

Utrecht, 2 oktober 2018

Betreft: Schriftelijke consultatie nieuwe bekostiging ggz/fz (CRM-zaaknummer: 0303334)

Geachte mevrouw Beugels,

Woensdag 19 september ontvingen wij van het NZA het consultatiedocument 'Nieuwe vorm van bekostiging in de GGZ en FZ' met het verzoek om hier uiterlijk 2 oktober op te reageren. Gezien het korte tijdbestek waarin wij onze P3NL<sup>1</sup> achterban consultatie hierover moesten organiseren, hebben we onze antwoorden en reacties vooral gericht op de gestelde vragen. En niet op de rol van de diagnose per 2020. Dit laatste ook omdat in het NZA GGZFZ overleg van donderdag 4 oktober aanstaande dit onderwerp apart geagendeerd is en voorzien is van vergaderstukken. Stukken die we afgelopen vrijdag 28 september aan het eind van de dag ontvingen. Hierover hebben we onze achterban dus niet meer apart over kunnen consulteren.

Het doel van deze consultatie 'Nieuwe bekostiging' is met name gericht op het consulteren van de prestatie lijst gericht op invoering per 2020 en welke beschreven zijn in hoofdstuk 3 van de consultatie. Hieronder zullen we dan ook specifiek ingaan op de consultatievragen gesteld in de diverse subparagrafen.

## Algemene opmerkingen

Wij begrijpen dat de NZa concrete stappen wil zetten om per 2020 een aantal van de huidige systeemproblemen binnen de GGz bekostiging op te pakken. Wij vinden het desalniettemin nog niet duidelijk hoe deze knelpunten opgelost kunnen worden zonder daarbij een verbetering van de zorgvraag typering aan te pakken. Gepaste zorg, door de juiste professional, op het juiste moment, lijkt nu volledig losgekoppeld te kunnen worden van de wijze van bekostiging. En ofschoon wij het voorgestelde model van bekostiging op basis van goed onderscheidbare prestaties (consulten,

---

<sup>1</sup> P3NL vertegenwoordigt ruim 25.000 zorgaanbieders, psychologen, psychotherapeuten en pedagogen, die dagelijks aan het werk zijn op het gebied van zorg, jeugdhulp en ondersteuning. P3NL maakt zich sterk voor gezondheid dankzij mentale veerkracht. De tien leden van P3NL zijn:

NIP: Nederlands Instituut van Psychologen

NVGzP: Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen

NVO: Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen

NVRG: Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie

NVVS: Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging Voor Seksuologie

VEN: Vereniging EMDR Nederland

VGct: Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie

VKJP: Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie

VPeP: Vereniging voor Persoonsgerichte experiëntiële Psychotherapie

VVP: Vereniging van psychodiagnostisch werkenden

verblijf, verrichtingen, op- en toeslagen) positief waarderen, zien wij ook nog veel risico's ten aanzien van het sturen op gepaste zorg, door de juiste professional, op het juiste moment. Met name de Niet-BIG groep (Consulten A) is ons inziens nog niet voldoende uitgewerkt en zal mogelijk sturing op kwaliteit in conflict brengen met sturing op kosten. Daarnaast is ook de uitwerking van m.n. de indirecte tijd risicovol, zowel wat betreft inzet van zorg als voor wat betreft transparantie. Kortom, wij zien genoeg positieve punten in het systeem van bekostiging op basis van deelprestaties, maar twijfelen er sterk aan of een en ander al voldoende doorontwikkeld is om per 2020 al in te voeren. De positieve punten zitten waarschijnlijk vooral op terrein van 'hardheid' kostprijsbepaling op basis van de BIG beroepen, maar zeker niet voor de Niet-BIG groep. Daar adviseren wij een verdere differentiering naar opleidingsniveau.

