



Nederlandse
Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Drs. P. Blokhuis
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door

Telefoonnummer

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
0280517/0419366

Onderwerp

Advies bekostiging acute psychiatrische zorg

Datum

27 februari 2018

Geachte heer Blokhuis,

Ieder jaar komen ongeveer vijftigduizend mensen in Nederland terecht in een ggz-crisis. Hiervan is sprake als de situatie vraagt om acuut ingrijpen om gevaar voor de persoon zelf of de omgeving af te wenden, of om ernstige overlast te beëindigen. Het gaat om mensen bij wie sprake is van een vermoeden van een acute psychiatrische stoornis. Ggz-aanbieders werken regionaal samen om patiënten zorg in deze acute situaties te kunnen leveren. Dit is zorg die uit de Zvw wordt vergoed en die door zorgverzekeraars wordt ingekocht. Dergelijke regionale samenwerkingsverbanden hebben vaak ook een rol in de opvang van zogenoemde verwarde personen, bij wie geen sprake is van een acute psychiatrische stoornis. Deze opvang valt onder de verantwoordelijkheid van gemeenten.

Adviesvraag

Op 15 juni 2016 heeft uw voorganger ons gevraagd een advies op te stellen voor de meest passende bekostiging van de acute psychiatrische zorg per 2018. Mede aanleiding voor deze vraag was het rapport 'Acute geestelijke gezondheidszorg Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten' van bureau SIRM (Strategies in Regulated Markets). Dit rapport is opgesteld in opdracht van VWS. Een van de aandachtspunten in het rapport is de bekostiging van de acute psychiatrische zorg. Veldpartijen vinden de variabele beschikbaarheidsvergoeding die gekoppeld is aan de crisis dbc niet passend omdat de hoogte van de vergoeding afhangt van het aantal patiënten. In het rapport staat daarover: "De huidige variabele beschikbaarheidsvergoeding als onderdeel van de dbc leidt mogelijk tot een onder- of overdekking bij partijen; partijen die meer dbc's declareren ontvangen een hogere beschikbaarheidsvergoeding, terwijl juist de partijen in dunnerbevolkte gebieden een hogere beschikbaarheidsvergoeding zouden moeten ontvangen".

In ons advies van 1 december 2016¹ schreven wij dat het op dat moment nog niet wenselijk was om een definitieve keuze te maken voor een bekostigingsmodel voor de periode na 2018, omdat de generieke module Acute psychiatrie nog niet vastgesteld was als kwaliteitsstandaard. Deze generieke module is de nieuwe richtlijn voor de organisatie en ordening van de acute psychiatrische zorg en geeft een aantal normen hiervoor. Wij hebben toegezegd om in 2017 een monitor over de acute ggz op te leveren en samen met veldpartijen een voorstel uit te werken voor een passende en toekomstbestendige bekostiging van de acute psychiatrische hulpverlening volgens de generieke module. U treft deze monitor aan in bijlage 2.

Kenmerk
0280517/0419366

Pagina
2 van 21

Doel van het advies

In maart 2017 is de generieke module Acute psychiatrie² opgeleverd door de bij deze zorg betrokken brancheorganisaties. Inschrijving van de module in het kwaliteitsregister bij het Zorginstituut volgt op termijn. De afgelopen maanden hebben wij, samen met de veldpartijen, gewerkt aan een advies voor een onzes inziens passend en toekomstbestendig bekostigingsmodel. Iedere burger in Nederland moet immers kunnen rekenen op acute psychiatrische hulpverlening volgens de kwaliteitsnormen van de generieke module. Deze brief bevat ons advies.

Samenvatting

Dit zijn de hoofdlijnen van ons advies:

- Op een deel van acute psychiatrische zorg adviseren wij inkoop in representatie. Op dit gedeelte is geen sprake van mededinging. Het gaat om de triage, beoordeling en beschikbaarheid van ambulante (outreaching) crisisbehandeling en beschikbaarheid van bedden en opname tot maximaal 72 uur.
- Op het resterende gedeelte adviseren wij de individuele inkoop te behouden.
- Ten aanzien van het bekostigingsvraagstuk adviseren wij voor het gedeelte dat in representatie wordt ingekocht:
 - o Een budgetsystematiek met een vaste prijs per budgetparameter en patiëntgebonden prestaties met een vast tarief ter dekking van het budget;
 - o Op het budget vindt voor- en nacalculatie plaats uitgevoerd en vastgesteld door de NZa.
- Op het gedeelte van de acute psychiatrische zorg dat niet in representatie wordt ingekocht, blijven de patiëntgebonden prestaties (crisis dbc's met verblijfsprestaties) met een maximumtarief van toepassing.
- Wij adviseren om deze systematiek per 1 januari 2019 in te voeren. Voor de invoering van het vaste tarief is op grond van artikel 57 van de Wmg een aanwijzing vereist.

¹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3522_22/1/

² <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/11/Generieke-module-Acute-psychiatrie.pdf>

Opbouw advies

Ons advies is als volgt opgebouwd. Eerst beschrijven wij de functies van de acuut psychiatrische hulpverlening volgens de generieke module acute psychiatrie. Vervolgens gaan wij in hoofdstuk 2 in op de marktordening. Wij adviseren, om diverse redenen die we in hoofdstuk 2 toelichten, over te stappen op een ander inkoopmodel voor de acute psychiatrische zorg, namelijk inkoop in representatie. Daarna volgt in hoofdstuk 3 het bekostigingsvraagstuk. Welke bekostiging is het meest passend bij acute psychiatrische zorg volgens de normen uit de generieke module?

Kenmerk

0280517/0419366

Pagina

3 van 21

Tot slot gaan wij expliciet in op de door uw voorganger genoemde randvoorwaarden (hoofdstuk 4) en de stappen die noodzakelijk zijn (hoofdstuk 5). Het totale advies scoort positief op veruit de meeste van de genoemde criteria. De monitor over de huidige marktordening van de acute psychiatrische is als bijlage bijgevoegd (bijlage 2).

1. Functies acute psychiatrische hulpverlening

De generieke module Acute psychiatrie beschrijft de inhoud en organisatie van de acuut psychiatrische hulpverlening. Partijen laten de generieke module inschrijven in het kwaliteitsregister bij het Zorginstituut. Met de generieke module als basis, zijn wij in overleg gegaan met partijen om de verschillende functies van de acute ggz af te bakenen. Dit geven we weer in een stroomschema (zie bijlage 1).

De functies van acute psychiatrische hulpverlening zijn:

- Ggz-triage;
- Beoordeling;
- Crisisbehandeling.

Triage

Met het opstellen van de generieke module hebben partijen ook een triagewijzer ontwikkeld. Als er bij een patiënt mogelijk sprake is van acute psychiatrische problematiek wordt een ggz-triagist ingeschakeld. Deze behandelaar gebruikt de ggz-triagewijzer om een beeld te krijgen van de situatie van de patiënt. Het doel van de triage is tweeledig. Ten eerste zorgt het voor passende zorg voor de patiënt. De triagist kan het vermoeden van acute psychiatrische problematiek bevestigen maar ook uitsluiten. Als na triage nog steeds een vermoeden van acute psychiatrische problematiek bestaat, is het tevens het 'voorportaal' tot de acuut psychiatrische hulpverlening. Ten tweede deelt de triagewijzer patiënten met een vermoeden van acute psychiatrische problematiek in volgens verschillende urgentiegraden. Deze zijn bepalend voor de maximale wachttijd tot beoordeling. De generieke module geeft als norm dat de triagefunctie 24*7 beschikbaar is. Deze functie moet worden uitgevoerd door een Hbo opgeleide verpleegkundige met specialisatie (acute) ggz.

