



Evaluatie inkoop en bekostiging acute ggz



Update

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Advies passende bekostiging acute ggz	4
1.1.1	Aanleiding advies	4
1.1.2	Advies 2018	4
1.2	Evaluatie	6
1.3	Aanpak	6
1.4	Samenvatting evaluatie	7
1.5	Leeswijzer	8
2	Budgetsystematiek	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Uitkomsten evaluatie	9
2.2.1	Ontstaan ZN/dNggz-model	9
2.2.2	Randvoorwaarden	10
2.2.3	Uitwerking budgetbekostiging	13
2.3	Duiding NZa van de uitkomsten	14
2.4	Lessen	15
2.5	Voornemens en aanbevelingen	16
2.5.1	Budgetjaar 2023	16
2.5.2	Budgetjaar 2024	16
2.5.3	Budgetjaar 2026	16
2.5.4	Overige voornemens	16
3	Eén budget(houder) per regio	18
3.1	Samenwerking in de acute ggz keten	18
3.2	Uitkomsten evaluatie	18
3.2.1	Samenwerking met ziekenhuizen - seh	19
3.2.2	Samenwerking met de verslavingszorg	20
3.2.3	Samenwerking tussen regio's	20
3.2.4	Regio-indeling	21

3.3	Les	21
3.4	Aanbevelingen	21
4	Inkoop in representatie	24
4.1	Inkoop acute ggz tot 2020	24
4.1.1	Hoe verloopt het gesprek tussen de representerende zorgverzekeraar en de budgethouder?	25
4.1.2	Rollen verzekeraars bij de inkoop van acute psychiatrie	25
4.2	Aanbevelingen	26

1 Inleiding

De NZa heeft in 2018 een advies uitgebracht over de meest passende bekostiging voor de acute geestelijke gezondheidszorg (ggz). Dit advies is opgevolgd en heeft ertoe geleid dat per 2020 (een gedeelte van) de acute ggz apart wordt ingekocht en bekostigd. Nu de eerste ervaringen met betrekking tot de nieuwe bekostiging voor de acute ggz binnen zijn, hebben wij de huidige werking hiervan onderzocht en beoordeeld. In dit rapport leest u de resultaten van deze evaluatie. Uit de evaluatie trekken wij lessen en doen wij aanbevelingen.

1.1 Advies passende bekostiging acute ggz

1.1.1 Aanleiding advies

In 2018 hebben wij een advies aan staatssecretaris Blokhuis uitgebracht over de meest passende bekostiging voor de acute ggz. Aanleiding voor het Ministerie om ons om een advies te vragen was een rapport met knelpunten en aanbevelingen voor de keten van acute ggz.¹ Eén van de aandachtspunten was de op dat moment variabele en patiënt/prestatie afhankelijke beschikbaarheidsvergoeding. Partijen vonden de vorm van bekostiging ongewenst: *“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 dunner bevolkte gebieden een hogere beschikbaarheidsvergoeding zouden moeten ontvangen.”*

1.1.2 Advies 2018

Het Ministerie vroeg ons om advies te geven over de meest passende wijze van bekostiging van de acute ggz rekening houdend met de keten van de acute ggz (generieke module acute psychiatrie).

¹ 'Acute Geestelijke Gezondheidszorg. Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten', SiRM — Strategies in Regulated Markets B.V., februari 2015.

Wat is passende acute ggz-zorg en wat is de beoogde keten van de acute ggz, de GMAP?

Passende zorg zet de patiënt centraal. Het vertrekpunt hierbij is de burger. Iedere burger die in een acute psychiatrische crisis terechtkomt, moet erop kunnen rekenen dat hij of zij acuut psychiatrische zorg ontvangt volgens de kwaliteits- en toegankelijkheidsnormen van de generieke module acute psychiatrie (GMAP). Uitgangspunt is dat de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute ggz-zorg voor de patiënt, zoals gedefinieerd in de GMAP, vooropstaat. Tegelijkertijd moet er oog zijn voor de betaalbaarheid. Dat betekent bijvoorbeeld dat regionaal aan de orde moet komen hoeveel capaciteit noodzakelijk is, namelijk voldoende om de normen uit de GMAP te halen op een doelmatige manier. Maar ook dat bovenregionaal of landelijk bekeken moet worden of de huidige regio-indeling de meest efficiënte indeling is. Regio-beelden op basis van data over de 'vraag' naar acute ggz, het tijdstip en de plaats van beoordeling kunnen hieraan ondersteunend zijn.

De bekostiging is hierbij een middel om passende acute ggz-zorg te kunnen leveren (zorgaanbieders) en te kunnen vergoeden (zorgverzekeraars).

Beoogde keten van de acute ggz, de GMAP

De generieke module acute psychiatrie (GMAP) beschrijft de inhoud en organisatie van hulpverlening voor personen (alle leeftijdscategorieën) in een crisissituatie die vermoedelijk een acute psychische stoornis hebben. De doelstelling van de GMAP is: *"..om bij te dragen aan tijdige en kwalitatief goede acuut psychiatrische hulpverlening voor iedereen die dit nodig heeft. Het is van belang dat de acuut psychiatrische keten vanaf het eerste contact met een verwijzer vloeiend functioneert, niet onnodig stigmatiseert of traumatiseert en aansluit bij de zorgbehoefte van de persoon in crisis en zijn naasten. Voor de persoon in crisis en zijn naasten is het van belang dat hulpverleners gericht zijn op het de-escaleren van de situatie, het oordeel van de persoon en zijn naasten zoveel mogelijk betrekken en rust, veiligheid en vertrouwen creëren. Daarnaast is het van belang dat de acuut psychiatrische hulpverlening de persoon snel en adequaat beoordeelt en de behandeling start. Personen met psychische problemen dienen in dezelfde mate als personen met somatische problemen toegang tot zorg te hebben en dezelfde kwaliteit van zorg te ontvangen als personen met somatische problemen."*

Randvoorwaarden

In ons advies over de meest passende bekostiging moest met een aantal (rand)voorwaarden rekening worden gehouden. De wijze van bekostiging moet bijvoorbeeld aansluiten bij de keten van de acute ggz en gericht zijn op samenwerking in deze keten. Het moet in voldoende mate kostendekkend en eenvoudig zijn en niet leiden tot een toename van de administratieve lasten. Het moet onwenselijke productieprijken tegengaan, zorgverzekeraars moeten kunnen sturen en de bekostiging moet bijdragen aan voldoende toegankelijkheid van de acute ggz.

Advies inkoop en bekostiging acute ggz-zorg

Ons uiteindelijke advies luidde om:

- 1 voor een deel van de acute ggz (de eerste drie dagen) inkoop in representatie in te voeren. Het gaat hierbij om de triage, beoordeling en beschikbaarheid van ambulante (outreaching) crisisbehandeling en beschikbaarheid van bedden en opname tot maximaal 72 uur;
- 2 ten aanzien van de bekostiging van de acute ggz in de eerste drie dagen een budgetsystematiek met een vaste prijs per budgetparameter en patiëntgebonden prestaties met een vast tarief ter dekking van het budget in te voeren;
- 3 per regio één budget vast te stellen dat verloopt via de budgethouder en
- 4 voor de acute ggz na 72 uur individuele inkoop te behouden en declaratie van patiëntgebonden prestaties met een maximumtarief.

Wij verwachtten dat dit systeem het best ondersteunend was om passende acute ggz-zorg tot stand te brengen. Met deze inkoop en bekostiging is een budget gegarandeerd en is dit niet meer variabel en patiënt/prestatie afhankelijk, maar op basis van beschikbaarheid.

Ons advies is overgenomen en de nieuwe wijze van inkoop en bekostiging is met ingang van contractjaar 2020 ingevoerd.

1.2 Evaluatie

Bij het veranderen van beleid is het belangrijk om te evalueren of de gestelde doelen gehaald zijn. In dit rapport voeren we de evaluatie uit. In zowel het advies als in de beleidsregel kondigen we deze evaluatie aan. In ons advies staat hierover: *“Ons advies om inkoop van de triage, beoordeling, beschikbaarheid (outreaching) ambulante crisisbehandeling en de beschikbaarheid van bedden en opname tot maximaal drie kalenderdagen tijdelijk via representatie plaats te laten vinden, zullen wij 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.** Bij signalen kan een eerder evaluatiemoment worden bepaald.”* De evaluatie richt zich dus zowel op de inkoop als op de bekostiging.

Ook Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse ggz (dNggz) hebben ons gevraagd een evaluatie uit te voeren.

Om tot een evaluatie te komen, hebben wij de huidige werking van de inkoop en bekostiging van de acute ggz in kaart gebracht. Om tot een oordeel te komen over de huidige werking, hebben wij deze getoetst aan ons advies. In het advies staat het doel dat we wilden bereiken, de rollen van de verschillende partijen zoals wij die voor ogen hadden en de randvoorwaarden waaraan de bekostiging moet voldoen. In dit rapport staan de uitkomsten van de evaluatie. We geven ook aanbevelingen en trekken lessen.

