

Het GGZ-akkoord is een gemiste kans om de generalistische zorg dichterbij

de buurt te brengen, te normaliseren en de ervaringen met informele zorg en geïndiceerde preventie te benutten, alsmede de relatie met welzijn te verbeteren. Bekend is dat sociale factoren als isolement en gezins- of familieproblematiek een belangrijke rol spelen in de kans op GGZ-problematiek. Het ministerie van VWS laat vanaf 1 oktober 2013 de huidige situatie in kaart brengen (0-meting) en zal de uitwerking monitoren. Mijn verwachting is dat er een chaos ontstaat. Aan de kant van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Het is te hopen dat de eerstelijns psychologen zich in een snel tempo organiseren en hun positie in de

eerstelijnszorg terug krijgen door grootschalige samenwerking met eerstelijns organisaties als zorggroepen en gezondheidscentra. Bekostigd uit segment 2 van de huisartsenbepresting. Daarmee kan een solide fundament worden gecreëerd om 'uitbehandelde' of chronische patiënten uit de Basis-GGZ weer in de eerstelijnszorg op te kunnen vangen.

*Jan Erik de Wildt
Commonsense*

Debat over toekomstbestendige Basis-GGZ

Met de introductie van de Basis-GGZ wordt de GGZ meer dan ooit vanuit de instelling naar de wijk gebracht. Wij vragen Muriel Bos, directeur Indigo Service Organisatie, naar haar visie hierover: 'Absoluut een mooie ontwikkeling, waar het hele veld momenteel druk mee bezig is zodat de Basis-GGZ per 1 januari 2014 echt beschikbaar is. De volgende uitdaging is om ervoor te zorgen dat de Basis-ggz niet overvraagd wordt en toekomstbestendig is. Dit betekent mijn inziens dat we er onder andere voor moeten zorgen dat burgers en cliënten zo veel mogelijk zelf de verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid, evenals voor die van familie, vrienden en burens. Hoe zorgen we ervoor dat de geleverde zorg tot langdurig resultaat leidt, betaalbaar blijft en efficiënt wordt georganiseerd?'

Indigo neemt ter gelegenheid van haar vijfjarig bestaan het initiatief om op dinsdagochtend 19 november met elkaar te discussiëren over de zaken die nodig zijn om de Basis-GGZ tot een duurzaam succes te laten worden. Hierbij komen zaken aan de orde die Indigo sinds haar ontstaan na aan het hart hebben gelegen: regie en empowerment van de cliënt, een goed steunend netwerk in de wijk, gefaciliteerd door nieuwe technologische mogelijkheden..

Wilt u ook meedenken en debatteren over een toekomstbestendige Basis-GGZ? Kijk op www.indigo.nl/5jaar voor het programma en meldt u aan.



Muriel Bos, directeur Indigo Service Organisatie.