Uit gesprekken met experts komt naar voren dat de triagist ook een consultatiefunctie heeft, bijvoorbeeld richting de huisarts, en vragen kan beantwoorden en korte interventies kan uitvoeren.

Beoordeling

Als er na de triage nog steeds een vermoeden van acuut psychiatrische problematiek bestaat, vindt er een beoordeling door een team van hulpverleners plaats. De beoordeling dient om een werkdiagnose te stellen. Met het vaststellen van een eerste behandelbeleid vindt vaak de eerste behandeling al plaats. Bij acute psychiatrische hulpverlening kan de beoordeling van een patiënt plaatsvinden op een andere locatie dan de beoordelingslocatie van de instelling. De beoordeling vindt bij voorkeur plaats bij de patiënt thuis.

De generieke module geeft als norm dat het beoordelingsteam 24*7 beschikbaar is. Het team bestaat uit een Hbo opgeleide verpleegkundige met specialisatie (acute) ggz, een basisarts en een psychiater als achterwacht. Bij de hoogste urgentiegraad dient de beoordeling binnen één uur plaats te vinden. Dit is een versnelling ten opzichte van de huidige norm van 80% van de beoordelingen binnen twee uur. Het kan zijn dat een observatiebed noodzakelijk is. Bijvoorbeeld als er een vermoeden van acuut psychiatrische problematiek bestaat, maar beoordeling niet mogelijk is omdat de patiënt onder invloed van middelen is. Als er een medische noodzaak is, en de somatische toestand van de patiënt is stabiel, dan kan deze opgenomen worden op een observatiebed. Zodra het mogelijk is, kan dan beoordeeld worden of sprake is van acute psychiatrische problematiek bij deze patiënt.

Crisisbehandeling

Als na de beoordeling is vastgesteld dat er sprake is van acuut psychiatrische problematiek, vindt er crisisbehandeling plaats. Het doel van deze functie is het stabiliseren van de patiënt. Dit kan tot enkele weken duren.

De omgeving waarin de crisisbehandeling gebeurt kan verschillen. Het kan plaatsvinden in de thuisomgeving, op de beoordelingslocatie of er kan een opname nodig zijn. Ambulante crisisbehandeling kan direct en intensief ingezet worden ter voorkoming van opname. Over het algemeen is het zo dat er sprake is van een hoog aantal crisiscontacten in het begin van de crisis met daarbij ook een grote mate van onvoorspelbaarheid. Hiervoor is het noodzakelijk dat er professionele bevoegde zorgverleners beschikbaar zijn. De voorspelbaarheid en daarmee planbaarheid nemen toe, later in het traject. Hierdoor heeft het meer weg van reguliere zorg. Mocht er sprake zijn van acute opname, dan is het beschikbaar houden van (lege) crisisbedden noodzakelijk.

Kenmerk

0280517/0419366

Pagina

4 van 21

2. De inkoop van acute zorg

Kenmerk
0280517/0419366

2.1 Implementatie generieke module

Pagina
5 van 21

Zodra de generieke module is ingeschreven bij het Zorginstituut, maar feitelijk ook nu al, is de vraag hoe de generieke module in te voeren. Dat is een transitie in de ggz en heeft gevolgen voor de coördinatie en organisatie van de acute psychiatrische zorg.

Het regioplan

Een belangrijk uitgangspunt van de generieke module zijn de samenwerkingsafspraken tussen de ketenpartners.³ De betrokken ketenpartners hebben structureel, bestuurlijk overleg op regionaal niveau. De voorzitter van het regionaal overleg van ketenpartners wordt gekozen door de participerende partijen in het overleg. In elke regio dient een regionaal plan voor de gehele keten van de acute psychiatrische zorg te komen. Daarin moeten de volgende thema's zijn opgenomen:

- Verwijzers beschikken over één telefoonnummer dat zij kunnen bellen;
- Crisisdienst, SEH en verslavingszorg maken afspraken over de zorg van patiënten met somatische comorbiditeit of patiënten die onder invloed zijn;
- Crisisdienst en SEH maken afspraken wie wanneer verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de psychiatrische beoordeling;
- Er is voldoende capaciteit om aan de triagenormen te voldoen;
- Er is voldoende capaciteit aan acute opname bedden en intensieve ambulante (outreaching) behandeling.

De implementatie is vanuit het maatschappelijk belang gewenst. Acute psychiatrische zorg die volgens de generieke module wordt geleverd verhoogt de kwaliteit van zorg. Binnen de regio moet gewerkt worden volgens één regionaal ketenplan acute psychiatrische zorg, waarin het begin van de zorg (meldkamer ambulancezorg/politie, HAP, SEH) en het einde (ggz behandeling of door verwijzing naar sociaal domein) zijn opgenomen. Dit vereist samenwerkingsafspraken tussen de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere stakeholders. Door de keten die hierdoor ontstaat, is de zorg rond de patiënt continu afgestemd en gewaarborgd. De patiënt gaat vloeiend door de keten heen.

De patiënt met een acute zorgvraag heeft behoefte aan een snelle en goed georganiseerde zorgketen die 24/7 beschikbaar is. In dit proces is er weinig tot geen ruimte voor een vrije artskeuze van de patiënt. De patiënt zal immers vaak niet bij machte zijn om een dergelijke keuze te maken. Vaak is er ook geen tijd om een dergelijke afgewogen keuze te maken. Als de patiënt niet geholpen wil worden (zorgmijder) en hij of zij vormt een gevaar voor zichzelf of zijn omgeving, dan kan de patiënt gedwongen worden behandeld of opgenomen.

³ In de generieke module worden als ketenpartners genoemd: ambulancezorg, gemeenten, ggz-instellingen en crisisdiensten, regionale vertegenwoordiging van huisartsenvoorzieningen, huisartsenposten, maatschappelijk opvang, openbaar ministerie, vertegenwoordigers van patiënten en naasten, politie, RIBW, verslavingszorg, ziekenhuizen.

De keten verbetert de toegankelijkheid van zorg. Er komen kortere normen voor beoordelingstijden. Het zorgaanbod moet waar nodig aangepast worden om de nieuwe (toegankelijkheids)normen te halen en om de 24*7 beschikbaarheid van triage en beoordeling te garanderen.

Kenmerk
0280517/0419366

Pagina
6 van 21

Het is dus belangrijk dat de generieke module geïmplementeerd wordt. Iedere burger die in een crisis terecht komt, moet er op kunnen rekenen dat hij of zij de acuut psychiatrische zorg ontvangt volgens de verhoogde kwaliteits- en toegankelijkheidsnormen van de generieke module.

2.2 Inkoopmodellen

Wij hebben onderzocht welk inkoopmodel het meest past bij deze acute psychiatrische zorg. We hebben een aantal varianten beoordeeld: de beschikbaarheidsbijdrage, de individuele inkoop, inkoop op basis van volgbeleid en inkoop in representatie.

