

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Mevrouw drs. E.I. Schippers  
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](mailto:info@nza.nl)  
I [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

**Uw brief van**  
15 juni 2016

**Uw kenmerk**  
979896-151943-CZ

**Behandeld door**  
Directie Regulering

**Telefoonnummer**  
088 770 87 70

**E-mailadres**  
[info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)

**Kenmerk**  
0217452/0296075

**Onderwerp**  
Adviesaanvraag bekostiging acute ggz

**Datum**  
1 december 2016

Mevrouw de Minister,

U heeft op 15 juni 2016 de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd te adviseren wat de meest passende wijze van bekostiging van de acute ggz per 2018 is. Deze brief bevat ons advies met een toelichting daarop. Het rapport van bureau SiRM – Strategies in Regulated Markets 'Acute geestelijke gezondheidszorg Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten' uit februari 2015 was daar mede aanleiding voor. Eén van de aandachtspunten in het rapport is de bekostiging van de acute ggz. U geeft in uw brief aan dat de toekomstige bekostiging dient aan te sluiten bij de beoogde keten van de acute ggz conform de generieke module. Daarnaast heeft u in uw brief verschillende andere randvoorwaarden benoemd waarmee rekening moet worden gehouden bij de toekomstige vormgeving van de bekostiging van de acute ggz.

#### *Samenvatting conclusies en aanbevelingen*

De acute ggz staat volop in de belangstelling. Zorgverzekeraars en aanbieders werken aan een nieuwe ordening en organisatie van de acute ggz. Die zal de komende maanden ingevoerd worden. De NZa werkt daar graag aan mee. Eén van de uitgangspunten van de nieuwe opzet is dat zorgverzekeraars en aanbieders afspraken maken hoe de acute ggz regionaal optimaal georganiseerd kan worden. De toekomstige bekostiging moet deze nieuwe organisatie en ordening van acute ggz ondersteunen. Omdat de optimale organisatie nog vorm moet krijgen in afspraken, kunnen wij nu nog niet vooruitlopen op hoe de ordening eruit zal zien. Daarom zijn wij tot de conclusie gekomen dat het op dit moment niet wenselijk is om nu al een definitieve keuze voor een bekostigingsmodel te maken voor de periode na 2018. Wij willen samen met de veldpartijen - en parallel aan de bovengenoemde optimalisatie - een voorstel uitwerken voor een toekomstbestendige bekostiging van de acute ggz en de daadwerkelijke invoering hiervan. Voorwaarde hiervoor is dat er overeenstemming is tussen partijen over de ordening en organisatie van de acute ggz, en dat er ook voldoende voortgang is bij de uitwerking en invoering hiervan. Wij gaan actief sturen dat partijen gezamenlijk de stappen zetten om de generieke module te implementeren.

Het lijkt ons niet zinvol om een nieuwe methodiek voor de bekostiging in te voeren, die vanaf 2019 mogelijk niet meer voldoet. Daarom adviseren wij om tot en met 2018 de huidige bekostiging in stand te laten en de komende maanden te gebruiken om tot een toekomstbestendig bekostigingsmodel te komen.

**Kenmerk**  
0217452/0296075

**Pagina**  
2 van 15

Voor de komende maanden is het belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars komen tot een optimale organisatie van acute ggz in een regio. Daarbij moet behalve met de bereikbaarheids- en kwaliteitsnormen uit de Generieke module Acute Psychiatrie ook rekening gehouden worden met de keuzes die gemaakt worden rond de opvang van verwarde personen. De toekomstige bekostiging van acute ggz moet de nieuwe organisatie en ordening van acute ggz ondersteunen.

Om tot een nieuw advies te komen voor het toekomstige gewenste bekostigingsmodel leveren wij uiterlijk eind september 2017 een monitor acute ggz op. Deze monitor geeft ons meer inzicht in volumes, kosten en eventuele marktverstoringen in de (toekomstige) acute ggz, de positie van de acute ggz in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en aanbieders van acute ggz en de voortgang van de implementatie van de generieke module.

In de tussentijd is het essentieel dat de acute ggz voldoende toegankelijk blijft. Wij verwachten hier geen probleem. Vanaf 2017 zijn de tarieven voor de crisis dbc's en de beschikbaarheidscomponent crisis (bcc) substantieel verhoogd. Deze maatregel kan op korte termijn helpen om het probleem van mogelijke onderdekking aan te pakken. Ook geeft de verhoging ons inziens de ruimte aan partijen om de nieuwe bereikbaarheids- en kwaliteitsnormen te implementeren. Met de bekostiging per 2017 hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders instrumenten in handen om passende (maatwerk) afspraken te maken. De toegankelijkheid van de ggz heeft in ons werkprogramma voor 2017 bijzondere aandacht gekregen. Zo sturen we – via ons toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars - op betere waarborging door zorgverzekeraars van de tijdigheid van gespecialiseerde ggz. Dit zullen we blijven doen in 2017. Ook zijn we voornemens in 2017 onderzoek te gaan doen naar hoe zorgverzekeraars hun zorgplicht uitvoeren als het gaat om acute zorg, waaronder de crisis ggz. Er zijn meerdere ontwikkelingen in de ggz, zoals ambulantisering van de ggz en het vervoer van verwarde personen, die onze aandacht hebben.