Ook voor wat betreft de doorrekening van indirecte patiëntgebonden kosten, en met name de incidentele indirect patiënt gebonden kosten, is ons beeld dat een generieke op/toeslag niet past bij de grote diversiteit aan klantgroepen in de GGZ. Ook hier adviseren wij meer differentiering. Juist differentiering is nodig om het grote knelpunt in de oude systematiek van de DBC's, tarieven op basis van grove gemiddelden, aan te kunnen pakken. En om het veld de ruimte te bieden om tegen juiste (maatwerk)tarieven gepaste zorg, op het juiste moment door de juiste professional te leveren. En hierover met zorgverzekeraars afspraken te kunnen maken. Differentiatie bevordert ook transparantie en daarmee inzicht in welke zorg er nu precies door wie geboden wordt. En kan bijdragen aan het kostenhomogener maken van deelprestaties en het verhogen van de inzichtelijkheid van de declaratie en de nota (voor de patiënt).

Hieronder gaan we in op de specifieke consultatievragen, waarbij wij ook aangeven dat de gekozen oplossingen door de NZA niet altijd de juiste prikkel zullen geven om de aan te pakken DBC knelpunten op te lossen. Wij hebben de vragen kritisch beantwoord, maar met het doel om samen met de NZa en met andere partijen goed in kaart te krijgen waar zaken verbeterd kunnen en moeten worden, willen we het systeem van de deelprestaties zoals nu is voorgesteld succesvol kunnen gaan doorontwikkelen. En dat is nog steeds ons uitgangspunt.

### **Consultatie vragen horende bij 3.2 Individuele behandelconsulten**

- a. Kunt u zich vinden in de bovengenoemde uitwerking van de individuele behandelconsulten?
- b. Zo nee, wat mist u in nog in de uitwerking?

#### **Antwoord deelvraag a:**

Nee, zoals wij al eerder hebben aangegeven is de huidige indeling naar BIG en niet-BIG consulten, waarbij er feitelijk een apart uurtarief komt voor de verschillende BIG beroepen en maar één tarief, voor Niet-BIG-ers niet conform de doelstellingen van de doorontwikkeling. Met name de Niet-BIG groep is te divers om kostenhomogeen te kunnen zijn en ze zijn zeker niet 'klinisch herkenbaar' voor de patiënt, noch voor de zorgverzekeraar (en waarschijnlijk ook niet voor de GGZ instelling) aanbieder. Daarnaast is het maar de vraag of 'consulten' de oplossing zijn voor het tijdschrijven en de problemen die hierbij spelen (upcoding, administratieve lasten, etc.).

In de uitwerking van de consulten wordt onderscheid gemaakt naar 'standaard/veelvoorkomende indirecte tijd' en 'incidentele indirecte tijd'. Op zich begrijpen wij de koppeling van indirecte tijd aan de directe tijd, en dus het systeem van een standaard opslag op de directe tijd, echter wij bestrijden

vanuit zorginhoudelijk gezichtspunt dat een generieke toeslag (zie pag. 14) de oplossing is voor de 'incidentele indirecte tijd'.

#### **Antwoord deelvraag b:**

Zoals al bij deelvraag a genoemd, is er een grote diversiteit in de Niet-BIG groep. Er is grote diversiteit in opleidingsniveau van niet-BIG beroepen. Eén tarief voor al deze beroepen leidt tot perverse prikkel: te hoogopgeleide mensen zijn niet kostendekkend, waardoor te laag opgeleiden worden ingezet. Een voorbeeld: Dit betekent dat er voor een basispsycholoog (die in schaal 60 zit meestal in de cao) net zoveel vergoed gaat worden als voor een maatschappelijk werker of een ervaringsdeskundige (die veel lager in de cao-schalen zitten). Als het tarief namelijk een gemiddelde wordt (zoals nu het voorstel is), dan worden de universitaire (basis/master)psychologen te duur t.o.v. bijvoorbeeld een maatschappelijk werker of een ervaringsdeskundige en zouden ze wel eens uit de arbeidsmarkt gedrukt kunnen worden. Terwijl er juist voldoende plekken moeten zijn vanwege de instroom eis om een BIG-registratie te halen en de geplande verhoging voor GZ-opleidingsplekken. Overigens is de trend naar inzet van goedkoper personeel nu al zichtbaar en bedrijfsmatig gezien zijn de zeer lage marges bij ggz-aanbieders ook een (bedrijfsmatig) logische, ofschoon zorginhoudelijk niet accepteerbaar. Vanuit P3NL maken wij ons hier wel ernstig zorgen over omdat de prikkels zo moeten zijn dat de inzet van voldoende gekwalificeerd personeel (dus de kwalificatie) voorop moet staan, en niet de vergoeding van de kosten voor personeel. Niet-BIG beroepen behandelconsulten zouden dus op z'n minst naar opleidingsniveau moeten worden gedifferentieerd.