Het uitgangspunt is dat zorg bekostigd dient te worden via prestaties (en tarieven). Als dit niet mogelijk is, dan biedt de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg, art. 56a) nog de optie van een beschikbaarheidsbijdrage. Er is dan bijna geen rol voor zorgverzekeraars en de bekostiging vindt plaats middels een subsidie. De subsidie wordt rechtstreeks betaald uit het Zorgverzekeringsfonds.

Deze variant adviseren wij echter niet gezien het feit dat de zorgverzekeraar dan nagenoeg geen rol meer vervult bij de inkoop van deze zorg. De NZa is van mening dat de zorgverzekeraar juist een belangrijke rol heeft te vervullen in de organisatie van de acute psychiatrische zorg.

Individuele inkoop van zorg, waarbij een zorgverzekeraar zelfstandig met een zorgaanbieder onderhandelt, is het uitgangspunt binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorgverzekeraars dienen in beginsel dan ook in onderlinge concurrentie zorg in te kopen.

Individuele inkoop van acuut psychiatrische zorg leidt echter niet tot een soepele en snelle implementatie van de generieke module, vanwege coördinatieproblemen. Bij individuele inkoop is de dekking van de beschikbaarheidskosten voor de zorgaanbieder niet voor 100% geborgd, kan de samenwerking niet voldoende tot stand komen en ontstaan er tariefverschillen tussen de regio's.

Een ander inkoopmodel, het volgbeleid, is een tussenvariant tussen inkoop in representatie en individuele inkoop. Bij inkoop in representatie koopt één (of twee) verzekeraar(s) in een regio de acute psychiatrische zorg in. Het verschil tussen volgbeleid en inkoop in representatie is de mogelijkheid dat verzekeraars gaan afwijken van het volgbeleid. De zorgverzekeraar kan weigeren het contract te volgen en eigen afspraken maken. Bij inkoop in representatie is de kans hierop kleiner, omdat er dan een duidelijk mandaat is gegeven aan de representerende verzekeraar, er eenduidig een zorgaanbieder gekozen wordt en de bekostiging sluitend is. Een budgetsystematiek met een voor- en nacalculatie is bij volgbeleid praktisch niet goed op te zetten.

2.3 Meest passende inkoopmodel

Kenmerk
0280517/0419366

Pagina
7 van 21

De NZa acht het ten aanzien van de acute psychiatrische zorg als vastgelegd in de generieke module onvoldoende zeker dat de inkoop door individuele zorgverzekeraars (al dan niet door volgeleid) tot goede resultaten leidt. Bijvoorbeeld omdat dekking van beschikbaarheidskosten dan niet gewaarborgd is en er voor patiënten tariefverschillen per regio ontstaan.

Met de inkoop in representatie wordt het doel, een soepele en snelle implementatie van de generieke module, met de meeste zekerheid bereikt. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat inkoop in representatie de voorkeur heeft en feitelijk noodzakelijk is. De NZa onderschrijft de voorkeur.

Inkoop in representatie is een samenwerkingsafspraken tussen zorgverzekeraars. Een dergelijke samenwerking mag de mededinging niet beperken. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) ziet er op basis van de Mededingingswet (Mw) op toe. De NZa heeft de mogelijkheid van een representatiemodel - waarbij zorgverzekeraars niet op de inkoop van acute psychiatrische zorg concurreren - met de ACM besproken. De ACM heeft aangegeven dat er geen sprake kan zijn van concurrentie, wanneer uit de context van de acute psychiatrische zorg volgt dat zorgverzekeraars niet of zeer beperkt over commerciële vrijheden beschikken om zich van elkaar te kunnen onderscheiden. De concurrentie kan in dat geval ook niet door inkoop in representatie beperkt worden.

Volgens de NZa zijn de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden, en dus te concurreren, in de acute psychiatrie beperkt zodra de generieke module is ingevoerd. Zij kunnen op veel aspecten, zoals het aanbod, en door ons bekostigingsadvies ook op de prijs, geen concurrentievoordeel meer behalen. Die ruimte is door de generieke module of door overheidsbemoeienis niet meer aanwezig. Binnen de voorgestelde bekostiging maken de representerende zorgverzekeraar en de budgethouder nog wel een gezamenlijk voorstel voor de capaciteit maar is het uiteindelijk de NZa die het budget, en daarmee ook de capaciteit, vaststelt. De kennis van zorgverzekeraars over de regionale omstandigheden om tot een voorstel voor capaciteit te komen, vinden wij van wezenlijk belang.

De NZa verwacht, na overleg met de ACM, niet dat inkoop in representatie strijd oplevert met de mededingingsregels. Dit gezien de beperkte sturingsmogelijkheden waarover zorgverzekeraars ten aanzien van de acute psychiatrische zorg beschikken en waarmee ze zich van elkaar kunnen onderscheiden. Hieronder lichten we deze conclusie toe.

2.3.1 Sturingsmogelijkheid voor zorgverzekeraar op het aanbod

Voor een juiste uitvoering van de generieke module kan er per regio maar één zorgaanbieder worden geselecteerd onder wiens regie deze zorg geleverd wordt. Meerdere regievoerders/budgethouders in 1 regio is onwenselijk, zowel vanuit kwaliteit (het doel van de generieke module is juist om de patiënt snel en soepel door de keten te laten lopen) als betaalbaarheid (twee keer een 24*7 beschikbaarheid in de lucht houden bij lage volumes is zeer ondoelmatig).

Kenmerk
0280517/0419366

Pagina
8 van 21

Het is dan ook niet conform de generieke module als de ene zorgverzekeraar met aanbieder A een contract sluit om acute psychiatrische zorg te leveren in een regio, en tegelijkertijd een andere zorgverzekeraar in dezelfde regio een contract heeft gesloten met aanbieder B. Om dit coördinatieprobleem op te lossen kan de representerende zorgverzekeraar de regievoerder selecteren die tevens budgethouder is voor deze zorg in een regio. Bij het selecteren van de budgethouder is er dan dus nog wel sprake van concurrentie 'om de markt'. Alle betrokken ketenpartners stellen vervolgens het regioplan op. In het regioplan staat onder andere hoe de 24*7 beschikbaarheid van triage en beoordeling en eerste behandeling (ter plaatse) wordt uitgevoerd.

2.3.2 Sturingsmogelijkheden op prijs

In de huidige bekostiging worden verzekeraars geacht te sturen op prijs. Dit is ook mogelijk omdat er sprake is van een maximumtarief. In hoofdstuk drie adviseren wij u om een budgetsystematiek te introduceren waarin het budget bepaald wordt door de NZa aan de hand van budgetparameters met een vaste prijs die gedekt worden door prestaties met een vast tarief. Op het aspect prijs is dan geen sturingsmogelijkheid meer aanwezig.

Advies:

- Op deze markt zijn er op het gebied van het aanbod en, door de voorgestelde budgetsystematiek, op de prijs geen of beperkte sturingsmogelijkheden meer. Er zijn geen mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden van hun concurrenten. Er is geen concurrentievoordeel te behalen dat doorgegeven kan worden aan zijn verzekerden.
- Door invoering van de generieke module en door strikte overheidsregulering op de prijs is er geen ruimte meer voor mededinging.
- Wij adviseren u dan ook om de inkoop in representatie te laten plaatsvinden.
- Voor de inkoop in representatie is draagvlak bij partijen.
- Na overleg met de ACM verwacht de NZa dat uitvoering van dit advies - gezien de strikte regulering en beperkte commerciële vrijheden van zorgverzekeraars - geen mededingingsrisico hoeft op te leveren ten aanzien van de inkoop in representatie door zorgverzekeraars.