Daarnaast beschikken wij over een breed instrumentarium om de toegankelijkheid van de acute ggz te waarborgen als er zich problemen zouden voordoen. Momenteel bestaat de norm voor aanbieders onder de WTZi om 24\*7 zorg te leveren. Deze norm blijft bestaan. De IGZ ziet hierop toe. Zorgverzekeraars hebben hun zorgplicht. Wij beschikken over het instrumentarium om zorgverzekeraars aan te spreken op hun zorgplicht. Mocht de zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht kunnen voldoen dan biedt onze beleidsregel 'Overmacht continuïteit van cruciale zorg' een last-resort functie. De crisis-ggz valt onder de cruciale zorg zoals omschreven in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG.

Dit betekent dat als een zorgverzekeraar ondanks alle mogelijke inspanningen niet in staat is de acute ggz beschikbaar te houden voor zijn verzekerden, wij u hierover kunnen informeren. U kunt dan beslissen een (tijdelijke) vangnetstichting op te richten om de zorg te continueren.

**Kenmerk**  
0217452/0296075

**Pagina**  
3 van 15

Om partijen de mogelijkheid te geven om de bereikbaarheids- en kwaliteitsnormen te implementeren adviseren wij om de huidige bekostigingswijze met crisis-dbc's en een bcc de komende twee jaar nog te handhaven. Om de sector niet teveel te belasten passen wij liever eenmalig de bekostiging aan die toekomstbestendig is dan in korte periode de bekostiging meerdere keren aan te passen. Wij kunnen op dit moment geen conclusie trekken of er sprake is van marktverstoring. Dit komt doordat de kosten voor het instandhouden van een crisisdienst beïnvloedbaar zijn voor de aanbieder en omdat normen voor de organisatie van de acute ggz op dit moment ontbreken.

#### *Reacties partijen*

Een conceptadvies is besproken met partijen in een overleg op 27 oktober 2016 en in de Adviescommissie van 2 november 2016. Zowel aanbieders, verzekeraars als de patiëntenorganisatie hebben gereageerd.

Verzekeraars en een deel van de aanbieders kunnen zich vinden in het advies om de tijd te nemen om tot een definitief bekostigingsmodel te komen. Het heeft hun voorkeur boven het per 2018 invoeren van een bekostigingsmodel dat daarna eventueel moet worden aangepast.

De patiëntenorganisatie en een koepel van aanbieders zien graag een beschikbaarheidsbijdrage als eindmodel. Beschikbaarheid staat bovenaan; deze mag niet afhankelijk zijn van marktwerking en dient onafhankelijk getoetst te worden. Ook zijn er zorgen dat partijen op elkaar gaan wachten bij de uitwerking van de generieke module en de financiering.

Bij een advies voor een definitief bekostigingsmodel sluiten wij op voorhand geen bekostigingsmodellen uit. Ons advies om voor 2018 de huidige bekostiging te behouden, betekent niet dat dit bekostigingsmodel geen optie is of dat dit het voorkeursmodel is. Wij hechten er echter wel aan om duidelijk te maken dat een bekostiging met een beschikbaarheidsbijdrage alleen kan worden ingevoerd als er wordt voldaan aan strikte eisen op grond van artikel 56a van de Wmg.

## **1. Vormgeving en aandachtspunten huidige bekostiging acute ggz**

### *1.1 Vormgeving huidige bekostiging acute ggz*

Zorgverzekeraars vergoeden de acute ggz op basis van het aantal crisis-dbc's dat een crisisdienst declareert. Er bestaan verschillende crisis-dbc's afhankelijk van het aantal minuten dat wordt ingezet voor de patiënt. Een crisis-dbc blijft maximaal 28 dagen geopend.

Een zorginstelling die acute ggz verleent, kan bij een crisis-dbc de zogenaamde beschikbaarheidscomponent crisis (bcc) declareren. Deze component dient ter dekking van de kosten van de beschikbaarheidsfunctie van de crisisdienst en van de salaristoelagen voor het werk van de behandelaar buiten kantooruren.

De bcc maakt geen onderscheid tussen geleverde crisiszorg binnen of buiten kantooruren. Er is sprake van één maximumtarief.

**Kenmerk**  
0217452/0296075

**Pagina**  
4 van 15

### *1.2 Aandachtspunten huidige bekostiging acute ggz*

In februari 2015 heeft het bureau SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. zijn rapport 'Acute geestelijke gezondheidszorg. Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten' uitgebracht.<sup>1</sup> Eén van de aandachtspunten in het rapport is de bekostiging van de acute ggz. SiRM heeft in zijn rapport geconcludeerd dat de veldpartijen de bekostiging van de crisisdienst via dbc's als ongewenst ervaren. Het rapport stelt daarover het volgende: "De huidige variabele beschikbaarheidsvergoeding als onderdeel van de dbc leidt mogelijk tot een onder- of overdekking voor partijen; partijen die meer dbc's declareren ontvangen een hogere beschikbaarheidsvergoeding, terwijl juist de partijen in dunnerbevolkte gebieden een hogere beschikbaarheidsvergoeding zouden moeten ontvangen".

