



De kortdurende generalistische GGZ en het Zorgprestatie­model

Maart 2021 | Stichting KiBG - Myrthe Klinkhamer en Eline Meijer

Inleiding

Achtergrond

Het generalistisch handelen binnen de GGZ heeft zich de afgelopen zes jaar, met de invoering van de Generalistische Basis GGZ (GBGGZ), sterk ontwikkeld. De 'Basis GGZ' is in deze tijd geworden tot een krachtige en herkenbare zorgvorm. Een zorgvorm die een onmisbare schakel in de GGZ vormt tussen huisartsenzorg en specialistische zorg. De zorg is voor zowel cliënten als hun verwijzers goed toegankelijk – snel (niet of nauwelijks wachtlijsten) en dichtbij huis. Het kortdurende karakter biedt duidelijkheid, eigen regie en zorg op maat passend bij de hulpvraag.

Er is de afgelopen jaren een gezamenlijke behoefte ontstaan om de kortdurende generalistische ggz sterker te ontwikkelen en te positioneren – met het oog op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Hier wordt vanuit de inhoud aan gewerkt op het niveau van de individuele aanbieder en de regio en op landelijk niveau, bijvoorbeeld in het kader van kwaliteitsstandaarden, de wetenschappelijke alliantie POSITION en het Keurmerk Basis GGZ.

Aanleiding

Per 1 januari 2022 wordt de huidige bekostiging in de GGZ vervangen door het zorgprestatie­model. Inmiddels is duidelijk dat de Basis GGZ - in ieder geval de eerste twee jaar van de nieuwe bekostiging - herkenbaar blijft. Maar: de genormeerde tarieven zoals die in de huidige GBGGZ bestaan, die uitgaan van een beperkte duur van het behandeltraject, vervallen en daarmee vervalt ook een belangrijke prikkel voor kortdurend generalistisch behandelen. Tegelijkertijd biedt het zorgprestatie­model in potentie meer ruimte, maar is de vrees dat die ruimte alsnog (op wellicht onwenselijke wijze) beperkt zal worden.

Het is in het gezamenlijke belang van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de elementen die de Basis GGZ zo krachtig maken te behouden, te werken aan de inhoudelijke groei en positionering van de kortdurend generalistische GGZ en, daarmee, aan de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de GGZ. Daarbij ligt de eerste focus

logischerwijs bij de concrete bekostigings- en inkoopafspraken die per 1 januari 2022 moeten gaan gelden en de prikkels die daar vanuit gaan. De gedachten over dergelijke afspraken en prikkels kunnen pas echt goed worden gevormd als deze onderdeel uitmaken van een visie voor de langere termijn.

Doel

Dit document is gebaseerd op de kennis over de huidige bekostiging en de actuele kennis van het zorgprestatie­model, gecombineerd met input uit individuele en groepsgesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het document geeft een inventarisatie van de belangrijkste kenmerken van de methode 'kortdurend generalistisch behandelen' en biedt inzicht in denkrichtingen over manieren om de methode 'kortdurend generalistisch behandelen' te borgen in het zorgprestatie­model.

Op basis van deze inventarisatie beschrijven we in dit document onze visie op de wijze waarop partijen gezamenlijk voorafgaand en na de invoering van het zorgprestatie­model constructief kunnen werken aan het borgen en positioneren van kortdurend generalistisch behandelen. De visie waar vanuit wij zelf werken en die we met dit document graag delen om bij te dragen aan de gedachtevorming hierover in het veld.

Methode: kortdurend generalistisch behandelen

Op basis van diverse individuele en groepsgesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn de belangrijkste eigenschappen van het kortdurend generalistisch behandelen in de ggz in kaart gebracht: voor wie is deze zorg geschikt? Wat zijn de belangrijkste kenmerken van deze methode? En waar en door wie wordt deze zorg geboden? De inventarisatie is gebaseerd op de huidige praktijk.

Voor wie

Wat kenmerkt de cliëntenpopulatie waarvoor een kortdurende generalistische behandeling de beste zorg is?

De belangrijkste eigenschappen van cliënten voor wie kortdurende generalistische behandeling de beste zorg is, zijn de motivatie en het vermogen tot eigen regie. Een kortdurende generalistische behandeling is passend voor cliënten die de veerkracht hebben (of: die te motiveren zijn) om aan de slag te gaan en ook in staat zijn om, met ondersteuning van de behandelaar, hierin zelf keuzes te maken en stappen te zetten. Eigenlijk betekent dit dat een kortdurende, hulpvraag- en doelgerichte aanpak voor een heel groot deel van de

cliënten verwezen naar de GGZ de voorkeur verdient – ook cliënten met complexere klachten en/of chronische psychische problematiek kunnen baat hebben bij een dergelijke aanpak.

De kenmerken van cliënten waarvoor een kortdurende generalistische behandeling minder passend is, lijken concreter te kunnen worden beschreven:

- Actieve crisis, psychose of manie
- Actief suïciderisico
- Niet in staat tot zelfregie

Daarnaast zijn er cliënten waarvoor zorg door de huisarts en/of POH-GGZ toereikend is; de problematiek is 'te licht' voor de GGZ qua klachten en de impact daarvan, er is geen sprake van actuele hulpvraag (in geval van chronische psychische problematiek) en/of er is geen sprake van een DSM-stoornis.