2.4 Voor welk deel van de keten geldt de inkoop in representatie?

Kenmerk
0280517/0419366

Aan de hand van de functies die beschreven zijn in hoofdstuk 1, bakenen wij af welk deel van de acute psychiatrische zorg onder de inkoop in representatie zou moeten vallen. Uitgangspunt is dat de beperking van de concurrentie alleen geldt voor de zorg waarvoor dit strikt noodzakelijk is. En dat deze afbakening is vastgelegd in de generieke module.

Pagina
9 van 21

Triage en beoordeling

Op basis van het regioplan zal één aanbieder de functies triage en beoordeling uitvoeren. In de generieke module zijn de (kwaliteits)normen hiervoor vastgelegd. Voor de triage is er een (capaciteits)norm voor de beschikbaarheid (24*7) en een kwaliteitsnorm in de vorm van het opleidingsniveau van de triagist. Voor de beoordeling (ter plaatse) is er een (capaciteits)norm voor beschikbaarheid (24*7), voor het team dat beschikbaar moet zijn en de snelheid waarmee de meest urgente gevallen behandeld dienen te worden. Ook is het opleidingsniveau genormeerd.

De ruimte waar de beoordeling plaatsvindt, is voorgeschreven in de module. Zo moet de locatie 24/7 beschikbaar zijn, patiëntvriendelijk (zoveel mogelijk prikkelarm en met daglicht) zijn en beschikken over patiëntvriendelijke spreekkamers. Ook moet er in de onmiddellijke omgeving van de beoordelingsruimte beperkende maatregelen toepasbaar zijn.

Op de functies triage en beoordeling zijn er geen mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden en een concurrentievoordeel te behalen.

Outreachinge ambulante crisisbehandeling en crisisopname tot 72 uur
Direct bij beoordeling begint de crisisbehandeling. Een belangrijk doel is immers om de patiënt te stabiliseren. Hetzelfde team dat de beoordeling doet, levert dus ook de eerste (outreachinge) ambulante crisisbehandeling. Dit team is een multidisciplinair team dat 24/7 beschikbaar moet zijn en indien nodig hoogfrequente bezoeken aflegt in de eerste periode na de melding. Dit is de onplanbare zorg die 24*7 beschikbaar moet zijn. Dit team stelt de werkdiagnose vast en wat de juiste vervolgbehandeling is. Deze vervolgbehandeling hoeft niet per definitie bij hetzelfde team of dezelfde behandelaar plaats te vinden.

Als directe opname noodzakelijk is dan moeten daar bedden voor beschikbaar zijn. In het regioplan is vastgelegd hoeveel bedden er in een regio beschikbaar moeten zijn. Deze bedden vallen onder de inkoop in representatie.

De afbakening tussen de crisisbehandeling en crisisopname, waarvoor beschikbaarheid noodzakelijk is, en de vervolgbehandeling begrenzen we tot een maximum van 72 uur. Door deze tijdsgrens is acute psychiatrische zorg in het weekend geborgd.

Partijen hebben aangegeven dat de acute psychiatrische zorg niet stopt na 72 uur. Wij erkennen dit. De acute psychiatrische zorg kan tot enkele weken duren. De 72 uur is bovenal een 'technisch en administratief' afkappunt zodat er in het weekend voldoende beschikbaarheid geborgd is. De acute psychiatrische zorg kan na de 72 uur ook gewoon doorlopen alleen is de marktordering en bekostiging anders. De (individuele) zorgverzekeraars moeten in het kader van hun zorgplicht ook aandacht hebben voor de acute psychiatrische zorg na de 72 uur.

Kenmerk
0280517/0419366

Pagina
10 van 21

Zo ontstaat er één pakket van de zorg dat in representatie wordt ingekocht:

- Triage;
- Beoordeling;
- Beschikbaarheid (outreachinge) ambulante crisisbehandeling tot maximaal 72 uur (inclusief beoordelingsruimte);
- Beschikbaarheid crisisbedden en opname tot maximaal 72 uur.

Dit pakket wordt op basis van het regioplan door de representerende zorgverzekeraar ingekocht bij één zorgaanbieder.

Voor de inkoop in representatie gelden de volgende uitgangspunten:

- Het inkopen in representatie betekent niet dat de zorgplicht voor de niet-inkopende partijen in een regio vervalt. Als de zorgplicht in het geding is, kan de NZa een zorgverzekeraar, ook diegene die zich laten representeren, hierop aanspreken;
- Als er op basis van representatie voor verzekerden van alle zorgverzekeraars wordt ingekocht dan geldt deze zorg als gecontracteerd voor alle verzekerden;
- Als de representerende zorgverzekeraar afspraken maakt met de aanbieder, betekent dit dat de overige verzekeraars deze afspraken volgen. Ook als er voor de 'reguliere' zorg geen contract wordt afgesloten met deze aanbieder.

Advies:

- De inkoop in representatie beperkt zich tot die functies waar dat strikt noodzakelijk is en die direct volgen uit de generieke module. Dit betreft de triage, beoordeling, beschikbaarheid (outreachinge) ambulante crisisbehandeling en beschikbaarheid crisisbedden en opname tot maximaal 72 uur.
- Voor het resterende deel geldt individuele inkoop.

3. Hoe bekostigen we acute psychiatrische zorg?

In dit hoofdstuk beschrijven we wat de meest passende en toekomstbestendige bekostiging is voor de acute psychiatrische zorg. Onze uitgangspunten zijn dat de zorg wordt geleverd volgens de toegankelijkheids- en capaciteitsnormen uit de generieke module en de afbakening voor de inkoop in representatie. Belangrijk hierbij is dat het inkoopmodel en de bekostiging twee puzzelstukjes zijn die samenvallen en ook onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

3.1 Randvoorwaarden voor bekostigingsmodel

Kenmerk
0280517/0419366

Pagina
11 van 21

Om tot ons voorstel voor een bekostigingsmodel te komen is het van belang dat er een hoge mate van beschikbaarheidskosten vergoed moet worden met een laag en regionaal sterk wisselend volume. Juist de regionale verschillen, die ook geconstateerd zijn in het Sirm rapport, waren aanleiding voor uw voorganger om ons om advies te vragen. Dat neemt nog toe als de generieke module is ingevoerd. Dit heeft ongewenste effecten. Met de bekostiging willen we de volgende zaken borgen:

- Een patiënt moet niet zwaarder op zijn eigen risico worden aangeslagen, puur en alleen doordat hij deze zorg heeft ontvangen in een regio met een laag volume aan acute psychiatrische zorg;
- Voor de zorgaanbieder van acute psychiatrische zorg die onder inkoop in representatie valt, moet er sprake zijn van kostendekkenheid. Ook in regio's met een laag volume;
- Voor de zorgverzekeraars moeten de regionale verschillen en het regionaal volume van deze zorg niet leiden tot concurrentie voor- of nadeel;
- Stuurbaarheid door verzekeraars;
- Tegen gaan van volumeprikkels. Een volumeprikkel ontstaat doordat meer productie, meer omzet oplevert.