1.3 Aanpak

Om de evaluatie uit te voeren is gebruikt gemaakt van verschillende bronnen. Er zijn vragenlijsten uitgezet bij de budgethouders en de representerende zorgverzekeraars. 18 van de 26 budgethouders en alle representerende zorgverzekeraars hebben deze vragenlijst ingevuld. Daarnaast zijn er drie verdiepende sessies geweest met budgethouders. Hierin zijn wij dieper ingegaan op de vragen uit de vragenlijst. Ook hebben wij drie zorgverzekeraars geïnterviewd. Daarnaast zijn ook de branchepartijen dNggz, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) geïnterviewd.

1.4 Samenvatting evaluatie

De belangrijkste conclusie die wij trekken, is dat de budgetbekostiging en inkoop ondersteunend is geweest aan passende acute ggz. De implementatie van de GMAP is sneller van de grond gekomen dan in een scenario waarin de inkoop en bekostiging niet waren aangepast. Door de aparte inkoop en budgetbekostiging is de acute ggz meer dan voorheen onderwerp van gesprek. Per regio moeten de budgethouder en de representerende zorgverzekeraar immers een aanvraag voor een budget indienen. Zonder de budgetsystematiek was vooral de bekostiging van de triagefunctie en beschikbaarheid van de beoordelingsteams, zeker in landelijke gebieden, lastig geweest. Al met al pakt de aanpassing van de marktordening en bekostiging positief uit voor passende acute ggz. Wij stellen daarom dan ook geen systeemwijziging voor. De budgetbekostiging, inkoop in representatie en één budget(houder) per regio blijft in stand.

Wel zien wij dat de systematiek op onderdelen complex is. De afbakening van de eerste drie dagen zorgt voor onduidelijkheid. Ook het werken met een verdeelsleutel, om tot een budget voor de Zvw te komen, is lastig uitlegbaar. Daarom komen wij met aanbevelingen aan partijen en voornemens om de budgetsystematiek door te ontwikkelen. Zo willen wij bijvoorbeeld in 2023 een onderzoek starten naar de afbakening van acute ggz in de eerste drie dagen. Onderzocht wordt of er een meer logische, zorginhoudelijke, afbakening is van de acute ggz, die onder de budgetbekostiging valt. Hierbij kijken we onder andere naar de noodzakelijke beschikbaarheid, het personeel en de planbaarheid van de zorg

De complexiteit maakt ook dat het geen soepele implementatie van de systematiek is geweest en de contractering anders loopt dan vooraf voorzien. Zo waren er in het eerste jaar (contractjaar 2020) één handavingsverzoek en negen éézijdig ingediende aanvragen bij de voorcalculatie. De aandacht die de aparte inkoop en budgetbekostiging gaf, was hier mede debet aan. Net als de status van de budget impactanalyse (BIA, uitgevoerd in 2019), onduidelijkheid en onbegrip over elkaars rollen en een gebrek aan rekenregels.

Inmiddels gaat de contractering wel steeds soepeler lopen. Dit is mede te danken aan ZN en dNggz die na het onrustige eerste jaar hebben besloten tot een gezamenlijke evaluatie. Vanuit deze evaluatie kwam een gezamenlijk hulpmiddel, het ZN/dNggz-model, tot stand. Deze intensievere samenwerking door de branchepartijen heeft tot gevolg gehad dat partijen constructief met elkaar in gesprek zijn (gegaan). Dit vinden wij positief.

Wij zien dat de budgetbekostiging ondersteunend is aan passende acute ggz. Twee belangrijke elementen in passende acute ggz zijn kostendekkendheid en regionaal maatwerk. Het ZN/dNggz-model dat in bijna alle regio's gebruikt wordt, kan hierin voorzien. Zorgverzekeraars wijzen erop dat het model gebruik maakt van regionale inputvariabelen. Aanbieders wijzen juist op het gebruik van landelijke gemiddelden in het model en daarmee op specifieke (regionale) elementen die nu (nog) niet goed in het model zitten. Wij wijzen partijen erop het model als hulpmiddel te blijven zien. Bij éézijdige aanvragen vinden wij dat beide partijen moeten vaststellen waar het model knellend is voor die regio en dat partijen hierop een standpunt moeten formuleren.

Het ZN/dNggz-model is mede ontstaan door het ontbreken van rekenregels in de NZa beleidsregel. De budgetbekostiging is een bekostiging op basis van capaciteit waarbij er sprake is van een technische/administratieve knip na drie dagen. Bij zo'n technische/administratieve knip dienen er meer handvatten te komen voor de berekening van de capaciteit (voor de eerste drie dagen). Dit is een les die de NZa trekt als het gaat om het introduceren van beschikbaarheidsbekostigingen.

De samenwerking in de regio tussen de budgethouder en ziekenhuizen verloopt wisselend. Dat er nu bestuurlijke samenwerking is tussen ZN, dNggz, NFU en NVZ om de samenwerking te verbeteren vinden wij positief. Toch moet hieraan gewerkt blijven worden. Samenwerking tussen ketenpartners is essentieel voor een goed werkende en passende acute ggz keten. Dat is de doelstelling van de GMAP. Samenwerking betekent voor ons dat partijen ook in gezamenlijkheid werken aan de keten. Vanuit ziekenhuizen komt nu het gevoel dat zij zich hierin genegeerd voelen.

De samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners worden neergelegd in een regioplan. De afspraken over het budget zijn vervolgens een afgeleide van het regioplan. Vanuit het regioplan moet duidelijk zijn welke aanbieders acute psychiatrie binnen de eerste drie dagen leveren en daarmee onderdeel zijn van het budget. Als wij deze regioplannen lezen, vallen ons twee dingen op. De opzet van de regioplannen is per regio verschillend. Daarnaast verschilt het welke afspraken er zijn en hoe concreet deze afspraken worden beschreven. Wij bevelen partijen aan om de regioplannen concreter te maken. Daarnaast ontbreekt het in de regioplannen vaak nog aan een lange termijnvisie. Bij een lange termijnvisie kan het gaan om de inzet van preventie of hoe om te gaan met de arbeidsmarktproblematiek. Ook kunnen lange(re) termijn afspraken met ketenpartners onderdeel zijn. Wij roepen budgethouders op om, samen met de ketenpartners, een visie neer te leggen in de regioplannen over hoe de acute ggz er op langere termijn uit ziet en wie daar een rol in speelt.

1.5 Leeswijzer

Inkoop in representatie, budgetbekostiging en één budget en budgethouder per regio voor de acute ggz in de eerste drie dagen zijn als het ware een 'pakket' en onlosmakelijk met elkaar verbonden. De verschillende onderdelen van de bekostiging zijn sterk met elkaar verweven en de hoofdstukken van deze evaluatie haken daarom sterk in elkaar. Voor een integraal inzicht in de werking van de bekostiging kunnen de hoofdstukken moeilijk als afzonderlijke evaluaties worden gelezen.

In deze evaluatie lopen de hoofdstukken langs de lijnen van de bekostiging en inkoop. Hoofdstuk 2 gaat over de budgetsystematiek. Hoofdstuk 3 over één budget(houder) per regio en tenslotte gaat hoofdstuk 4 over de inkoop in representatie.

2 Budgetsystematiek

Dit hoofdstuk beschrijft de uitkomsten van de evaluatie die betrekking hebben op de budgetsystematiek. Wij willen op korte termijn geen fundamentele aanpassingen doorvoeren met betrekking tot de budgetsystematiek. Binnen de budgetsystematiek zien wij wel ruimte voor verbeteringen.

2.1 Inleiding

Voordat de budgetsystematiek is ingevoerd, werd de acute ggz bekostigd door middel van prestatiebekostiging. De vergoeding hing af van het aantal patiënten. Crisis-dbc's met daarbij een toeslag (beschikbaarheidscomponent) waren zowel de bekostiging als de financiering.

In ons advies uit 2018 hebben wij een budgetsystematiek geadviseerd omdat die voldoet aan de gestelde randvoorwaarden uit de adviesaanvraag vanuit het Ministerie, namelijk: kostendekkende vergoeding van beschikbaarheid (zowel bij een laag als een hoog volume), eenvoud, administratieve lasten die in verhouding staan tot het doel, regionaal maatwerk en het ontbreken van een productieprikkel.

De budgetsystematiek is afgebakend tot de eerste drie dagen, met een voor- en nacalculatie en een verdeelsleutel om de kosten toe te rekenen aan de verschillende financieringsstromen.

De budgetsystematiek die door de NZa is ingevoerd, is gebaseerd op een vergoeding voor capaciteit in een regio. Op basis van het aantal benodigde fte en bedden wordt een budget berekend. Elke fte (gedifferentieerd naar beroep) en bed (gedifferentieerd naar verblijfs categorie) kent een vaste budgetparameterwaarde in euro's.

2.2 Uitkomsten evaluatie

Bij het schrijven van het advies was de veronderstelling van de NZa dat de budgethouder en de representerende zorgverzekeraar samen tot een voorstel konden komen voor de benodigde capaciteit. Zij kennen immers de lokale situatie en de lokale organisatie van de acute ggz het beste. De NZa zou vervolgens het aangevraagde budget vaststellen.