Wat

Wat kenmerkt dan de kortdurende generalistische zorg? Welke elementen moeten behouden blijven?

Er is een aantal elementen te benoemen die bijdragen aan de kracht van een kortdurende generalistische behandeling. In deze paragraaf worden een aantal elementen benoemd. Ze zijn puntsgewijs opgesomd, waardoor het lijkt of het eigenstandige elementen zijn in volgorde van 'belangrijkheid'. Echter de kracht wordt gevormd door de combinatie van onderstaande elementen, waarbij het één niet noodzakelijkerwijs van groter belang is dan het ander.

- Het *kortdurende, planbare karakter* van de behandeling: bij de start van de behandeling is het voor behandelaar én cliënt duidelijk dat de behandeling die ze krijgen *kort / afgebakend* is en wat de verwachte behandelduur is; dat draagt bij aan de voortgang en effectiviteit. Binnen de huidige GBGGZ is het merendeel van de behandelingen binnen een korte periode (ca. drie tot zes maanden) afgerond.
- Het *transdiagnostisch, oplossingsgericht* behandelen: de *hulpvraag* van de cliënt staat centraal en niet de aandoening die volgens de classificatie uit de DSM is toegevoegd.
- Er wordt niet gewerkt volgens standaard aandoeningsgerichte richtlijnen, maar er wordt *maatwerk* geleverd op basis van richtlijnen en bewezen effectieve interventies met ruimte voor innovaties en de toepassing van nieuwe inzichten.

- De DSM, complexiteit en risico zijn minder leidend – de veranderingsbereidheid, *veerkracht* en vermogen tot eigen regie des te meer.
- GGZ die laagdrempelig en snel beschikbaar is: zorg die dichtbij de cliënt te vinden en snel toegankelijk is zodat verergering van de klachten wordt voorkomen.
- De andere *attitude* van de behandelaar: los kunnen laten, risico's durven nemen, transparant en zelfkritisch zijn, aansluiten bij de cliënt en minder op je eigen wensen/behoef­ten (om iemand te helpen/helemaal beter te maken) om daarmee het zelf-herstellend vermogen van de cliënt te bevorderen.
- Het grote lerend vermogen: organisaties en behandelaren beschikken over een grote drive om continu te reflecteren, leren en te verbeteren op basis van data, van nieuwe inzichten en van elkaar.
- *Doelmatigheid*: zorg waarbij de inzet van behandelaren (zie hieronder: waar en door wie) en tijd passend is bij de hulpvraag.

Waar en door wie

Waar en door wie wordt kortdurend generalistisch behandeld?

De setting van de zorg sluit aan op de kenmerken van de cliëntenpopulatie. Kortdurende generalistische GGZ is ambulante, overwegend monodisciplinaire zorg, die zowel in de vrijgevestigde praktijk als in instellingen kan worden geboden.

Zoals hierboven beschreven vraagt kortdurend generalistisch behandelen een andere attitude en andere vaardigheden dan specialistisch behandelen. Op dit moment wordt de kortdurend generalistische behandeling veelal door de beroepsgroep GZ-psycholoog of, onder regie van een GZ-psycholoog, door een basispsycholoog uitgevoerd. In het geval van een hulpvraag bij stabiele chronische problematiek is dit de verpleegkundig specialist.

Technieken: de juiste prikkels voor toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorg

In de huidige Basis GGZ stimuleert het gemiddelde tarief enerzijds om gericht te behandelen en tijdig af te ronden, en geeft anderzijds een zekere vrijheid om de beschikbare middelen passend te verdelen over cliënten. Die vrijheid is er ook bij het invullen van de behandeling – passend bij de generalistische, transdiagnostische aard van de methode. De bekostiging is

bovendien ‘aangekleed’ met meer inhoudelijke prikkels, zoals visitaties en het Keurmerk Basis GGZ.

Het is de gedeelde ervaring van veldpartijen (betrokken bij Stichting KiBG) dat deze wijze van bekostigen de kortdurende generalistische werkwijze prikkelt, stimuleert en faciliteert. Het is ook de gedeelde vrees dat als dergelijke prikkels wegvallen, de ontwikkeling van het kortdurend generalistisch behandelen stagneert en de behandelduur zal toenemen.

Anderzijds worden de huidige genormeerde tarieven ook als beperkend ervaren voor de bredere inzet van het generalistisch behandelen. Het zorgprestatie­model biedt de ruimte voor deze bredere inzet wel. Maar: hierover bestaat de minstens net zo grote vrees dat zorgverzekeraars met hun inkoopbeleid deze ruimte alsnog zullen inperken, waarbij dat óók ten koste kan gaan van de (financiële) ruimte die er nu is voor innovatie.