3.2 Bekostigingsmodel voor de acute psychiatrische zorg

De bekostiging die wij adviseren valt uiteen in twee stukken:

- 1) De functies triage, beoordeling, beschikbaarheid (outreachinge) ambulante crisisbehandeling en beschikbaarheid bedden en opname tot maximaal 72 uur worden via inkoop in representatie ingekocht;
- 2) De overige functies crisisbehandeling en crisisopname die door verzekeraars individueel worden ingekocht bij de individuele aanbieders.

3.2.1 Bekostigingsmodel voor triage, beoordeling, beschikbaarheid (outreachinge) ambulante crisisbehandeling en beschikbaarheid bedden

Wij adviseren een budgetsystematiek met een voor- en nacalculatie door de NZa waarbij de NZa na beoordeling het budget vaststelt op basis van een gezamenlijk ingediend tweezijdig verzoek. Net als in de periode voor 2013 is voor een deel van de acute psychiatrische zorg het budget dan leidend in de bekostiging en dienen de prestaties met vast tarief ter financiering van het budget. De budgetsystematiek die wij adviseren kennen wij al in de ambulancezorg en de huisartsenposten. Bij dit bekostigingsmodel voor inkoop in representatie sluiten wij dan ook zo veel mogelijk aan bij bestaande uitzonderingen, dat wil zeggen bij andere zorgvormen waarbij ook inkoop in representatie met een voor- en nacalculatie van toepassing is.

De geadviseerde bekostiging sluit goed aan bij op de zaken die wij willen borgen:

- Iedere Nederlander die gebruik maakt van acute psychiatrische zorg wordt hetzelfde bedrag ten laste gebracht van het eigen risico, onafhankelijk van waar de zorg geboden wordt. Vooral de hoge tarieven in regio's waar er minder volume is, zijn lastig uit te leggen aan patiënten;
- Alle aanbieders kunnen door de budgetsystematiek met voor- en nacalculatie kostendekkend werken;
- Door het vaste tarief en de verrekening van het opbrengst overschot of -tekort over alle zorgverzekeraars ontstaan geen concurrentie voor- en nadelen;
- Zorgverzekeraars hebben nog steeds een centrale rol in het bewaken en sturen op efficiëntie bij de aanbieder;
- Er is geen productieprikkel omdat de beschikbaarheid is geborgd via het budget.

Kenmerk
0280517/0419366

Pagina
12 van 21

Bekostiging: budget(parameters) met een vaste prijs

Ons advies is een budgetsystematiek, met een vaste prijs per budgetparameter. Voor de triage, beoordeling, beschikbaarheid (outreaching) ambulante crisisbehandeling en beschikbaarheid bedden en opname tot 72 uur worden budgetparameters met een vaste prijs afgesproken door representerende verzekeraar en budgethouder. De NZa stelt vervolgens het budget vast. Een deel van de kosten die aanbieders maken voor de acute psychiatrische zorg is vast. Dit zijn de kosten om 24*7 beschikbaarheid te garanderen. Het volume, de Q, is onderhandelbaar. Dit zal vaak het aantal fte en bedden zijn dat nodig is voor deze 24*7 beschikbaarheid. De kosten van een fte en het beschikbaar houden van een bed, zal tussen regio's niet veel verschillen. Het aantal fte of bedden dat beschikbaar moet zijn, zal tussen regio's wel verschillen en tot een andere hoogte van het budget leiden, net als het aantal gedeclareerde prestaties ter financiering van het budget.

Financiering: prestaties met een vast tarief

Ter financiering van het budget, adviseren wij nader uit te werken prestaties met een vast tarief. Aanbieders kunnen de prestaties in rekening brengen zodra er sprake is van patiëntgebonden (face-to-face) contact. Zij omvatten ook de eerste 72 uur crisisbehandeling en opname. Omdat er sprake is van patiëntgebonden prestaties gaat dit ten laste van het eigen risico van de patiënt. De hoogte van het vaste tarief moet een reëel kostendekkend tarief zijn. Na de eerste 72 uur gelden de reguliere crisis dbc's met maximumtarief.

Voor triage die niet leidt tot een beoordeling worden geen individueel declarabele prestaties vastgesteld. De beschikbaarheidskosten van de triage gaan via het verreken- of vereffeningsbedrag, wat voortkomt uit de voor- en nacalculatie.

Voor- en nacalculatie

Bij de voor- en nacalculatie stellen de verzekeraar en de aanbieder in twee rondes (ronde voorcalculatie en ronde nacalculatie) het verschil tussen (de verwachte) kosten uit budget en omzet uit de prestaties vast. De representerende zorgverzekeraar en de aanbieder dienen tweezijdig een verzoek in bij de NZa op grond waarvan de NZa na beoordeling het budget vaststelt. Bij de nacalculatie, wederom op basis van een tweezijdig verzoek van partijen, kan het tekort of overschot vanuit de aanbieder, verrekend worden met de individuele verzekeraars. Dit te ontvangen of te betalen bedrag is een lumpsum bedrag en wordt niet per patiënt toegerekend door de zorgaanbieder. Net als bij het ambulancevervoer kunnen de verrekende bedragen meegenomen worden in de kosten die worden opgegeven voor de risicoverevening. Het handboek Zorgverzekeraars informatie Zvw geeft hiervoor de kaders.

Kenmerk
0280517/0419366

Pagina
13 van 21

Toerekening van het lumpsumbedrag naar de individuele verzekeraars kan plaatsvinden op basis van een vooraf vastgestelde verdeelsleutel. Voorwaarde voor de verdeelsleutel is dat deze voor alle partijen eenvoudig is vast te stellen, zodat spoedig na afloop van het jaar de nacalculatie uitgevoerd kan worden en afrekening plaats kan vinden. De zorgverzekeraars stellen voor om de kosten op basis van het aantal verzekerden te verdelen. Deze verdeelsleutel is snel vast te stellen en blijft na vaststelling ongewijzigd. Bij het opstellen van de beleidsregel zullen wij deze, en andere opties, verkennen en tegen elkaar afwegen. Bij het afwegen moeten we ook de financiering vanuit gemeentes betrekken.

3.2.2 Hoe werkt de inkoop in representatie als de beschikbare crisisbedden bij andere aanbieders staan?

In het regioplan kan worden afgesproken dat verschillende aanbieders bedden beschikbaar houden voor crisisbehandeling. Dit met het oog op specifieke expertise. Zo kan de PAAZ bedden beschikbaar houden als er samenloop is met somatische problematiek, de verslavingszorginstelling als er verslaving in het spel is en de VG-instelling als er sprake is van verstandelijk gehandicapten. Deze aanbieders zijn echter niet de aanbieders van de zorg die onder de inkoop in representatie vallen (triage, beoordeling en onplanbare behandeling) en worden dus niet in representatie ingekocht. De beschikbare bedden en de opname tot 72 uur bij een andere aanbieder kunnen bekostigd worden via onderlinge dienstverlening. Dit is een administratief proces waarin onderling verrekend wordt. De precieze uitwerking hiervan verkennen we nog.