Upcodingsproblematiek: In het consulten-model is er geen sprake van één (declarabel) uurtarief, maar worden de consulten opgeknipt in stukjes op basis van gemiddelde tijden 15 minuten = kort, 30 minuten is middel etc. Hiervoor komt dat een soort afrondingsregel: 0-21 minuten is kort, 22 tot 37 minuten middel etc. Elke van die combinaties (product/beroepsgroep) krijgt een eigen prijs. Het idee hierbij is dat dit het upcodingsprobleem binnen de DBC-systematiek zou moeten oplossen. Echter, dit nieuwe stelsel kent ons inziens eenzelfde risico, maar nu per sessie. Voorbeeld: Als je sessies standaard 22,5 minuten maakt, dan kun je elke sessie een hoog tarief rekenen. De perverse prikkel is dus niet weg, maar alleen verplaatst naar elke losse sessie. De realiteit is immers dat je niet begint aan een sessie en dan kijkt hoelang het duurt voor je klaar bent. Je plant een sessie vooraf en je kunt dus heel precies sturen hoe veel tijd je per sessie besteed (en dus wat er gedeclareerd kan worden). Dit is mogelijk risicovoller dan het oude stelsel, ofschoon mogelijk ook weer inzichtelijker te maken. Overigens, mocht er toch gekozen worden voor de op pagina 13 genoemde consulten (kort, middel, standaard en uitgebreid), waarbij bij *uitgebreid* uitgegaan wordt van een gemiddelde van 60 minuten, zien wij nog inhoudelijke problemen. Uit de praktijk weten wij dat er diverse consulten die standaard of vaak (lees: meestal) langer duren, hiervoor is geen indeling gemaakt. Te denken valt aan: Systeembehandeling/gezinstherapie (gemiddeld 75-90 minuten); Crisisgesprek (wisselend in tijd, soms 90 – 120 minuten); individuele PMT (75 minuten) etc. Hierbij pleiten we voor een extra optie voor individuele behandelconsulten zodat ook langer durende consulten van 75 – 90 minuten uitvoerbaar blijven. Met name bij meer mensen in de (behandel)kamer is dat conform de richtlijnen. Administratieve lasten: Ook wordt aangegeven dat de NZa niet verplicht stelt dat je minuten registreert (dat is dan de administratieve lastenverlichting). Dit is ons inziens een lege huls. Je moet namelijk achteraf wel kunnen verklaren waarom je een bepaald product hebt gedeclareerd en daarvoor zal je toch echt je gesprekstijd moeten administreren. Voor zover wij terugkrijgen kennen de meeste EPD-systemen van psychologen een agenda functie waar de behandel tijd in wordt geregistreerd. Dit is ons inziens mogelijk dus niet echt een administratieve last als je dit goed inricht.

Indirecte tijd:

- Incidentele indirecte tijd: Op pagina 14 staat uitgewerkt dat de verschillende beroepen hier evenveel tijd aan kwijt zijn. Echter wij horen ook dat er per patiëntendoelgroep (niet per diagnose, maar per zorgzwaarte) grote verschillen zijn in benodigd overleg (indirect) rondom een patiënt. Er zou o.i. een code moeten zijn voor incidenteel indirecte tijd (die mogelijk apart verantwoord dient te worden) zodat het mogelijk blijft om te overleggen rondom ernstige patiënten.
- Standaard/veelvoorkomende indirecte tijd: Er is grote diversiteit in indirect patiëntgebonden tijd. In de huidige systematiek kan deze tijd op de DBC's geregistreerd worden en leiden die af. In het voorstel worden ze als opslag meegenomen. Dit leidt mogelijk tot de perverse prikkel om alleen nog directe patiënten tijd aan te bieden en belemmert intercollegiaal overleg, outreachend werken (bv. overleg met FACT, wijkteam of verwijzer). Dat staat o.i. ook lijnrecht tegenover de ambities om meer integraal en domeinoverstijgend te werken.