In het meest ideale scenario bestaat er een goed, stimulerend inhoudelijk kader dat wordt ondersteund door de bekostigings­structuur en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Ondersteuning in de vorm van prikkels die bijdragen aan a) de afbakening en positionering van kortdurend generalistische ggz (passend bij ‘voor wie’ uit de methode) en b) het behoud en de doorontwik­keling van de specifieke kenmerken van deze behandelvorm (passend bij ‘wat’ uit de methode).

Afbakening en positionering

(Hoe) Kan ‘kortdurende generalistische GGZ’ in het zorgprestatie­model zinvol worden afgebakend en gepositioneerd?

Met de invoering van het zorgprestatie­model blijft Basis GGZ herkenbaar. Met de vaststelling van het model per 12 april 2021 is duidelijk hoe: in elk geval de eerste twee jaar moet bij het zorg­traject naast de zorgvraagtypering ook het oude GBGGZ-profiel (kort, middel, intensief, chronisch of onvolledig behandeltraject) worden geregistreerd en meegeleverd met de declaratie bij trajecten waarbij sprake is van kortdurende generalistische zorg. Het lijkt voor de hand te liggen deze profielen vooralsnog te benutten in de afbakening. Het zorgprestatie­model biedt aanvullende variabelen die gebruikt kunnen worden om af te bakenen bij welke zorgtrajecten sprake zou kunnen óf moeten zijn van kortdurende generalistische ggz: setting, zorgcluster, minuten of beroepen. Daarin kan je verschillende combinaties maken, bijvoorbeeld:

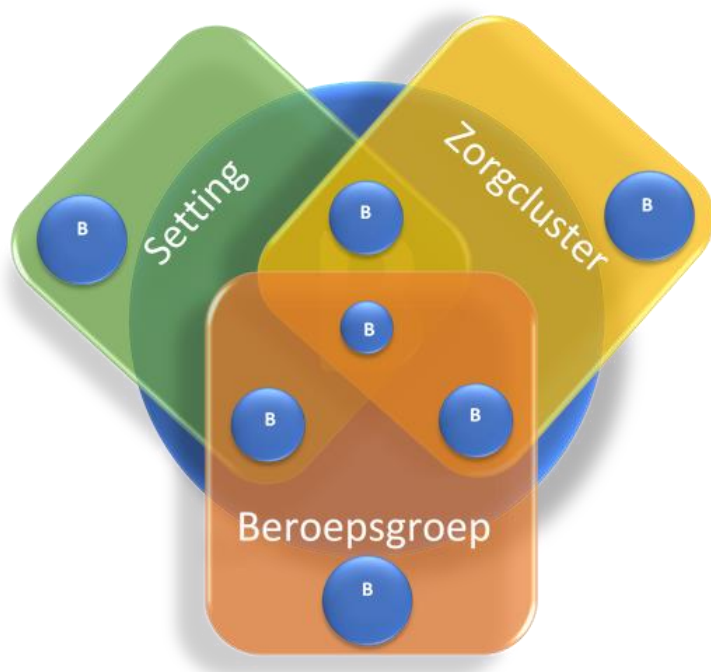
- Bij een traject met het een GBGGZ-profiel kunnen alleen consulten gedeclareerd worden binnen een bepaalde setting (bijv.: de monodisciplinaire settings 1 en 2)

- Door specifiek beroepsgroepen én binnen een bepaalde setting kunnen alleen consulten binnen zorgtrajecten met een GBGGZ-profiel gedeclareerd worden.

Er zijn nog veel meer opties – figuur 1 geeft dit weer. Aanvullend kan ook de zorgvraagtypering hier een rol in gaan spelen.

In (de beleidsregels en veldafspraken rondom) het zorgprestatie­model is geen nadere afbakening of specificering opgenomen met betrekking tot de zorg die aan de ‘oude’ GBGGZ-profielen wordt toegeschreven. Zorgverzekeraars hebben wel de mogelijkheid om hier in hun inkoopbeleid aanvullende voorwaarden bij te stellen. Daarbij spelen ook overwegingen voor wat betreft de positionering van kortdurend generalistisch behandelen: in hoeverre is het voor aanbieders en cliënten aantrekkelijk om voor deze vorm van zorg te kiezen? De herkenbaarheid van de GBGGZ-profielen biedt mogelijkheden om hier iets in te doen, bijvoorbeeld door op een aantrekkelijkere manier om te gaan met tarieven, eigen risico, zorgplafonds, et cetera.

Of en in hoeverre dit wenselijk zal worden geacht, hangt ook samen met keuzes rondom (andere) in te richten bekostigingsprikkel(s).



Figuur 1 – Afbakening kortdurende generalistische GGZ

Wanneer (setting, zorgclusters) en door wie (beroepsgroep) is zorg ‘kortdurende generalistisch’ en/of kunnen de oude GBGGZ-profielen geregistreerd worden? Er zijn veel afbakeningen mogelijk.

 = GBGGZ-profielen

Bekostigingsprikkels voor de juiste zorg op de juiste plek

Welke mogelijkheden zijn er om met 'technische' bekostigings­prik­kels kortdurende generalistische ggz juist te positioneren en stimuleren?