3.2.3 Wat is de positie van de SEH?

De SEH neemt een belangrijke positie in binnen de keten acute psychiatrie. De generieke module noemt de ziekenhuizen ook één van de partijen die moet deelnemen in het regioplan. Uit de ggz triagewijzer volgt dat de zogenoemde U0 en U1 patiënten met de ambulance naar de SEH moeten worden gebracht omdat er uitval van vitale functies is of dat het levensbedreigend is voor de persoon. De SEH is verantwoordelijk voor het bieden van de somatische spoedzorg. Binnen het regioplan maken de ggz crisisdienst en de ziekenhuispsychiatrie afspraken over wie de psychiatrische beoordeling uitvoert bij patiënten op de SEH die plaatsvindt tijdens of na de somatische spoedzorg. Maar er worden ook afspraken gemaakt over patiënten met urgentie U2 of hoger waarbij geen sprake is van somatische problematiek, maar die toch op de SEH terechtkomen.⁴

Kenmerk
0280517/0419366

Pagina
14 van 21

Het Kwaliteitskader spoedzorgketen en de generieke module Ziekenhuispsychiatrie geven een norm waarbinnen de psychiatrie na oproep aanwezig dient te zijn op de SEH⁵. 24*7 dient de A(N)IOS psychiatrie binnen 30 minuten aanwezig te zijn op de SEH. Wordt deze norm gevolgd dan zijn de beschikbaarheidskosten niet tot zeer beperkt aanwezig. De psychiatrie heeft immers geen 'wachtfunctie' op de SEH. Indien er wel de noodzaak tot beschikbaarheid ('wachtfunctie') van de ziekenhuispsychiatrie is, lopen de beschikbaarheidskosten mee in het budget. Via onderlinge dienstverlening kan hiervoor bekostigd worden.

Patiënten met een urgentiegraad van U0 en U1 kunnen, voor de somatische spoedzorg, bekostigd worden via de reguliere medisch-specialistische prestaties. Voor de eventuele aanvullende psychiatrische zorg kunnen de crisis dbc's gebruikt worden.

Eén van de punten die naar voren kwam tijdens de overleggen met de partijen, is dat SEH's niet altijd gebruik mogen maken van de crisis dbc's (met beschikbaarheidscomponent) vanwege afspraken met zorgverzekeraars. Wij zullen de prestatiebeschrijving van de crisis dbc's zodanig vorm geven, dat duidelijk wordt, dat alle aanbieders die acute psychiatrische zorg leveren er gebruik van mogen maken.

Advies:

- Budgetsystematiek voor de triage, beoordeling, beschikbaarheid (outreachende) ambulante crisisbehandeling maximaal 72 uur en beschikbaarheid crisisbedden en opname tot 72 uur met voor- en nacalculatie door de NZa;
- Ter financiering van het budget zijn er (patiëntgebonden) prestaties met een door de NZa vastgesteld vast tarief;
- De beschikbaarheidskosten worden (deels) verrekend via het verrekenbedrag of vereffeningsbedrag.⁶

⁴ Bij een soepel lopende keten zou deze stroom nihil moeten zijn. De patiënten moeten de juiste zorg op de juiste plaats ontvangen.

⁵ <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ziekenhuispsychiatrie>

⁶ De Wmg maakt onderscheid tussen verrekenbedragen en vereffeningsbedragen. Een vereffeningsbedrag is de juridische term voor het bedrag dat een ziektekostenverzekeraar bij een zorgaanbieder in rekening kan brengen. Het verrekenbedrag is de juridische term voor het bedrag dat de zorgaanbieder in rekening kan brengen bij de ziektekostenverzekeraar.

3.3 Bekostigingsmodel bij de crisisbehandeling en crisisopname na de 72 uur

Kenmerk
0280517/0419366

Ons advies is om de inkoop van crisisbehandeling en crisisopname na de 72 uur door individuele zorgverzekeraars in te laten kopen.

Pagina
15 van 21

Deze (vervolg)behandeling kan plaatsvinden bij verschillende aanbieders, zowel de ene aanbieder die ook in representatie wordt ingekocht als bij andere aanbieders. In feite verandert hiervoor niets ten opzichte van de huidige situatie. Dit betekent dat wij voor dit gedeelte adviseren om patiëntgebonden prestaties (op dit moment crisis dbc's en verblijfsprestaties) te behouden met een maximumtarief. Het verschil met de huidige situatie is dat bij deze patiëntgebonden prestatie geen beschikbaarheidscomponent kan worden afgesproken en gedeclareerd.

Advies:

- Voor de crisisbehandeling en crisisopname zijn er patiëntgebonden prestaties met een maximumtarief.

3.4 Afstemming met partijen

Om tot dit advies te komen zijn er diverse overleggen geweest. Wij zijn rond de zomer van 2017 gestart om met inhoudelijke experts de acute psychiatrische zorg af te bakenen. Daarna zijn er diverse formele en informele overleggen geweest met de branchepartijen om het advies af te stemmen. In december en februari zijn er ook twee bestuurlijk overleggen door ons georganiseerd waarbij wij de branchepartijen hebben geconsulteerd.

Partijen kunnen zich in grote lijnen vinden in ons advies. Het inkopen in representatie voor een belangrijk deel van de acute psychiatrische zorg wordt als een belangrijke gewenste stap ervaren. GGZN en ZN hebben aangegeven dat zij de tijdsgrens van 72 uur graag aangepast willen zien naar 2 weken. Vanuit zorginhoudelijke gronden zijn zij voorstander om ambulante crisisbehandeling in het representatiemodel voor maximaal twee weken te bekostigen. Daarna start de reguliere behandeling. Deze tijdsgrens is door GGZN gezamenlijk met de professionals bepaald op grond van de volgende criteria:

- Deze tijdsperiode van twee weken is nodig om de patiënt te kunnen diagnosticeren, omgevingsproblematiek inzichtelijk te krijgen en een vervolgbehandeling te bepalen.
- Periode is gemiddeld nodig om de patiënt en zijn omgeving te de-escaleren en te stabiliseren.
- Periode is nodig om de vervolgbehandeling te organiseren zonder wachttijd.

Daarnaast wijst GGZN op het in gevaar komen van de acute psychiatrische zorg volgens de generieke module door de bekostiging op te knippen in twee delen.

- Afspraken over vorm van zorg kunnen teniet worden gedaan door de afspraken van de individuele inkoop;
- Onzekerheid over de totale volume en prijs van de te declareren crisiszorg blijft;
- Er is geen beeld van de totale kosten van de acute ggz door een deel door individuele inkoop te laten gebeuren.

Zoals eerder in dit advies benoemt, zijn wij er ons van bewust dat de acute psychiatrische zorg ook na de voorgestelde tijdsgrens van 72 uur doorgaat. Hiervoor moet dan ook zeker aandacht zijn van (de individuele) zorgverzekeraars in het kader van hun zorgplicht.

Kenmerk
0280517/0419366

Pagina
16 van 21

4. Randvoorwaarden

4.1 Randvoorwaarden VWS

In de brief van 15 juni 2016 noemt uw voorganger een aantal randvoorwaarden voor dit advies.

Wij concluderen dat het door ons geschetste inkoopmodel en geadviseerde bekostigingsmodel, positief scoort op de volgende van de criteria:

- Voldoende mate van kostendekkendheid;
- Stuurbaarheid door zorgverzekeraars;
- Waarborgen tegen onwenselijke productieprikkels;
- De bekostiging is snel in te voeren;
- De bekostiging leidt niet tot marktverstoring bij zorgaanbieders of zorgverzekeraars;
- De bekostiging is toekomstbestendig.