Indien, zoals de NZA stelt, 50% van de behandeltime indirecte tijd is, en als men dit als opslag in de directe tijd gaat opnemen om de administratieve lasten te verlagen, verliezen we ook dus zicht op 50% van de bestede tijd in de GGZ. Van besturings- en controle principe is dit eigenlijk onwenselijk, immers hier zitten mogelijk ook verbeter- en/of innovatiepunten.

T.a.v. de randvoorwaarden voor nader onderzoek stelt de NZA voor de veldpartijen deze nader dienen te definiëren: Deze eis lijkt onhaalbaar omdat sommige gegevens niet uit de beschikbare data te halen zijn, bijvoorbeeld:

- Ernst van de klachten (zoals mate van suïcidaliteit) is maar zeer beperkt beschikbaar, terwijl hoe ernstiger de suïcidaliteit, hoe meer onderling overleg tussen hulpverleners. Dit is onafhankelijk van diagnose, wel komt het op sommige plekken in de GGZ veel meer voor dan op andere plekken.
- Soort setting: het onderscheid GBGGZ en SGGZ is onvoldoende differentiërend om afdelingen met de ernstige problematiek die veel overleg vragen 'eruit' te halen.

De onhaalbare eis voor nader onderzoek blijft het nodig maken om een code te kunnen benutten voor incidentele indirecte tijd (zie hierboven).

### **Consultatie vragen horende bij 3.3 Diagnostische consulten**

- a. Kunt u zich vinden in de bovengenoemde uitwerking van de diagnostische consulten?
- b. Zo nee, wat mist u in nog in de uitwerking?

#### **Antwoord deelvraag a:**

We kunnen ons niet vinden in de uitwerking van de diagnostische consulten. Diagnostiek en behandeling kunnen gaande een traject door elkaar heen lopen. Daarnaast zijn er o.i. wel degelijk verschillen in diagnostische activiteiten. Onderscheid naar type behandelaar (big of niet big naar opleidingsniveau) is wel noodzakelijk en binnen de Niet-BIG prestatie dient veel meer differentiatie mogelijk te zijn. Zie ook argumenten beschreven bij Behandelconsulten (vragen bij 3.2).

#### **Antwoord deelvraag b:**

De NZa wil in dit voorstel diagnostiek apart registreren. Het idee hierachter is dat er gemiddeld genomen meer indirecte tijd nodig is bij diagnostiek (uitwerken etc.) dan bij behandeling. Dit is o.i. waar. Echter één aparte toeslag voor indirecte tijd voor alle soorten van diagnostiek doet geen recht aan de praktijk. Diagnostiek is een verzamelterm voor heel veel verschillende soorten van onderzoek. De werkgroep zegt geen noodzaak te zien om de diagnostische activiteiten van elkaar te onderscheiden door middel van aparte prestaties, maar geeft daar geen onderbouwing voor. Er zit echter een groot verschil tussen intake, testdiagnostiek en somatisch onderzoek. Wij zouden hier

graag een toelichting op willen ontvangen.

Tijdsdifferentiatie lijkt zinvol t.a.v. de uitvoerigheid van psychologische onderzoeken. Zo zijn er intelligentie-, neuropsychologische- en persoonlijkheidsonderzoeken en alle mogelijke combinaties daarvan. Standaardtijden zijn echter geen oplossing. Testdiagnostiek verschilt van behandelconsultaties in die zin dat er een testbatterij afgerond moet worden, en het tempo en de belastbaarheid van de cliënt daarin leidend is. In de GGZ wordt er gewerkt met kwetsbare mensen, die niet altijd even goed belastbaar zijn. Er moet ruimte zijn om hiermee rekening te houden, anders heeft dit effect op de betrouwbaarheid van de uitkomsten van het psychologisch onderzoek. Hierbij kosten sommige heel veel indirecte tijd (uitwerken van een intelligentieonderzoek) terwijl andere nauwelijks extra indirecte tijd bevatten omdat de diagnostiek voornamelijk plaatsvindt in het gesprek met de cliënt (gestructureerd interview bij persoonlijkheid, ADHD en autisme). Het kritiekpunt op de gekozen uitwerking diagnostische consulten is dus hetzelfde kritiekpunt als bij behandelconsulten: de diversiteit van de consultduur is groot. Hiervoor moet in de mogelijke prestaties voor gecorrigeerd worden (of het moet mogelijk zijn 2 dezelfde prestaties bij dezelfde patiënt door dezelfde therapeut op dezelfde dag uit te voeren). Tot de voorbeelden van deze consultduur behoren onder andere (niet uitputtend):