Er zijn een aantal denk­richtingen voor manieren om vanuit de bekostiging prik­kels in te bouwen. In hoeverre wordt kortdurende generalistische ggz hiermee niet alleen afgebakend maar ook gestimuleerd? Hierbij spelen afwegingen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en eenvoud/transparantie. Een aantal mogelijke denk­richtingen en de bijbehorende afwegingen is hieronder kort weergegeven. In bijlage I. Denk­richtingen bekostigings­prik­kels, is een uitgebreidere analyse met voorbeelden per mogelijkheid opgenomen.

Minuten prikkel

Het is een mogelijkheid om de zorg (die valt binnen de afbakening 'kortdurend generalistisch') die geleverd wordt te vergoeden totdat een maximum aan minuten voor een zorgtraject binnen 'kortdurend generalistisch' is bereikt. Langer doorbehandelen moet gebeuren op kosten van de aanbieder of van de cliënt.

Of, als verbijzondering van de minutenprikkel, kan ook gedacht worden aan het hanteren van degeneratieve tarieven, waarbij na een maximaal aantal minuten binnen één zorgtraject een lager tarief voor alle volgende consulten kan worden gedeclareerd.

Gevolgen

De minutenprikkel stimuleert niet per sé tot goede inhoudelijke afwegingen in samenspraak met de cliënt. Het geeft wel een duidelijke prikkel om trajecten binnen de minutengrens af te ronden, waardoor op korte termijn de betaalbaarheid van zorg geborgd wordt. Het is de vraag of dit vanuit de inhoud (kwaliteit van zorg) wenselijk is en, daarmee, of dit ook op de langere termijn bijdraagt aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

Gemiddelde tarieven

Het is ook een optie om gemiddelde tarieven te (blijven) hanteren. De zorgaanbieder declareert consulten die optellen tot een totaal aan minuten besteed binnen het zorgtraject, waarbij er een tarief geldt per tijdsklasse. Dergelijke tijdsklassen kennen we al in de huidige DBC's. Om een zaagtandeffect te voorkomen, kunnen voorwaarden worden gesteld aan de declaraties, waaraan vooraf invulling gegeven moet worden. Bijvoorbeeld: vooraf een inschatting moeten maken over de behandelduur.

Deze structuur benadert de huidige Basis GGZ, waarbij geen echte tijdsklassen gelden maar wel een gemiddeld aantal minuten per product als uitgangspunt geldt. In dit opzicht wijkt de structuur in de huidige Basis GGZ sterker af van de opzet van het zorgprestatie­model. De gemiddelde tarieven blijken enerzijds een stimulans te geven om zo kort mogelijk te

behandelen, waarbij er ook ruimte is om cliënten langer te behandelen, als dat nodig is. Zo kan ook complexere problematiek vanuit de kortdurende generalistische behandel­filosofie behandeld worden. Er zijn verschillende opties om meer complexe problematiek (langer) te behandelen binnen de kortdurende generalistische zorg, zoals:

- Een vergoeding per consult (al dan niet alleen te declareren als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan)
- Eén vaste vergoeding voor 'langere generalistische zorg' (al dan niet alleen te declareren als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan)

Gevolgen

Qua eenvoud en transparantie van kosten voor de cliënt zitten er voor- en nadelen aan deze opzet. Enerzijds is het werken met tarieven voor een 'bundel behandel­minuten' eenvoudig en transparant. Maar: geleverde zorg staat hier niet 1 op 1 gelijk aan vergoede zorg, wat tot onduidelijkheid en verminderde transparantie bij de cliënt kan leiden. Een dergelijke opzet wijkt ook enigszins af van de opzet van het zorgprestatie­model, wat administratief gezien voor aanvullende uitdagingen zorgt.

Voorwaarden vooraf

Een heel andere optie: het hanteren van voorwaarden (vooraf) bij behandelingen binnen de afbakening 'kortdurend generalistisch'. Ook in deze opzet wordt ingespeeld op de haalbaarheid om, binnen de behandel­filosofie van kortdurend generalistisch behandelen en de problematiek die hiermee behandeld wordt, vóóraf een realistische inschatting te maken van de verwachte behandel­duur. Verder geldt de structuur van het zorgprestatie­model: consulten worden gedeclareerd naar duur, vergoede zorg = geleverde zorg.

Bij het hanteren van degelijke voorwaarden is er ruimte voor de aanbieder om dit per cliënt te bespreken en vast te stellen. Er wordt daarmee wel een groter beroep gedaan op het inschattings­vermogen van de behandelaar. Het is ook een mogelijkheid wel te werken met tijds­klassen voor de inschatting van de behandel­duur, maar zonder hier een (gemiddeld) tarief aan te koppelen.