Gericht op samenwerking in de keten

In de generieke module is bepaald dat ketenpartners samenwerkingsafspraken moeten maken. Per regio moet er één regionaal ketenplan acute psychiatrische zorg komen, waarin ook het begin (meldkamer ambulancezorg/politie, HAP, SEH) en het einde (ggz behandeling of door verwijzing naar sociaal domein) in opgenomen zijn.

Voldoende toegankelijkheid

Door de generieke module wordt de toegankelijkheid verbeterd. Er komen namelijk kortere normen voor de beoordelingstijden. Bij de hoogste urgentiegraad moet de beoordelingstijd binnen één uur plaats vinden. Dit is een versnelling ten opzichte van de huidige norm waarin 80% van de beoordelingen binnen 2 uur plaats moet vinden. Voor de patiënt is nauwelijks tot geen sprake van keuzevrijheid. De patiënt is juist in een acute crisissituatie gebaat bij een snelle en kwalitatief goede op elkaar afgestemde keten.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn er gezamenlijk verantwoordelijk voor dat iedere burger in Nederland acuut psychiatrische hulpverlening ontvangt volgens de toegankelijkheidsnormen, zoals die in de generieke module zijn beschreven. Via het budget is ook ruimte om de capaciteit zodanig in te richten dat er sprake is van voldoende toegankelijkheid.

Stuurbaarheid door zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars blijven de inkoopende en betalende partij. Zorgverzekeraars kunnen met hun specifieke kennis van de regionale omstandigheden, samen met de aanbieder, een voorstel doen voor de benodigde capaciteit. Zorgverzekeraars hebben, ook als zij de zorg in representatie inkopen, een zorgplicht. Zij zijn gehouden om voldoende acute psychiatrische zorg in te kopen (naturapolis) of te vergoeden (restitutiepolis). Aan de hand van de generieke module en het regioplan contracteert de zorgverzekeraar (in representatie) de acute psychiatrische zorg.

Kenmerk
0280517/0419366

Pagina
17 van 21

Voldoende mate sprake van kostendekkendheid

Door de budgetsystematiek te introduceren met een voor- en nacalculatie is er sprake van kostendekkendheid op de functies waarvoor beschikbaarheidskosten zijn. De zorgverzekeraar zal kritisch moeten blijven of de opgevoerde kosten in het budget (die worden bepaald door het aantal ingezette fte en beschikbare bedden) in relatie staan tot het (verwachte) volume. Het is uiteindelijk de NZa die het budget vaststelt.

Het kan voorkomen, zeker de eerste jaren, dat een inschatting van de kosten en het volume afwijkt van de realisatie. Dit hoeft geen probleem te zijn, omdat verrekening via het verrekenbedrag/vereffeningsbedrag plaats vindt.

Waarborgen tegen onwenselijke productieprikkel

De bekostiging van de beschikbaarheidskosten voor bijvoorbeeld de functies triage is niet afhankelijk van de crisisbehandeling, maar wordt (deels) bekostigd via het verreken- of vereffeningsbedrag, wat voortkomt uit de voor- en nacalculatie. Hiermee wordt een ongewenste productieprikkel voorkomen. Daarnaast zit de waarborg tegen onwenselijke productieprikkel in de nacalculatie. Meer behandelen dan medisch noodzakelijk geeft geen extra omzet. Omzet boven de kosten moet immers terugbetaald worden aan de zorgverzekeraars.

In de budgetsystematiek zit wel een prikkel om het personeel en bedden die zijn opgevoerd in het budget, en waarvan de kosten dus gedekt zijn, prestaties te laten declareren die niet meelopen in de voor- en nacalculatie. Het is in eerste instantie aan de representerende zorgverzekeraar om hierop toe te zien. Veel fte en/of bedden opvoeren in een budget waar weinig prestaties tegenover staan, moet aanleiding zijn om kritisch te zijn op het aantal beschikbare fte.

De bekostiging is eenvoudig en leidt niet tot een toename van de administratieve lasten

Als we deze manier van bekostigen invoeren zal dat effect hebben op de administratieve lasten. Waar de acuut psychiatrische zorg op dit moment nauwelijks onderwerp van gesprek is binnen de inkoopgesprekken, zal dat bij deze marktordening wel het geval zijn. Dit is onzes inziens noodzakelijk. Daarnaast geeft de voor- en nacalculatie extra administratieve lasten, maar dit is voor het mogelijk maken van inkoop in representatie en de kostendekkendheid noodzakelijk. De intentie van alle partijen is deze lasten zo laag mogelijk te houden.

Voor aanbieders die bedden beschikbaar houden en niet in representatie worden ingekocht, ontstaan er extra administratieve lasten. Zij moeten via onderlinge verrekening deze bedden bekostigen of via bijvoorbeeld een toeslag. Dit moeten we nog nader uitwerken en bepalen.

Kenmerk
0280517/0419366

Pagina
18 van 21

De bekostiging is toekomstbestendig

In het zorgclustermodel wordt iedere patiënt ingedeeld in één van de 21 clusters. Dit indelen gebeurt aan de hand van een Zorg Toeleiding Instrument (HONOS+ vragenlijst). Ieder cluster bevat een beschrijving van de zorgvraag, behandelomschrijving op basis van richtlijnen en evaluatieperiodes. Bij een patiënt met acute psychiatrische problematiek zal het (gestructureerd) afnemen van de vragenlijst echter niet altijd mogelijk zijn. Het is dan niet mogelijk om de (onbekende) patiënt in een cluster in te delen. Desondanks kunnen wij de bekostiging van de acute psychiatrische hulpverlening een plaats te geven binnen het het zorgclustermodel. Dit door deze acuut psychiatrische zorg uit te sluiten van de verplichting een cluster te bepalen. De overgang van acute psychiatrische zorg naar de reguliere ggz-zorg vindt plaats wanneer de patiënt stabiel is.

De bekostiging leidt niet tot marktverstoring bij zorgverzekeraars

Marktverstoringen zijn er in de (acute) psychiatrie legio, net als in veel andere zorgmarkten, zowel in de vorm van marktfalen als van overheidsfalen. Met 'marktverstoring' wordt in deze randvoorwaarde niet bedoeld op het brede begrip markt- of overheidsfalen.

De randvoorwaarde wordt hier specifiek bedoeld, en komt letterlijk overeen met een vraag uit het toetsingskader voor een beschikbaarheidsbijdrage.⁷ De vraag die hier aan de orde is, en die we hieronder nagaan, is of er sprake is van substantiële marktverstoringen op de markt voor zorgverzekeringen bij de door ons geadviseerde bekostiging, die er niet (of veel minder) zouden zijn bij een eventuele inzet van een beschikbaarheidsbijdrage in de bekostiging.⁸ Als het antwoord hierop bevestigend luidt, dan kan er aanleiding zijn om een beschikbaarheidsbijdrage te overwegen. Bij een ontkennend antwoord niet.

Onze conclusie is dat wij de door ons geadviseerde bekostiging niet leidt tot marktverstoring bij zorgverzekeraars. Wij zien dan ook geen aanleiding om een beschikbaarheidsbijdrage te overwegen. Bovendien is bij een beschikbaarheidsbijdrage de zorgverzekeraar niet meer de inkopende en betalende partij. Dit sluit niet aan bij een andere randvoorwaarde, *stuurbaarheid door zorgverzekeraars*. Alle partijen zien echter een duidelijke rol en verantwoordelijkheid voor zorgverzekeraars.

