

Advies

Bekostiging POH-GGZ

maart 2013

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	13
1.1 Adviesvraag	13
1.2 Begrippenkader	14
1.3 Afbakening	15
1.4 Leeswijzer	15
2. Huidige situatie en knelpunten in de bekostiging POH-GGZ	17
2.1.1 Huidige bekostigingssysteem	17
2.2 POH-GGZ: functie en functionaris	19
2.3 Directe organisatie: kengetallen	20
2.4 Lopende innovaties	22
2.5 E-health	23
2.6 Knelpunten in de huidige bekostiging	23
2.6.1 Oplosbare knelpunten	23
2.6.2 Niet opgelost knelpunt	24
2.7 Conclusie	24
3. Samenhang met de huisartsenzorg	27
4. Afweging	29
4.1 Huidige bekostiging	29
4.2 Bekostiging op basis van zorgproducten	30
4.3 Conclusie	31
5. Uitwerking advies huidige bekostiging toegankelijk maken	33
5.1 Wat is er nodig om de bekostiging toegankelijker te maken?	33
5.2 Inschrijftarief met of zonder consulttarief	34
5.3 Tariefsoort	35
5.4 Loonkostencomponent en uren POH-GGZ	36
5.5 E-health en consultatieve raadpleging	36
5.6 Risico's	37
5.7 Conclusie	38
Bijlage 1: brief ministerie van VWS	40

Vooraf

Voor u ligt het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de bekostiging van de praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ). In dit document geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) antwoord op de adviesvraag van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de bekostiging van deze zorg.

De NZa heeft dit advies opgesteld op basis van de volgende input:

- literatuuronderzoek;
- gesprekken met koepelorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars;
- reacties van partijen op het consultatiedocument en een bijeenkomst hierover op 25 februari 2013;
- eigen expertise.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden en deskundigen bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen de constructieve bijdragen van alle betrokkenen dan ook zeer op prijs, en willen hen hiervoor hartelijk bedanken.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Inleiding

Medio 2012 heeft de minister van VWS de NZa verzocht advies uit te brengen over de mogelijkheid om per 2014 de bekostiging van de module POH-GGZ functioneel te maken zodat ook andere aanbieders deze module kunnen aanbieden. Belangrijke voorwaarde betreft dat de module altijd in samenhang met en onder verantwoordelijkheid van de huisartsenzorg wordt aangeboden. Daarnaast moeten idealiter consultatieve raadpleging en e-health mogelijk zijn binnen de bekostiging.

Om mensen met psychische klachten, een vermoeden van een DSM-benoemde stoornis of stabiele chronische problematiek, te kunnen begeleiden bij de huisarts, is het van belang dat de POH-GGZ-functie wordt versterkt.

Verdere versterking van de POH-GGZ-functie wordt nu beperkt doordat:

1. Andere aanbieders dan het gezondheidscentrum (c.q. huisartsenpraktijk)¹ geen gebruik kunnen maken van de POH-GGZ regeling;
2. Zorgaanbieders door het gebrek aan reguleringszekerheid de afgelopen jaren terughoudend zijn geweest met het investeren in de functie;
3. De POH-GGZ regeling e-health en consultatieve raadpleging niet faciliteert.

Deze punten worden meegenomen in het voorliggende advies.

Huidige bekostiging

De bekostiging van de functie POH-GGZ is geregeld in de beleidsregel huisartsenzorg. Indien er een contract tussen een gezondheidscentrum en zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt, kan de *module POH-GGZ* in rekening worden gebracht. De kosten van de functie POH-GGZ worden voor $\frac{3}{4}$ deel vergoed uit een opslag op het inschrijftarief en voor $\frac{1}{4}$ deel uit een consulttarief.

De regeling 2013 is verruimd ten opzichte van de regeling in eerdere jaren. In de huidige regeling is de opslag op het inschrijftarief een bedrag per ingeschreven verzekerde van maximaal €7,88 per jaar. Dat bedrag is berekend op een POH-GGZ-inzet van maximaal 9 uur per week per normpraktijk van 2.350 mensen, ofwel 1 fte POH-GGZ op 4 normpraktijken. Een gezondheidscentrum mag de functie POH-GGZ wel meer inzetten, maar dat wordt al snel onrendabel: de extra inkomsten uit consulten en visites zijn onvoldoende om de meerkosten te dekken.

Huidige organisatie

De POH-GGZ-functie wordt op dit moment op twee manieren georganiseerd:

- Direct: Het gezondheidscentrum draagt zelf de kosten en ontvangt de inkomsten. De functionaris is in dienst van het gezondheidscentrum of doet zijn werk op detachingsbasis².

¹ In dit advies maken wij een belangrijk onderscheid tussen de huisarts als zorgverlener, en de huisartsenpraktijk/gezondheidscentrum/zorggroep als zorgaanbieder. Als wij het hebben over huisarts, dan gaat het om de zorgverlener; de zorgaanbieder (organisatie die afspraken maakt) wordt stevast aangeduid met gezondheidscentrum. Een solo-huisartsenpraktijk is binnen deze terminologie dus een (klein) gezondheidscentrum.

- Indirect: Een andere zorgaanbieder (bijvoorbeeld een zorggroep of GGZ-instelling), die POH-GGZ-diensten verricht voor (en doorgaans ook in) het gezondheidscentrum, draagt de kosten en ontvangt de inkomsten.

Bij directe organisatie (manier 1) declareert het gezondheidscentrum binnen de regeling POH-GGZ. Het gezondheidscentrum is in dit geval de werkgever of opdrachtgever.

De financiële onzekerheid rondom de POH-GGZ regeling is voor veel huisartsen reden geweest om terughoudend te zijn een POH-GGZ-functionaris in dienst te nemen. Mede daarom is de functie relatief langzaam op gang gekomen. Het aantal centra met een POH-GGZ is inmiddels flink gegroeid. In november 2012 had 43% van de centra een POH-GGZ in dienst.

Bij indirecte organisatie (manier 2) wordt de POH-GGZ-functie aangeboden en gedeclareerd door andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld GGZ-instellingen of zorggroepen. Ons beeld is dat deze zorg wel veelal wordt geleverd in de huisartsenpraktijk. Deze manier van organiseren biedt uitkomst voor de gezondheidscentra die zelf geen werkgever willen zijn gezien de financiële onzekerheid die dit met zich meebrengt of om andere redenen.

Bij indirecte organisatie door GGZ-instellingen worden nu nog vaak ten onrechte DBC's GGZ gedeclareerd. Dit wordt gedaan omdat geen opslag op het inschrijftarief in rekening kan worden gebracht en het consulttarief onvoldoende is om de kosten te dekken. Hoe vaak dit exact gebeurt, is onbekend. Daarnaast komt het voor dat gezondheidscentrum en een andere zorgaanbieder 'achter de voordeur' regelen dat een administratiekantoor namens het centrum declareert. Bij deze vorm van indirecte organisatie vindt de declaratie dus wel via de huidige regeling (inschrijf- en consulttarief) plaats, maar loopt dit via een administratiekantoor. Het administratiekantoor dat namens de huisarts de module POH-GGZ declareert bij de zorgverzekeraar, betaalt de bedragen dan uit aan de zorgaanbieder wiens medewerker de zorg verleent bij het gezondheidscentrum. De zorgverzekeraar is betrokken bij deze constructie, en kan zo eisen stellen aan organisatie en kwaliteit.

Samenhang met de huisartsenzorg

Centraal in de adviesvraag van VWS staat de randvoorwaarde dat de functie POH-GGZ altijd in samenhang met en onder verantwoordelijkheid van de huisartsenzorg wordt aangeboden.

De samenhang met de huisartsenzorg wordt onder andere geborgd doordat de POH-GGZ-functie ook vanaf 2014 onder verantwoordelijkheid van de huisarts valt. Er vindt op dit vlak dan ook geen wijziging plaats ten opzichte van eerdere jaren en er dient te worden aangesloten bij de huidige uitgangspunten:

- de POH-GGZ-functie valt onder de aanspraak huisartsenzorg en betreft daarmee zorg die een huisarts pleegt te bieden;
- de POH-GGZ-functionaris heeft korte lijnen met de huisarts;
- de inzet van de POH-GGZ-functie vindt plaats op initiatief van de huisarts;
- de POH-GGZ functionaris geeft een terugkoppeling aan de huisarts en schakelt deze direct in bij alarmsignalen;
- bij eventuele doorverwijzing moet de huisarts hiermee formeel instemmen.

² Gedetacheerd vanuit een andere zorgaanbieder, bijvoorbeeld een GGZ-instelling.

Naast deze uitgangspunten is er brede consensus in het veld over hoe de meerwaarde van de functie POH-GGZ vooral wordt bereikt. Kern van deze consensus is dat de zorg geleverd wordt door een functionaris met een plek in de praktijk, die registreert in het HIS, die werkt onder directe verantwoordelijkheid van de huisarts(en) in het centrum, en die makkelijk en snel kan schakelen met de huisarts en andere zorgverleners in en om het centrum. Voorbeelden van deze zorgverleners zijn de POH-somatiek en het maatschappelijk werk.

Bij zowel directe als indirecte organisatie van de POH-GGZ-functie acht de NZa het mogelijk de POH-GGZ-functie zorginhoudelijk goed vorm te geven. Door partijen wordt het belang van de rol van de huisarts bij indirecte organisatie benadrukt. Bij de keuze om de POH-GGZ-functie indirect te organiseren, zal de huisarts dan ook altijd 'in the lead' zijn. Zo ligt het voor de hand dat het gezondheidscentrum bij indirecte organisatie de samenwerkingsovereenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder medeondertekent.

Risico's en kansen

Veel gezondheidscentra zijn (zeer) tevreden met de huidige regeling. Zij wijzen op een aantal risico's van het wijzigen ervan:

- Stoprisico: wijzigen van de bekostiging kan ertoe leiden dat zij niet verder investeren in de functie of ermee stoppen;
- Doorverwijsgedrag: voor zorgaanbieders die naast basis-GGZ en specialistische GGZ ook de POH-GGZ-functie leveren, is een prikkel aanwezig om direct of na begeleiding door de POH-GGZ door te verwijzen naar de basis- of specialistische GGZ binnen de eigen instelling.
- Volume-opdrijving: De huidige POH-GGZ bekostiging kent geen grote volume-prikkel. Andere bekostigingsvormen kunnen die wel hebben.

Tegelijk geldt voor de huidige bekostiging dat er weinig ruimte is voor innovaties. Binnen het kader van de beleidsregel innovatie lopen diverse innovaties op het snijvlak van de POH-GGZ en basis-GGZ. Deze innovaties kunnen niet binnen de huidige bekostiging worden geregeld. Hetzelfde geldt voor inzet van e-health en voor consultatieve raadpleging.

Alternatief: bekostiging op basis van zorgproducten

Een alternatief voor de huidige bekostiging is het ontwikkelen van een aantal POH-GGZ zorgproducten op basis van trajecten. Hierdoor kunnen andere aanbieders dan gezondheidscentra de functie POH-GGZ invullen. Trajecten bieden meer ruimte voor een flexibele invulling (face-to-face, ear-to-ear etc.) en voor e-health en consultatie. Tevens sluiten trajecten goed aan bij de ontwikkelingen in de basis-GGZ, waar per 2014 eveneens wordt bekostigd op basis van trajecten. Voordelen van aansluiting zijn dat aanbieders gemakkelijk zowel basis-GGZ als POH-GGZ aan kunnen bieden en dat voor de verzekeraar transparanter is wat er wordt geleverd.

Het wijzigen van de huidige regeling draagt echter een substantieel stoprisico in zich: partijen kunnen stoppen met het direct organiseren van de POH-GGZ-functie vanwege de onzekerheid die een nieuwe bekostiging met zich meebrengt. Een dergelijke daling van het aantal aanbieders van POH-GGZ sluit niet aan bij de centrale beleidsdoelstelling rondom de POH-GGZ, namelijk een verdere groei van het aanbod van de functie ter versterking van de eerstelijns GGZ.

Bij deze keuze speelt tevens mee dat met een meer ingrijpende wijziging van de bekostiging van de POH-GGZ-functie mogelijk teveel afstand genomen zou worden van het toekomstperspectief van de

huisartsenbekostiging. Het regeerakkoord schetst namelijk een perspectief van populatiegebonden bekostiging voor de gehele huisartsenzorg. Tot slot speelt, ondanks de gewenste groei van de POH-GGZ en de verruiming van het kader de komende jaren, het risico op volume-opdrijving en de beheersing van de macrokosten een rol bij deze keuze.