Gevolgen

Er zit in deze opzet geen limiet aan tijd, wat maakt dat de ervaren grip op de duur van zorg en zorgkosten minder is. Anderzijds biedt het (nog meer) ruimte, voor alle partijen, om complexere problematiek ook kortdurend generalistisch te behandelen, wat de druk op de gespecialiseerde zorg kan verminderen. Het is de vraag wat dit betekent voor (een verschuiving van) de wachtlijst­problematiek. Voor de cliënt is deze opzet optimaal transparant: hij/zij weet hoe lang het zorgtraject (ongeveer) gaat duren, de zorg die is geleverd ziet hij/zij terug op het overzicht van vergoedingen en als het traject langer duurt wordt dit met hem of haar besproken. Op basis van de declaratiedata die snel beschikbaar

zijn, zijn ook op macro-niveau ontwikkelingen transparant (geschatte duur, gerealiseerde duur, redenen voor uitbreiding) en goed te monitoren.

Inhoudelijke prikkels

Voor alle hierboven geschetste denk­richtingen geldt dat het essentieel is hiernaast ook de inhoudelijke ontwikkeling van het deskundigheidsgebied 'kortdurend generalistisch behandelen' te stimuleren. Door, ook vanuit de beleids- en bekostigingsprij­kels, oog te hebben voor en ruimte te geven aan kennisdeling, leren en verbeteren en innoveren ontstaat er een dynamiek waarin de kortdurende generalistische ggz echt tot bloei kan komen wat uiteindelijk de gehele ggz ten goede komt. Veldafspraken, visitaties en het Keurmerk Basis GGZ spelen hierbij een belangrijke rol, waarbij het aan te bevelen is om partijen te stimuleren hier actief aan bij te dragen en deel te nemen.

Het valt buiten de scope van dit stuk om de (wenselijke) inhoudelijke ontwikkelingen te inventariseren of duiden. Het is wel relevant te vermelden dat een stimulans voor dit soort ontwikkelingen óók van de bekostiging uit kan gaan, bijvoorbeeld in de vorm van tariefsverhogingen, maar ook door bredere declaratiemogelijkheden te bieden indien aan bepaalde initiatieven is/wordt deelgenomen of versoepelingen van voorwaarden.

Conclusie: vertrouwen vs. controle

De behandel­methode kortdurende generalistische ggz is steeds beter en concreter te omschrijven in termen van 'voor wie, wat, waar en door wie'. De bewust korte, 'planbare' aanpak van deze behandelingen gaat gepaard met een specifieke inhoudelijke insteek: de generalistische benadering. Het is een onderscheidende, herkenbare behandel­vorm die passend is voor een groot deel van de cliënten met psychische klachten.

De potentie van het kortdurend generalistisch behandelen is groter dan op dit moment tot uiting komt. Het zorgprestatie­model biedt in beginsel veel ruimte om die potentie te benutten. Er vallen echter ook belangrijke prikkels weg die de afgelopen jaren juist essentieel zijn gebleken om de inhoudelijke ontwikkeling van het kortdurend generalistisch behandelen aan te jagen, waarvan de beperking in het aantal behandel­minuten meest prominente is.

Er zijn diverse denk­richtingen om (een) dergelijke prikkel(s) wel weer aan te brengen. In de afwegingen rondom deze richtingen spelen twee belangrijke, tegengestelde thema's een rol: vertrouwen en controle. De denk­richting waarbij er voorwaarden worden gehangen aan declaraties van consulten binnen zorgtrajecten met een GBGGZ-profiel biedt inhoudelijk gezien de meeste ruimte. Deze houdt aanbieders scherp als het gaat om de behandel­duur en de behandel­insteek, waarbij het stimuleert om de cliënt hierin te betrekken en er

voldoende (snel) inzicht beschikbaar komt om te monitoren en bij te sturen. Deze denkrichting gaat echter ook gepaard met onzekerheden als het gaat om de ervaren controle op (met name) de behandelduur en het behandelvolume.

Mede met het oog op de strakke planning om het zorgprestatie­model op 1 januari 2022 geïmplementeerd te hebben, is het onwaarschijnlijk dat deze prikkels bij de invoering al in het zorgprestatie­model zelf (en/of in de bijbehorende beleidsregels en veldafspraken) aanwezig zijn. Met name bij zorgverzekeraars bestaan de behoefte én mogelijkheden om, in hun inkoopbeleid, aanvullende voorwaarden op te nemen: over de behandelduur, het behandelvolume, de afbakening (wie mag waar welke zorg leveren/declareren) en het stimuleren van de inhoudelijke ontwikkeling. De afweging tussen controle en vertrouwen zal daarin een belangrijke rol (moeten) spelen.

Visie: van controle naar vertrouwen

Het zorgprestatie­model biedt kansen en mogelijkheden om samen te werken aan de juiste zorg op de juiste plek op basis van vertrouwen. Tegelijkertijd is het belangrijk ons te realiseren dat dat vertrouwen er nog niet voldoende aanwezig is. Het, al dan niet gevoelsmatig, uit handen geven van de controle is een proces; een proces dat wordt gestimuleerd daar waar vertrouwen ontstaat. Dat proces vraagt om samenwerking en wederzijds begrip.