Op de markt voor zorgverzekeringen is er sprake van marktverstoring als de kosten per verzekerde voor de acuut psychiatrische hulpverlening sterk verschillen tussen verzekeraars. Sommige zorgverzekeraars zijn dan genoodzaakt de premie te verhogen ten opzichte van concurrenten. Dit geldt echter alleen als de ex-ante risicovereeniging hiervoor niet compenseert.

⁷ Toelichting bij het Besluit beschikbaarheidsbijdragen Wmg, *Stb.* 2012, 396.

⁸ Marktverstoring kan ook voorkomen op de markten voor zorginkoop en zorgverlening. Daarop gaan wij niet in.

De ex-ante risicoverevening verevent niet specifiek voor de acuut psychiatrische hulpverlening. Wel zitten in het vereveningsmodel meerdere parameters die direct of indirect verband houden met hoge ggz-kosten van de verzekerde. Deze parameters maakt het op voorhand aannemelijk dat het systeem van ex-ante risicoverevening voldoende compenseert voor de verschillen tussen zorgverzekeraars als het gaat om de kosten van acuut psychiatrische zorg.

Kenmerk
0280517/0419366

Pagina
19 van 21

Door de budgetsystematiek, prestaties met vast tarief en de voor- en nacalculatie worden de kosten per verzekerde tussen zorgverzekeraars klein gehouden. In iedere regio gaan alle verzekeraars namelijk (naar rato) meebetalen aan de acute psychiatrische zorg.

Een aanvullend argument is dat het aandeel van de kosten van crisis dbc's in de totale ggz kosten per verzekeraar is beperkt. Dit ligt voor de jaren 2013 t/m 2015 stabiel rond de 3 a 4%. Tussen verzekeraars is er nauwelijks verschil. Het risico dat verzekeraars genoodzaakt zijn de premies te verhogen ten opzichte van hun concurrenten is klein omdat de kosten van de acute ggz klein zijn.

4.2 Overige randvoorwaarden

Ook partijen hebben ons enkele randvoorwaarden meegegeven.

Ruimte voor regionale verschillen

Regionaal gaat de organisatie van de acute psychiatrische verschillen. Regionale verschillen kunnen leiden tot kostenverschillen met lage verrekenbedragen voor regio's met een hoog volume en hoge voor regio's met een laag volume. In de budgetafspraken en uiteindelijk de voor- en nacalculatie worden de regionale verschillen verrekend.

In te passen in het gemeentelijk domein

De voorzieningen voor de acuut psychiatrische zorg, kunnen gebruikt worden voor de zorgverlening in meerdere financieringssystemen. Dit zal met name het geval zijn voor de functies triage en beoordeling. Zo triageert, beoordeelt en behandelt de acuut psychiatrische zorg ook patiënten jonger dan 18 jaar. Deze zorg valt onder de Jeugdwet. Ook kunnen de voorzieningen voor een bredere doelgroep gebruikt worden dan acuut psychiatrische patiënten. Bijvoorbeeld voor de opvang van 'verwarde personen'. Als een voorziening wordt gebruikt voor een bredere doelgroep dan Zvw-patiënten dan dienen de kosten ook gedeeld te worden.

De voorgestelde bekostiging sluit goed aan bij de financiering vanuit het gemeentelijke domein. Voor de voor- en nacalculatie wordt gebruik gemaakt van verdeelsleutels. Op basis van deze verdeelsleutels kunnen de (begrote) kosten van de voorziening verdeeld worden over de verschillende financieringsstromen.

5. Stappen voor invoering bekostigingsmodel per 2019

Kenmerk
0280517/0419366

Het geadviseerde bekostigingsmodel is per 2019 in te voeren. Dit betekent wel dat de komende tijd de volgende stappen gezet moeten worden:

Pagina
20 van 21

VWS:

- Uiterlijk 1 mei ontvangen we graag van u een aanwijzing.

NZa:

- Uiterlijk 1 juli moeten wij de het bekostigingsmodel uitgewerkt en vastgesteld hebben in onze regelgeving.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars:

- Voor 1 januari 2019 moet inschrijving van de generieke module in het kwaliteitsregister bij het Zorginstituut plaats vinden.
- Bepalen van de regio-indeling. De generieke module schrijft hier het volgende over: *"Een belangrijke randvoorwaarde voor goede samenwerking is structureel, bestuurlijk overleg op regionaal niveau tussen de betrokken ketenpartners. Het is aan te raden om hierbij aan te sluiten bij bestaande overlegstructuren. In veel regio's is aansluiting bij de ROAZ-structuur het meest logisch"*. Vanuit de plicht om samenwerkingsafspraken te maken zijn er op dit moment al regio's bepaald en afgebakend. Wij hebben het RIVM verzocht om voor de huidige regio's de aanrijtijden in kaart te brengen. Wij adviseren partijen om vanuit deze situatie op korte termijn door te werken en daarbij aansluiting te zoeken bij het op initiatief van het ROAZ georganiseerde regionale overleg acute zorgketen. Het onder de vlag van het ROAZ afspraken maken betekent niet dat de "acute ggz regio's" de grenzen van de ROAZ-regio's moeten volgen. Het is aan partijen hoe in de toekomst conform de module verder invulling te geven aan de regio-indeling. GGZ Nederland en ZN stellen voor om met elkaar de regio's te bepalen op grond van de uitkomsten van de analyses uitgevoerd door het RIVM. Deze regio-bepaling kan een bijlage zijn bij de generieke module.

Zorgverzekeraars:

- Het maken van afspraken en het aanwijzen van de zorgverzekeraar(s) in het kader van de inkoop in representatie. Er moet geborgd zijn dat de belangen van alle verzekeraars voldoende aan bod komen. De representerende zorgverzekeraars worden per regio aangewezen. Dit kan binnen Zorgverzekeraars Nederland (ZN) verband.
- De selectie van de regievoerder/de budgethouder vindt plaats door de representerende zorgverzekeraar. De selectie vindt plaats op basis van transparantie en objectieve criteria. Zorgaanbieders mogen niet gezamenlijk op de 'keuzeprocedure', bijvoorbeeld een aanbesteding, reageren.

Zorgaanbieders:

- Het eventueel aanpassen van het zorgaanbod zodat aan de toegankelijkheids- en kwaliteitsnormen van de generieke module kan worden voldaan.

Kenmerk
0280517/0419366

Pagina
21 van 21

6. Tenslotte

Evaluatie

Ons advies is om inkoop van de triage, beoordeling, beschikbaarheid (outreaching) ambulante crisisbehandeling en de beschikbaarheid van bedden en opname tot maximaal 72 uur tijdelijk via representatie plaats te laten vinden. Wij zullen monitoren en na 3 jaar evalueren. Bij dit evaluatiemoment kijken we naar de implementatie, de werking van de marktordening en of het bekostigingsmodel het meest geëigende model is.

Met dit advies hebben wij u geadviseerd over de marktordening en bekostiging van de acuut psychiatrische zorg. Met betrokken branchepartijen is het advies uitvoerig besproken. Indien gewenst zijn wij uiteraard tot nadere toelichting bereid.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur