

NOTULEN VUP LEDENVERGADERING D.D. 19-12-2013

Aanwezig: G. van de Berg, E. Oor, D. Leiblum, R. Zijlstra, A. Noort, G. Visbach, L. Schuurs, L. Schaper, D. Hopmans, S. Roelfs, E. Schouten, W. de Meij, R. Tan Paap, J. Dirx, A. Molenaar, W. Gerritsen, L. Engelbrecht, P. van Loon, L. Janssen, E. de Ruijter Corver, E. Schouten, K. Wieme, A. Davids

Afwezig met kennisgeving: M. Schmeets, G. Casteelen, A. vd Gaag

De agenda van deze vergadering behelst de stukken zoals aangeleverd door Gerard vd Berg, met als doel te komen tot veldnormen in het nieuwe speelveld.

Agenda VUP ledenvergadering 19 december 2013, met bijbehorende stukken:

1. Inleiding:

Het bestuur van de VUP heeft een extra ledenvergadering bijeen geroepen voor 19-12-2013. We willen tijdens deze vergadering stil staan bij de praktische consequenties die de uitwerking van het Bestuurlijk Akkoord voor ons hebben. De contracten zijn getekend, de spelers zijn bekend, de spelregels zijn vastgelegd en het spel kan beginnen.

Met de invoering van de POH GGZ, generalistische basis GGZ en specialistische GGZ komt een proces op gang, waarvan nog niemand de uitkomst kan voorzien. Zorgverzekeraars zijn bang dat de uitbreiding van de basis GGZ niet automatisch zal leiden tot een krimp van de specialistische GGZ, waardoor het geheel alleen maar duurder zal worden. Zij hebben daarom in hun contracten een budgetkorting aan de specialistische GGZ willen opleggen als garantie. De afdeling ZGP heeft hier succesvol tegen geprotesteerd. Dit neemt niet weg dat ook de ZGP een aandeel zal moeten leveren in de substitutie. Tegelijkertijd willen wij natuurlijk niet minder gaan werken en zullen daarom ander werk moeten gaan doen.

2. ZGP is aanbieder van specialistische GGZ en dienstbaar aan POH GGZ en generalistische GGZ. De onzekere situatie die de invoering van de POH GGZ, generalistische GGZ en specialistische GGZ met zich meebrengt vraagt om veldnormen waar wij als ZGP aan kunnen refereren. Om een begin te maken aan het formuleren van veldnormen hebben wij de extra ledenvergadering bij elkaar geroepen. Uitgangspunt hierbij is dat de ZGP gespecialiseerde GGZ zorg levert en op declaratiebasis de POH GGZ en de generalistische GGZ ondersteunt. Als honorarium wordt aan een bedrag van 100 euro per uur gedacht, volgens de Nza de gemiddelde uur prijs van een DBC.

3. Huisarts centraal en onverzekerde GGZ zorg

In het bestuurlijk Akkoord wordt de huisarts centraal gesteld, die de toegang tot de generalistische GGZ en specialistische GGZ bewaakt. Daarnaast is hij verantwoordelijk voor de zorg die in de POH GGZ geleverd wordt. Er zullen patiënten zijn die niet voor een verwijzing naar de specialistische GGZ in aanmerking zullen komen en toch een psychiater willen consulteren. Zonder verwijzing is er dan sprake van onverzekerde zorg. Hiervoor bestaan geen tarieven en die zijn in principe vrij. Het ligt voor de hand het uurtarief per zitting af te rekenen dat zal liggen tussen de gemiddelde DBC uur prijs van 100 euro en het specialistische tarief van 139,50 per uur. Gemiddeld zal dit neerkomen op 100 euro per 3 kwartier en 130 euro per klokuur voor bijvoorbeeld PRT of intake.

Daarnaast zijn problemen zonder een verzekerde DSMIV classificatie zoals aanpassingsstoornissen, relatieproblemen en arbeidsproblemen onverzekerde zorg, die door AMW of POH GGZ behandeld dienen te worden. Ook hieronder zullen patiënten zijn die de hulp van de ZGP zullen inroepen. Door het behandelen van onverzekerde zorg en het aanbieden van onze diensten kan een zekere substitutie uitgaan, doordat in die tijd geen DBC zorg geleverd zal worden. De vraag is of hierbij het gewenste percentage van 35% gehaald zal worden.