Samen de ruimte zoeken

Zoveel ruimte als het zorgprestatie­model biedt, zoveel mogelijkheden zijn er alsnog voor (onder meer) zorgverzekeraars om die ruimte te beperken. Daar de ‘basis van vertrouwen’ nog niet voldoende aanwezig is, zal dit ook gebeuren – dat is logisch en passend bij de rol die deze partijen hebben in het borgen van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Gezamenlijk optrekken en wederzijds begrip zouden kernwaarden moeten zijn in het proces waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen de (aanvullende) kaders invullen, bijstellen en zo mogelijk wegnemen.

Er zijn daartoe veel verschillende mogelijkheden, zoals uit de geschetste denkrichtingen en mogelijkheden voor wat betreft de afbakening blijkt. Daarin zijn ook slimme combinaties te maken. Daarbij lijkt de meest haalbare en zinvolle insteek om in beginsel meer controle gerichte opties te combineren met een invalshoek die de nodige ruimte voor de inhoud biedt. Bijvoorbeeld: een minutengrens, een beperking in setting of beroepsgroep of een zorgplafond kan worden versoepeld of weggenomen als aan bepaalde inhoudelijke voorwaarden is voldaan, of een hoger tarief, dat geeft erkenning en ruimte voor kennisdeling

en innovatie. Op deze manier kan ook op een 'veilige' manier ervaring worden opgedaan met het werken op basis van vertrouwen: wat gebeurt er als er vrijheid en ruimte wordt geboden? Of: wat gebeurt er als de keuze voor kortdurende generalistische ggz aantrekkelijk(er) wordt gemaakt?

Onderbouwd is vertrouwd

Het helpt dat in het zorgprestatie­model veel sneller dan nu het geval is inzicht verkregen kan worden in (declaratie)­data – goed monitoren en onderzoeken van de ontwikkelingen en de verschillen tussen groepen aanbieders is mogelijk. De zorg geboden door de groep aanbieders die meer ruimte krijgen op basis van inhoudelijke betrokkenheid bij de ontwikkeling van kortdurend generalistisch behandelen (zoals dragers van het Keurmerk Basis GGZ) kan worden vergeleken met die van andere aanbieders die deze ruimte (nog) niet krijgen. Inzichten hieruit kunnen worden vertaald naar aanpassingen in inkoop­beleid maar ook in beleidsregels en veldafspraken rondom het zorgprestatie­model. Het is belangrijk hier direct mee aan de slag te gaan – gekoppeld aan welke aanvullende voorwaarden dan ook. Daarmee wordt de bereidheid en het perspectief geschetst steeds meer toe te groeien naar beleid en bekostiging op basis van vertrouwen.

Samenwerken aan vertrouwen

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten de ruimte krijgen en nemen om samen te werken aan wederzijds begrip en vertrouwen. Het zorgprestatie­model biedt in potentie meer kansen voor inhoudelijke groei en een sterke positionering van de kortdurend generalistische GGZ en, daarmee, om de juiste zorg op de juiste plek te bieden. Experimenteren, goed in gesprek blijven en samen leren - dat is in onze visie de manier om met elkaar die kansen te grijpen.

Bijlage I. Denkrichtingen bekostigingsprikkel

In deze bijlage zijn de beschreven denkrichtingen voor de bekostiging in meer detail uitgewerkt en worden per denkrichting voorbeelden gegeven. In figuur 2. Denkrichtingen bekostigingsprikkel voor kortdurende generalistische ggz, is een schematische weergave van de genoemde denkrichtingen gegeven.

1. 'Minuten prikkel'

- 1a) Bij behandelingen binnen de afbakening 'kortdurend generalistisch' kunnen consulten gedeclareerd worden tot een maximaal aantal minuten per zorgtraject:

De zorg die geleverd is wordt vergoed, totdat het maximum aan minuten voor een zorgtraject binnen 'kortdurend generalistisch' is bereikt. Langer doorbehandelen moet gebeuren op kosten van de aanbieder of van de cliënt, waarbij er niet de mogelijkheid is om met kortere behandelingen een financiële buffer op te bouwen.

Deze prikkel stimuleert niet per sé tot goede inhoudelijke afwegingen in samenspraak met de cliënt. Het geeft wel een harde prikkel om trajecten binnen de minutengrens af te ronden, waardoor op korte termijn de betaalbaarheid van zorg geborgd wordt. Het is de vraag of dit vanuit de inhoud (kwaliteit van zorg) wenselijk is en, daarmee, of dit ook op de langere termijn bijdraagt aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Deze insteek lijkt ook niet bij te dragen aan de gewenste eenvoud en transparantie over de kosten van de zorg richting de cliënt.

- 1b) Bij behandelingen binnen de afbakening 'kortdurend generalistisch' degressieve tarieven hanteren:

Een 100%-tarief voor de consulten tot maximaal X minuten binnen één zorgtraject en een lager tarief voor alle volgende consulten (dit kan ook in meer dan twee trappen, bijv: 100%, 90%, 80% tarief).