### *1.3 Huidige ordening acute zorg*

Vanuit de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) geldt dat iedere instelling de verplichting heeft om acute zorg te organiseren en in stand te houden. Er zijn veel regionale verschillen tussen de instellingen die acute ggz leveren. Aan de hand van de dbc's zien wij een beperkt aantal instellingen (29), PAAZ'en en PUK'en dat crisis ggz levert. De instellingen die de crisis-dbc's declareren zijn regionaal georiënteerd. In sommige regio's is er sprake van samenwerking tussen de (regionale) instelling die de acute ggz verzorgt en de PAAZ/PUK. In andere regio's is er geen sprake van samenwerking.

Sinds 2013 zijn er aparte dbc's voor crisis. Deze dbc's mogen alleen geopend worden door instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie.

## **2. Advies en toelichting**

### *2.1 Mogelijke bekostigingsmodellen*

In het zorgstelsel zijn verschillende modellen denkbaar of gangbaar om de beschikbaarheid van zorg te vergoeden. Wij hebben deze modellen in kaart gebracht zonder daarbij uitputtend te willen zijn. Binnen de modellen kunnen bij het nader uitwerken op onderdelen soms verschillende keuzes gemaakt worden. Ook kunnen modellen op onderdelen worden gecombineerd. Bijlage 1 bevat een uitgebreide beschrijving van de modellen.

### *2.2 Keuze uit bekostigingsmodellen*

De verschillende mogelijke bekostigingsmodellen zijn besproken met GGZ Nederland, NFU en ZN. Daarna is het conceptadvies in een overleg en in de Adviescommissie besproken. De meningen van partijen over de meest passende bekostiging alsmede over het tempo waarin deze ingevoerd dient te worden lopen uiteen. ZN, NFU en NVZ benadrukken vooral de tijd te willen nemen om tot een definitief bekostigingsmodel te komen. GGZ Nederland en het Landelijk Platform GGz willen per 2018 een beschikbaarheidsbijdrage voor de acute ggz.

---

<sup>1</sup> SiRM, Acute geestelijke gezondheidszorg. Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten. Den Haag, 11 februari 2015

**Kenmerk**  
0217452/0296075

**Pagina**  
5 van 15

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten gezamenlijk blijven zoeken naar de juiste schaal om de beschikbaarheid van acute ggz optimaal te organiseren. Beide partijen hebben de verplichting hiertoe, de aanbieders op grond van de WTZi en zorgverzekeraars op grond van de zorgplicht in de Zvw. Momenteel werken de veldpartijen onder begeleiding van SiRM aan een Generieke module Acute Psychiatrie. Dit proces bevindt zich in een afrondende fase. Zodra de module gereed is, vormt deze ook de norm waaraan beiden getoetst kunnen worden door respectievelijk de IGZ en de NZa.

De conceptmodule bevat enkele aanknopingspunten ten aanzien van de bereikbaarheid en kwaliteit. Ten aanzien van de organisatie wordt uitgegaan van beschikbaarheid van een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (spv'er) / verpleegkundig specialist als voorwacht, een spv'er / verpleegkundig specialist en een arts als eerste beoordelaar en een psychiater als achterwacht. De concept ggz-triagewijzer die onderdeel uitmaakt van de conceptmodule gaat uit van een maximale tijd van 1 uur voor de start van een beoordeling door een crisisdienst. Binnen een reistijd van drie kwartier kan een crisisdienst een vrij grote regio bestrijken. Het is belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars de komende tijd bezien hoe een optimale ordening van de acute ggz in de regio eruit ziet op basis van de normen uit de Generieke module Acute Psychiatrie. Op basis hiervan dient er, in samenwerking met de partijen, een bekostigingsmodel te komen dat het meest passend is.

Naast de implementatie van de generieke module speelt de discussie over verwarde personen. Het aanjaagteam verwarde personen adviseert een sluitende aanpak voor 24-uurs opvang voor verwarde personen.<sup>2</sup> De groep verwarde personen is breder dan acute ggz patiënten. De oproep tot 'brede' opvanglocaties, voor zowel acute ggz patiënten als verwarde personen niet zijnde acute ggz patiënten, kan leiden tot een andere ordening en organisatie.

De verdere uitwerking en implementatie van de Generieke module Acute Psychiatrie en de uitkomsten van de discussie rond de opvang van verwarde personen zijn van invloed op de gewenste ordening en organisatie van de acute ggz. Wij vinden het niet het geschikte moment om nu al vooruit te lopen op de precieze ordening en organisatie van de acute ggz die zich komende jaren gaat ontwikkelen. Dit brengt ons tot de conclusie dat het op dit moment niet wenselijk is om voor de periode vanaf 2018 een definitieve keuze te maken uit de verschillende mogelijke bekostigingsmodellen.

Daar komt nog bij dat wij momenteel een kostprijsonderzoek laten uitvoeren voor de herijking van de tarieven ggz per 2018. Dit onderzoek kan nuttige informatie opleveren die betrokken dient te worden bij de vormgeving van een toekomstbestendig bekostigingsmodel voor de acute ggz. Het gaat dan bijvoorbeeld om informatie die gebruikt kan worden voor analyses over marktverstoring.

---

<sup>2</sup> Doorpakken! Eindrapportage aanjaagteam verwarde personen. September 2016. <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/nieuws/aanpak-verwarde-personen-stand-van-het-land>

**Kenmerk**  
0217452/0296075

**Pagina**  
6 van 15

De huidige bekostiging, op basis van crisis-dbc's met bcc's, zou ook een toekomstbestendig bekostigingsmodel kunnen zijn voor de acute ggz. Deze vorm van bekostiging geeft partijen een prikkel om te zoeken naar een doelmatige organisatie van de acute ggz. Zorgverzekeraars lopen risico over de kosten van bcc's en houden daarmee een prikkel om alleen aanbieders te contracteren die nodig zijn voor de bereikbaarheid van acute ggz.

### *2.3 Gezamenlijk overleg over gewenste bekostiging*

Wij adviseren u om ons en de veldpartijen in de gelegenheid te stellen om het komende maanden in gezamenlijk overleg tot een voorstel te komen voor een toekomstbestendige bekostiging van acute ggz. Ook geven enkele veldpartijen aan dat het per 2019 invoeren van een toekomstbestendig bekostigingsmodel dat past bij de gewenste ordening van de acute zorg hun voorkeur heeft boven het per 2018 invoeren van een model dat daarna eventueel moet worden aangepast.

Om tot een voorstel te komen voor een toekomstbestendige bekostiging van acute ggz zullen wij samen met de veldpartijen de gevolgen voor de bekostiging van het nader uitwerken en implementeren van de bereikbaarheids- en kwaliteitsnormen uit de Generieke module Acute Psychiatrie in kaart brengen. Ook zullen wij de uitkomsten van de beleidsdiscussie rond adequate zorg voor verwarde personen meenemen bij de keuzes rond de bekostiging van acute ggz. Wij gaan actief sturen dat partijen gezamenlijk de handschoen oppakken om de generieke module te implementeren. Wij willen voorkomen dat er een 'kip-ei' discussie gaat ontstaan tussen de implementatie en de bekostiging.

Wij hechten eraan om op voorhand duidelijk te maken dat een bekostiging met een beschikbaarheidsbijdrage alleen kan worden ingevoerd in het geval er wordt voldaan aan strikte eisen op grond van artikel 56a van de Wmg. Een argument als 'de brandweer wordt ook niet per brand betaald' volstaat daarbij niet.

De totstandkoming van een voorstel voor een passende bekostiging en de daadwerkelijke invoering van deze passende bekostiging per 1 januari 2019 zijn afhankelijk van het bereiken van overeenstemming over de nieuwe ordening en organisatie van acute ggz en van voldoende voortgang bij de uitwerking en invoering van deze nieuwe ordening en organisatie in de praktijk.

### *2.4 Monitor acute ggz*

Voor het uitwerken van een toekomstbestendig bekostigingsmodel en het verkrijgen van inzicht in de effecten van de substantiële tariefsverhoging per 1 januari 2017, is het noodzakelijk om meer zicht te krijgen op de volumes, kosten en eventuele marktverstoringen in de acute ggz. Daarom zullen wij in 2017 een monitor acute ggz uitvoeren. In de monitor kunnen verschillende vragen worden meegenomen zoals:

- In hoeverre is de acute ggz een gespreksonderwerp in de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars?
- Welke volumes aan crisis-dbc's zijn er door de jaren heen geleverd en in hoeverre is er sprake van volumewisselingen tussen jaren?

- Wat zijn de normatieve kosten van de beschikbaarheid van acute ggz in een regio? In welke mate nemen deze kosten toe door aanscherping van de bereikbaarheids- en beschikbaarheidsnormen in de Generieke module Acute Psychiatrie?
- Welke productie aan crisis-dbc's en bcc's dient een aanbieder te leveren om met het maximumtarief van de bcc de normatieve kosten van de beschikbaarheid van acute ggz te kunnen dekken?
- In hoeverre zijn zorgverzekeraars bereid om de contractafspraken aan te passen aan de hogere bcc? Hoe verhoudt zich dit tot de omzetplafonds?
- Wat zijn de daadwerkelijk gecontracteerde tarieven?
- In hoeverre is er sprake van marktverstoring in de acute ggz?

**Kenmerk**  
0217452/0296075

**Pagina**  
7 van 15

### *2.5 Bekostiging acute ggz tot en met 2018*

Om een toekomstbesteding bekostiging mogelijk te maken, adviseren wij om de huidige bekostigingswijze met crisis-dbc's en een bcc de komende twee jaar te handhaven. Vanaf 2017 zijn de tarieven voor de crisis-dbc's en de bcc substantieel verhoogd. Het tarief voor de bcc wordt bijna verdubbeld. De verhoging van de tarieven, vermenigvuldigd met de volumes (dbc's geopend 2014 als benadering van het volume) leidt tot een macrokosteneffect van circa € 28 mln. De totale omzet aan crisis-dbc's in 2013 bedraagt € 124 mln. Dit is een verhoging van zo'n 20%. Wij schatten dit als dusdanig veel in dat een (groot) deel van de door partijen aangegeven knelpunten m.b.t. onderdekking kunnen worden weggenomen. Ook geeft het partijen de ruimte voor maatwerk om de generieke module te gaan implementeren.

Op basis van de huidige organisatie en ordening kunnen wij ook geen harde conclusie trekken of er sprake is van marktverstoring. Om tot een oordeel te komen zijn de kosten van acute ggz per verzekerde in het werkgebied noodzakelijk. In de huidige situatie zijn er geen normen over de organisatie van de acute ggz. Dit betekent dat iedere instelling de acute ggz op zijn eigen manier kan vormgeven. Hiermee worden ook de kosten direct beïnvloed. Uit een eerder uitgevoerde enquête naar de wachtlijsten in de acute ggz komt bijvoorbeeld naar voren dat er aanbieders zijn die 24\*7 beschikbaar zijn maar ook dat er zorgaanbieders zijn die werken vanuit thuis. Dit beïnvloedt de kosten.

### **3. Afsluiting**

Voor de komende jaren is het belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars op grond van de bereikbaarheids- en kwaliteitsnormen uit de Generieke module Acute Psychiatrie komen tot een optimalisatie van de organisatie van acute ggz in een regio. Daarbij dient rekening te worden gehouden met de keuzes die gemaakt worden rond de opvang van verwarde personen. Parallel daaraan willen wij samen met de veldpartijen komen tot een toekomstbestendige bekostiging van de acute ggz passend bij de gewenste ordening en organisatie van de acute ggz.

De NZa zal samen met de veldpartijen, ieder vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid, de komende tijd benutten om zowel de gewenste ordening als de bijpassende bekostiging van de acute ggz uit te werken. Uiteraard zijn wij bereid om ons advies nader toe te lichten.

**Kenmerk**  
0217452/0296075

**Pagina**  
8 van 15

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw,  
voorzitter Raad van Bestuur



## **Bijlage 1 – Mogelijke toekomstige modellen voor de bekostiging van acute ggz**

**Kenmerk**  
0217452/0296075

**Pagina**  
9 van 15

In het zorgstelsel zijn verschillende modellen denkbaar of gangbaar om de beschikbaarheid van zorg te vergoeden. Deze modellen zijn in kaart gebracht zonder daarbij uitpuittend te willen zijn. Binnen de modellen kunnen bij het nader uitwerken op onderdelen soms verschillende keuzes gemaakt worden. Ook kunnen modellen op onderdelen worden gecombineerd. Deze bijlage geeft een overzicht van deze modellen en hoe deze kunnen worden toegepast op de acute ggz.

### **2.1 Vergoeding naar gebruik**

De beschikbaarheid van acute ggz kan worden vergoed naar rato van gebruik. In dit geval is het van belang dat er zorgprestaties voor acute ggz bestaan. Dit kunnen bijvoorbeeld de huidige crisis DBC's zijn. De bcc wordt in dit model gehandhaafd, maar om onderdekking te voorkomen wordt het maximumtarief van de bcc verhoogd. Er kan in dit model ook worden gekozen voor een bandbreedtetarief. Elke keer dat een patiënt in crisis wordt geholpen kan een crisis DBC in combinatie met een bcc worden gedeclareerd. De inkomsten voor de aanbieder worden bepaald door het aantal crisis DBC's en bcc's dat de aanbieder levert en het betreffende tarief.

Het aantal geleverde crisis DBC's en bcc's is afhankelijk van het beroep dat wordt gedaan op de acute zorg en kan daarmee sterk verschillen per aanbieder. De kosten van de beschikbaarheid van acute ggz in de ANW-uren zijn echter voor een belangrijk deel vast. Om de inkomsten uit prestaties acute ggz te laten aansluiten op de kosten voor de beschikbaarheid is het belangrijk dat het verwachte gebruik kan worden ingeschat zodat het juiste tarief kan worden bepaald.

Indien er tussen aanbieders grote verschillen zijn in het aantal prestaties acute ggz, dan is het van belang dat het tarief voldoende kan worden aangepast. Het is daarom belangrijk dat het maximumtarief van de bcc voldoende hoog is om rekening te houden met regionale verschillen. Concreet betekent dit een verhoging van het maximumtarief van de bcc (ten opzichte van 2016). In de jaarlijkse onderhandelingen met elke zorgverzekeraar wordt het daadwerkelijke tarief van de bcc bepaald en afgestemd op de beschikbaarheidskosten. De crisis DBC en de bcc worden net als de meeste andere prestaties per patiënt in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar waar de patiënt verzekerd is.

Zorgverzekeraars lopen vanaf 2017 volledig risico over de prestaties acute zorg. Dit betekent dat zorgverzekeraars een prikkel hebben om op de kosten van de beschikbaarheid van acute ggz te letten. Er bestaat zo een prikkel bij zorgverzekeraars om in een regio een doelmatige beschikbaarheid van acute ggz te realiseren.

Indien het onderhandelde tarief voor de bcc relatief hoog is, dan moeten er duidelijke regels gelden wanneer een bcc mag worden gedeclareerd. Daarnaast is het van belang dat zorgverzekeraars het aantal geleverde

crisis DBC's en bcc's monitoren en dat indien nodig het tarief jaarlijks wordt aangepast.

**Kenmerk**  
0217452/0296075

**Pagina**  
10 van 15

De tarieven voor de bcc vallen op dit moment onder het eigen risico van patiënten. Indien de werkelijke kosten van de beschikbaarheid in rekening worden gebracht, kunnen de tarieven voor de bcc relatief hoog uitvallen. Bovendien ontstaan en waarschijnlijk regionale verschillen waardoor patiënten in verschillende regio's met verschillende prijzen te maken krijgen.

#### **Randvoorwaarden en aandachtspunten**

- Het model is alleen mogelijk met een voldoende hoog maximumtarief voor bcc's
- Er moeten duidelijke regels zijn voor het in rekening brengen van crisis DBC's in combinatie met bcc's

## **2.2 Onderlinge vergoeding beschikbaarheidskosten**

Elke op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) toegelaten ggz-instelling is verplicht om acute zorg te organiseren en in stand te houden. De aanbieder hoeft hiervoor niet noodzakelijk zelf acute ggz 24/7 beschikbaar te hebben. De aanbieder kan ook afspraken maken om de beschikbaarheid van voldoende acute ggz door andere aanbieders te laten verzorgen.

De aanbieders die de beschikbaarheid van acute ggz (in de ANW-uren) organiseren ontvangen hiervoor een vergoeding van collega instellingen. Aanbieders die de beschikbaarheid van acute ggz (in de ANW-uren) uitbesteden aan collega instellingen betalen hiervoor een vergoeding. Zij betalen de vergoeding uit de inkomsten van reguliere ggz-prestaties. De tarieven voor de reguliere prestaties worden hiertoe verhoogd met de macrokosten voor de bcc. In dit model zijn geen specifieke prestaties voor acute ggz noodzakelijk. Er gelden maximumtarieven.

Zorgverzekeraars lopen op termijn (2017) volledig risico op de reguliere prestaties ggz. Via de reguliere prestaties betalen zorgverzekeraars ook mee aan de acute ggz. De reguliere prestaties vallen net als nu onder het eigen risico van verzekerden.

#### **Randvoorwaarden en aandachtspunten**

- De tarieven voor de reguliere prestaties worden verhoogd met de macrokosten voor de bcc
- Een aandachtspunt is of vrijgevestigde aanbieders meebetalen aan de beschikbaarheid van acute ggz of anders hoe de verhoging van de tarieven bij vrijgevestigden door zorgverzekeraars weer kan worden afgeroomd
- Zorgaanbieders moeten in staat zijn om goede afspraken te maken via onderlinge dienstverlening

### 2.3 Netwerk met vaste vergoeding per inwoner

Een netwerk van ggz-instellingen organiseert in onderling overleg de beschikbaarheid van acute ggz in de regio. De aanbieders van acute ggz in de regio richten hiervoor een stichting op. De stichting neemt beslissingen over de organisatie van acute ggz en bepaalt wanneer en waar acute ggz beschikbaar moet zijn. De stichting vergoed de aanbieders die een bijdrage leveren aan de beschikbaarheid van acute ggz.

De stichting ontvangt hiervoor geld van zorgverzekeraars op basis van het aantal inwoners in de regio. Zorgverzekeraars betalen voor elke verzekerde een vast bedrag per jaar aan de stichting. Zorgverzekeraars betalen zo in een regio automatisch mee aan de acute ggz naar rato van hun marktaandeel. Zorgverzekeraars kunnen eventueel risico lopen over deze kosten.

De bijdrage per verzekerde telt niet mee voor het eigen risico van de patiënten of verzekerden.

#### Randvoorwaarden en aandachtspunten

- Het netwerk van ggz-instellingen moet gezamenlijk tot een besluit kunnen komen. Dit kan lastig zijn vanwege belangentegenstellingen (bijvoorbeeld sluiting van locaties met beschikbaarheid acute ggz in ANW-uren)
- Het is lastig om met een vaste vergoeding per inwoner rekening te houden met lokale verschillen

### 2.4 Representatiemodel met vrije tarieven

Analoog aan de bekostiging van de dienstenapotheek contracteert een representatie van zorgverzekeraars de aanbieders van acute ggz in een regio die noodzakelijk zijn om een goede beschikbaarheid te garanderen. Elke aanbieder van acute ggz levert hiervoor een transparante begroting aan bij de representatie van zorgverzekeraars. Bij de begroting wordt ook een inschatting gegeven van het aantal prestaties acute ggz dat de aanbieder naar verwachting zal leveren. De representatie van zorgverzekeraars bepaalt op grond hiervan per aanbieder de tarieven van de prestaties acute ggz die door alle zorgverzekeraars worden gehanteerd.

Indien er tussen aanbieders grote verschillen zijn in het aantal te leveren prestaties acute ggz, dan is het van belang dat het tarief voldoende kan worden aangepast. Voor de prestaties acute ggz is daarom een vrij tarief het meest geschikt. In de jaarlijkse onderhandelingen tussen een aanbieder van acute ggz en de representatie van zorgverzekeraars worden de tarieven bepaald en afgestemd op de beschikbaarheidskosten.

De prestaties acute ggz worden net als de meeste andere prestaties per patiënt in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar waar de patiënt verzekerd is.

**Kenmerk**  
0217452/0296075

**Pagina**  
12 van 15

Zorgverzekeraars lopen vanaf 2017 volledig risico over de prestaties acute zorg. Dit betekent dat zorgverzekeraars een prikkel hebben om op de kosten van de beschikbaarheid van acute ggz te letten. Er bestaat zo een prikkel bij zorgverzekeraars om in een regio een doelmatige beschikbaarheid van acute ggz te contracteren.

Indien de tarieven voor de prestaties acute ggz relatief hoog zijn ten opzichte van andere ggz-prestaties, dan moeten er duidelijke regels gelden wanneer een acute ggz prestatie mag worden gedeclareerd. Daarnaast is het van belang dat zorgverzekeraars het aantal geleverde prestaties acute ggz monitoren en dat indien nodig het tarief jaarlijks wordt aangepast.

De tarieven voor de acute ggz vallen op dit moment onder het eigen risico van patiënten. Indien de werkelijke kosten van de beschikbaarheid in rekening worden gebracht, kunnen de tarieven voor de acute ggz relatief hoog uitvallen.

#### **Randvoorwaarden en aandachtspunten**

- De representatie van zorgverzekeraars moet een rol krijgen bij de contractering van acute ggz
- Het model is alleen mogelijk met vrije prijzen voor acute DBC's
- Er moeten duidelijke regels zijn voor het in rekening brengen van acute DBC's

## **2.5 Representatiemodel met NZa-budgetten**

Net zoals bij de huisartsendienstenstructuur contracteert een representatie van zorgverzekeraars de aanbieders van acute ggz in een regio die noodzakelijk zijn om een goede beschikbaarheid te garanderen. Elke aanbieder van acute ggz levert hiervoor een transparante begroting aan bij de representatie van zorgverzekeraars. De representatie van zorgverzekeraars en de ggz-aanbieder dienen vervolgens samen bij de NZa een verzoek in voor het vaststellen van een budget. De aanbieder ontvangt vervolgens een budget om de beschikbaarheid van acute ggz te verzorgen.

Op grond van het budget en het verwachte aantal prestaties stelt de NZa per aanbieder een relevant punttarief vast. Aangezien kosten en patiëntenaantallen kunnen verschillen per aanbieder zijn ook de tarieven verschillend per aanbieder. Het tarief per aanbieder geldt voor alle zorgverzekeraars en patiënten en wordt in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar waar de patiënt verzekerd is.

Het is de bedoeling dat aanbieders via de tarieven het vastgestelde budget ontvangen. Via een nacalculatieprocedure bij de NZa worden de inkomsten uit tarieven zodanig verrekend dat aanbieders het vastgestelde budget ontvangen.

**Kenmerk**  
0217452/0296075

**Pagina**  
13 van 15

Het is van belang dat zorgverzekeraars toezien op het in rekening brengen van acute DBC's. Zorgaanbieders hebben immers geen prikkel om deze acute DBC's juist te declareren als er sprake is van een gegarandeerd budget voor de beschikbaarheid van acute ggz. Er moeten duidelijke regels gelden wanneer een acute ggz prestatie moet worden gedeclareerd.

Zorgverzekeraars lopen vanaf 2017 volledig risico over de prestaties acute zorg. Dit betekent dat zorgverzekeraars een prikkel hebben om op de kosten van de beschikbaarheid van acute ggz te letten. Er bestaat zo een prikkel bij zorgverzekeraars om in een regio een doelmatige beschikbaarheid van acute ggz te contracteren. Anderzijds zijn de tarieven per aanbieder voor alle zorgverzekeraars hetzelfde. De financiële prikkel om goed te onderhandelen zijn daarom voor de representatie van zorgverzekeraars iets kleiner dan bij individuele onderhandelingen.