2.2.1 Ontstaan ZN/dNggz-model

In de praktijk zien wij een andere uitwerking dan vooraf voorzien. De wijze van budgetbepaling verloopt in bijna alle regio's via het ZN/dNggz-model. Dit zorgt ervoor dat er nu twee manieren om tot een budget te komen naast elkaar bestaan, het ZN/dNggz-model en het NZa-budgetformulier.

Het ZN/dNggz- of Sirm-model

Vanuit een gezamenlijke evaluatie die ZN en dNggz naar aanleiding van de ervaringen bij de voorcalculatie acute ggz 2020 hebben uitgevoerd, is een model ontwikkeld om tot een budget voor de acute ggz binnen de eerste drie dagen te komen. In de praktijk wordt dit model het Sirm-model genoemd, vernoemd naar het adviesbureau dat het model heeft ontwikkeld. In deze evaluatie spreken wij verder over het ZN/dNggz-model om te benadrukken dat het een model betreft dat door en in samenwerking met de leden van beide partijen is ontwikkeld.

Het ZN/dNggz-model werkt in grote lijnen als volgt. Het model kent als belangrijkste inputparameters het aantal beoordelingen (gedifferentieerd naar tijdstip), het opnamepercentage en de duur van de vervolgzorg. Op basis van het aantal beoordelingen wordt een bedrag voor triage en beoordeling uitgerekend. Ook voor behandeling leidt het model tot een bedrag. Hiervoor wordt naast het aantal beoordelingen ook gebruik gemaakt van de duur van de vervolgzorg. Voor bedden leidt het model tot een aantal bedden. Hiervoor wordt naast het aantal beoordelingen ook het opnamepercentage gebruikt. Om tot een bedrag te komen wordt gebruik gemaakt van de budgetwaarden zoals die zijn opgenomen in de beleidsregel budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening

Het ZN/dNggz-model leidt tot een bedrag in euro's voor de uitvoering van de acute ggz binnen de eerste drie dagen. Het leidt niet tot het aantal fte zoals dat moet worden ingevuld in het NZa-budgetformulier. Hiervoor moet het bedrag uit het ZN/dNggz-model worden 'omgezet' naar fte.

Wij zien als één van de redenen dat er een model is ontwikkeld dat als hulpmiddel dient om tot een budget te komen voor een regio, dat het lastig is om de capaciteit te bepalen van de acute ggz binnen de eerste drie dagen. De knip van drie dagen is een technische/administratieve knip en niet een zorginhoudelijke knip. De acute ggz loopt ook na drie dagen door en de acute dienst is geïntegreerd in/wordt bemand vanuit andere onderdelen van de organisatie. Dit maakt het lastig om de benodigde capaciteit voor de eerste drie dagen vast te stellen. De beleidsregel van de NZa bevat geen rekenregels hoe de capaciteit voor de eerste drie dagen te bepalen.

Dat het bepalen van de capaciteit voor de eerste drie dagen lastig is, blijkt onder andere uit de ingediende budgetformulieren voor de voorcalculatie acute ggz 2020. In de evaluatie die Sirm heeft uitgevoerd op verzoek van ZN en dNggz is een grote variatie tussen aanbieders gevonden. Deze variatie kon niet verklaard worden vanuit organisatorische verklaringen. De enige verklaring die volgens Sirm overblijft, is dat de verschillen tussen aanbieders met name verklaard kunnen worden door verschillend gehanteerde rekenregels voor de vertaling van de organisatie van hun crisisdienst naar het NZa-budgetformulier.

Een andere reden voor het ontwikkelen van een model dat de inkoop ondersteunt, is de behoefte van zorgverzekeraars om bij de inkoop in representatie dezelfde uitgangspunten te hanteren. Men koopt zorg in 'met elkaars portemonnee'.

2.2.2 Randvoorwaarden

In deze evaluatie willen wij de budgetsysteematiek toetsen aan de gestelde randvoorwaarden. Omdat in de praktijk het ZN/dNggz-model de dominante wijze van budgetbepaling is, toetsen we tegelijkertijd of dit model voldoet aan de gestelde randvoorwaarden.

Of voldaan is aan de belangrijkste randvoorwaarden zijn wij nagegaan in de evaluatie. Achtereenvolgens zijn dit: een kostendekkende vergoeding van beschikbaarheid, eenvoudig,

administratieve lasten die in verhouding staan tot het doel, regionaal maatwerk en het ontbreken van productieprikkels.

Kostendekkende vergoeding van beschikbaarheid

Een belangrijke randvoorwaarde voor de advisering van de budgetsystematiek was dat deze leidde tot een kostendekkende financiering van de beschikbare capaciteit. Uit de evaluatie komt een beeld naar voren, onderschreven door zowel budgethouders als verzekeraars, dat de acute dienst in het verleden een verliesgevend onderdeel was binnen een ggz-organisatie. Uit de door aanbieders ingevulde vragenlijsten en uit de verdiepende interviews komt een wisselend beeld naar voren of er nu wel of niet sprake is van kostendekkendheid. In de vragenlijst werd de vraag of er sprake is van kostendekkendheid voor 50% met 'Ja' beantwoord. De aanbieders die aangeven dat er geen sprake is van kostendekkendheid, geven daarvoor verschillende redenen:

- één zorgaanbieder geeft aan het personeel extra betalingen te doen, bovenop de cao, om het rooster voor de acute dienst rond te krijgen;
- er is veel, en groeiende, inzet van zzp'ers die over het algemeen duurder zijn;
- de kosten van de SPOR (Spoedeisende Psychiatrische OnderzoeksRuimte) zijn niet of deels in het ZN/dNggz-model opgenomen.

Daarbij is ook aangegeven dat de vraag of de acute ggz nu kostendekkend is, heel lastig te onderbouwen is. Dit komt onder andere door de technische/administratieve knip van drie dagen. Dit is een knip in de bekostiging, niet een knip binnen de organisatie van een ggz-aanbieder. Voor ggz-aanbieders is het lastig om aan te geven of ze die drie dagen kostendekkend zijn aangezien zij dit niet zo administreren.

De CBb uitspraak

In oktober 2021 heeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) uitspraak gedaan in een zaak van Arkin tegen de voorcalculatie acute ggz 2020. Belangrijk element in de uitspraak van het CBb is dat de NZa een eigen verantwoordelijkheid heeft om te beoordelen of een budget kostendekkend is. De NZa moet van het CBb de berekeningen van de budgethouder en de representerende zorgverzekeraar zelf onderzoeken en een kostendekkend budget vaststellen.

De uitspraak heeft tot gevolg dat de NZa niet meer de beslisregel "de laagste tenzij..." bij éézijdige aanvragen hanteert. Wij moeten nu zelf beide aanvragen gaan onderzoeken. De eerste ervaring hiermee is dat het een zeer intensief proces is voor alle partijen. Aan zowel de budgethouder als de representerende zorgverzekeraar wordt gevraagd hun aanvraag te onderbouwen en te motiveren. Omdat het een intensief proces is, is het ook een tijdrovend proces. Hierdoor ontstaat er langdurige onzekerheid bij partijen over de definitieve hoogte van het budget.

Eenvoud

Een tweede randvoorwaarde was een eenvoudig model. Bij het schrijven van het advies was het oordeel van de NZa dat het een eenvoudig model was. 'Slechts' de capaciteit hoefde ingevuld te worden en daarmee kon een budget worden vastgesteld.

Op de vraag in de evaluatie of de budgetsystematiek eenvoudig is, is verschillend geantwoord. De meeste respondenten die 'Nee' hebben geantwoord, geven daarbij aan dat de twee wijzen van budgetbepaling die naast elkaar bestaan, het niet eenvoudig maken.

Administratieve lasten in verhouding

De administratieve lasten zijn hoger dan bij een systematiek van individuele inkoop door zorgverzekeraars en prestatiebekostiging. Dit was vooraf al voorzien door de NZa, maar er is toen geoordeeld dat deze extra administratieve lasten in verhouding staan tot het doel.

Uit de evaluatie komt naar voren dat er inderdaad extra administratieve lasten worden ervaren. Als het gaat om administratieve lasten wijzen de meeste budgethouders in de vragenlijst en bij de verdiepende interviews op het vullen van de minimale dataset (mds). Dit kost veel tijd en mankracht. Het mds is een afspraak binnen de GMAP en ligt buiten onze regelgeving. Ondanks dat het buiten onze regelgeving ligt, benoemen wij dit wel omdat de mds een belangrijke rol kan spelen bij onze aanbevelingen over de organisatie van acute ggz (paragraaf 3.4).

Daarnaast is ook het dubbel invullen, van zowel het ZN/dNggz-model als het Nza-budgetformulier, veel genoemd als last. Veel regio's 'vertaalden' bij de voorcalculatie 2021 de uitkomst van het ZN/dNggz-model in het NZa-budgetformulier. Dit zorgde voor extra administratieve lasten. Bij de voorcalculatie 2022 is hierin een slag geslagen doordat het ZN/dNggz-model vanaf toen een vertaling bevat naar het NZa-budgetformulier.

Waarop budgethouders ook wijzen, en wat binnen onze regelgeving tot een administratieve lastenverlichting zou kunnen leiden, zijn hogere tarieven voor consulten acute ggz binnen budget. Hogere tarieven voor consulten acute ggz-zorgen ervoor dat er minder bevoorschottingsafspraken hoeven te worden gemaakt tussen budgethouders en zorgverzekeraars.

Regionaal maatwerk

De budgetsystematiek kan de regionale verschillen ondervangen. In het advies schreven wij hierover: *“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.”*

Zorgverzekeraars geven aan dat er binnen het ZN/dNggz-model ruimte is voor regionaal maatwerk. Het model gaat immers uit van het aantal beoordelingen binnen de regio, het opnamepercentage en de duur van de vervolgzorg, etc. Dit zijn inputparameters die verschillen tussen regio's en die een plek hebben binnen het model.

Tegelijkertijd is een vaak gehoorde opmerking van aanbieders in de evaluatie dat regionaal maatwerk minder mogelijk is binnen het ZN/dNggz-model. Daarbij wijzen ze juist op zaken die het model (nog) niet ondervangt. Het ZN/dNggz-model kent regionale inputvariabelen, maar rekent vervolgens door met gemiddelden (gemiddelde prijs voor uur behandeling, gemiddelde prijs voor een bed,.....) waardoor regionale afwijkingen van het gemiddelde niet goed meegenomen worden. De regionale verschillen waarop door aanbieders gewezen wordt komen overeen met de verschillen zoals genoemd onder kostendekkende vergoeding van beschikbaarheid in deze paragraaf.

Productieprikkels

De budgetsystematiek is mede geadviseerd om ervoor te zorgen dat er geen productieprikkels meer is. Dit is ten dele gelukt. Beschikbaarheid van triage en beoordeling wordt bekostigd. Ook in de theoretische situatie dat er geen acute ggz is binnen een regio, wordt de aanbieder hiervoor toch gefinancierd. Het ZN/dNggz-model kent het aantal beoordelingen als inputparameter. Dit maakt dat nog steeds een vorm van productie, namelijk het aantal beoordelingen, leidend is voor de hoogte van het

budget. Investeren in preventie is hiermee minder lonend. Dit leidt tot minder beoordelingen en daarmee tot een lager budget.

2.2.3 Uitwerking budgetbekostiging

Bij de vormgeving van de budgetsystematiek zijn ook enkele keuzes gemaakt. Dit zijn: de knip van drie dagen, een voor- en nacalculatie, een verdeelsleutel om de kosten toe te rekenen aan de verschillende financieringsstromen, indieningstermijnen en budgetparameters met vaste budgetwaarden. Over de knip is in het begin van dit hoofdstuk al veel geschreven. Hier gaan we verder in op de andere keuzes.

Afbakening van budgetsystematiek tot maximaal drie dagen

Al in het begin van dit hoofdstuk hebben wij geschreven over het ontstaan van het ZN/dNggz model. Als één van de redenen hiervoor zien wij de knip van drie dagen. Dit is een technische/administratieve knip en niet een zorginhoudelijke knip. Dit zien wij ook terug in de antwoorden op de vraag in de vragenlijst of en hoe het lukt om de capaciteitsraming af te stemmen op de drie dagen. Van de 18 budgethouders geven er 6 'matig' tot 'slecht' aan. Maar ook bij de resterende 12 die aangeven dat dit 'voldoende' of 'goed' lukt, lezen wij in de toelichting vaak dat de capaciteit voor de gehele crisis wordt gepland en vervolgens wordt toegerekend naar de eerste drie dagen. De budgethouders gebruiken dus eigen verdeelsleutels ('handvatten') om tot een capaciteit voor de eerste drie dagen te komen.

Nacalculatie

De systematiek kent nu een voor- en nacalculatie. Bij de voorcalculatie worden de verwachte kosten en verwachte opbrengsten ingevuld. Op basis van de verwachte opbrengsten uit alle financieringsstromen wordt een verdeelsleutel bepaald. De kosten worden via deze verdeelsleutel toegedeeld aan de Zvw. Bij de nacalculatie gebeurt hetzelfde, maar dan met de definitieve kosten en opbrengsten. De voorcalculatie wordt voorafgaand aan het jaar vastgesteld. De nacalculatie na afloop van het jaar.

Deze systematiek van voor- en nacalculatie zorgt ervoor dat het voorlopige budget Zvw niet gelijk hoeft te zijn aan het definitieve budget Zvw. Dit zorgt er enerzijds voor dat afwijkingen tussen wat vooraf is ingeschat maar tijdens het jaar is bijgesteld, kunnen worden meegenomen bij de nacalculatie. Dit geeft flexibiliteit. Anderzijds kwam al voorafgaand aan de evaluatie naar voren dat dit zorgt voor onzekerheid bij partijen. Al voor de evaluatie hebben ZN en dNggz ons gevraagd hiernaar te kijken. Partijen willen graag meer zekerheid vooraf. Het budget Zvw dat vooraf wordt afgesproken en vastgesteld, wordt dan achteraf, bij de nacalculatie, niet meer bijgesteld. Dit geeft de budgethouder zekerheid over zijn inkomsten en daarop kan ingeroosterd worden. De zorgverzekeraars hebben zekerheid over de kosten en kunnen hier rekening mee houden in hun premieberekening.

Verdeelsleutel

In de beleidsregel is nu nog bepaald dat partijen in NZa budgetformulier de gehele benodigde capaciteit voor beschikbaarheid moeten opnemen, inclusief de capaciteit die wordt ingezet ten behoeve van andere financieringsstromen (Jeugdwet en overige financieringsstromen). Via een verdeelsleutel op basis van de omzet worden de kosten toegerekend aan de verschillende financieringsstromen. Omdat de omzet van de Jeugdwet niet via crisis-DBC's binnen budget/consulten acute ggz binnen budget loopt, moet deze omzet fictief worden bepaald. In totaal is er bij de nacalculatie 2020 voor zo'n 5 mln. euro aan beschikbaarheidskosten toegerekend aan de overige financiers.

Vanuit de éézijdige aanvragen die de afgelopen jaren zijn ingediend, kwam er met enige regelmaat het beeld naar voren dat er onduidelijkheid bestaat over het feit dat via het NZa-budgetformulier de capaciteit die wordt ingezet voor alle financieringsstromen moeten worden ingevuld, maar dat de NZa via de beschikking alleen het budget voor de Zvw vaststelt. Er is dus een verschil tussen de informatie die (via het NZa-budgetformulier) wordt aangeleverd en dat wat de NZa beschikt.

Daarnaast zorgt deze systematiek ervoor dat iedere financier een deel van de beschikbaarheidskosten op zich moet nemen. Dit uitgangspunt vinden wij nog steeds verdedigbaar. Alleen geeft dit voor de budgethouder wel een onzekerheid, omdat het deel van de beschikbaarheidskosten dat door de andere financiers vergoed moet worden niet automatisch gedekt is en de budgethouder hierover aparte afspraken moet maken met die financiers.

Indieningstermijnen

De voorcalculatie moet volgens de beleidsregel uiterlijk 1 oktober van het jaar t-1 worden ingediend. In de afgelopen drie jaren is dat nog niet gelukt. Ieder jaar is er sprake van uitstel. Voor 2020 schoof de indieningstermijn op naar 1 december 2019, voor 2021 naar april 2021 en voor 2022 naar 1 maart 2022.

De redenen daarvoor verschillen per jaar. Het ontwikkelen en de bestuurlijke vaststelling van het ZN/dNggz-model kostte de afgelopen twee jaren meer tijd. Dit jaar is daar de introductie van het Zorgprestatie-model bij gekomen. Alle partijen moeten ervoor zorgen dat de indieningstermijn gehaald gaat worden. Dan kan de NZa voor de start van het jaar een beschikking afgeven. Dit geeft alle partijen meer zekerheid en de prestaties kunnen dan vanaf het begin van het jaar gedeclareerd worden.

De nacalculatie is pas één keer doorlopen. Deze is toen niet uitgesteld. Vanuit de evaluatie komt wel de vraag naar voren om het nacalculatieformulier eerder beschikbaar te stellen. Nu is dat 1 april van het jaar t+1. Aanbieders gebruiken het nacalculatieformulier namelijk bij het definitief maken van de jaarrekening.

Budgetparameters met vaste waarden

In de beleidsregel staan de budgetparameters. Dit zijn de beroepen en de verblijfscategorieën zoals we die kennen vanuit het dbc-tijdperk. Dit is een bewuste keuze geweest, zodat er altijd een link gelegd kan worden tussen welk beroep ingezet wordt en de beroepen die acute zorg leveren. Al het personeel dat wordt ingezet bij de beoordeling en behandeling en geen tijd mag schrijven of consulteren mag declareren wordt vergoed via de overhead. De budgetwaarde van iedere behandelaar bevat een opslag ter dekking van de overheadkosten.

Met de introductie van het Zorgprestatie-model zijn de tijdschrijvende beroepen verdwenen. Er zijn nu verschillende beroepscategorieën. De link tussen de beroepen uit het NZa-budgetformulier en de beroepscategorieën die één van de elementen bij de consulteren zijn, is nu minder aanwezig.

2.3 Duiding NZa van de uitkomsten

In het advies adviseerden wij een budgetbekostiging waarmee wij verschillende zaken wilden borgen. Twee belangrijke punten die we wilden borgen en die ook terugkomen in deze evaluatie zijn: een kostendekkende vergoeding van beschikbaarheid en regionaal maatwerk.

Wij zien dat een kostendekkende vergoeding en regionaal maatwerk erg met elkaar samenhangen. Zorgverzekeraars vinden dat het ZN/dNggz-model ruimte geeft voor regionaal maatwerk. Aanbieders die aangeven dat er minder regionaal maatwerk mogelijk is, wijzen op de gemiddelden die het model hanteert. Hierdoor is er minder sprake van regionaal maatwerk en daarmee is er ook geen sprake van een kostendekkende vergoeding (voor hun instelling). Beide standpunten sluiten elkaar niet uit.

Wij vinden dat het ZN/dNggz-model vooral moet worden gezien als een hulpmiddel bij de contractbesprekingen en niet als een rekenmodel. Bij een deel van de éézijdige aanvragen die tot nu toe bij ons zijn ingediend, zien wij bij zorgverzekeraars de 'verdediging' dat hun aanvraag de uitkomst is van het ZN/dNggz-model en dat de budgethouder zich er daarom aan moeten committeren. Dit geldt specifiek voor de regio's met éézijdige aanvragen waarbij beide partijen wel 'overeenstemming' hebben over de inputvariabelen, maar niet over de uitkomst. In deze situaties vinden wij dat beide partijen moeten vaststellen waar het ZN/dNggz-model knellend is voor die regio en ook dat beide partijen hierop een standpunt moeten formuleren. Het standpunt van zorgverzekeraars dat dit een uitkomst is van het ZN/dNggz-model en zij zich daaraan moeten committeren, vinden wij onvoldoende. De zorgverzekeraar moet in zijn (éézijdige) aanvraag per post de regionale uitwerking van het model beter en breder onderbouwen.

Anderzijds geldt ook dat de (budget)bekostiging moet leiden tot een kostendekkende vergoeding. Dit uitgangspunt is wederom herhaald in de CBB-zaak van de regio Amsterdam tegen de voorcalculatie acute ggz 2020. Wij gaan er daarbij vanuit dat de uitvoering van de acute ggz binnen de eerste drie dagen, volgens de normen van de generieke module, redelijkerwijs kostendekkend moet zijn. Wij lezen in de uitspraak van het CBB niet dat er sprake moet zijn van een absolute kostendekkendheid voor iedere regio. Voor aanbieders geldt dat niet ieder individueel kostenverschil vergoed wordt.

2.4 Lessen

Op basis van de evaluatie trekt de NZa, voor wat betreft haar eigen rol, de volgende lessen als het gaat om de budgetsystematiek:

- Wij hebben bij het vormgeven van de budgetsystematiek gekozen voor een knip van drie dagen. Wij schreven daarover in het advies: *"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."* Achteraf gezien hebben wij onvoldoende stil gestaan bij wat deze technische/administratieve knip tot gevolg heeft. Wij hebben de keuze gemaakt geen handvatten in de beleidsregel op te nemen voor de vertaling van de organisatie naar het budgetformulier. Deze handvatten bleken wel nodig, zowel voor het contracteerproces tussen de budgethouder en de representerende zorgverzekeraar als voor zorgverzekeraars onderling bij inkoop in representatie. Doordat zorgverzekeraars 'met elkaars portemonnee' inkopen hebben zij behoefte aan het hanteren van dezelfde uitgangspunten bij de inkoop van acute ggz.
- In de beleidsregel is nu nog bepaald dat partijen in NZa budgetformulier de gehele benodigde capaciteit voor beschikbaarheid moeten opnemen, inclusief de capaciteit die wordt ingezet ten behoeve van andere financieringsstromen (Jeugdwet en overige financieringsstromen). Via een verdeelsleutel op basis van de omzet worden de kosten toegerekend aan de verschillende financieringsstromen. De NZa beschikt vervolgens een budget voor de Zvw. Dit maakt de systematiek complex, lastig uitlegbaar en zorgt voor onzekerheid over de beschikbaarheid die er ook is voor patiënten die onder andere financieringsstromen vallen.

2.5 Voornemens en aanbevelingen

De nieuwe systematiek kende een onrustige start. Inmiddels verloopt het contracteren soepeler. Wij willen dan ook op korte termijn geen fundamentele aanpassingen doorvoeren. Binnen de budgetsystematiek zien wij wel ruimte voor verbeteringen. Per budgetjaar hebben wij onze voornemens weergegeven.

2.5.1 Budgetjaar 2023

Voor het budgetjaar 2023 willen wij de volgende aanpassingen doorvoeren:

- Zoals onder het kopje Nacalculatie beschreven, geeft de huidige vormgeving van de nacalculatie onzekerheid over het definitieve budget. Wij willen de nacalculatie zo inrichten dat het partijen meer zekerheid gaat bieden;
- Het meenemen van de capaciteit die wordt ingezet voor de Jeugdwet en het vervolgens via een fictieve verdeelsleutel toerekenen, is complex. Voor 2023 willen wij de regelgeving aanpassen zodat de capaciteit voor de Jeugdwet geen onderdeel meer is van de budgetaanvraag;
- Daarnaast willen wij met partijen in gesprek gaan of er in het tweede kwartaal 2022 nog een onderzoek mogelijk is naar de kosten van de SPOR. Hiermee kan één van de grotere knelpunten die nu nog spelen, worden weggenomen.

2.5.2 Budgetjaar 2024

Voor het budgetjaar 2024 hebben wij het voornemen om het budgetformulier te vereenvoudigen. Op dit moment zijn hierin allerlei beroepen opgenomen die overeenkomen met de tijdschrijvende beroepen uit de dbc-systematiek. Door de komst van het Zorgprestatiemodel zullen we nader (moeten) bekijken of het aansluiten bij de daarin gehanteerde beroepscategorieën een vereenvoudiging kan opleveren. Tevens kan er dan (weer) een relatie worden gelegd tussen de beschikbaarheid en de daadwerkelijk geleverde acute ggz.

2.5.3 Budgetjaar 2026

De budgetsystematiek kent vaste waarden (in euro's) per budgetparameter. Deze waarden komen vanuit het kostprijsonderzoek ggz en fz 2020 (boekjaar 2017). Voor de herijking hiervan kiezen wij ervoor om geen apart kostenonderzoek specifiek voor de acute ggz uit te voeren, maar dit onderdeel te laten zijn van een kostprijsonderzoek naar alle prestaties in de ggz en fz. Een kostenonderzoek naar de acute ggz onderdeel laten zijn van een ggz-breed kostenonderzoek heeft als voordeel dat kosten niet dubbel of helemaal niet worden toegerekend.

De planning is nu dat er in 2024 (over het boekjaar 2023) een kostenonderzoek voor de ggz en fz (inclusief de acute ggz) wordt uitgevoerd. Dit leidt tot nieuwe budgetparameterwaarden per 2026. Voor de acute ggz geldt dat de gevolgen van een eventuele nieuwe cao ggz hierin meegenomen kunnen worden.

2.5.4 Overige voornemens

Wij blijven ons inzetten om, samen met partijen, te komen tot een eenvoudiger proces waarbij het ZN/dNggz-model en het NZa-budgetformulier zoveel mogelijk op elkaar aansluiten. Dit blijft een uitdaging. Voor '23 wordt er door partijen nog een stap gezet in de verdere doorontwikkeling van het ZN/dNggz-model. Om tot een goede aansluiting te komen moeten er eerste belangrijke keuzes gemaakt

worden. Een voorbeeld van zo'n keuze is of we aansluiting zoeken op de input (aantal beoordelingen, opnamepercentage, ...) of op de output (aantal teams of aantal bedden).

Knip van drie dagen

De knip van drie dagen is een technisch/administratieve knip. In het advies schreven wij dat door deze tijdsgrens de acute psychiatrische zorg in het weekend is geborgd. In 2023 willen wij een onderzoek starten naar de knip van drie dagen. De vraag die daarbij centraal staat is of er een meer logische, zorginhoudelijke, afbakening is van de acute ggz die valt binnen de budgetbesteding. Daarbij kijken wij onder andere naar de noodzakelijke beschikbaarheid, het personeel en de (on)planbaarheid van de zorg.

3 Eén budget(houder) per regio

Vanuit de één ketengedachte kent de acute ggz een bekostiging met één budget per regio. De budgethouder moet samenwerken met ketenpartners om tot een passend georganiseerde acute ggz keten te komen.

3.1 Samenwerking in de acute ggz keten

Per regio is er één budgethouder. In ons advies schreven we dat meerdere budgethouders in één regio onwenselijk is. Zowel vanuit kwaliteitsoogpunt (het doel van de GMAP is 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).

Samenwerking is essentieel om tot een passend georganiseerde keten te komen en ervoor te zorgen dat de patiënt op de juiste plek passende acute ggz-zorg krijgt. De budgethouder moet dus samenwerken, zowel op inhoudelijk als financieel vlak, met de ketenpartner(s).

De samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners zijn een belangrijk uitgangspunt van de GMAP. In de keten spelen niet alleen de budgethouders een rol, maar ook politie, ambulancezorg en andere zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen en verslavingszorg. De budgethouder kan niet werken zonder ketenpartners. De samenwerkingsafspraken over de acute ggz-keten worden vastgelegd in een regioplan. Een regioplan is als het ware de toepassing, de uitwerking van de GMAP in de regio.

De afspraken over de budgetbekostiging zijn vervolgens een afgeleide van het regioplan. Ketenpartners die acute psychiatrische zorg verlenen binnen de eerste drie dagen en waarmee afspraken zijn gemaakt in het regioplan, moeten worden aangegeven in de budgetaanvraag. Aanbieders die onderdeel zijn van de budgetaanvraag mogen de consulten *acute ggz binnen budget* declareren. Door ook de ketenpartners aan te geven in het budgetaanvraag hebben zorgverzekeraars inzicht in welke aanbieders de consulten acute ggz binnen budget mogen declareren. Het regioplan bevat dus de inhoudelijke samenwerkingsafspraken en vormt de basis voor welke aanbieders onderdeel zijn van de budgetsystematiek.

In dit hoofdstuk staat de vraag 'hoe verloopt de samenwerking' centraal. Eerst gaan we in op de samenwerking met de ziekenhuizen en de verslavingszorg. Daarna bespreken we de samenwerking tussen regio's en de regio-indeling. We duiden de bevindingen, trekken lessen en doen aanbevelingen.

3.2 Uitkomsten evaluatie

Uit de evaluatie komt naar voren dat de samenwerking in de regio tussen aanbieders wisselend verloopt. Daarbij is het beeld dat in regio's waar het al goed liep, dit is gecontinueerd. Maar er zijn ook discussies (geweest) en knelpunten.

3.2.1 Samenwerking met ziekenhuizen - seh

In de vragenlijst hebben wij aan budgethouders de volgende vraag gesteld: Ervaart u in één of meerdere regio's dat het aanbieders niet (voldoende) lukt om samenwerkingsafspraken op inhoud te maken in de keten (ziekenhuizen, politie, ambulancezorg, etc.)? Een ruime meerderheid ervaart geen problemen (12 van 18).

Deze antwoorden contrasteren met de discussie die de afgelopen jaren is geweest over de positie van ziekenhuizen in de keten. Leveren zij acute psychiatrie? Deze discussie komt mede doordat een deel van de ziekenhuizen voor 2020 geen crisis-dbc's declareerden. Soms vond declaratie via DOT's plaats. Hierdoor was er bij de start van de systematiek, en soms nu nog, geen volledig beeld van welke ketenpartners allemaal acute psychiatrie in de eerste drie dagen leveren. Mede debet hieraan is onduidelijkheid over de beelden en rollen en wat onder de GMAP en de acute ggz valt. Zo bestond het beeld bij zorgverzekeraars dat er op de seh geen acute psychiatrische hulp wordt verleend dan wel dat de MSZ-bekostiging hierin voorziet. Dit bemoeilijkte het maken van eenduidige afspraken over inhoud en financiering tussen alle aanbieders in de regio en de representerende zorgverzekeraar. Het ontbreken van historische declaraties bemoeilijkte ook de schoning uit het reguliere segment die zorgverzekeraars willen uitvoeren als een ziekenhuis onderdeel wordt van de budgetsystematiek.

Op het vraagstuk van de rol van ziekenhuizen binnen de budgetsystematiek zijn voor het budgetjaar 2022 verbeterstappen gezet. Op bestuurlijk niveau zijn er tussen ZN, dNggz, NVZ en NFU afspraken gemaakt over de procedure, de te hanteren normen uit de GMAP en de escalatiemogelijkheden. Voor 2023 worden de afspraken verder doorontwikkeld. In de budgetaanvragen zien wij deze verbeterstappen nog niet overtuigend terug. Bij de nacalculatie 2020 zien wij 17 ziekenhuizen in 10 regio's die onderdeel zijn van de budgetaanvraag. Bij de voorcalculatie 2022 zijn er 14 ziekenhuizen in 11 regio's onderdeel zijn van de budgetaanvraag. Het aantal ziekenhuizen is dus lager, maar het aantal regio's dat ziekenhuizen als ketenpartner opneemt in de budgetaanvraag stijgt.

Een mogelijke verklaring dat we nog geen stijging zien, kan komen door een verschil van inzicht over de samenwerking. Uit het interview met de NVZ/NFU komt naar voren dat ziekenhuizen zich genegeerd voelen. Uit gesprekken met budgethouders komt een attitude naar voren dat zij 'in the lead' zijn bij de samenwerkingsafspraken en dat zij ook bepalen wie onderdeel is van de keten. Wij hebben niet kunnen vaststellen hoe breed deze houding bij de budgethouders leeft.

Ook hebben wij in een brief aan partijen duidelijkheid geschapen over de positie van ziekenhuizen als er acute ggz op de seh wordt geleverd. Belangrijk is dat het er bij dit vraagstuk vooral om gaat *welke* aanbieder de acute ggz levert. Het gaat niet om andere zorg. Ook op de seh gaat het om acute psychiatrische hulpverlening binnen budget zoals de beleidsregel Budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening die omschrijft (artikel 1e). Wanneer een ziekenhuis verantwoordelijk is voor een deel van de GMAP-taak en als zodanig is opgenomen in het regioplan, zal de zorg die geleverd wordt door het ziekenhuis onderdeel zijn van de budgetaanvraag.

Regioplannen

Bij de budgetaanvragen worden regelmatig regioplannen meegestuurd. Als wij deze regioplannen lezen, vallen ons twee dingen op. De opzet van de regioplannen is verschillend tussen regio's. Daarnaast verschilt het per regio welke afspraken en hoe concreet deze afspraken worden beschreven. De concrete afspraak welke aanbieder de beoordelingen op de seh uitvoert, ontbreekt bijvoorbeeld vaak. Dit terwijl de GMAP voorschrijft dat de crisisdienst en de seh in het regioplan afspraken moeten maken wie, wanneer verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de psychiatrische beoordeling.

3.2.2 Samenwerking met de verslavingszorg

Een probleem dat in de vragenlijst op het gebied van de zorgketen veel wordt genoemd door budgethouders is het gebrek aan capaciteit bij de verslavingszorg. Door sommige budgethouders wordt dit geïnterpreteerd als onverschilligheid of onwil om een rol te spelen in de acute ggz. Mogelijk is dit het gevolg van historische patronen waarbij verslavingszorg als volledig los van de ggz werd gezien.

Duiding NZa van de samenwerking binnen de regio

Dat er op bestuurlijk niveau verbeterstappen zijn gezet en dat er afspraken zijn gemaakt over de rol van de ziekenhuizen binnen de budgetsysteem vinden wij een positieve stap en ontwikkeling. Goed ook dat dit voor 2023 een doorontwikkelpunt is. Samenwerking met ketenpartners is essentieel voor een goed werkende en passende acute ggz keten. Samenwerking betekent voor ons ook echt 'in gezamenlijkheid'. De GMAP onderschrijft dit op verschillende punten. In 8.6.7 van de GMAP staat: *“De regievoerder en ketenpartners formuleren en herijken jaarlijks een lokaal/regionaal plan voor de acuut psychiatrische hulpverlening: het regioplan”*.

In 2.1.5 onder Organisatie van zorg staat: *“Alle betrokkenen in de acuut psychiatrische keten hebben een eigen verantwoordelijkheid die verder is uitgewerkt in de generieke module. Er is ook een grote gedeelde verantwoordelijkheid. Om die goed te kunnen nemen, is samenwerking in de keten van groot belang. Goede communicatie, kennisdeling, samenwerkingsafspraken en optimalisatie van overdrachtsmomenten zijn nodig voor goede acuut psychiatrische hulpverlening zoals omschreven in de GMAP. Hierbij is doelmatige inzet van deze hulpverlening een belangrijk uitgangspunt.*

Nederland is opgedeeld in 28 acuut psychiatrische regio's. De regievoerder uit de regio stelt jaarlijks in afstemming met de ketenpartners een regioplan op. In dit regioplan worden afspraken vastgelegd rondom de zorg, maar ook rondom de implementatie van de generieke module Acute Psychiatrie.”

Wat ons verder opvalt is dat het lijkt dat standpunten of verduidelijkingen die wij geven in onze brieven niet altijd lijken te landen bij de budgethouders en zorgverzekeraars. Voorbeelden hiervan zijn de samenwerking budgethouders-seh, maar ook de rol van de BIA. Wij hebben duidelijkheid geschapen over de positie van ziekenhuizen in de budgetbesteding, maar toch blijven er vragen over komen. Hetzelfde geldt over de rol van de BIA. Daarover is in de zomer van 2020 reeds duidelijkheid geschapen, namelijk dat de BIA geen kostenonderzoek of zorginkoopgids is. Toch wordt nog regelmatig naar de BIA verwezen of wordt er gevraagd wat wel of niet in de BIA is meegenomen.

Gezien het belang van de regioplannen vinden wij het onwenselijk dat de opzet van de regioplannen verschillend is tussen regio's en dat het per regio verschilt welke afspraken en hoe concreet deze afspraken worden beschreven.

3.2.3 Samenwerking tussen regio's

Uit de vragenlijsten komt naar voren dat één derde van de regio's afspraken maakt met aanpalende regio's. Samen met de budgethouder van (een) buurregio('s) worden bijvoorbeeld afspraken gemaakt over de gehele veiligheidsregio. In andere gevallen worden er pragmatische afspraken gemaakt over gebieden die in de ene GMAP-regio liggen, maar wat betreft ligging beter te bereiken zijn door de crisisdienst van een naburige regio.

Daarnaast worden er soms door meerdere regio's tegelijk afspraken gemaakt met andere partijen in de zorgketen. Bijvoorbeeld voor het gelijktrekken van processen voor huisartsenposten en ambulancezorg die meerdere GMAP-regio's bedienen, of het beschikbaar hebben van één verslavingsbed voor meerdere regio's.

3.2.4 Regio-indeling

De huidige organisatie van de acute ggz is historisch gegroeid. Bij de start van de nieuwe inkoop en bekostiging zijn de 28 reeds bestaande acute ggz regio's gecontinueerd. Net als de aanbieders die acute ggz uitvoerden. De overgrote meerderheid van de budgethouders is tevreden met de huidige regio-indeling en ziet hierin geen knelpunten. De budgethouders zien ook weinig mogelijkheden de concentratie en efficiëntie van de acute ggz te verbeteren door de regio-indeling aan te passen.

In de vragenlijst wordt door enkele budgethouders aangegeven dat het maken van afspraken moeilijk is, omdat de indeling van veiligheidsregio's en gemeentes niet gelijk loopt met de GMAP-regio's. Veel GMAP-regio's hebben met meerdere gemeentes te maken. De gemeentes bekostigen de acute jeugdpsychiatrie. Niet alle gemeentes lijken even goed aangesloten bij of op de hoogte van de GMAP.

Duiding NZa van de regio-indeling

Hoewel er geen signalen zijn dat er nu zaken verkeerd gaan door de regio-indeling, vinden wij dat de huidige regio-indeling geen gegeven is. Wij zien vanuit de vragenlijsten dat er wel degelijk knelpunten zijn, vooral in de organisatie van zorg. Zo moet er een groeiend aantal zzp'ers worden ingehuurd om de bemensing van de acute dienst rond te krijgen. Daarnaast geeft één aanbieder bijvoorbeeld aan extra betalingen bovenop de cao te doen. Dit duidt op arbeidsmarktproblematiek. Arbeidsmarktproblematiek kan niet (alleen) worden opgelost door het optimaliseren binnen de eigen organisatie, maar ook door te onderzoeken of een andere organisatie hierbij helpend kan zijn.

3.3 Les

Wij trekken de les dat er in het advies meer aandacht had moeten zijn voor de organisatie in de regio. In het advies passende acute zorg schrijven wij over de risico's van een beschikbaarheidsbekostiging. Namelijk dat het niet prikkelt tot samenwerking. Daardoor zou het een aanpassing van de organisatie van zorg in de weg kunnen zitten en kunnen leiden tot een toename van ondoelmatigheid. Voordat wordt overgegaan tot een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh's moeten eerst belangrijke randvoorwaarden worden ingevuld. Een randvoorwaarde is een optimale organisatie van de seh's in een regio.

Het risico dat wij beschreven in het advies passende acute zorg zien wij terug in de acute ggz. De budgetbekostiging prikkelt niet tot samenwerking en houdt de status quo in stand.

3.4 Aanbevelingen

Voor het verbeteren van de samenwerking doen wij aanbevelingen voor de regioplannen, de samenwerking met de ziekenhuizen en de organisatie van acute ggz-zorg.

Aanbevelingen regioplan

In de vraag of een ketenpartner onderdeel is van het budget, is het regioplan van groot belang. Ten aanzien van de regioplannen hebben wij twee aanbevelingen:

- 1 De afspraken in de regioplannen moeten concreter worden. In het regioplan moet bijvoorbeeld helder zijn welke rol het ziekenhuis heeft in de acute ggz binnen drie dagen. Concreet betekent dit onder andere dat klip en klaar moet zijn *welke* aanbieder, de budgethouder of het ziekenhuis, de acute psychiatrische beoordelingen uitvoert op de seh van het ziekenhuis. De maatschappelijke belangen moeten daarbij in acht worden genomen. Als de beoordeling op de seh plaatsvindt, moeten ook de normen uit de GMAP gehaald worden en gekeken worden naar de betaalbaarheid. Er moet geen twee keer een 24*7 beschikbaarheid bekostigd worden als dat ondoelmatig is.
- 2 In de regioplannen die wij kennen, ontbreekt het vaak nog aan een lange termijnvisie. In het format regioplan staat ook dat de lange termijn ambitie van de regio onderdeel is van het regioplan. Bij een visie kan het gaan om de inzet van preventie of hoe om te gaan met de arbeidsmarktproblematiek. Ook kunnen lange(re) termijn afspraken met ketenpartners onderdeel zijn. Wij roepen budgethouders op om, samen met de ketenpartners, een visie neer te leggen in de regioplannen over hoe de acute ggz er op langere termijn uitziet en wie daar een rol in speelt. Ook hierbij verlangen wij weer een kritische rol van de aanbieders ten opzichte van elkaar waarbij het maatschappelijk belang boven het individuele belang gaat. De plannen moeten matchen met de 'brede' plannen die het Ministerie van VWS heeft voor de gehele acute zorg.

Aanbevelingen samenwerking ziekenhuizen

Ondanks de verbeterstappen, de bestuurlijke afspraken en onze brief bestaat er nog steeds onvrede vanuit en over de relatie met de ziekenhuizen. Dit is te verhelpen door (nog) meer duidelijkheid te geven over de rollen (budgethouder en ketenpartner/ziekenhuis) en wat er onder het budget/de GMAP valt. Dit kan doordat de branches van budgethouders, ziekenhuizen en zorgverzekeraars een lijst met veel gestelde vragen opstellen en/of een webinar organiseren. Communicatie hierover is belangrijk.

Ten aanzien van de communicatie zien wij ook een rol voor onszelf. Wij bekijken hoe wij onze standpunten en brieven meer publiekelijk kenbaar kunnen maken. Voorbeelden dat onze standpunten niet helemaal door lijken te komen zijn de positie van de ziekenhuizen in de budgetbekostiging en de rol van de BIA.

Aanbevelingen voor de organisatie van acute ggz-zorg

In het kader van de efficiëntie en doelmatigheid bevelen wij aan om te kijken of de organisatie van de acute ggz-zorg aangepast moet/kan worden. Wij horen bijvoorbeeld dat de bemensing van de crisisdienst steeds moeilijker wordt. Zo is er een groeiend aandeel zzp'ers dat ingehuurd moet worden. Bij deze arbeidsmarktproblematiek moeten partijen niet alleen inzetten op het oplossen hiervan binnen de eigen organisatie, maar ook onderzoeken of een andere organisatie hierbij helpend kan zijn. Te denken valt aan het samenvoegen van triagepunten, het bovenregionaal organiseren van beschikbare bedden voor de verslavingszorg tot aan het anders vormgeven van de regio's. Een zorgverzekeraar vertelde tijdens een interview dat ze nadenken over het samenvoegen van triagepunten voor een aantal regio's.

Met behulp van data kan gekeken worden naar de triage, de beoordelingen, waar de patiënten wonen, de aanrijtijden etc. Hierbij speelt de mds ook een belangrijke rol. Destijds heeft het RIVM een analyse gedaan vanuit de bestaande crisisdiensten en beoordelingslocaties. Nu kan er op basis van data ook

gekeken worden naar en een analyse gedaan worden met betrekking tot de gewenste, mogelijk efficiënte(re) en optimale organisatie, los van de regiogrenzen. Zo kan meer passende zorg geboden worden. Ook hierbij kan de acute ggz zich aansluiten bij de 'brederere' plannen die het Ministerie van VWS heeft voor de gehele acute zorg.

4 Inkoop in representatie

Dit hoofdstuk gaat over de inkoop in representatie. Om meerdere redenen hebben wij in 2018 inkoop in representatie geadviseerd. In dit hoofdstuk richten wij ons op de inkoopgesprekken tussen zorgverzekeraar en budgethouder en de rol van de zorgverzekeraar.