De NZa adviseert dan ook de bekostiging van de POH-GGZ-functie per 2014 te baseren op de huidige bekostiging. Om de huidige bekostiging toegankelijk te maken zodat ook andere aanbieders hier gebruik van kunnen maken is het noodzakelijk dat de huidige regeling wordt aangepast.

Advies: geen trajecten, maar huidige bekostiging toegankelijk maken

De NZa adviseert om aan te sluiten bij de huidige regeling, met een combinatie van een bedrag per ingeschreven patiënt en een consulttarief. Om ervoor te zorgen dat andere aanbieders dan gezondheidscentra ook POH-GGZ kunnen leveren, adviseert de NZa om de huidige opslag om te vormen tot een opzichzelfstaande prestatie: het 'inschrijftarief module POH-GGZ'. Hierbij zal het nodig zijn dat de betreffende zorgaanbieder direct of via een administratiekantoor inzicht krijgt in het patiëntenbestand van het gezondheidscentrum. De voorwaarde dat de huisarts eindverantwoordelijk is voor de patiënt blijft in stand. Tussen hoofdcontractant en huisarts moeten afspraken gemaakt worden over de werkzaamheden en de geldstromen.

De NZa adviseert om voor de bekostiging van de POH-GGZ een maximumtarief te blijven hanteren aangezien de aanpalende bekostiging van huisartsenzorg en (basis-)GGZ ook op basis van maximumtarieven is vormgegeven.

Om e-health en consultatieve raadpleging mogelijk te maken adviseert de NZa om deze als onderdeel van de prestatiebeschrijving en tariefopbouw mee te nemen. Partijen kunnen er dan voor kiezen om deze elementen wel of niet te contracteren en te bekostigen. Hoewel de tariefopbouw uit zal moeten gaan van een bepaalde verhouding personele inzet vs. e-health, zijn lokale partijen vrij om hun eigen optimale verhouding te bepalen. Of het tarief verder verruimd moet worden is mede afhankelijk van de vraag in hoeverre de huidige regeling (verruimd per 1 januari 2013) nog knelt. Eerste cijfers hierover verschijnen in april.

Uit het bovenstaande blijkt dat de NZa niet adviseert om de bekostiging van de functie POH-GGZ te modelleren naar de nieuwe bekostiging van de POH-somatiek (POH-S), vanwege de verschillen tussen deze twee functies. Zorginhoudelijk is dit de kleinere mate van protocollering van de functie POH-GGZ. Qua bekostiging is relevant dat de wijziging van bekostiging van de POH-S voortkwam uit een risico op dubbele bekostiging met de ketenzorgprestaties. Dit risico is voor de POH-GGZ niet relevant.

In het onderzoek is de vraag opgekomen of de huidige hoogte van de loonkostencomponent van het tarief nog wel juist is. De NZa heeft geen aanwijzingen dat het huidige tarief knelt en adviseert om hier geen wijzigingen in aan te brengen.

Het toegankelijk maken van de POH-GGZ prestaties voor andere aanbieders en het mogelijk maken van consultatieve raadpleging heeft als risico dat de rol van de huisarts als onafhankelijk poortwachter onder druk kan komen te staan. Dit risico is moeilijk met regelgeving te

ondervangen. Huisarts en zorgverzekeraar hebben elk een verantwoordelijkheid om dit te monitoren en eventueel te sturen door het maken van aanvullende afspraken. De NZa schat in dat de risico's beheersbaar zijn, omdat de contracteervereiste voor het in rekening mogen brengen van de POH-GGZ-prestaties blijft bestaan.

1. Inleiding

1.1 Adviesvraag

Met de adviesaanvraag in 2011 van VWS aan de NZa om de functie eerstelijns GGZ – ook wel basis-GGZ – te versterken, is gestart met de uitwerking van de ‘herinrichting’ van de eerstelijns GGZ. Inhoudelijke aanleiding voor dit verzoek was dat de groeiende vraag naar GGZ niet goed gekanaliseerd wordt. Ten eerste omdat te veel mensen met psychische problematiek vanuit de basiszorg in de specialistische GGZ terecht komen. Ten tweede omdat te weinig mensen na behandeling weer terugkeren vanuit de specialistische zorg in de basis-GGZ. Een versterking van de eerstelijns GGZ wordt gezien als een belangrijk middel om deze knelpunten op te lossen.

Medio 2012 heeft het ministerie van VWS de NZa verzocht een advies uit te brengen over de mogelijkheid om de module POH-GGZ per 2014 functioneel te maken waardoor ook andere aanbieders deze module kunnen aanbieden. De bedoeling is dat de module hierbij losgekoppeld wordt van de bekostiging van de huisartsenzorg, maar dusdanig worden vormgegeven dat deze altijd in samenhang met en onder verantwoordelijkheid van de huisartsenzorg wordt aangeboden. Daarnaast zou de psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog of (eerstelijns) gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) consultatief geraadpleegd moeten kunnen worden om de huisarts te helpen bij de herkenning of behandeling van de patiënt met psychische problematiek en hem te adviseren bij het voorschrijven van medicijnen.³ In het Bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 zijn de beleidsdoelstellingen rondom de POH-GGZ eveneens uitgewerkt.

In 2013 is een eerste stap gezet richting flexibilisering/verruiming van de module POH-GGZ zodat meer uur POH-GGZ per normpraktijk gecontracteerd kan worden. Om ook financiële ruimte te creëren voor groei van de POH-GGZ-functie wordt het huisartsenkader de komende jaren aangepast. In 2007 is er in het kader huisartsenzorg al 38 miljoen beschikbaar gesteld ten behoeve van de POH-GGZ. In 2013 wordt er 7 miljoen extra beschikbaar gesteld, in 2014 25 miljoen en in 2015 35 miljoen. Naast een verruiming van het aantal uur dat een POH-GGZ kostendekkend kan worden ingezet, is per 2013 eveneens een prestatiebeschrijving aan de tariefbeschikking huisartsenzorg toegevoegd met bij wijze van toelichting zorgactiviteiten die een POH-GGZ kan uitvoeren. Het doel van de prestatiebeschrijving is om zorgverzekeraars en huisartsen een duidelijke basis te bieden voor hun lokale afspraken over hoe, waarvoor en in welke mate GGZ-ondersteuning ingezet wordt.

In dit document geeft de NZa advies over hoe de module POH-GGZ functioneel gemaakt kan worden, zodat ook andere aanbieders de module POH-GGZ kunnen aanbieden. Bij de uitwerking van het advies is zoveel mogelijk rekening gehouden met de in de brief en het bestuurlijk akkoord genoemde randvoorwaarden:

- loskoppeling van huisartsenbekostiging zodat ook andere aanbieders de module POH-GGZ kunnen aanbieden;
- borging van de samenhang met de huisartsenzorg;
- consultatieve raadpleging moet mogelijk zijn evenals e-health.

³ Brief ‘Flexibilisering en functionalisering POH-GGZ’, VWS, 26 juli 2012

1.2 Begrippenkader

Voor de definities van POH-GGZ (GGZ-basiszorg), basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ wordt gebruik gemaakt van de definities zoals deze geformuleerd zijn in het advies Basis-GGZ.

POH-GGZ (GGZ-basiszorg)

De functie POH-GGZ betreft zorginhoudelijke ondersteuning van de huisartsenzorg aan alle patiënten met klachten van (mogelijk) psychische, psychosociale of psychosomatische aard.⁴ De zorg die een POH-GGZ valt op grond van de Zorgverzekeringswet onder de te verzekeren geneeskundige zoals huisartsen die plegen te bieden.

Basis-GGZ (generalistische GGZ)

De (generalistische) behandeling en eventuele aanvullende diagnostiek voor cliënten met een lichte tot matig ernstige niet complexe GGZ-ziekte.

Gespecialiseerde GGZ

De (aanvullende) diagnostiek en behandeling van patiënten met een ernstige en/ of complexe GGZ-ziekte.

Ziekte en klachten

Ruim twintig procent van de volwassenen heeft jaarlijks een klacht van psychische aard en ongeveer driekwart daarvan gaat daarmee naar de huisarts. In al deze gevallen spreken we van psychische problematiek. Doordat sprake is van gevarieerde psychische problematiek is het van belang om onderscheid te maken tussen patiënten met psychische klachten en patiënten met een GGZ-ziekte.

Bij patiënten met een GGZ-ziekte is sprake van dusdanig ernstige problematiek dat op grond van bijvoorbeeld de DSM-IV4 gekomen moet worden tot diagnose van een psychische stoornis. Insteek van een behandeling van een GGZ-ziekte is in een deel van de gevallen genezing, maar kan ook zijn het tegengaan van verergering.

Bij patiënten met psychische klachten is geen sprake van een psychische stoornis in fysiologische of klinische zin. Deze klachten kunnen "vanzelf" overgaan, voor zover sprake is van zelfmanagement van patiënten. De problematiek van deze groep patiënten kan ook betrekking hebben op psychosociale (multi)problematiek. De behandeling van patiënten met psychische klachten richt zich veelal op gedragsverandering.

Zorgverlener, zorgaanbieder, huisarts, gezondheidscentrum

In dit advies maken wij een belangrijk onderscheid tussen de huisarts als zorgverlener, en de huisartsenpraktijk/gezondheidscentrum/zorggroep als zorgaanbieder. Als wij het hebben over huisarts, dan gaat het om de zorgverlener; de zorgaanbieder (organisatie die afspraken maakt) wordt steevast aangeduid met gezondheidscentrum. Een solo-huisartsenpraktijk is binnen deze terminologie dus ook een (klein) gezondheidscentrum. Met een zorggroep wordt bedoeld op een vaak monodisciplinair samenwerkingsverband van eerstelijns zorgaanbieders. De zorggroep treedt op als zorgaanbieder die afspraken maakt met zorgverzekeraars over bijvoorbeeld ketenzorgprestaties

⁴ Prestatiebeschrijving POH-GGZ, tariefbeschikking huisartsenzorg 2013 met kenmerk: TB/CU-7053-2

1.3 Afbakening

Onderwerp van dit advies is primair de bekostiging van de POH-GGZ. Daarbij passen de volgende kanttekeningen:

Bekostiging Basis-GGZ (eerstelijns GGZ)

In dit advies vindt geen verdere uitwerking plaats van de bekostiging van de basis-GGZ per 2014. De bekostiging van de basis-GGZ is uitgewerkt in het rapport 'Basis Generalistische GGZ, verwijsmodel en productbeschrijvingen' van Bureau HHM. Het advies is wel in samenhang met de bekostiging van de basis-GGZ per 2014 bekeken.

Huisartsenzorg (toekomstige bekostiging)

In juni 2012 heeft de NZa het advies Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg uitgebracht, waarin vier bekostigingsopties worden verkend. Bij regeerakkoord heeft het kabinet gekozen voor populatiegebonden bekostiging vanaf 2015 voor onder andere de huisartsenzorg. Hoe deze populatiegebonden bekostiging nader ingevuld wordt, is nog onduidelijk.

Wijkverpleging

Sinds enkele jaren zijn er, naast de verpleegkundigen in de thuiszorg (AWBZ), ook weer op enkele plaatsen wijkverpleegkundigen actief die op projectbasis (ook) niet-AWBZ-geïndiceerde zorg verlenen. Bij regeerakkoord kiest het kabinet om deze wijkverpleegkundige zorg vanaf 2015 weer een structurele plaats te geven in het zorgstelsel. Nog niet duidelijk is hoe deze zorg bekostigd zal worden, wel dat ze vanuit de Zvw gefinancierd zullen worden. Met name in de zorg voor mensen met psychosociale problemen kan er in de praktijk enige overlap zijn tussen de functie POH-GGZ en de wijkverpleegkundige zorg op projectbasis.

1.4 Leeswijzer

Het document is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 beschrijft de huidige situatie en de knelpunten rondom de huidige bekostiging. In hoofdstuk 3 wordt de samenhang met de huisartsenzorg beschreven. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 de afweging beschreven tussen de keuze voor een bekostiging gebaseerd op zorgproducten en een bekostiging gebaseerd op de huidige bekostiging. Hoofdstuk 5 werkt het advies van de NZa over de bekostiging van de module POH-GGZ per 2014 verder uit.

Bijlage 1 bevat de brief met de adviesvraag van het ministerie van VWS.

2. Huidige situatie en knelpunten in de bekostiging POH-GGZ

2.1.1 Huidige bekostigingssysteem

Korte historie

Het versterken van de eerste lijn wat betreft psychische en psychosociale problematiek heeft een rijke geschiedenis. Voor een uitgebreide versie van die geschiedenis: zie het NZa-advies Basis GGZ en de referenties daarin.⁵

De regeling POH-GGZ bestaat sinds 2008. De directe voorloper van die regeling is de zogenaamde consultatieregeling. Die bood de mogelijkheid aan huisartsen om (medewerkers van) tweedelijns GGZ-aanbieders (destijds nog AWBZ) te betrekken bij de diagnostiek en behandeling van psychische problematiek. De geconsulteerde GGZ-medewerkers konden dit rechtstreeks declareren.

Sinds 1 januari 2008 is veel veranderd rondom de GGZ. De curatieve GGZ werd overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw, en tegelijk werd de functie eerstelijnspsychologische zorg geïntroduceerd binnen de Zvw. Met deze wijzigingen kwam ook een eind aan de consultatieregeling en werd de regeling POH-GGZ binnen de huisartsenzorg ingevoerd.

Huidige situatie

In de huidige regeling is de prestatie die een gezondheidscentrum (c.q. huisartsenpraktijk of individuele huisarts) in rekening kan brengen, als daarover afspraken zijn gemaakt in het contract, de *module POH-GGZ*: een bedrag per ingeschreven verzekerde van maximaal €7,88 per jaar en een bedrag per consult.⁶ Deze bedragen zijn berekend op een POH-GGZ-inzet van maximaal 9 uur per week per normpraktijk van 2.350 mensen, ofwel 1 fte POH-GGZ op 4 normpraktijken. Een gezondheidscentrum mag de POH-GGZ wel meer inzetten, maar dat wordt al snel onrendabel: de extra inkomsten uit consulten en visites zijn onvoldoende om de meerkosten te dekken.

Van de gezondheidscentra die in 2011 gebruik maakten van de regeling (ca. 34% van alle centra) had naar schatting 80% een POH-GGZ voor het maximale aantal uren. Dat was over 2011 nog 4,5 uur. Voor het jaar 2013 is de regeling verruimd naar de genoemde inzet van de POH-GGZ van 9 uur per week.⁷

De NZa stelt vast dat zorgverzekeraars en de gezondheidscentra die gebruik maken van de huidige regeling POH-GGZ over het algemeen (zeer) tevreden zijn met die regeling, zeker nu die per 2013 is verruimd. Het aantal praktijken met een POH-GGZ-functie is dan ook sinds 2008 flink gegroeid (zie ook tabel 2.1 op pagina 19). Partijen geven daarbij wel aan dat men door het gebrek aan reguleringszekerheid de afgelopen jaren terughoudend is geweest in het investeren in de functie. Men verwacht dan ook dat het beëindigen van deze onzekerheid zal leiden tot een verdere groei van de functie.

⁵ <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Basis-GGZ-sterker-met-simpele-bekostiging/>

⁶ Maximaal € 9,22 voor een enkel en € 18,44 voor een dubbel consult. Dit laatste komt veruit het meest voor.

⁷ <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/huisartsenzorg/actueel/Meer-uren-voor-POH-GGZ-in-2013/>

De functie: wat doen ze?

De NZa heeft, na samenspraak met het veld, in oktober 2012 een prestatiebeschrijving voor de functie POH-GGZ vastgesteld met als doel contractpartijen een duidelijke basis te bieden voor hun lokale afspraken. Deze prestatiebeschrijving luidt "zorginhoudelijke ondersteuning van de huisartsenzorg aan alle patiënten met klachten van (mogelijk) psychische, psychosociale of psychosomatische aard", en kent ter toelichting de volgende lijst van zorgactiviteiten:

- Probleemverheldering en uitvoeren van screeningsdiagnostiek.
- Opstellen en bespreken van een vervolgstappenplan.
- Geven van psycho-educatie.
- Begeleiden / ondersteunen van zelfmanagement.
- Interventies gericht op verbetering in functioneren van de patiënt met psychische klachten.
- Geïndiceerde preventie.
- Zorggerelateerde preventie.
- Terugvalpreventie.

Bovenstaande functiebeschrijving beschouwt de NZa voor dit advies als gegeven. Alleen de bekostiging staat ter discussie. Wel kan het, bijvoorbeeld voor een duidelijke afbakening met de basis-GGZ, eventueel nodig zijn om formuleringen aan te passen.

Overeenkomsten en verschillen met de POH-S

De huidige regeling POH-GGZ, ingevoerd in 2008, is gemodelleerd naar de regeling POH-somatiek (POH-S) die van 2006 – 2010 gold. Ook die regeling bestond voor een deel uit een opslag op het inschrijftarief en voor de rest uit consulten. Vanaf 2011 wordt de POH-S echter anders bekostigd: een volledige flexibilisering onder de module Modernisering en Innovatie (M&I). Omdat deze M&I-modules een volledig vrije invulling kennen, is er eigenlijk geen sprake meer van een specifieke regeling POH-S.

Waarom deze wijziging van de POH-S? Het werk van de POH-S hangt grotendeels samen met de (keten)zorg voor chronische patiënten (zie onder andere de Marktscan Ketenzorg van de NZa uit juli 2012). Veel zorgactiviteiten rondom chronische ziekten lenen zich, mits geprotocolleerd, voor delegatie aan praktijkondersteuners. Met de groei van het aantal chronische patiënten en het vastleggen van de zorg in zorgstandaarden en protocollen, werd het voor patiënten, gezondheidscentra en verzekeraars aantrekkelijk om de POH-S meer en meer in te zetten. Dit vormde de aanleiding om de bekostiging van de POH-S in het leven te roepen.

Met de invoering van de prestaties voor ketenzorg rondom Diabetes, COPD en CVRM in 2010 kwam echter een probleem aan het licht: een risico op dubbele bekostiging. Ketenzorg waarvoor de verzekeraar al betaalt via de nieuwe prestaties ketenzorg zou deels ook nog eens via POH-S-tarieven in rekening kunnen worden gebracht. Het probleem zat met name bij de consulten, vandaar dat gezocht is naar een bekostiging zonder consulten en men uitkwam bij de modules M&I, die volledig als opslag op het inschrijftarief in rekening worden gebracht. Opvallend daarbij is dat sommige verzekeraars inzicht in aantallen consulten toch wenselijk vinden; in hun POH-S-regelingen wordt indirect wel betaald voor consulten, verrekend via de vrije opslag op het inschrijftarief.

De volledig flexibele bekostiging onder de M&I-modules kent geen centrale, door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijving. Dit was mogelijk, omdat de zorg die de POH-S levert goed te protocolleren is en dit goed is ingebed in onder andere zorgstandaarden en de opleiding tot

POH-S. Er is een duidelijke objectieve basis om afspraken op te baseren. Bijkomend voordeel van de flexibilisering was, dat de POH-S daarmee als standaard-onderdeel van de huisartsenbekostiging verdween. Met de komst van de ketenprestaties was immers lang niet overal meer behoefte aan separate bekostiging van de POH-S via de huisarts.

Hoewel het in eerste instantie wellicht voor de hand lijkt te liggen om de POH-GGZ-bekostiging die van de POH-S te laten volgen, is het toch wel belangrijk de verschillen tussen beide typen praktijkondersteuning in het oog te houden. Zorginhoudelijk is dat het verschil in de huidige mate van protocollering. In het advies Basis GGZ van december 2011 constateerde de NZa dat dit verschil tussen de POH-GGZ en de POH-S het gelijktrekken van de bekostiging in de weg staat. De bekostigingscontexten zijn ook verschillend: door de samenloop van ketenbekostiging en huisartsenbekostiging speelde rondom de POH-S het risico van dubbele bekostiging. Voor de functie POH-GGZ is dit risico niet relevant. Tot slot is nog van belang dat de M&I-modules alleen toegankelijk zijn voor gezondheidscentra (c.q. huisartspraktijken). Ook dit niet-functionele karakter is een hindernis.

2.2 POH-GGZ: functie en functionaris

Voor inzicht in de problematiek is het goed om onderscheid te maken tussen:

- De zorgfunctie praktijkondersteuning huisartsenzorg: POH-GGZ-functie.
- De zorgfunctionaris praktijkondersteuner huisartsenzorg: POH's-GGZ.

Organisatie: direct versus indirect

Op twee manieren kunnen functie en functionaris verschillende gebieden bestrijken. Ten eerste kan de zorgfunctie geleverd worden door een andere zorgverlener dan de POH's-GGZ. De POH-GGZ-functie wordt op dit moment op twee manieren georganiseerd:

- *Direct:* Het gezondheidscentrum draagt zelf de kosten en ontvangt de inkomsten. De functionaris is in dienst van het gezondheidscentrum of doet zijn werk op detachingsbasis⁸.
- *Indirect:* Een andere zorgaanbieder (bijvoorbeeld een zorggroep of GGZ-instelling), die POH-GGZ-diensten verricht voor (en doorgaans ook in) het gezondheidscentrum, draagt de kosten en ontvangt de inkomsten.

Bij directe organisatie declareert het gezondheidscentrum binnen de regeling POH-GGZ. De functionaris wordt in dit geval ook aangeduid met POH's-GGZ. Dit is de meest voorkomende en sterkst groeiende manier. Zie voor kengetallen paragraaf 2.3.

Bij indirecte organisatie vervult een andere zorgaanbieder in het gezondheidscentrum de POH-GGZ-functie. Voor de bekostiging van deze indirecte organisatie worden twee wegen bewandeld:

- Sommige zorgaanbieders declareren nu nog ten onrechte GGZ-DBC's voor deze activiteiten. Hoe vaak volgens deze constructie wordt gewerkt, is niet bekend. Ook is niet bekend in hoeverre zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor deze DBC's lagere dan de maximumtarieven overeenkomen;
- In minstens één geval worden zorgaanbieders toch vanuit de huidige regeling POH-GGZ bekostigd via een regeling 'achter de voordeur'. Hier declareert een administratiekantoor de module POH-GGZ namens de huisarts bij de zorgverzekeraar. Dit administratiekantoor betaalt

⁸ Gedetacheerd vanuit een andere zorgaanbieder, bijvoorbeeld een GGZ-instelling.

de bedragen dan uit aan de zorgaanbieder bij wie de medewerker in dienst is. De zorgverzekeraar is in dit specifieke geval betrokken bij deze constructie, en kan daarom eisen stellen aan organisatie en kwaliteit.

Sociaal maatschappelijke component

De tweede manier waarop functie en functionaris verschillende gebieden kunnen bestrijken, is dat de functionaris ook andere zorg kan leveren dan alleen die vanuit de POH-GGZ-functie. Natuurlijk kunnen functionarissen voor andere werkzaamheden ingezet worden dan voor hun primaire functie. Hier is vooral relevant dat de POH's-GGZ soms te maken krijgt met mensen van wie de psychische klachten zijn terug te voeren op sociaal-maatschappelijke (multi-)problematiek. Dit is bijvoorbeeld (een combinatie van) werkloosheid, mantelzorg, gezin- en opvoedingsproblemen, schulden, etc.

De remedie ligt voor deze groep vaak niet in aanpak van de psychische klachten, maar in het vinden van een oplossing voor de sociale problematiek. Die oplossing ligt buiten het werkterrein van de POH-GGZ, maar een goede toeleiding naar de juiste hulpverlener wordt wel gezien als een taak voor de POH-GGZ. In een klein aantal gevallen kiest het gezondheidscentrum om deze reden zelfs bewust voor een POH-GGZ met een AMW-achtergrond. Dit deel van de functie POH-GGZ heeft sterke raakvlakken met de wijkverpleegkundige functie. Deze wordt de laatste jaren weer uitgevoerd in onder andere de Zichtbare Schakelprojecten. Het kabinet heeft bij regeerakkoord besloten dat de wijkverpleegkundige functie structureel onderdeel zal uitmaken van de Zvw-zorg.

De huidige regeling POH-GGZ (paragraaf 2.1) beslaat het gebied waar POH-GGZ-functie en POH's-GGZ elkaar overlappen. Ook paragraaf 2.3 hieronder concentreert zich op die overlap. Het punt van de levering van POH-GGZ-functie door anderen dan een POH's-GGZ komt terug vanaf paragraaf 2.4.

2.3 Directe organisatie: kengetallen

Bij ongeveer de helft van de gezondheidscentra c.q. huisartspraktijken wordt al invulling gegeven aan de POH-GGZ functie. De meest voorkomende vorm is de directe organisatie: dat een functionaris in loondienst is of gedetacheerd wordt in het centrum onder regie van de huisarts(en). Op deze vorm zijn de gegevens hieronder van toepassing.

Wie zijn het?

Het ROS-netwerk doet twee maal per jaar een peiling onder POH's-GGZ. De meest recente peiling, van november 2012, laat zien dat twee op de drie een SPV-opleiding heeft gedaan. Van de overige 33% is ca. 10% universitair geschoold psycholoog, heeft 6% een andere verpleegkundige achtergrond dan SPV, heeft 5% een AMW-opleiding en is 2% HBO-psycholoog. De achtergrond van de laatste 10% is niet bekend. Daar waar is gekozen voor een POH-GGZ met een AMW-achtergrond heeft dit waarschijnlijk te maken met relatief veel sociaal-maatschappelijke problematiek zoals beschreven in paragraaf 2.2.

Verwijsgedrag

Tijdens gesprekken in het veld werd regelmatig het vermoeden uitgesproken dat meer indirecte organisatie van de POH-GGZ-functie via een GGZ-instelling zal leiden tot meer verwijzingen naar (een specifieke instelling in) de tweede lijn. Ook heeft de NZa hier enkele signalen over ontvangen. Er is echter onvoldoende materiaal om deze vermoedens te

staven of te ondergraven. Het enige bekende onderzoek is het regionale onderzoek dat onder POH's-GGZ in Groningen heeft plaatsgevonden.⁹ Uit dit onderzoek blijkt een verwaarloosbaar verschil in het verwijsgedrag van POH's-GGZ in loondienst en gedetacheerde POH's-GGZ. Indien er wel sprake is van een verschil in verwijsgedrag zou een plausibele verklaring hiervoor kunnen zijn het feit dat de patiënt bij behandeling in de eerste lijn nu nog geconfronteerd wordt met hogere eigen betalingen dan in de tweede lijn. Wanneer patiënten om deze reden worden verwezen naar een GGZ-instelling in de tweede lijn ondervinden zij hier per saldo waarschijnlijk geen nadeel van. Extra verwijzing naar de tweede lijn wordt dus mogelijk veroorzaakt door een verschil in bekostiging met de eerste lijn. Dit verschil in bekostiging zal vanaf 2014 worden weggenomen met de introductie van de (generalistische) Basis GGZ.

Indien de NZa na de inwerkingtreding van de nieuwe bekostiging in 2014 signalen ontvangt dat patiënten op niet zorginhoudelijke gronden worden doorverwezen naar (een specifieke instelling in) de tweede lijn kan de NZa daar nader onderzoek naar doen.

Kengetallen 2008-2011

Uit declaratiegegevens rondom de POH-GGZ-regeling van Vektis kunnen kengetallen worden gedestilleerd over het aanbod en gebruik van de POH-GGZ in de jaren 2008-2011:

Tabel 2.1: Kengetallen POH-GGZ

	2008	2009	2010	2011
Patiënten met een POH-GGZ in de ha-praktijk	12,0%	10,9%	23,4%	33,9%
Totaal aantal consulten* POH-GGZ	18.811	57.992	149.204	265.150
Consulten* POH-GGZ per 100 ingeschrevenen	3,72	9,70	11,17	13,81
Uitgaven per consult* POH-GGZ	€ 213,54	€ 98,39	€ 91,32	€ 79,39

*Consulten zijn consulten langer dan 20 minuten. Deze beslaan ca. 90% van de declarabele activiteiten van de POH-GGZ. Andere declarabele activiteiten zijn korte consulten, telefonische consulten en visites. Deze andere activiteiten zijn voor deze tabel teruggerekend naar consulten langer dan 20 minuten.

Bron: Vektis, bewerking NZa.

Uit de tabel blijkt dat na een aarzelende start in 2008-2009 het aantal praktijken met een POH-GGZ flink is gegroeid: in 2011 stond bijna 34% van de patiënten ingeschreven bij een huisarts met een POH-GGZ. Cijfers van het ROS-Netwerk wijzen erop dat die groei in 2012 heeft doorgezet: in november 2012 had 43% van de praktijken ondersteuning van een POH-GGZ. Met de verruiming van de regeling in 2013 valt te verwachten dat dit aantal verder zal groeien.

Ook is uit de tabel af te leiden dat er nog steeds sprake is van een opstarteffect, hoewel dit relatief steeds kleiner wordt. Beginnende POH's-GGZ draaien relatief weinig consulten, zoals te zien is aan het kleine aantal consulten per 1.000 ingeschrevenen in 2008. Het aandeel beginnende POH's-GGZ wordt steeds kleiner, waardoor het aantal consulten per 1.000 ingeschrevenen nog steeds groeit. Dit proces zal zich in de toekomst voortzetten tot een stabiel punt is bereikt. De totale uitgaven per consult zullen dan ook stabiliseren.

⁹ P. Verhaak, D. van der Zee, M. Conradi en R. Bos, 'Praktijkondersteuner-GGZ maakt verwachtingen waar', Tijdschrift voor praktijkondersteuning, april 2012, p.41-46.

Loondienst versus detachering

Zoals hierboven uiteengezet heeft een deel van de huisartspraktijken met POH-GGZ deze functionaris in loondienst. Ook komt het veel voor dat de POH's-GGZ op detacheringsbasis in de praktijk werkt. Detachering vindt plaats vanuit zorggroepen en GGZ-instellingen, maar ook vanuit speciaal hiervoor opgerichte bureaus. Landelijke verhoudingen zijn niet bekend. De bovengenoemde regionale onderzoeken laten een grote variëteit zien. Amsterdamse POH's-GGZ waren op een uitzondering na gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling, Groningse waren voor de helft in loondienst.

Wet- en regelgeving: overige bepalingen

Naast de beleidsregels van de NZa op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is nog een aantal bepalingen relevant voor de functie POH-GGZ en degenen die de functie uitoefenen.

- Het besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg (Bub-Wmg) stelt dat de artikelen 50 tot en met 56 van de Wmg niet van toepassing zijn "op zorg verleend onder eigen verantwoordelijkheid door verpleegkundigen en verzorgenden in de individuele gezondheidszorg", althans waar het zorg betreft die onder de Zvw valt.
- Op grond van de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) moet een verpleegkundige door voldoende specifieke praktijkervaring de vaardigheden op peil houden die aan het beroep verbonden zijn, anders verliest de verpleegkundige zijn BIG-registratie. Vraag is of de functie POH-GGZ voldoende voorziet in die specifieke praktijkervaring en, als dit niet zo is, wat de nadelige gevolgen hiervan kunnen zijn, en hoe die te voorkomen zijn.

2.4 Lopende innovaties

Binnen de beleidsregel innovatie lopen diverse innovaties in het domein van de POH-GGZ en de basis-GGZ. Al deze innovaties hebben gemeen dat zorgproducten zijn gedefinieerd als trajecten die per patiënt in rekening worden gebracht. Daarnaast omvatten de trajecten de inzet van hulpverleners uit verschillende echelons, bijvoorbeeld POH-GGZ in combinatie met een eerstelijns psycholoog en consultatieve raadpleging bij een psychiater. De experimenten verschillen in de invulling van de trajecten, zowel de zorginhoudelijke invulling als de aantallen trajecten binnen het zorgdomein van de POH-GGZ en basis-GGZ. Opvallend is dat het onderscheid tussen het domein van de POH-GGZ (huisartsenzorg) en de basis-GGZ niet altijd terugkomt in de trajecten die door de experimenteerpartijen zijn gedefinieerd.

Een experiment in Noord-Holland maakt gebruik van prestaties voor vier verschillende trajecten en voor een eenmalig gesprek met de POH-GGZ. Het experiment omvat zorg uit zowel het domein van de POH-GGZ als uit dat van de basis-GGZ. Ook e-health kan onderdeel uitmaken van de zorgtrajecten. Bij de differentiatie tussen de verschillende trajecten vormen de intensiteit van de behandeling en de hulpverlener die de trajecten uitvoert, de onderscheidende criteria.

Een experiment in Noord-Brabant maakt gebruik van slechts één prestatie voor patiënten met psychische problematiek. Zorginhoudelijk omvat het traject zowel het domein van de basis-GGZ als het domein POH-GGZ. De regierol ligt nadrukkelijk bij de huisarts.

Een experiment in Limburg maakt gebruik van verschillende zorgtrajecten die zowel het domein van de POH-GGZ als het domein van

de Basis-GGZ omvatten. Onderscheid tussen de verschillende zorgtrajecten wordt gemaakt op basis van de aard van de problematiek van de patiënt. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van een basistraject dat vooral is gericht op probleemverheldering en diagnostiek. Ook de consultatieve raadpleging van een specialist is als zorgonderdeel in de trajecten opgenomen.

2.5 E-health

In de huidige POH-GGZ regelgeving geen rekening gehouden met e-health en consultatieve raadpleging. In de opdrachtbrief van VWS en in het bestuurlijk akkoord GGZ komt naar voren dat in de POH-GGZ prestaties de inzet e-health en consultatieve raadpleging dienen te faciliteren.

In dit advies onderscheiden wij twee vormen van e-health:

- Een elektronisch consult/ contact: hierbij moet worden gedacht aan een behandelaar die via zijn computer een e-mailconsult heeft met de cliënt. Er is geen aparte investering nodig in een systeem/ programma of abonnementskosten.
- Een elektronisch diagnostiek/ behandelprogramma: het betreffen hier programma's ter ondersteuning van de diagnostiek en behandeling door de huisarts. Het gaat om programma's waarvoor investeringen (denk aan systeem en abonnementskosten) noodzakelijk zijn. Telepsy is een voorbeeld van zo'n programma. Telepsy is een diagnostisch instrument die de huisarts kan inzetten bij diagnostiek en waarbij een psycholoog of specialist de gegevens beoordeelt. Telepsy loopt nu via de beleidsregel Innovatie.

De eerste genoemde vorm, een e-mail consult, is al opgenomen in de beleidsregel 'Huisartsenzorg' en kan als een 0,5 consult gedeclareerd worden. Wanneer in dit advies wordt gesproken over e-health, wordt op de tweede vorm van e-health bedoeld. Daarnaast worden alleen die vormen van e-health bedoeld die onderdeel uitmaken van de te verzekeren prestatie van de Zvw.

2.6 Knelpunten in de huidige bekostiging

2.6.1 Oplosbare knelpunten

Het functioneel bekostigen van de functie POH-GGZ, kan een oplossing zijn voor de volgende knelpunten.

DBC-declaraties voor ondersteuning POH-GGZ

Het kan een einde maken aan de situatie dat GGZ-instellingen voor ondersteuning van de huisartsenzorg tweedelijns prestaties (DBC's) in rekening brengen. Zorgverzekeraars kunnen dan POH-GGZ inkopen bij de betreffende instelling en die instelling kan die zorg dan ook als zodanig in rekening brengen.

Financiële zekerheid voor huisartsen

Naast bovenstaand knelpunt kan het ontkoppelen van de POH-GGZ-functie van de huisartsenbekostiging een oplossing zijn voor de huisartsen die in financiële zin geen werkgever willen zijn. Ontkoppelen biedt de mogelijkheid om ook deze huisartsen toegang te geven tot GGZ-ondersteuning met zorginhoudelijke, maar zonder werkgeversverantwoordelijkheid. Dit geldt ook voor de huisartsen die afzien van de inzet van een POH-GGZ-functionaris gezien de financiële onzekerheid die dit met zich meebrengt.

2.6.2 Niet opgelost knelpunt

Belangrijk om op te merken is dat er ook een knelpunt is dat niet wordt opgelost door het loskoppelen van de bekostiging. Dat is het knelpunt van het ontbreken van POH-GGZ in het aanbod in wijken waar huisartsen niet voldoende overtuigd zijn van de meerwaarde van deze zorg. Omdat 'in samenhang met en onder verantwoordelijkheid van de huisartsenzorg' een harde randvoorwaarde is, blijft dit een onopgelost knelpunt. Ook al komen verzekeraar en een andere aanbieder van POH-GGZ tot afspraken, zorginhoudelijk kunnen zij niet om de sceptische huisarts heen. De omvang van dit knelpunt is niet bekend. Wel mag verwacht worden dat de omvang zal afnemen, zeker als de meerwaarde van de POH-GGZ-functie structureel blijkt.

2.7 Conclusie

Om mensen met psychische klachten, een vermoeden van een DSM-benoemde stoornis¹⁰ of stabiele chronische problematiek¹¹, te kunnen begeleiden bij de huisarts, is het van belang dat de POH-GGZ-functie wordt versterkt.

Verdere versterking van de POH-GGZ-functie wordt nu beperkt doordat:

1. Andere aanbieders dan het gezondheidscentrum geen gebruik kunnen maken van de POH-GGZ-regeling;
2. Men door het gebrek aan reguleringszekerheid de afgelopen jaren terughoudend is geweest in het investeren in de functie;
3. De POH-GGZ regeling e-health en consultatieve raadpleging niet faciliteert.

Deze punten zijn hieronder uitgewerkt en als uitgangspunten meegenomen in het voorliggende advies.

Andere aanbieders

In de huidige situatie wordt op diverse plekken gebruik gemaakt van de mogelijkheid om de POH-GGZ-functie indirect te organiseren. Hieruit blijkt de behoefte om de bekostiging ook toegankelijk te maken voor andere aanbieders. De meerwaarde voor het openstellen van de bekostiging voor andere aanbieders wordt bevestigd door zorgverzekeraars. Er zijn zorgverzekeraars die aangeven dat zij de POH-GGZ-functie uitsluitend via directe organisatie inkopen, maar ook zorgverzekeraars die de mogelijkheid willen hebben om de POH-GGZ-functie zowel via directe als via indirecte organisatie in te kopen. Achterliggende reden hiervoor is dat zij het belang van een POH-GGZ-functie bij de huisarts groot achten. Het indirect organiseren van de POH-GGZ-functie biedt een goede oplossing voor huisartsen die de POH-GGZ-functie nu en in de toekomst niet direct kunnen of willen organiseren. Het belang van de rol van de huisarts bij indirecte organisatie wordt hierbij benadrukt. Bij de keuze om de POH-GGZ-functie indirect te organiseren, zal de huisarts dan ook altijd in 'the lead' zijn, aangezien het voor de hand ligt dat hij een samenwerkingsovereenkomst voor indirecte organisatie medeondertekent.

¹⁰ Van lichte of subklinische ernst, met een laag risico, waarbij de complexiteit afwezig is en de duur (beloop) van de symptomen (nog) niet aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld beantwoord

¹¹ Het gaat hier om stabiele chronische problematiek met een laag risico en die niet crisisgevoelig is.

Op dit moment hebben andere aanbieders dan het gezondheidscentrum geen of beperkte toegang tot de module POH-GGZ. De module POH-GGZ betreft in hoofdzaak een opslag op het inschrijftarief en is direct gekoppeld aan de huisartsenbekostiging. Daar waar de POH-GGZ-functie nu indirect wordt georganiseerd door GGZ-instellingen worden nu nog vaak ten onrechte DBC's GGZ gedeclareerd, omdat declareren binnen de regeling om ingewikkelde kunstgrepen vraagt. Daarnaast zijn ook de regelingen 'achter de voordeur' zoals beschreven in paragraaf 2.2 niet voor alle partijen even toegankelijk vanwege bijvoorbeeld opstartkosten.

Dit leidt tot de conclusie dat de toekomstige bekostiging voor twee verschillende situaties passend moet zijn:

- Huisarts(praktijk) als opdrachtgever: Veel huisartspraktijken zullen de huidige situatie willen voortzetten, waarin zij de POH-GGZ-functie invullen, door iemand in loondienst of in detachering te nemen. Ook de nieuwe bekostiging moet passen bij deze 'oude' situatie.
- Andere zorgaanbieder als opdrachtgever: Hierbij kan gedacht worden aan de huidige situatie waarbij een GGZ-instelling in de huisartspraktijk de POH-GGZ levert, waarbij nu nog ten onrechte DBC's gedeclareerd worden. De nieuwe bekostiging moet ook deze vorm accommoderen, en de DBC-declaraties vervangen.

Gebrek aan reguleringszekerheid

De financiële onzekerheid rondom de POH-GGZ-regeling is voor veel huisartsen reden geweest om terughoudend te zijn. Dit wordt ook bevestigd in het rapport over de POH-GGZ-functie in Amsterdam: "De huisartsen die zonder POH-GGZ werken zien hier vooral van af vanwege de financiële onzekerheid die dit met zich meebrengt voor de praktijk en vanwege ruimtegebrek."

Mede vanwege deze financiële onzekerheid is de functie relatief langzaam op gang gekomen. Functioneel maken van de bekostiging is onderdeel van het versterken van de huisartsenzorg bij psychische klachten, maar betekent ook weer een wijziging die onzekerheid met zich mee zal brengen. Zoveel mogelijk voorkomen moeten worden dat een wijziging leidt tot het beëindigen van samenwerking tussen huisartsen en POH-GGZ.

E-health en consultatieve raadpleging

Zoals beschreven in de opdracht van VWS en het bestuurlijke akkoord bestaat de nadrukkelijke wens e-health en consultatieve raadpleging binnen de huidige bekostiging mogelijk te maken.

In dit advies onderscheiden wij twee vormen van e-health:

- Een elektronisch consult/ contact: hierbij moet worden gedacht aan een behandelaar die via zijn computer een e-mailconsult heeft met de cliënt. Er is geen aparte investering nodig in een systeem/ programma of abonnementskosten.
- Een elektronisch diagnostiek/ behandelprogramma: het betreffen hier programma's ter ondersteuning van de diagnostiek en behandeling door de huisarts. Het gaat om programma's waarvoor investeringen (denk aan systeem en abonnementskosten) noodzakelijk zijn. Telepsy is een voorbeeld van zo'n programma. Telepsy is een diagnostisch instrument die de huisarts kan inzetten bij diagnostiek en waarbij een psycholoog of specialist de gegevens beoordeelt. Telepsy loopt nu via de beleidsregel Innovatie.

De eerste genoemde vorm, een e-mail consult, is opgenomen in de beleidsregel 'Huisartsenzorg' en kan als een 0,5 consult gedeclareerd worden.

In deze notitie gaat het over de tweede vorm van e-health aangezien ten aanzien van deze tweede vorm van e-health nu wordt aangegeven dat deze niet bekostigd kan worden via de huidige module POH-GGZ. In de berekening van de kosten in 2008 van de module POH-GGZ is geen rekening gehouden met dergelijke programma's.

Daarnaast worden de volgende opvallende kenmerken van de huidige situatie, meegenomen in het advies:

Sociaal-maatschappelijke en generalistische component

De functie POH-GGZ heeft, naast een component gericht op (puur) psychische klachten, ook een sociaal-maatschappelijke en een generalistische component. De sociaal-maatschappelijke component kent raakvlakken met de functie wijkverpleegkundige zorg die het kabinet vanaf 2015 weer structureel wil gaan bekostigen als onderdeel van het systeem van zogenaamde populatiegebonden bekostiging. De generalistische component houdt in dat de POH's-GGZ idealiter ook oog heeft voor de somatische (neven)aandoeningen van de patiënt en dit alles in samenhang beschouwt.

Lopende innovaties

Binnen het kader van de beleidsregel Innovatie lopen diverse innovaties in het domein van de POH-GGZ en de basis-GGZ. Het is wenselijk dat bij de uitwerking van de bekostiging van de POH-GGZ per 2014 deze innovaties in het achterhoofd worden gehouden om deze daar waar mogelijk regulier te bekostigen.

3. Samenhang met de huisartsenzorg

Centraal in de adviesvraag van VWS staat het loskoppelen van de bekostiging van de module POH-GGZ van het inschrijftarief van de huisarts met als belangrijkste voorwaarden dat deze altijd in samenhang met en onder verantwoordelijkheid van de huisartsenzorg wordt aangeboden. In het bestuurlijk akkoord staat hierover het volgende:

De NZa wordt tevens om advies gevraagd naar de mogelijkheid om per 2014 de bekostiging van deze module ter ondersteuning van en in samenhang met de huisartsenzorg geheel functioneel te maken, zodat ook andere zorgaanbieders deze module kunnen aanbieden. Dit betekent dat het dan geen opslag is op het inschrijftarief van de huisarts, maar een module die kan worden aangeboden, ook door andere zorgaanbieders, als ondersteuning van de huisartsenzorg. Deze module zal altijd in samenhang met de huisartsenzorg (c.q. in de huisartsenpraktijk) moeten worden aangeboden en ten dienste staan van de huisarts.

De samenhang met de huisartsenzorg wordt onder andere geborgd doordat de POH-GGZ-functie ook vanaf 2014 onder verantwoordelijkheid van de huisarts valt. Er vindt op dit vlak dan ook geen wijziging plaats ten opzichte van eerdere jaren en er dient te worden aangesloten bij de uitgangspunten zoals deze nu ook gelden. Het gaat om de volgende uitgangspunten:

- Korte lijnen;
- Inzet op initiatief van de huisarts, terugkoppeling en inschakelen bij alarmsignalen;
- Zorg die een huisarts pleegt te bieden.

Korte lijnen

Op organisatorisch vlak zijn voor een optimale uitoefening van de functie korte lijnen van de POH-GGZ met de huisarts essentieel.¹² Uit gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars blijkt dat hier brede consensus over is: de meerwaarde van de functie POH-GGZ wordt vooral bereikt door een functionaris met een plek in de huisartsenpraktijk die werkt onder directe verantwoordelijkheid van de huisarts(en) in het centrum. Dit maakt een laagdrempelige overdracht mogelijk evenals het snel kunnen schakelen met de huisarts en andere zorgverleners in en om het centrum, zoals de POH-somatiek en het maatschappelijk werk. Het snel kunnen schakelen met andere zorgverleners wordt gezien het generalistische karakter van de huisartsenzorg en de vaak verweven of onduidelijk toe te wijzen problematiek (psychisch, somatisch of psychosomatisch karakter) als kenmerkend voor de functie POH-GGZ aangemerkt. Tot slot wordt ook het kunnen registreren en inzien van het Huisartseninformatiesysteem (HIS) gezien als belangrijke meerwaarde. Het gebruik van het HIS wordt mogelijk indien de functionaris een plek heeft in de praktijk.

Inzet op initiatief van de huisarts, terugkoppeling en inschakelen bij alarmsignalen

Uit de gesprekken met de koepels van zorgaanbieders en zorgverzekeraars¹³ is gebleken dat er consensus is dat de POH-GGZ zorginhoudelijk onder verantwoordelijkheid valt van de huisarts. Dit betekent dat een patiënt niet op eigen initiatief een bezoek kan brengen

¹² NHG/LVG-Standpunt: Het (ondersteunend) team in de huisartsenvoorziening, 2011

¹³ GGZn, LHV, LVE, LVG-ROS netwerk, NHG, V&VN en ZN.

aan de POH-GGZ en het eerste contact van de patiënt met de POH-GGZ plaatsvindt op aanwijzing van de huisarts. Tevens betekent dit dat de POH-GGZ terugkoppelt naar de huisarts en bij alarmsignalen direct de huisarts inschakelt.¹⁴ De huisarts blijft verantwoordelijk voor de eerste beoordeling en de triage. Logischerwijs zullen werkafspraken moeten worden gemaakt rondom delegatie en terugkoppeling. Dit kan per individuele huisarts op verschillende wijze worden vormgegeven.¹⁵

Zorg die een huisarts pleegt te bieden

De POH-GGZ-functie valt onder de aanspraak huisartsenzorg. Huisartsen kunnen patiënten binnen de huisartsenzorg begeleiden, met medicatie behandelen, interventies toepassen die gebruik maken van technieken uit de cognitieve gedragstherapie ofwel doorverwijzen naar meer gespecialiseerde zorgverleners voor psychische klachten. De POH-GGZ kan in dit proces een belangrijke bijdrage leveren. De POH-GGZ kan de huisarts werk uit handen nemen, waardoor de beschikbaarheid van huisartsen toeneemt en niet altijd hoeft te worden verwezen naar een zorgverlener buiten de huisartsenvoorziening.¹⁶ Aangezien de POH-GGZ onder de aanspraak huisartsenzorg valt, moet wat de POH-GGZ doet, altijd terug te redeneren zijn naar zorg die een huisarts pleegt te bieden. Het is dan ook van belang dat goed beschreven staat welke zorg de POH-GGZ levert en deze te toetsen aan zorg die een huisarts pleegt te bieden. In 2013 is een prestatiebeschrijving van de POH-GGZ toegevoegd aan de tariefbeschikking huisartsenzorg. De prestatiebeschrijving bevat bij wijze van toelichting zorgactiviteiten die de POH-GGZ kan uitvoeren.

Daarbij is het ook van belang dat wordt aangesloten bij het karakter dat de huisartsenzorg onderscheidt van andere zorg. Binnen de huisartsenzorg wordt een ziektebeeld niet geïsoleerd bekeken, maar met kennis van de levensloop in het bredere kader van de leefomgeving en sociale context van de patiënt. Hierin onderscheidt de huisartsenzorg zich van andere zorg, waar het uitgangspunt een klacht of ziektebeeld is.

Ten aanzien van de samenhang met de huisartsenzorg is ons beeld dat daar waar gekozen is voor een indirecte organisatie van de POH-GGZ-functie de zorg veelal wordt geleverd in de huisartsenpraktijk. Bij zowel de directe als indirecte organisatie van de POH-GGZ-functie acht de NZa het mogelijk deze zorginhoudelijk vorm te geven zoals in dit hoofdstuk beschreven. Door partijen wordt het belang van de rol van de huisarts bij indirecte organisatie benadrukt. Bij de keuze om de POH-GGZ-functie indirect te organiseren, zal de huisarts dan ook altijd 'in the lead' zijn, aangezien het voor de hand ligt dat hij een samenwerkingsovereenkomst voor indirecte organisatie medeondertekent.

Het onder verantwoordelijkheid vallen van de huisarts brengt met zich mee dat de POH-GGZ-functie gekoppeld is aan een huisarts om de samenhang en 'onder verantwoordelijkheid' te borgen. Inherent hieraan is dat een patiënt alleen enige keuzevrijheid heeft voor een POH-GGZ als de huisarts samenwerkt met meerdere POH-GGZ zorgverleners.

Tot slot: De vormgeving van de POH-GGZ in samenhang met en onder verantwoordelijkheid van de huisarts – zoals vastgelegd in het Bestuurlijk akkoord GGZ 2013/2014 en het convenant huisartsenzorg 2012/2013 – brengt met zich mee dat samenwerking met de huisarts geborgd moet zijn. Daar waar dit nu niet het geval is, wordt niet aangesloten bij de gemaakte afspraken.

¹⁴ NHG/ LVG-Standpunt: Het (ondersteunend) team in de huisartsenvoorziening, 2011

¹⁵ Basisdocument POH-GGZ, maart 2011

¹⁶ NHG/ LVG-Standpunt: Het (ondersteunend) team in de huisartsenvoorziening, 2011

4. Afweging

In dit hoofdstuk wordt afgewogen hoe een versterkte POH-GGZ-functie bekostigd moet worden. Globaal zijn er twee methoden denkbaar: een bekostiging gebaseerd op de huidige bekostiging waarbij het inschrijftarief behouden blijft en een bekostiging gebaseerd op zorgproducten waarbij de bekostiging wordt losgekoppeld van de huisartsenbekostiging.

Beide zijn in de consultatie voorgelegd aan veldpartijen. Hieronder volgt een uitwerking van beide methoden.

4.1 Huidige bekostiging

Een bekostiging gebaseerd op de huidige bekostiging, waarbij sprake is van koppeling aan het inschrijftarief van de huisarts, kent meerdere voordelen:

Tevredenheid huidige regeling

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 zijn zorgverzekeraars en gezondheidscentra over het algemeen (zeer) tevreden met de huidige regeling POH-GGZ, zeker nu die per 2013 is verruimd. Het gebrek aan reguleringszekerheid heeft er wel voor gezorgd dat men de afgelopen jaren terughoudend is geweest in het investeren in de functie. Het wijzigen van de bekostiging per 2014, betekent ook weer een wijziging die onzekerheid met zich mee zal brengen waardoor deze terughoudendheid niet wordt doorbroken.

Voorkomen stoprisico

Naast terughoudendheid in het investeren in de functie, treedt bij het volledig loskoppelen van de module POH-GGZ van de huisartsenbekostiging een stoprisico op. Dit houdt in dat huisartsen of gezondheidscentra die nu een POH-GGZ in dienst hebben het dienstverband stop zetten, gezien de financiële onzekerheid die een nieuwe bekostiging met zich meebrengt. Zoals beschreven in hoofdstuk 2 moet zoveel mogelijk voorkomen worden dat een wijziging van de bekostiging leidt tot het beëindigen van samenwerking tussen huisartsen en POH-GGZ.

Het hierboven beschreven stoprisico wordt bevestigd in de diverse gesprekken die met zorgaanbieders hebben plaatsgevonden. Een nieuwe bekostiging brengt financiële onzekerheid met zich mee, wat aanleiding kan zijn de directe organisatie te stoppen. Uit de gesprekken blijkt dat dit risico niet alleen voor kleinere praktijken, maar ook voor de grotere gezondheidscentra geldt. Men ziet zich bij een wijziging van de bekostiging gedwongen de POH-GGZ-functie indirect te organiseren, terwijl huisartsen hier diverse risico's in zien. Risico's die men ziet, zijn het risico van borging van het generalistische karakter van de huisarts en het risico op doorverwijzing naar de basis en specialistische GGZ. Deze risico's zorgen ervoor dat men terughoudend is de functie indirect te organiseren.

- Borging generalistische karakter: Wanneer door voorwaartse integratie tweedelijns GGZ-instellingen de functie van POH-GGZ gaan contracteren, kan de poortwachtersfunctie van de huisartsenzorg onder druk kan komen te staan. Verschillende veldpartijen stellen dat zorgverleners die in dienst zijn van gespecialiseerde GGZ-instellingen

gewend zijn om te werken in termen van diagnoses en aandoeningen. Dit contrasteert met het generalistische karakter van de huisartsenzorg waarin de zorgverlening is gericht op het normaliseren van de situatie van de patiënt.

- Doorverwijsgedrag: Het kan voorkomen dat een POH-GGZ die vanuit een gespecialiseerde GGZ instelling is gedetacheerd voor de keuze wordt gesteld of en naar welke zorgaanbieder door te verwijzen. Verschillende veldpartijen hebben gewezen op het risico van te veel doorverwijzen: zorgverleners die vanuit een gespecialiseerde GGZ-instelling gedetacheerd worden als POH-GGZ, kunnen meer geneigd zijn om een patiënt door te verwijzen naar de eigen werkgever of naar de tweede lijn in het algemeen. In hoofdstuk 2 is reeds beschreven dat er vooralsnog geen onderzoeken zijn om dit vermoeden te staven.

Beperking volume-opdrijving

Het huidige bekostigingssysteem is voor $\frac{3}{4}$ gebaseerd op een maximumtarief per verzekerde per jaar. Hierdoor is er nauwelijks een prikkel om meer zorg te leveren. Een stijging van het aantal gedeclareerde consulten leidt slechts tot een beperkte stijging van de opbrengsten voor de huisarts. Het grootste deel van de opbrengsten wordt immers gegenereerd uit de opbrengsten van het inschrijftarief dat los staat van het aantal geleverde consulten. Ook zijn de kosten van de POH-GGZ-functie beter voorspelbaar.

Niet verder afstappen van toekomstige populatiegebonden bekostiging

Het regeerakkoord schetst een perspectief van populatiegebonden bekostiging voor de gehele huisartsenzorg. Met het wijzigen van de bekostiging van de module POH-GGZ dat onderdeel uitmaakt van de huisartsenzorg wordt mogelijk teveel afstand genomen van dit toekomstperspectief. Dit pleit ervoor zo min mogelijk te wijzingen in de bekostiging van de module POH-GGZ per 2014.

Naast deze voordelen is er ook een nadeel: de huidige bekostiging biedt weinig ruimte voor lopende innovaties en biedt in zijn huidige vorm weinig ruimte voor e-health en consultatieve raadpleging. Daarom is in paragraaf 4.2 uitgewerkt hoe een bekostiging op basis van zorgproducten eruit zou zien en wat hiervan de voor- en nadelen zijn.

4.2 Bekostiging op basis van zorgproducten

Een bekostiging op basis van zorgproducten houdt in dat een aantal POH-GGZ zorgproducten vastgesteld wordt die de huidige bekostiging vervangen. De zorgproducten zijn gebaseerd op trajecten. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het zorgproduct 'POH-GGZ-kort', waarbij het tarief gebaseerd is op drie consulten. De behandelaar heeft binnen het tarief dat aan het product gekoppeld is de ruimte om de invulling van het traject te bepalen, zowel zorginhoudelijk (zorgactiviteiten die hij uitvoert¹⁷) als qua invulling (face-to-face, e-health en consultatie).

Voordelen

Een dergelijke bekostiging op basis van zorgproducten sluit aan bij de structuur die voor de basis-GGZ is ontwikkeld door bureau HHM in opdracht van het ministerie van VWS. Aansluiting bij de bekostiging van de basis-GGZ kent een aantal voordelen:

¹⁷ Zie prestatiebeschrijving POH-GGZ in de tariefbeschikking huisartsenzorg: TB/CU-7053-02.

- Verschillende type zorgaanbieders kunnen de POH-GGZ functie contracteren en leveren;
- E-health en consultatie van een specialist kunnen onderdeel uitmaken van de POH-GGZ prestaties;
- De bekostiging voor aanbieders die zowel POH-GGZ als basis-GGZ leveren sluit meer op elkaar aan. Dit biedt voordelen ten aanzien van de gezamenlijke zorginkoop en maakt het mogelijk om ketenafspraken binnen de POH-GGZ en basis-GGZ te maken;
- Er ontstaat meer transparantie wat er precies gedaan wordt in de POH-GGZ. Daarnaast wordt meer inzicht verkregen in de geleverde zorg in de gehele keten;
- De bekostiging van de POH-GGZ functie als tarief per traject sluit aan bij een aantal lopende experimenten onder de beleidsregel Innovatie die zich bevinden op het snijvlak van de POH-GGZ en de basis-GGZ. Zie ook paragraaf 2.4. Doorstroom van deze experimenten naar de reguliere bekostigingssystematiek zal hierdoor eenvoudiger zijn.

Risico's

Er kleven echter aanzienlijke risico's aan implementatie van deze bekostigingsvorm. De financiële onzekerheid die een dergelijk wijziging van de bekostiging met zich meebrengt kan ertoe leiden dat gezondheidscentra en huisartsenpraktijken stoppen met het (op directe manier) organiseren van de POH-GGZ functie. Zoals beschreven in paragraaf 4.1 wordt dit risico bevestigd in de gesprekken die met partijen hebben plaatsgevonden.

Naast het stoprisico kent een bekostiging op basis van trajecten in tegenstelling tot de huidige POH-GGZ regeling een prikkel voor zorgaanbieders om zoveel mogelijk trajecten te leveren. Hierdoor kan de beheersing van de macrokosten in gevaar komen. Wanneer de POH-GGZ functie wordt bekostigd op basis van trajecten leidt het declareren van meer trajecten wel tot een evenredige stijging van de opbrengsten.

Een bijkomend risico is dat door de volume prikkel die voortkomt uit trajectbekostiging de netwerkfunctie van de POH-GGZ onder druk kan komen te staan. Uit gesprekken met veldpartijen komt naar voren dat de netwerkfunctie als een belangrijk onderdeel van de POH-GGZ functie wordt beschouwd. Met de netwerkfunctie wordt bedoeld op een aantal niet direct-patiëntgebonden werkzaamheden van de POH-GGZ zoals het onderhouden van contacten met de verschillende hulpverleners die in de wijk actief zijn. Wanneer de opbrengsten uit de inzet van de POH-GGZ volledig worden gegenereerd uit direct-patiëntgebonden werkzaamheden ontstaat de prikkel om zo min mogelijk tijd aan niet-patiëntgebonden werkzaamheden te besteden.

Tot slot is het de vraag of een bekostiging op basis van zorgproducten niet een stap teveel af zet van de toekomstige populatiegebonden bekostiging.

4.3 Conclusie

Het wijzigen van de huidige regeling draagt een substantieel risico in zich dat partijen stoppen met het direct organiseren van de POH-GGZ-functie vanwege de onzekerheid die een nieuwe bekostiging met zich meebrengt. Een dergelijke daling van het aantal aanbieders van POH-GGZ sluit niet aan bij de centrale beleidsdoelstelling rondom de POH-GGZ, namelijk een verdere groei van het aanbod van de functie ter versterking van de eerstelijns GGZ. De NZa adviseert dan ook de bekostiging van de POH-GGZ-functie per 2014 te baseren op de huidige bekostiging.

Bij deze keuze speelt tevens mee dat met een meer ingrijpende wijziging van de bekostiging van de POH-GGZ-functie mogelijk teveel afstand genomen zou worden van het toekomstperspectief van de huisartsenbekostiging. Het regeerakkoord schetst namelijk een perspectief van populatiegebonden bekostiging voor de gehele huisartsenzorg. Tot slot speelt, ondanks de gewenste groei van de POH-GGZ en de verruiming van het kader de komende jaren, het risico op volume-opdrijving en de beheersing van de macrokosten een rol bij de keuze om de bekostiging van de functie POH-GGZ per 2014 te baseren op de huidige bekostiging.