De tarieven voor de acute ggz vallen op dit moment onder het eigen risico van patiënten. Indien de werkelijke kosten van de beschikbaarheid in rekening worden gebracht, kunnen de tarieven voor de acute ggz relatief hoog uitvallen.

#### **Randvoorwaarden en aandachtspunten**

- De representatie van zorgverzekeraars moet een rol krijgen bij de contractering van acute ggz
- De NZa moet tarieven per aanbieder vaststellen. Ook moet er nacalculatie plaatsvinden.
- Er moeten duidelijke regels zijn voor het in rekening brengen van acute DBC's

## **2.6 Suppletie beschikbaarheidsbijdrage**

Om te kunnen bepalen welke ggz-aanbieders noodzakelijk zijn voor een goede bereikbaarheid van acute ggz stelt de rijksoverheid landelijke normen op ten aanzien van:

- De tijdige bereikbaarheid van acute ggz (vergelijk met normen voor aanrijtijden van ambulances).
- De kwaliteit van de acute ggz (bijvoorbeeld eisen aan de openingstijden en de kwalificaties van het personeel dat beschikbaar dient te zijn)
- De kosten van het beschikbaar houden van acute ggz

Op basis van de landelijke normen bepaalt de rijksoverheid welke aanbieders noodzakelijk zijn om aan de bereikbaarheidsnorm van acute ggz te kunnen voldoen.

Aanbieders die noodzakelijk zijn voor een goede bereikbaarheid van acute ggz, maar die onvoldoende inkomsten ontvangen uit de gedeclareerde beschikbaarheidscomponenten crisis (bcc) komen in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage. De beschikbaarheidsbijdrage vult het verschil aan tussen de vastgestelde kostennorm en het aantal gedeclareerde bcc's. De hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage verschilt dus per geselecteerde aanbieder van acute ggz.

**Kenmerk**  
0217452/0296075

**Pagina**  
14 van 15

De beschikbaarheidsbijdrage wordt rechtstreeks uit het zorgverzekeringsfonds betaald aan de aanbieders. Zorgverzekeraars lopen geen risico over de beschikbaarheidsbijdrage. De beschikbaarheidsbijdrage is niet relevant voor het eigen risico van patiënten.

#### **Randvoorwaarden en aandachtspunten**

- De rijksoverheid moet normen stellen voor de bereikbaarheid om te bepalen welke locaties noodzakelijk zijn voor de bereikbaarheid
- De overheid moet kwaliteitsnormen opstellen voor de bereikbaarheid van acute ggz
- De NZa moet kostenonderzoek doen om normen voor de kosten van de bereikbaarheid van acute ggz te bepalen
- De overheid moet het verschil aanvullen tussen de inkomsten uit bcc's en de kostennorm
- De invoering van beschikbaarheidsbijdragen vergt de nodige tijd voor het onderzoek naar normen, kosten en bereikbaarheid en de besluitvorming (o.a. Amvb en advies Raad van State).

## **2.7 Generieke beschikbaarheidsbijdrage**

Om te kunnen bepalen welke ggz-aanbieders noodzakelijk zijn voor een goede bereikbaarheid van acute ggz stelt de rijksoverheid landelijke normen op ten aanzien van:

- De tijds bereikbaarheid van acute ggz (vergelijk met normen voor aanrijtijden van ambulances).
- De kwaliteit van de acute ggz (bijvoorbeeld eisen aan de openingstijden en de kwalificaties van het personeel dat beschikbaar dient te zijn)
- De kosten van het beschikbaar houden van acute ggz

Op basis van de landelijke normen bepaalt de rijksoverheid welke aanbieders noodzakelijk zijn om aan de bereikbaarheidsnorm van acute ggz te kunnen voldoen.

Alle aanbieders die noodzakelijk zijn voor een goede bereikbaarheid van acute ggz ontvangen een even hoge beschikbaarheidsbijdrage. Deze beschikbaarheidsbijdrage is gebaseerd op de vastgestelde kostennorm voor het beschikbaar houden van acute ggz. De bcc komt te vervallen.

De beschikbaarheidsbijdrage wordt rechtstreeks uit het zorgverzekeringsfonds betaald aan de aanbieders. Zorgverzekeraars

lopen geen risico over de beschikbaarheidsbijdrage. De beschikbaarheidsbijdrage is niet relevant voor het eigen risico van patiënten.

**Kenmerk**  
0217452/0296075

**Pagina**  
15 van 15

#### **Randvoorwaarden en aandachtspunten**

- De rijksoverheid moet normen stellen voor de bereikbaarheid om te bepalen welke locaties noodzakelijk zijn voor de bereikbaarheid
- De overheid moet kwaliteitsnormen opstellen voor de beschikbaarheid van acute ggz
- De NZa moet kostenonderzoek doen om normen voor de (minimum)kosten van de beschikbaarheid van acute ggz te bepalen
- De invoering van beschikbaarheidsbijdragen vergt de nodige tijd voor het onderzoek naar normen, kosten en bereikbaarheid en de besluitvorming (o.a. Amvb en advies Raad van State).