4. Veldnorm: Onvoldoende geholpen door POH GGZ of generalistische basis GGZ is automatisch een indicatie voor specialistische GGZ

De producten zoals opgesteld door HHM en het conversiemodel dat beschreven is door KPMG Plexus volgen een interpretatie van het BA, die onuitvoerbaar is. Zo wordt een onderverdeling gemaakt in product kort (5 gesprekken), middel (8 gesprekken), intensief (12 gesprekken) en chronisch (13 gesprekken). Zorgverzekeraars definiëren deze producten niet in aantal gesprekken, maar gemiddeld benodigde tijd voor de omschreven doelgroep, die kan variëren van 60 minuten tot 2000 minuten (voorbeeld uit Achmea inkoopvoorwaarden). Onderscheidend is de zorgvraagzwaarte, die bij de intake dient te worden vastgesteld en slechts in overleg met de patiënt kan worden veranderend. Vanuit dit standpunt dient lichte problematiek (wat is dat ?) met laag risico volgens het product licht behandeld te worden. Wanneer dit niet in 5 zittingen lukt en de problematiek niet verergerd is of het risico niet is toegenomen, dan is er feitelijk geen argument om over te gaan naar een groter product of terug verwijzing naar de huisarts, die dan eigenlijk niet kan verwijzen naar de specialistische GGZ. Maatschappelijk is dat natuurlijk niet haalbaar en vakinhoudelijk onverantwoord. Consequentie is namelijk dat veel zorg die voorheen verzekerd was, binnen deze gedachtegang nu ineens niet meer verzekerd is. Neem bijvoorbeeld de dysthyme stoornis, die qua ernst en gevaar licht genoemd kan worden, maar het levensgeluk van betrokkene en zijn omgeving flink kan vergallen. Dit vraagt dus om een Veldnorm, waarbij het beloop van de stoornis betrokken wordt bij de indicatiestelling. Een dergelijke Veldnorm zou kunnen luiden dat wanneer de toestand van de patiënt ondanks POH GGZ en generalistische GGZ onvoldoende verbetert er automatisch een indicatie is voor specialistische GGZ.

5. Veldnorm: huisarts bepaalt zorgvraagzwaarte

Zorgverzekeraars hebben in hun contracten opgenomen dat als na onderzoek blijkt dat de patiënt niet voldoet aan de criteria voor specialistische zorg, de patiënt terugverwezen dient te worden naar de huisarts met het advies de behandeling te laten plaatsvinden in de POH GGZ of de generalistische GGZ. In de meeste gevallen zal dit onethisch zijn en strijdig met de Eed van Hypocrates, die voorschrijft dat een arts alles zal doen om lijden te verlichten. Hierin past niet het toepassen van een denkbeeldige meetlat, waarop de mate van lijden is af te lezen. Dit vraagt om de Veldnorm dat de huisarts de ernst en het risico bepaalt en welke patiënt met welke problematiek naar de specialistische GGZ verwezen wordt. Het is onze taak om de meest effectieve en meest doelmatige zorg voor deze patiënt te bieden of daarvoor naar elders te verwijzen, waarbij de stem van de patiënt zwaar meeweegt.

6. Product chronisch van generalistische basis GGZ

Zorgverzekeraars gaan ervan uit dat alle DBC behandelingen korter dan 800 minuten feitelijk generalistische zorg betreft. De Afdeling ZGP heeft dit standpunt succesvol kunnen weerleggen met als gevolg dat voor de ZGP een uitzondering is gemaakt. De vraag is of het ons zal blijven lukken hen ervan te overtuigen dat de ZGP specialistische zorg levert. De meeste ZGP praktijken hebben een gemiddelde DBC prijs van 1000 euro. Cijfermatig dreigt de ZGP in zijn geheel op te gaan in de generalistische GGZ. Het is dus van groot belang dat wij cijfermatig kunnen aantonen dat wij patiënten behandelen met ernstige en complexe problematiek met matig tot ernstig risico voor patiënt zelf, zijn omgeving en voor de mate van participatie. We zullen hier proactief in dienen in te spelen en ontkomen er niet aan een substantiële bijdrage te leveren aan substitutie van specialistische GGZ naar generalistische GGZ.

Het product chronisch van de basis generalistische GGZ kan belangrijk worden voor de ZGP. Veel stabiele chronisch psychiatrische patiënten hebben een relatief lichte zorgvraagzwaarte. De begeleiding van mensen met stabiele schizofrenie, bipolaire stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, therapieresistente depressies en angststoornissen kunnen vaak met minimale interventies stabiel gehouden worden en recidieven snel opgepakt. Deze groep van patiënten, waarvan elke ZGP er wel een aantal heeft kunnen goed vanuit dit product behandeld worden. Hetzelfde geldt voornazorg van stabiele EPA patiënten en patiënten die opgenomen zijn geweest of binnen de crisisdienst hun eerste opvang gekregen hebben. Het product chronisch wordt niet door alle zorgverzekeraars bij de ZGP ingekocht. Daarnaast bestaat het gevaar van grote

budgetoverschrijdingen door toepassing van product chronisch, omdat patiënten die maar 4 keer per jaar gezien worden een uurloon genereert van 300 euro. De samenleving is namelijk veel duurder uit als het product chronisch gedeclareerd wordt dan de nu gebruikelijke korte DBC tot 250 minuten direct patiëntgebonden tijd DBC's.

7. Vervolg DBC's vanaf 1-1-2014

Contractueel is bepaald dat de patiënt verwezen dient te zijn voor specialistische GGZ om voor vergoeding voor in aanmerking te komen. Niet duidelijk is of dit alleen geldt voor nieuwe aanmeldingen of dat dit ook geldt voor vervolg DBC's. Het meest zuiver lijkt om ruim voor het verlopen van de DBC's een brief naar de huisarts te schrijven over het beloop tot dan toe en een advies voor het vervolg. De patiënt kan dan een afspraak maken met de huisarts voor een eventueel nieuwe verwijzing voor specialistische GGZ. Gaan we dit doen of niet?

Als we besluiten om dit te gaan doen dan zullen we een brief naar de huisartsen moeten schrijven over waarin dit voornemen wordt aangekondigd.

8. Budgettering

Over drie weken eindigt het eerste jaar dat wij als ZGP gebudgetteerd zijn. De Afdeling ZGP wil zo snel mogelijk de overschrijdingen en onderschrijdingen van de ZGP budgetten in kaart brengen. Door deze gegevens te verzamelen, kunnen wij met zorgverzekeraars in overleg treden om over te gaan op een systeem van onderlinge verrekening. CZ heeft al aangegeven dat zij voor die mogelijkheid open staan. Voor DBC's geopend in 2012 lijken er nog niet zo veel knelpunten te zijn. Voor de volgende jaren zal dit echter nijpender worden.

9. Raamovereenkomst zorgaanbieders stad Utrecht

De zorgaanbieders van de stad Utrecht zijn onder leiding van de huisartsen in overleg over het opstellen van een raamovereenkomst. Er is al besloten dat het systeem Mirro van Achmea niet zal worden ingevoerd. Dit betekent dat wij als ZGP in het contract met Achmea niet de 100% kunnen halen. Het volgende overleg staat gepland voor 13-1-2014. Wij houden u hiervan op de hoogte.

10. Benoeming nieuw bestuurslid

René Zijlstra heeft aangeboden toe te treden tot het bestuur van de VUP. Het bestuur is hierheel blij mee, omdat nu ook de belangen van de K&J psychiaters beter door het bestuur behartigd kunnen worden.

Discussie in de vergadering:

1. Inleiding:

De belangrijkste vraag voortkomend uit het Bestuurlijk akkoord is: hoe kan de ZGP een bijdrage gaan leveren aan de substitutie van zorg van de specialistische naar de basis ggz. De ZGP moet anticiperen op de nieuwe situatie. 13-2-2014 wordt een discussieavond georganiseerd met zorgverzekeraars over de consequenties van het BA. Er dient 30-35 % gesubstitueerd te worden. Hoe kan de ZGP hieraan bijdragen? De huisarts is centraal in de nieuwe situatie.

2 De ZGP is aanbieder van specialistische zorg en dienstbaar aan POH-GGZ en gen. GGZ

De ZGP kan op meerdere manieren de huisarts/POH van dienst zijn, door consultatie (met het zien van de patiënt), door advies per telefoon (waarbij de verantwoordelijkheid ook bij de huisarts blijft), of door bij overleggen aan te schuiven. Het is van belang dat ZGPers contacten krijgen met huisartsen of dit meer vorm te geven.

Een andere vorm van substitutie is het behandeling van de niet-verzekerde zorg, doordat sommige diagnoses niet meer vergoed worden, of omdat patiënten zich rechtstreeks bij een psychiater melden en geen verwijzing van de huisarts hebben. Het voorschrijven van medicatie voor patiënten

die bij een psycholoog in behandeling zijn, drukt niet op ons budget als we het doen zoals de bedoeling is, door een nota aan de behandelaar te sturen (die dan de tijd van de psychiater in zijn DBC opneemt).

Het is belangrijk om huisartsen meer aan ons te binden, bijvoorbeeld door hen goed te informeren over de ingezette behandeling en het beloop.