-Psychodiagnostisch onderzoek (180 minuten direct, 180 minuten indirect).

-Gezinsdiagnostisch onderzoek (90 minuten direct, 90 minuten indirect).

Daarnaast zou er ook hier een perverse prikkel kunnen ontstaan waar zorgverleners veel diagnostiek gaan doen, maar dan wel van het soort waarvoor je weinig indirecte tijd nodig hebt. Hierbij zijn veel testen tegenwoordig digitaal beschikbaar en maakt het dus ook veel uit waar een therapeut voor kiest. Als laatste maakt het natuurlijk ook heel veel uit of je als zorgverlener kiest voor een zeer uitgebreid verslag, of een beknopte versie.

### **Consultatie vragen horende bij 3.4 Groepsconsulten**

a. Kunt u zich vinden in de bovengenoemde uitwerking van de groepsconsulten?

b. Zo nee, wat mist u in nog in de uitwerking?

#### **Antwoord deelvraag a:**

Ook bij deze uitwerking hebben wij onze twijfels, m.n. voor wat betreft kostenhomogeniteit.

#### **Antwoord deelvraag b:**

Ook hierbij geldt hetzelfde kritiekpunt als bij behandel- en/of diagnostische consulten. De diversiteit in groepsconsulten (zeker in een deeltijdbehandeling, ook ambulant) is groot. Zowel qua groeps grootte als qua inzet directe/indirecte tijd. Bijvoorbeeld: running groep (90 minuten direct, grote groeps grootte). De meeste psychotherapiegroepen duren 90 – 120 minuten, sommige langer, groeps grootte vaak klein).

Uit de huidige beschrijving is niet duidelijk of ook (zorginhoudelijk) langer durende groepen in kleine setting een prestatie hebben die het financieel mogelijk maakt deze groepen te doen.

### **Consultatie vragen horende bij 3.5 Verblijf**

a. Kunt u zich vinden in de bovengenoemde uitwerking van de verblijfsprestaties en dat de inzet van VOV personeel leidend is voor de in rekening te brengen verblijfsprestatie?

b. Zo nee, wat mist u in nog in de uitwerking?

#### **Antwoord deelvraag a:**

Wij kunnen ons vinden in het uitgangspunt dat de inzet van VOV personeel leidend is voor het in

rekening brengen van een verblijfsprestatie. Wij hebben wel vragen t.a.v. inzet dagbesteding en inzet van vaktherapie.

**Antwoord deelvraag b:**

Dagbesteding, mits onderdeel van het behandelplan en dus onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar (met duidelijke/meetbare 'behandeldoelen') zou ook inzetbaar moeten zijn los van de verblijfsprestaties en daarmee dus vallend onder de verzekerde aanspraak. Dit zou het ambulantiseringdoel o.i. sterk bevorderen.

Vaktherapie: de inzet van vaktherapie dient niet alleen bij verblijf onderdeel te zijn van de prestatie, ook bij behandeling dient dit mogelijk te zijn die te declareren. Onder dezelfde voorwaarden als bij dagbesteding: onderdeel van het behandelplan en duidelijke en meetbare behandel- en/of diagnostiek doelen.

### **Consultatie vragen horende bij 3.6 Verrichtingen**

- a. Kunt u zich vinden in de bovengenoemde uitwerking van de verrichtingen?
- b. Zo nee, wat mist u in nog in de uitwerking?