Ook dit geeft een duidelijke prikkel om het totaal aantal minuten in een zorgtraject te beperken. Kortere behandelen wordt hiermee niet per sé positief gestimuleerd – de zorg die is geleverd wordt vergoed, waarmee de zorgaanbieder geen financiële stimulans ervaart om korter te behandelen. De zorgaanbieder ervaart alleen een financieel nadeel als langer behandeld wordt (ook als hier zorginhoudelijk gezien goede argumenten voor zijn). De mogelijkheid om langer te behandelen is er op deze manier duidelijk wel, maar is niet per definitie aantrekkelijk. Dit kan aantrekkelijker gemaakt worden door bijvoorbeeld onder voorwaarden het tarief (langer) hoog te houden. Het declareren en vergoeden per consult is voor de cliënt relatief eenvoudig en transparant, maar de ogenschijnlijk lagere kosten per consult later in het traject (in vergelijking met de voorgaande consulten in hetzelfde traject) kunnen tot vraagtekens kan leiden. Administratief gezien brengt deze insteek sowieso veel uitdagingen met zich mee, voor zowel zorgaanbieders en cliënten als voor zorgverzekeraars.

2. 'Gemiddelde tarieven'

- 2a) Bij behandelingen binnen de afbakening 'kortdurend generalistisch' werken met tijdsklassen en (gemiddelde) tarieven:

De zorgaanbieder declareert consulten binnen de afbakening 'kortdurend generalistisch' zoals

gebruikelijk binnen het zorgprestatie­model. De afzonderlijke consulten tellen op tot een totaal aan minuten besteed binnen het zorgtraject, waarbij er een tarief geldt per tijdsklasse.

Bijvoorbeeld (de onderbouw­ing voor de gekozen minutengrenzen in dit voorbeeld ontbreekt):

- Vergoeding per consult voor de eerste 120 minuten van een zorgtraject (intake) *én*
- Eén totale vergoeding voor de zorg vanaf 120 minuten (t/m 360 minuten) waar aanspraak op kan worden gedaan zodra 'de teller' op 121 staat *én*
- Eén totale vergoeding voor de zorg vanaf 360 minuten (t/m 600 minuten) waar aanspraak op kan worden gedaan zodra 'de teller' op 361 staat *én*
- Eén totale vergoeding voor de zorg vanaf 600 minuten (t/m 900 minuten) waar aanspraak op kan worden gedaan zodra 'de teller' op 601 staat *én*
- Vanaf 900 minuten:
 - Aanvullende klassen met een vaste vergoeding (al dan niet alleen te declareren als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan)
 - Eén vaste vergoeding voor 'langere generalistische zorg' (al dan niet alleen te declareren als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan)
 - Een vergoeding per consult (al dan niet alleen te declareren als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan)
 - Geen vergoeding
 - ...

Dergelijke tijdsklassen kennen we al in de huidige DBC's, waarbij bleek dat dit 'optimaal declareren', net over de minutengrens (upcoding / zaagtandeffect), in de hand werkte. Echter, bij de behandelfilosofie van kortdurend generalistisch behandelen en de problematiek die hiermee behandeld wordt lijkt het goed haalbaar om vóóraf een realistische inschatting te maken van de verwachte behandelduur. Dat maakt het bij deze vorm van zorg realistischer om voorwaarden te stellen aan declaraties waar, vooraf, invulling aan gegeven moet worden. Bijvoorbeeld:

- Voor aanvang van het eerste consult boven de 120 minuten moet de verwachte duur van de totale behandeling (tijdsklasse) worden vastgesteld => besproken met de cliënt en vastgelegd in het epd als informatie bij het zorgtraject. De vooraf vastgelegde tijdsduur bepaalt op / tot en met welke tijdsklasse in beginsel aanspraak kan worden gedaan.
- Als de behandeling langer duurt dan vooraf ingeschat en daarmee aanspraak moet worden gedaan op (het tarief van) een volgende tijdsklasse, moet dit worden vastgesteld (besproken met de cliënt en beargumenteerd vastgelegd in het epd) voordat de volgende tijdsklasse wordt aangesproken.

Deze structuur benadert de huidige Basis GGZ, waarbij geen echte tijdsklassen gelden maar wel een gemiddeld aantal minuten per product als uitgangspunt geldt. Deze gemiddelde tarieven blijken enerzijds een stimulans te geven om zo kort mogelijk te behandelen, waarbij er wel ook voldoende ruimte is (zowel inhoudelijk als financieel) om cliënten langer te behandelen.

Diezelfde ruimte is er binnen deze voorgestelde opzet; voor behandelingen die onverwacht langer duren maar ook voor behandelingen waarvan vooraf reeds duidelijk is dat hier meer dan 900 minuten voor nodig zijn. Zo kan ook complexere problematiek vanuit de kortdurende generalistische behandelfilosofie behandeld worden. Hiermee kan worden ingespeeld op een

belangrijk minpunt van de huidige bekostiging van de Basis GGZ: het behandelen van complexere problematiek is in de huidige structuur moeilijk, omdat hier een behandelduur en -kosten mee gemoeid zijn die de hoogste productgroep van de Basis GGZ (te) ver ontstijgen. Anderzijds is het in deze opzet ook zo dat voor behandelingen die onverwacht (veel) korter duren dan verwacht, en daarmee in een lagere tijdsklasse worden afgerond, de vergoeding lager is (passend bij de tijdsklasse).