3. Huisarts centraal in onverzekerde GGZ zorg

De huisartsen gaan de toegang tot de psychiater bepalen. De ZGP hoeft dat niet te doen, die voert uit. De ZGP doet er goed aan de indicatie daarvoor niet opnieuw te stellen. De huisarts stelt dan ook de ernst van de aandoening vast, schat het risico in en stelt een DSM IV Classificatie vast. Overigens zijn nog lang niet alle huisartsen voldoende geïnformeerd over de ontwikkelingen mbt het Bestuurlijk Akkoord.

4. Veldnorm: onvoldoende geholpen door POH GGZ of generalistische basis GGZ is automatisch een indicatie voor specialistische GGZ

Verwijzing naar de Specialistische GGZ zou volgens een stepped care model tot stand kunnen komen, (als behandeling bij POH of psycholoog te weinig oplevert) of direct door de huisarts kunnen geschieden bij meer ernstige pathologie, of andere situaties die direct de bemoeienis van een psychiater vragen. Ook de bedrijfsarts kan direct naar de psychiater binnen de specialistische GGZ verwijzen, hoewel niet alle zorgverzekeraars dit accepteren.

5. Veldnorm: huisarts bepaalt zorgvraagzwaarte

In principe bepaalt de huisarts de zorgvraagzwaarte. Deze zal dit waarschijnlijk door middel van een vragenlijst tezamen met de klinische blik doen. Ook de NZA koppelt ernst aan zorgvraagzwaarte, terwijl wij als ZGP's weten dat deze relatie niet eenduidig is. Voor de ZGP is van groot belang dat die beargumenteert waarom een behandeling in het specialistische segment voortgezet moet worden, wanneer de DBC afloopt. Daarnaast moet de behandeling bij de ZGP op de kaart gezet worden als toegankelijk en betaalbaar, "de ZGP als het kan, multidisciplinair als het moet".

6. Product chronisch van generalistische basis GGZ

Het verdient sterk de voorkeur om chronische patiënten bij de psychiater te laten blijven. Dit vooral omdat dit binnen de basisggz veel meer geld kost dan in een gewone DBC bij de psychiater. Zorgverzekeraars zullen dit toejuichen, juist wanneer dit minder dan 250 minuten direct gebonden tijd op jaarbasis is.

7. Vervolg DBC's vanaf 1-1-2014

Vooraf aan het openen van een vervolg DBC moet de huisarts opnieuw vaststellen of de betreffende patiënt nog steeds thuis hoort in het specialistische segment. Daarvoor zal de huisarts opnieuw een verwijskaart moeten afgeven. Altrecht heeft criteria voor zorgvraagzwaarte vastgesteld: aard diagnose, nevendiagnose, psychosociale factoren, GAF score. Ieder item krijgt een aantal punten, die worden opgeteld. Zorgverzekeraars ondersteunen deze ontwikkeling. Ook voor ons geldt dat criteria als ernst, beloop en risico argumenten kunnen zijn voor het voortzetten van de behandeling in de spec. GGZ.

8. Budgettering

Over- en onderschrijdingen van het budget zal in kaart gebracht worden. Er wordt op het niveau van zorgverzekeraars nagedacht over het overhevelen van budgetten. Het is nog onduidelijk hoe dit in de praktijk vormgegeven gaat worden. In Medicores kun je via de knop "Behandelingen" komen bij de

uitgaven per verzekeraar, om zo te checken hoe het staat met het budget, en of je nog patiënten kan aannemen daarbinnen.

Het is belangrijk met zorgverzekeraars in gesprek te blijven over contractvoorwaarden, ipv te snel te kiezen voor geen contract. Dit geldt nog in het bijzonder voor de K&J-psychiaters, omdat de zorgverzekeraars de gemeenten gaan bijstaan in de transitie. De gemeente gaat dan mogelijk kijken welke psychiaters gecontracteerd zijn bij bepaalde zorgverzekeraars.

9. Raamovereenkomst zorgaanbieders stad Utrecht

Het enthousiasme in de tweede zitting om tot een raamovereenkomst te komen, geïnitieerd door de huisartsen, voor en met afgevaardigden van alle zorgaanbieders in Utrecht, lijkt tanende. Het is een groot project, waarin duidelijk moet worden hoe en wat iedere zorgaanbieder de huisarts kan bieden. Op korte termijn kunnen we daar nog geen concrete aanwijzingen of richtlijnen van verwachten.

10. Benoeming nieuw bestuurslid:

Rene Zijstra wordt vanuit de Kinder- en Jeugd sectie benoemd tot nieuw bestuurslid van de VUP.

Annelies Davids

20-12-2013