**Antwoord deelvraag a:**

Het komt ons voor dat de lijst met verrichtingen summier en wat willekeurig is. Graag verdere toelichting en vervolgens ook uitwerking over hoe dit te registreren en wat er dus wel en niet vergoed wordt.

### **Consultatie vragen horende bij 3.7 Toeslagen/overige**

- a. Kunt u zich vinden in de bovengenoemde uitwerking van de toeslag reistijd?
- b. Zo nee, wat mist u in nog in de uitwerking?

**Antwoord deelvraag a:**

Eigenlijk niet, want het is niet duidelijk wat de uitwerking precies behelst.

**Antwoord deelvraag b:**

Ons inziens is een generiek opslagtariaf voor reistijd niet haalbaar. Het is echter niet duidelijk wat het voorstel van NZa zoals in het consultatiedocument is beschreven nu precies behelst. De kosten voor reistijd van een Klinisch psycholoog of psychiater zijn hoger dan de kosten van een MBO verpleegkundige, dus tariefdifferentiatie is wel wenselijk om ook het outreachende karakter dat soms nodig is te kunnen borgen. Differentiatie bevordert ook transparantie en daarmee inzicht in welke zorg er nu precies door wie geboden wordt.

Een generieke op/toeslag 'per specifieke prestatie' lijkt perverse prikkels in de hand te werk, immers minder reizen en meer deze prestatie schrijven. Een risico is wanneer je het niet meer apart kunt declareren, het dus ook niet meer uitgevoerd kan worden, zeker als verzekeraars slechts een percentage van het NZA-tarief willen vergoeden, dit maakt dat toegankelijkheid van de SGGZ voor patiënten die moeilijker naar de instelling kunnen komen onder druk zou komen te staan.

### **Tot slot**

Het voorstel om te gaan werken met de genoemde declarabele prestaties zoals dit nu de NZA wordt voorgelegd, zal ons inziens mogelijk vooral voor de tariefdiscussie een oplossing bieden voor een sneller financieel inzicht en een herkenbare nota. Echter of het een oplossing biedt voor de andere

stelselproblemen is wat ons betreft in de huidige versie twijfelachtig.

Zoals nu beschreven:

- Verwachten wij dat diverse perverse prikkels zich verplaatsen en niet opgelost worden
- Het strategisch gedrag zal zich ook verplaatsen. Niet op het niveau van de DBC, maar op het niveau van de individuele sessie.
- Geen lagere administratieve lasten omdat urenverantwoording niet meer verplicht is, maar wel nodig om je later te kunnen verantwoorden.

Al met al vinden we dat er nog veel aan te merken is op dit voorstel en het model op onderdelen om doorontwikkeling vraagt. Overigens niet alleen een taak voor de NZa, maar ook voor het veld. Zeker daar waar het betreft het moderniseren van de GGz Beroepentabel, welke ons inziens een basis zal moeten vormen voor de Niet-BIG groep.

Ten aanzien van de door ons gevraagde differentiering zal mogelijk op basis van pilot data en/of kostprijsonderzoek 2020 data beschikbaar komen om deze differentiering verder vorm te geven. Het huidige voorstel scoort o.i. nog niet positief indien we het aan de meetlat leggen van het afwegingskader (zie 2.1 en bijlage 1). Volgens ons zijn de beschreven prestaties:

- a. niet volledig
- b. nog niet toekomstbestendig
- c. niet kostenhomogeen (althans sommige zeker niet)
- d. mogelijk niet hanteerbaar. Dit is moeilijk te beoordelen, immers zorginkoop/zorgverkoop model is nog niet bekend.
- e. Medische Herkenbaarheid: Niet-BIG consult is o.i. dit zeker niet.

Daarnaast duidt ook hoofdstuk 4 erop dat er nog veel uitgezocht moet worden.

Bovenstaande argumenten bepleiten een verdere doorontwikkeling en nog geen besluitvorming over al dan niet invoeren per 2020.

Wij hopen dat u onze suggesties wilt overnemen en zijn van harte bereid om hierover met u in gesprek te gaan.

Met hoogachting,



Drs. M.H.C. de Romph MA,  
Direceur P3NL