Bij het handhaven van de huidige bekostiging is het wel nodig om de bekostiging open te stellen voor andere zorgaanbieders dan gezondheidscentra. Zoals beschreven in hoofdstuk 2 zijn er op dit moment ook huisartsen die er om uiteenlopende redenen voor kiezen de POH-GGZ-functie indirect te organiseren. Voor huisartsen of gezondheidscentra die de komende jaren nog niet willen of kunnen investeren in het direct organiseren van de POH-GGZ-functie, kan indirecte organisatie een oplossing zijn.

In het volgende hoofdstuk wordt dit advies verder uitgewerkt. Ook wordt hier gekeken hoe een aantal risico's kan worden aangepakt.

5. Uitwerking advies huidige bekostiging toegankelijk maken

In hoofdstuk 4 zijn twee bekostigingsoptie tegen elkaar afgezet: een systeem dat voortborduurt op de huidige POH-GGZ regeling en een systeem met POH-GGZ prestaties vormgegeven als trajecten. Aan het einde van hoofdstuk 4 is geconcludeerd dat de eerste optie het meest wenselijk is. In dit hoofdstuk wordt deze bekostigingsoptie, die voortborduurt op de huidige regeling, verder uitwerkt en worden keuzes die binnen de gekozen richting genomen moeten worden tegen elkaar afgezet.

In dit hoofdstuk wordt op het volgende ingegaan:

- Wat is er nodig om de bekostiging toegankelijker te maken?
- Inschrijftarief met of zonder consulttarief?
- Tijdelijke loonkostencomponent POH-GGZ handhaven of niet?
- E-health en consultatieve raadpleging: wat moet hier gebeuren?
- Hoe kunnen de risico's worden ondervangen?

5.1 Wat is er nodig om de bekostiging toegankelijker te maken?

Zoals in de probleemstelling aangegeven, is er behoefte aan een bekostiging die ook toegankelijk is voor andere zorgaanbieders dan het gezondheidscentrum. De constructie 'achter de voordeur' uit hoofdstuk 2 is al mogelijk, maar is zoals beschreven in hoofdstuk 2 niet voor alle partijen even toegankelijk. In de huidige regeling kan de opslag op het inschrijftarief niet los van het inschrijftarief gedeclareerd worden. Deze beperking wordt opgeheven wanneer de huidige opslag wordt omgevormd tot een op zichzelf staande prestatie per inschreven verzekerde die ook los van het inschrijftarief gedeclareerd kan worden. Er ontstaat dan een aparte prestatie 'inschrijftarief POH-GGZ'. Met deze wijziging kan een andere zorgaanbieder dan het gezondheidscentrum de POH-GGZ prestatie contracteren, leveren¹⁸ en declareren bij de zorgverzekeraar. Deze zorgaanbieder fungeert dan als hoofdcontractant.

Bij deze constructies zal het in de praktijk nodig zijn dat deze zorgaanbieder direct of bijvoorbeeld via een administratiekantoor inzicht krijgt in (aantallen) ingeschreven patiënten. Voor een direct inzicht is nodig dat het gezondheidscentrum elk kwartaal een bestand met ingeschreven verzekerden bij de instelling aanlevert. Daarnaast blijft net als in de huidige regeling gelden dat de prestatie alleen in rekening mag worden gebracht wanneer hier een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aan te grondslag ligt.

Belangrijke voorwaarde blijft dat de POH-GGZ onder verantwoordelijkheid van de huisarts wordt aangeboden, ook wanneer de prestaties door een andere zorgaanbieder wordt gecontracteerd. De huisarts blijft daarmee eindverantwoordelijk voor de patiënt en zal ook bij een indirecte organisatie van de POH-GGZ functie tijd moeten investeren om invulling aan deze verantwoordelijkheid te geven. In de overeenkomst tussen hoofdcontractant en gezondheidscentrum kunnen, naast afspraken over (aantallen) ingeschreven patiënten, afspraken worden gemaakt over de vergoeding die de huisarts ontvangt voor zijn

¹⁸ De zorg wordt geleverd door een POH's-GGZ die in dienst is van de hoofdcontractant of als ZZP'er wordt ingezet.

indirecte werkzaamheden die voortvloeien uit de POH-GGZ functie, zoals aansturing en huisvesting. Om dit te faciliteren dient in de beleidsregel Huisartsenzorg de mogelijkheid van onderlinge dienstverlening in het kader van de functie POH-GGZ te worden opgenomen.

Wanneer een vergoeding plaatsvindt voor dienstverlening van een zorgaanbieder die als hoofdcontractant optreedt aan een zorgaanbieder die als subcontractant optreedt kan de transactie in bepaalde gevallen btw belast zijn. In de brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer van 11 mei 2010 wordt nader op deze problematiek ingegaan.¹⁹ De NZa heeft geen bevoegdheid op dit terrein en het is aan de belastingdienst om per geval te beoordelen of sprake is van btw belaste dienstverlening.

5.2 Inschrijftarief met of zonder consulttarief

Zoals beschreven in voorgaande paragraaf adviseert de NZa om de POH-GGZ-bekostiging te blijven schoeien op de leest van de huidige regeling, maar deze zodanig vorm te geven dat ook andere zorgaanbieders de POH-GGZ prestatie eenvoudig kunnen declareren. In de consultatie kwam de vraag naar voren of de combinatie van een inschrijftarief en een consulttarief, zoals deze nu bestaat, wel nodig is. Daarom worden hieronder eerst twee varianten uitgewerkt:

- Een tarief per ingeschreven verzekerde met daarnaast een consulttarief;
- Alleen een tarief per ingeschreven verzekerde.

1. Tarief per ingeschreven verzekerde en consulttarief

De eerste optie is analoog aan de huidige POH-GGZ regeling die bestaat uit een prestatie met een tarief per ingeschreven verzekerde bij een huisartsenpraktijk met daarnaast een tarief voor een POH-GGZ consult. De POH-GGZ prestaties kunnen ook door andere zorgaanbieders dan de huisarts in rekening worden gebracht. Net als in de huidige regeling dekken de opbrengsten uit het moduletarief driekwart, en de opbrengsten uit het consulttarief één kwart van de kosten.

2. Alleen een tarief per ingeschreven verzekerde

De tweede optie is een prestatie POH-GGZ gekoppeld aan het inschrijftarief die alle kosten voor de POH-GGZ functie dekt. Dit is conform de invulling van de POH-somatiek. Een apart declarabel consult voor de POH-GGZ komt te vervallen.

Afwegingen

De NZa adviseert om de bekostiging van de POH-GGZ door middel van een inschrijftarief met daarnaast een consulttarief vorm te (blijven) geven. Deze variant heeft een aantal voordelen ten opzichte van de bekostiging met alleen een inschrijftarief:

- Een systeem dat bestaat uit een inschrijftarief en een consulttarief sluit één op één aan op de huidige situatie. Zorgaanbieder en verzekeraars worden zodoende niet geconfronteerd met een systeemwijziging.
- Door de declaratie van POH-GGZ consulten wordt het aandeel direct patiëntgebonden tijd van de POH-GGZ functie inzichtelijk.
- Wanneer de POH-GGZ functie volledig uit het inschrijftarief wordt vergoed is er geen prikkel meer om consulten te leveren. Hierdoor kan een POH-GGZ eerder geneigd zijn om te verwijzen naar de tweede lijn of om minder consulten leveren.

¹⁹ Brief: Stand van zaken m.b.t. BTW problematiek (MEVA/AEB-2998940)

Andersom heeft een variant met alleen een inschrijftarief ook voordelen ten opzicht van een variant met een inschrijftarief en een consulttarief. Wanneer de kosten van de POH-GGZ functie alleen uit het inschrijftarief worden vergoed, hebben zorgaanbieder en verzekeraar meer vrijheid om de functie in te vullen naar eigen inzicht. De afhankelijkheid van de inkomsten uit het consulttarief om de kosten te kunnen dekken is niet meer aanwezig.

Ondanks dat een systeem met een consulttarief en een inschrijftarief minder vrijheidsgraden kent, hoeft dit nadeel niet beperkend te zijn. Een systeem met een inschrijftarief en een consulttarief heeft ook veel vrijheidsgraden wanneer het tarief hiervoor voldoende ruimte biedt. Verderop in dit hoofdstuk wordt hier nader op ingegaan.

POH-GGZ anders dan POH-S

Uit het bovenstaande blijkt dat de NZa niet adviseert om de bekostiging van de functie POH-GGZ te modelleren naar de nieuwe bekostiging van de POH-somatiek (POH-S). Zoals in hoofdstuk 2 beschreven is de bekostiging van de POH-S sinds 2011 volledig geflexibiliseerd, in de zin dat partijen hierover lokaal volledig vrije afspraken kunnen maken onder de modules Modernisering en Innovatie (M&I-modules). Eigenlijk bestaat er geen specifieke regeling POH-S meer.

De volledig flexibele bekostiging onder de M&I-modules kent geen centrale, door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijving. Dit was mogelijk, omdat de zorg die de POH-S levert goed te protocolleren is en dit goed is ingebed in onder andere zorgstandaarden (de POH-S levert vooral zorg in de Diabetes-, COPD- en CVRM-ketens) en de opleiding tot POH-S. Er is een duidelijke objectieve basis om afspraken op te baseren. Voor de POH-GGZ geldt dit veel minder. In het advies Basis GGZ van december 2011 constateerde de NZa ook nog dat verschillen tussen de POH-GGZ en de POH-S het gelijktrekken van de bekostiging in de weg staan.

Een tweede reden is dat de wijziging van bekostiging van de POH-S voortkwam uit een risico op dubbele bekostiging met de ketenzorgprestaties. Dit risico is voor de POH-GGZ niet relevant, waardoor het niet logisch is de POH-S wijziging te volgen. Pas wanneer bijvoorbeeld een keten depressiezorg aan de huidige ketenzorgprestaties zou worden toegevoegd, zou dit kunnen gaan spelen. Tot slot is van belang dat de M&I-modules niet toegankelijk zijn voor andere aanbieders dan gezondheidscentra (c.q. huisartspraktijken).

5.3 Tariefsoort

De huidige module POH-GGZ kent een maximumtarief. Het is mogelijk om de nieuwe prestatie vorm te geven op basis van een vrij tarief. Een dergelijk tarief geeft meer ruimte voor flexibiliteit en innovatie. De NZa adviseert om dit niet te doen en een maximumtarief te blijven hanteren. Reden hiervoor is dat de aanpalende bekostiging van huisartsenzorg en (basis-)GGZ nog op basis van maximumtarieven is vormgegeven. Het ontwikkelen van prestaties met vrije tarieven zou tot perverse prikkels kunnen leiden.

In de volgende paragrafen is aandacht voor een aantal aspecten die betrekking hebben op de hoogte van het tarief, te weten: de loonkosten en uren POH-GGZ, e-health en consultatieve raadpleging.

5.4 Loonkostencomponent en uren POH-GGZ

De loonkostencomponent van de POH-GGZ is tijdelijk verhoogd. Bij het versterken van de POH-GGZ functie kan de vraag worden gesteld of dit zo moet blijven.

De NZa acht het wenselijk om de tijdelijke ophoging van de loonkostencomponent van de POH voorlopig op het huidige verhoogde niveau te laten. Een wijziging in de loonkostencomponent kan ertoe leiden dat huisartsen besluiten om de bestaande organisatie van de POH-GGZ stop te zetten omdat deze geënt was op de verhoogde loonkostencomponent. Dit ondermijnt de centrale beleidsdoelstelling om het aanbod van de POH-GGZ functie te laten groeien. De evaluatie van de loonkostencomponent kan worden meegenomen bij de overgang naar een nieuwe bekostigingssystematiek van de huisartsenzorg.

Het tarief van de POH-GGZ module is per 2013 afgesteld op een inzet van de POH-GGZ van 9 uur per week per praktijk. Dit is een verdubbeling ten opzicht van voorgaande jaren waarin het tarief was afgesteld op een inzet van 4,5 uur. De NZa heeft op dit moment nog geen signalen ontvangen dat de huidige ruimte van 9 uur per week als knellend wordt ervaren. Vooralsnog ziet de NZa dan ook geen aanleiding om dit aantal uur per 2014 verder te verruimen. Eind april 2013 komen cijfers beschikbaar omtrent de ontwikkeling van de inzet van de POH-GGZ. Naar aanleiding van de cijfers zal de NZa bezien of aanpassing noodzakelijk is.