Qua eenvoud en transparantie van kosten voor de cliënt zitten er voor- en nadelen aan deze opzet. Enerzijds is het werken met tarieven voor een 'bundel behandelminuten' eenvoudig en transparant. Maar: geleverde zorg staat hier niet 1 op 1 gelijk aan vergoede zorg, wat tot onduidelijkheid en verminderde transparantie bij de cliënt kan leiden. In theorie zou een mondige cliënt zelfs bij de behandelaar aanspraak kunnen gaan doen op het restant aan behandelminuten dat volgens de verzekeraar wel is vergoed maar, vanwege het principe van deze opzet, door de behandelaar niet in consulten volledig is besteed. Een dergelijke opzet wijkt ook enigszins af van de opzet van het zorgprestatie-model, wat administratief gezien voor aanvullende uitdagingen zorgt.

- 2b) De huidige productstructuur voor de Basis GGZ handhaven voor kortdurende generalistische behandelingen:

Er gelden net als nu producten met één tarief per productgroep, dat uitgaat van de gemiddelde kostprijs van de zorg binnen dit product. In de intake moet het product worden bepaald o.b.v. de verwachte behandelduur. Deze structuur lijkt sterk op de hiervoor geschetste structuur met tijdsklassen. Belangrijk verschil is de inzet van 'een product met een gemiddeld aantal minuten' (waarbij de registratie van consulten vooral van waarde is voor inzicht en administratie) vs. de inzet van 'consulten tot een totaal aantal minuten in een zorgtraject per tijdsklasse'. In dit opzicht wijkt deze structuur sterker af van de opzet van het zorgprestatie-model.

Een belangrijk ander verschil is dat er een limiet zit aan het aantal producten, alleen om redenen van overzichtelijkheid. Daardoor is in deze structuur de ruimte beperkt(er) om met aanvullende producten het mogelijk te maken ook meer complexe problematiek (langer) te behandelen binnen de kortdurende generalistische zorg. De opties die er daartoe nog wel zijn:

- Een vergoeding per consult (al dan niet alleen te declareren als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan)
- Eén vaste vergoeding voor 'langere generalistische zorg' (al dan niet alleen te declareren als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan)

In deze optie gelden dezelfde overwegingen m.b.t. eenvoud en transparantie richting de cliënt, met als verschil dat hier minder duidelijk sprake is van 'minutenbundels'.

3. Voorwaarden

- Bij behandelingen binnen de afbakening 'kortdurend generalistisch' als voorwaarde hanteren dat bij de start een geschatte behandelduur wordt geregistreerd – een uitbreiding moet worden voorzien van een argumentatie:

Ook in deze opzet wordt ingespeeld op de haalbaarheid om, binnen de behandelingsfilosofie van kortdurend generalistisch behandelen en de problematiek die hiermee behandeld wordt, vóóraf

een realistische inschatting te maken van de verwachte behandelduur. Verder geldt de structuur van het zorgprestatie-model: consulten worden gedeclareerd naar duur, vergoede zorg = geleverde zorg.

In deze opzet is er geen sprake van een vooraf voorgeschreven kader van tijdsklassen of producten. Dat geeft meer ruimte aan de aanbieder om dit per cliënt te bespreken en vast te stellen. Er wordt daarmee ook een groter beroep gedaan op het inschattingsvermogen van de behandelaar. Het is ook een mogelijkheid wel te werken met tijdsklassen voor de inschatting van de behandelduur, maar zonder hier een (gemiddeld) tarief aan te koppelen.

Er zit in deze opzet geen limiet aan tijd, wat maakt dat de ervaren grip op de duur van zorg en zorgkosten mogelijk minder is. Anderzijds biedt het (nog meer) ruimte, voor alle partijen, om complexere problematiek ook binnen de kortdurende zorg te behandelen, wat de druk op de gespecialiseerde zorg kan verminderen. Het is de vraag wat dit betekent voor (een verschuiving van) de wachtlijstproblematiek, waarbij aangetekend dient te worden dat toenemende wachttijden vaak voor zorgaanbieders een extra prikkel zijn om de behandelzeiten nog eens onder de loep te nemen.

Voor de cliënt is deze opzet optimaal transparant: hij/zij weet hoe lang het zorgtraject (ongeveer) gaat duren, de zorg die is geleverd ziet hij/zij terug op het overzicht van vergoedingen en als het traject langer duurt wordt dit met hem of haar besproken. Op basis van de declaratiedata die snel beschikbaar zijn, zijn ook op macro-niveau ontwikkelingen transparant (geschatte duur, gerealiseerde duur, redenen voor uitbreiding) en goed te monitoren.

Figuur 2 – Denkrichtingen bekostigingsprikkel voor kortdurende generalistische ggz