4.1 Inkoop acute ggz tot 2020

In de jaren tot 2020 verliep de inkoop van de acute psychiatrie via de individuele inkoop van de zorgverzekeraar. De inkoop verliep gezamenlijk met de inkoop van de reguliere ggz. In deze gesprekken vormde de acute ggz slechts een klein aandeel van het contractvolume en was er relatief weinig aandacht voor de acute psychiatrie.

Uit de knelpuntenanalyse kwam het aandachtspunt naar voren dat de variabele beschikbaarheidsvergoeding ongewenst werd gevonden. De knelpuntenanalyse heeft ook geleid tot het opstellen van de generieke module acute psychiatrie. De bekostiging moest ondersteunend zijn aan de GMAP. In ons advies adviseerden wij een inkoopmodel op basis van inkoop in representatie. Wij achtten het onvoldoende zeker dat individuele inkoop tot goede resultaten leidt. Bijvoorbeeld omdat de dekking van beschikbaarheidskosten dan niet gewaarborgd is en er voor patiënten tariefverschillen per regio ontstaan. Inkoop in representatie maakt het makkelijker om afspraken over de benodigde capaciteit in de regio te maken, omdat een zorgaanbieder maar met één zorgverzekeraar afspraken hoeft te maken. Dit verkleint het risico op onderdekking. Een tweede reden om inkoop in representatie te adviseren boven een ander inkoopmodel, namelijk de beschikbaarheidsbijdrage, was dat de representerende zorgverzekeraar de rol zou behouden van het sturen op een efficiënte inrichting zorg. Ten slotte was er ook een praktische reden voor inkoop in representatie. Een budgetbekostiging is in de praktijk alleen uitvoerbaar bij inkoop in representatie.

Bij inkoop in representatie voert de budgethouder zorgverkoopgesprekken met één zorgverzekeraar. Deze zorgverzekeraar voert de gesprekken ook namens de andere verzekeraars. Hiermee werd de inkoop van de acute ggz losgetrokken van de reguliere zorginkoop.

In dit hoofdstuk staan twee vragen centraal:

- Hoe verlopen de gesprekken tussen de representerende zorgverzekeraar en de budgethouder?
- Hoe pakt de zorgverzekeraar zijn rol op?

4.1.1 Hoe verloopt het gesprek tussen de representerende zorgverzekeraar en de budgethouder?

Voor de invoering van de GMAP en de inkoop in representatie van de acute ggz was er weinig aandacht voor crisisdiensten in de reguliere contractonderhandelingen. De nieuwe manier van inkoop heeft ervoor gezorgd dat er aandacht is voor de acute ggz. In de verdiepende interviews is gevraagd hoe partijen de inkoopgesprekken ervaren. Kunnen budgethouders en representerende zorgverzekeraars constructief samenwerken aan een goede inrichting van de acute psychiatrische zorgketen? Partijen geven in de interviews aan over het algemeen meer constructieve gesprekken bij de inkoop van acute ggz te ervaren dan bij de reguliere inkoop.

Uit de vragenlijsten en interviews blijkt dat het gemakkelijker is geworden om inhoudelijke afspraken te maken over het leveren van zorg volgens de GMAP. Dit wordt gekoppeld aan de beschikbaarheid van de benodigde financiële middelen. Al verschilt dit nog erg per regio en hebben nog niet alle ketenpartners het gevoel dat zij betrokken worden in deze gesprekken.

De ontwikkeling dat het gemakkelijker is geworden om inhoudelijke afspraken te maken is van de laatste twee jaar. De introductie van de nieuwe systematiek in 2020 kende een roerige start. Zo was er in 2020 bij de voorcalculatie bij bijna één derde van de regio's sprake van éézijdige ingediende aanvragen en één handhavingsverzoek. Inmiddels gaat het beter. Het aantal éézijdig ingediende aanvragen is afgenomen.

Duiding NZa van het (inhoudelijke) gesprek

Dat de contractering steeds soepeler gaat lopen en dat de inhoud in steeds meer regio's voorop komt te staan, vinden wij positief. Dat de contractering steeds soepeler verloopt, is mede te danken aan ZN en dNggz die na het onrustige eerste jaar hebben besloten tot een gezamenlijke evaluatie. Deze intensievere samenwerking door de branchepartijen, later aangevuld door de NZa, heeft tot gevolg dat partijen met elkaar in gesprek zijn. Concreet heeft de evaluatie van ZN en dNggz ook geleid tot het gebruik van het ZN/dNggz-model ten behoeve van de inkoop.

4.1.2 Rollen verzekeraars bij de inkoop van acute psychiatrie

Voor de zorgverzekeraars hadden wij bij het schrijven van ons advies twee rollen in gedachten. De eerste was dat zorgverzekeraars met hun specifieke kennis van de regionale omstandigheden, samen met de aanbieder, een voorstel zouden doen voor de benodigde capaciteit. Deze rol vereist zowel dat zorgverzekeraars voldoende kennis en informatie hebben over de regio alsmede dat zij in het inkoopgesprek samen afspraken maken over de bereikbaarheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid van passende acute ggz-zorg in de regio. De tweede rol was het sturen op en het bewaken van efficiëntie bij de aanbieder binnen de normen die de GMAP stelt.

Voorstel voor benodigde capaciteit

Het doen van een voorstel voor de capaciteit vinden de zorgverzekeraars een vorm van rolvervaging. Ze geven aan dat zorgverzekeraars op de stoel van de zorgaanbieder (moeten) gaan zitten en moeten oordelen hoe zij hun capaciteit gaan inzetten. Volgens zorgverzekeraars kunnen zij die inzet ook

nergens aan toetsen en veronderstelt het een grote kennis van de bedrijfsvoering aan de kant van zorgverzekeraars die zij niet hebben. Verzekeraars kijken bij de contractering altijd naar de output en in hoeverre deze efficiënt is ingezet ten behoeve van de patiënt. Zij geven aan output te kunnen zien en volgen, inzet van personeel helemaal niet.

Naast de rolvervaging wijzen zij ook op de ervaren informatieachterstand. Sommige zorgverzekeraars ervaren dat ze niet genoeg zicht hebben op de realisatie van de capaciteitsramingen uit de budgetformulieren. Het is niet altijd duidelijk of de geraamde capaciteit benodigd was en of deze ook daadwerkelijk is gerealiseerd.

Als laatste geven zorgverzekeraars aan dat het personeel dat beschikbaar is voor acute psychiatrie mogelijk dubbel wordt bekostigd als ze tijdens beschikbaarheidsdienst ook reguliere ggz-behandeling leveren.

Sturen op efficiëntie

De representerende zorgverzekeraar moet sturen op een efficiënt ingerichte zorgketen met voldoende capaciteit voor de zorgvraag in de regio. In de vragenlijst geven 5 van 6 zorgverzekeraars aan dit te doen. Ook 16 van de 18 aanbieders geven aan dat zorgverzekeraars sturen op efficiënte uitvoering. Beide partijen geven aan dat dit gebeurt door benchmarks, het ZN/dNggz-model, de minimale dataset te bespreken en/of te kijken naar de verschillende onderdelen en hoe die anders vorm te geven.

Duiding NZa van de rol van zorgverzekeraars

Een voorstel doen voor de capaciteit en het sturen op efficiëntie gaan wat ons betreft samen. Via het ZN/dNggz-model kunnen zij beide rollen gecombineerd oppakken. Hoewel het model niet exact met een capaciteit komt (in fte), komt het wel met een budget waarvoor de GMAP uitgevoerd kan worden in een regio. In het model zitten gemiddelden, bijvoorbeeld als het gaat om de kosten van één uur behandeling. Hierdoor stuurt het model op een efficiënte uitvoering. Daarmee kunnen zorgverzekeraars gecombineerd de rollen van een voorstel doen voor de capaciteit en het sturen op efficiëntie tegelijkertijd oppakken. Hierbij herhalen wij ook onze aanbeveling (uit paragraaf 2.3) dat zorgverzekeraars bij éézijdige aanvragen ook oog moeten hebben voor waar het model knelt en hier een standpunt over moeten innemen.

4.2 Aanbevelingen

Voor de inkoop in representatie willen wij geen fundamentele aanpassingen doorvoeren. De inkoop in representatie blijft in stand.

Al eerder in deze evaluatie hebben we een aanbeveling gedaan over het gebruik van het ZN/dNggz-model. Bij de inkoop moet het model worden gezien als een hulpmiddel. Zo kan er in de inkoop meer rekening worden gehouden met regionale verschillen en maatwerk.

Informatieongelijkheid kan worden tegengegaan door het publiek maken van gerealiseerde acute psychiatrische zorg. Voorwaarde van het nut van een dergelijke publicatie is uniforme registraties. Helaas bestaan er niet-zorginhoud gedreven invloeden op de registraties, terwijl deze invloeden lijken te

verschillen tussen de regio's. Zo zijn er regio's waar een crisis binnen budget-traject in 90% van de gevallen de volle drie dagen openstaat en andere regio's waar 70% van de trajecten binnen één of twee dagen wordt afgesloten. We gaan ervan uit dat een dergelijk verschil niet vanuit de casemix tussen regio's te verklaren is en dus het gevolg is van niet-zorginhoudelijke invloeden.