5.5 E-health en consultatieve raadpleging

De bekostiging van de POH-GGZ dient mogelijk te maken dat e-health en consultatieve raadpleging worden bekostigd:

- In de opdrachtbrief van VWS wordt genoemd dat in de bekostiging van de POH-GGZ de psychiater en psychotherapeut, klinische psycholoog of (eerstelijns) gezondheidspsycholoog consultatief geraadpleegd moeten kunnen worden. De bekostigingssystematiek dient toe te staan dat de kosten die deze hulpverlener maakt voor deze consultatie in rekening gebracht kunnen worden bij het gezondheidscentrum of bij de hoofdcontractant die de POH-GGZ prestatie declareert.
- Daarnaast moet de systematiek het mogelijk maken dat e-health toepassingen worden bekostigd.

Om e-health en consultatieve raadpleging mogelijk te maken adviseert de NZa om deze als onderdeel van de prestatiebeschrijving en tariefopbouw mee te nemen. De prestatiebeschrijving kan aangepast worden zodat ruimte ontstaat het inschrijftarief ook te gebruiken ter dekking van kosten van e-health en consultatieve raadpleging. Partijen kunnen er dan voor kiezen om deze elementen wel of niet te contracteren en te bekostigen. Hoewel de tariefopbouw uit zal moeten gaan van een bepaalde verhouding personele inzet vs. e-health, zijn lokale partijen vrij om hun eigen optimale verhouding te bepalen. Of het tarief verder verruimd moet worden is mede afhankelijk van de vraag in hoeverre het huidige tarief (verhoogd per 1 januari 2013) nog knelt. Eerste cijfers hierover verschijnen in april.

Van belang is dat de kosten hiervoor als afzonderlijk elementen in de tariefopbouw zijn meegenomen en dat duidelijk is hoe deze kosten zich vertalen naar het inschrijftarief voor de POH-GGZ. Zo wordt inzichtelijk welk deel van het tarief is bedoeld voor de bekostiging van consultatieve raadpleging en e-health. Dit gegeven kan worden meegenomen wanneer

gekozen wordt om e-health en consultatieve raadpleging geen onderdeel uit te laten maken van de overeenkomst tussen zorgaanbieder en verzekeraar. Ook de financiële transactie tussen huisarts en de geconsulteerde GGZ-hulpverlener dient expliciet in de beleidsregel Huisartsenzorg mogelijk gemaakt te worden. Het toevoegen van een prestatie onderlinge dienstverlening rondom POH-GGZ die nodig is voor het toegankelijk maken van de functie (zie 5.1), kan hiertoe zo omschreven worden dat deze ook consultatieve raadpleging omvat.

5.6 Risico's

De hierboven voorgestelde veranderingen in de bekostigingssystematiek brengen ook risico's met zich mee. Hieronder wordt kort ingegaan op de risico's. Voor een uitgebreidere uiteenzetting van de mogelijkheden en risico's van de bekostiging van consultatieve raadpleging verwijzen wij u naar het advies 'Substitutie'²⁰ van de NZa uit juli 2012.

In hoofdstuk 3 en 4 is een aantal risico's genoemd ten aanzien van ongewenst verwijsgedrag. Deze komen voort uit de inzet van hulpverleners als POH's-GGZ die normaliter in de gespecialiseerde GGZ werkzaam zijn. Ondanks dat er vooralsnog onvoldoende materiaal is om dit risico te onderbouwen, kunnen er door de voorgestelde veranderingen (financiële) relaties ontstaan tussen de huisarts en andere zorgaanbieders die dit risico vergroten. Door het toegankelijk maken van de POH-GGZ prestatie voor andere zorgaanbieders kunnen samenwerkingsverbanden ontstaan met een financieel aspect tussen huisarts en hoofdcontractant. De hoofdcontractant zal hierin een vergoeding geven aan de huisarts. Ook kan een samenwerkingsverband ontstaan tussen de huisarts en de geconsulteerde GGZ hulpverlener waarin een geldstroom ontstaat van de huisarts naar de geconsulteerde GGZ hulpverlener. Daarnaast kan het voorkomen dat één en dezelfde zorgaanbieder fungeert als hoofdcontractant en als de partij die consultatief wordt geraadpleegd.

Door het financieel aspect in deze samenwerkingsverbanden kan de financiële onafhankelijkheid van de huisarts en daarmee de poortwachtersfunctie van de huisartsenzorg onder druk komen te staan. De huisarts kan voor een deel van zijn inkomsten afhankelijk worden van de zorgaanbieder die de POH-GGZ contracteert. De samenwerkingsverbanden die ontstaan, kunnen er mede hierdoor toe leiden dat de huisarts eerder geneigd is om door te verwijzen naar de partij die ook als hoofdcontractant en/of geraadpleegde GGZ hulpverlener fungeert.

Prikkels bekostiging consultatieve raadpleging.

Ook het voorstel om de kosten voor consultatieve raadpleging op te nemen in het POH-GGZ inschrijftarief brengt risico's met zich mee. Door deze manier van bekostigen ontvangt de huisarts een vaste vergoeding onafhankelijk van het aantal keer dat de huisarts gebruik maakt van de consultatieve raadpleging. Wanneer de kosten voor consultatieve raadpleging wel per keer in rekening worden gebracht zal er, zonder aanvullende afspraken, een prikkel zijn om zo min mogelijk gebruik te maken van de consultatieve raadpleging. Hetzelfde gaat op voor de toepassing van e-health, wanneer de opbrengsten vast zijn maar de kosten per keer worden gemaakt.

Ondervangen van risico's

²⁰ <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Meer-substitutie-mogelijk/>

Om de functie van poortwachter te kunnen vervullen is het van belang dat de huisarts op onafhankelijke wijze kan functioneren. Samenwerkingsverbanden met andere zorgaanbieders kunnen ten koste gaan van de onafhankelijkheid. Dit risico kan ontstaan bij het openstellen van de bekostiging voor andere zorgaanbieders en het mogelijk maken van consultatieve raadpleging zoals eerder in dit advies is uitgewerkt.

De NZa constateert dat de samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals van essentieel belang is om het zorgaanbod aan te laten sluiten op de zorgvraag van de individuele patiënt. Alleen door goede samenwerking tussen zorgprofessionals kan worden bereikt dat niet het aanbod van de zorgprofessional maar de zorgvraag van de patiënt centraal komt te staan. Het organiseren en bekostigen van deze samenwerking kan op verschillende manieren worden vormgegeven maar zal altijd risico's met zich meebrengen.

In 2010 is al besloten om de bekostiging van de multidisciplinaire zorg voor onder andere diabetes en COPD vorm te geven door middel van ketenzorgprestaties. Ook deze constructie maakt samenwerkingsverbanden tussen verschillende zorgaanbieders mogelijk. Het belang van het borgen van de samenwerking door middel van een integraal tarief prevaleerde in dit geval boven de risico's die dit met zich meebracht.

Ook bij de invullen van de POH-GGZ functie acht de NZa het in het belang van de patiënt dat verschillende zorgaanbieders samenwerkingsverbanden met elkaar aangaan. De NZa schat in dat de risico's die de voorgestelde systematiek met zich meebrengt beheersbaar zijn omdat de contracteerverplichting voor het in rekening brengen van POH-GGZ prestaties blijft bestaan. Hierdoor hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om het aantal verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ te monitoren en eventueel te sturen door het maken van aanvullende afspraken. Daarnaast blijft ook de huisarts als contractpartner betrokken en kan ervoor zorgdragen dat de samenwerkingsafspraken zijn of haar vermogen om als onafhankelijk poortwachter te functioneren niet in de weg staan.

5.7 Conclusie

De NZa adviseert de bekostiging van de POH-GGZ per 2014 aan te laten sluiten bij de huidige regeling waarbij sprake is van een POH-GGZ inschrijftarief met daarnaast een consulttarief. Daarnaast adviseert de NZa om voor de bekostiging van de POH-GGZ een maximumtarief te blijven hanteren en de loonkostencomponent voorlopig op het huidige verhoogde niveau te laten.

De NZa acht de volgende wijzingen in de regelgeving gewenst:

- De prestaties dienen ook voor andere zorgaanbieders dan de huisarts toegankelijk te zijn. De opslag op het inschrijftarief voor de POH-GGZ moet worden omgevormd tot een POH-GGZ inschrijftarief dat ook los van het reguliere inschrijftarief kan worden gedeclareerd.
- E-health en consultatieve raadpleging kunnen van belang zijn om de POH-GGZ functie te versterken en het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn te verminderen. De NZa adviseert om de kosten voor e-health en consultatieve raadpleging als een apart onderdeel van de tariefopbouw mee te nemen. De verzekeraar kan zodoende in samenspraak met de aanbieder kiezen om deze elementen al dan niet in te kopen.

Het toegankelijk maken van de POH-GGZ prestaties voor andere aanbieders en het mogelijk maken van consultatieve raadpleging heeft als risico dat de rol van de huisarts als onafhankelijk poortwachter onder druk kan komen te staan. Zowel huisarts als verzekeraar hebben een verantwoordelijkheid om dit risico te ondervangen. Omdat de contracteerverplichting voor het in rekening brengen van de POH-GGZ prestatie blijft bestaan heeft de verzekeraar de mogelijkheid om de aantallen verwijzingen te monitoren en eventueel aanvullende afspraken te maken. De NZa schat in dat de risico's hierdoor beheersbaar zijn.

Bijlage 1: brief ministerie van VWS

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500EJ Den Haag

De Nederlandse Zorgautoriteit
De heer drs. M.S. Mulder
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Datum 26 juli 2012
Betreft Flexibilisering en functionalisering POH-GGZ

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
K. van Ruiten
N. Schell
T 070-3407619
k.v.rouiten@minvws.nl

Kenmerk
CZ-3124856

Bijlage(n)

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte heer Mulder,

In het verlengde van onze briefwisseling omtrent de Basis GGZ¹ doe ik u hierbij het verzoek toekomen tot aanpassingen van de module POH-GGZ binnen de beleidsregel Huisartsenzorg. Zoals omschreven in het bestuurlijk akkoord GGZ bestaat de behoefte aan flexibilisering van de bestaande module. Daartoe zult u medio augustus een Technisch Overleg met relevante veldpartijen organiseren om te spreken over de ideeën over de uitwerking van deze flexibilisering. Mede gezien dit Technisch Overleg stuur ik u deze brief.

De huidige module voor praktijkondersteuners POH-GGZ bestaat per 2008 binnen de huisartsenbekostiging. Hoewel op dit moment nog minder dan de helft van de huisartsen gebruik maakt van deze ondersteuning POH-GGZ benadruk ik graag dat vanuit VWS de functie van POH-GGZ als onmisbaar gezien wordt voor de toekomst. Deze functie zal binnen de eerstelijns behouden blijven. In de praktijk blijkt dat partijen belemmeringen ervaren. Zo heeft men aan de huidige 4,5 uur POH-GGZ ondersteuning per normpraktijk (1fte bekostigd via 8 normpraktijken) bijvoorbeeld vaak niet voldoende. Het is wenselijk aanpassingen te treffen per 2013, zodat er meer uur POH-GGZ per normpraktijk gecontracteerd kan worden.

Door deze flexibilisering, ofwel verruiming van de module, wordt de huisartsenzorg versterkt. In 2007 is er in het kader huisartsenzorg al 38 miljoen euro beschikbaar gesteld. Daarnaast wordt er in het huisartsenkader in 2013 nog eens 7 miljoen euro extra beschikbaar gesteld, in 2014 25 miljoen euro en in 2015 35 miljoen euro. De aanpassingen voor de flexibilisering van de module POH-GGZ per 2013 zullen in lijn met deze bedragen moeten worden vastgesteld.

Tot slot vragen we voor het functioneel maken van de module POH-GGZ per 2014 graag uw advies. De module zal hierbij losgekoppeld worden van de bekostiging van de huisartsenzorg, maar dusdanig worden vormgegeven dat deze altijd in samenhang met en onder verantwoordelijkheid van de huisartsenzorg wordt

¹ Uw brief van 21 juni (kenmerk 12D0021914) en onze antwoordbrief van 10 juli (kenmerk CZ-3122800)

aangeboden. De psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog of (eerstelijns) gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) zouden consultatief geraadpleegd moeten kunnen worden om de huisarts te helpen bij de herkenning of behandeling van de patient met psychische problematiek en hem te adviseren bij het voorschrijven van medicijnen. Het is wenselijk dat uw advies in samenhang met het traject Basis GGZ medio maart 2013 zal worden geleverd. Hierna ontvangt u naar verwachting in het voorjaar van 2013 vervolgens een aanwijzing voor het functioneel maken van de module.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
CZ 31.14856

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben en zie de aangepaste beleidsregel voor het jaar 2013 graag tegemoet.

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de directeur Curatieve Zorg,

drs. Vronique J.W.C. Esmán-Peeters