

Informatie ontwikkelingen Acute ggz voor Gemeenten

Inleiding

Per 1 januari 2019 wordt de inkoop en bekostiging van acute ggz voor volwassenen aangepast, waardoor er een effectieve en 24/7 beschikbare keten acute ggz in de regio ingericht kan worden. Daarbij wordt in 2019 door de ggz de Generieke Module acute psychiatrie geïmplementeerd, waardoor er een kwalitatieve verbetering van de acute ggz plaats zal vinden.

Deze ontwikkelingen zijn voor de gemeenten om de volgende redenen van belang

1. Door verandering van inrichting keten acute ggz 18+ kan de aansluiting op de acute keten 18- verbeterd worden.
2. Bij een bestaande combinatie van keten acute ggz 18+ en 18- krijgen gemeenten te maken met een andere bekostiging van de crisiszorg voor jeugd als deze wordt uitgevoerd door crisisdiensten voor volwassenen.
3. Door onderlinge afstemming van keten acute ggz 18+ en niet acute keten kan in het kader van personen verward gedrag een sluitende aanpak gerealiseerd worden.
4. Acute ggz levert een bijdrage aan de bouwstenen melding, beoordeling en vervoer van de sluitende aanpak personen met verward gedrag

In deze factsheet worden de ontwikkelingen toegelicht en het belang voor gemeenten om hierbij aan te sluiten.

Deel 1. Aanleiding: Generieke Module Acute Psychiatrie.

In 2015 werd het rapport 'Acute geestelijke gezondheidszorg Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten' van bureau SIRM (Strategies in Regulated Markets) opgeleverd. (<https://www.sirm.nl/publicaties/knelpunten-in-den-acute-ggz>) Belangrijkste conclusies waren:

1. Dienstverlening acute ggz kan verbeterd worden: helderheid over definitie crisis; vermindering wachttijden; crisisdienst meer beschikbaar en beter toegankelijk; heldere afspraken over verantwoordelijkheid bij overdrachtsmomenten
2. Door de versnipperde inkoop van acute ggz is de samenwerking in de keten niet voldoende effectief en helder waar de persoon in crisis terecht kan.
3. Bestaande financiering van crisisdiensten via dbc-zorgproducten vergoed te weinig de beschikbaarheid, waardoor de continuïteit van de acute zorg in gevaar komt.

Vervolgens heeft de ggz samen met alle veldpartijen(huisartsen, cliënten, politie etc.) de Generieke Module Acute Psychiatrie ontwikkeld.

(<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie>)

In deze standaard wordt zowel de kwaliteit beschreven van de acute ggz als de samenwerkingsafspraken die hiervoor nodig zijn in de regio. De standaard is opgeleverd in maart 2017 en inmiddels aangeboden bij het Zorg Instituut Nederland, die na toetsing de standaard opneemt in het zorgregister. (voor 1-1-2019)

Acute ggz: inhoud van zorg

De acute ggz is beschikbaar voor de hulpverlening aan personen in een crisissituatie, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben (inclusief verslavingsproblematiek). De kenmerken van de persoon en zijn omgeving bepalen of sprake is van een crisis en wat de omvang van de crisis is. Als onderdeel van de Generieke module Acute Psychiatrie hebben ketenpartijen een ggz-triagewijzer ontwikkeld. Op basis van de kenmerken van de persoon en zijn omgeving bepaalt de triagist van de acuut psychiatrische hulpverlening aan de hand van de ggz-triagewijzer de urgentie en inzet van hulpverlening. De ggz-triagewijzer is erop gericht dat in alle situaties passende hulp geleverd wordt. In dit kader is de acute ggz beschikbaar voor de algemene triage en de beoordeling/behandeling van patiënten getypeerd met urgentiegraad U0 tot en met U4.

(https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/site_products/17829d4660e4f2803b6ccfc9c5e75d8d.pdf)

Patiënten met urgentiegraad U5 worden doorgeleid naar de reguliere ggz. Patiënten waarvan na triage wordt vastgesteld dat er geen sprake is van (acute) GGz problematiek maar waar toch sprake is van een hulpvraag worden doorverwezen naar het hiervoor relevante loket (binnen de Zvw en/of de WMO).

Belangrijkste veranderingen in organisatie en kwaliteit acute ggz:

1. *Functie Triage:* In elke regio komt er een centrale triagist ggz (telefonisch) die 24/7 direct beschikbaar is voor politie, ambulance, meldkamers, naasten, huisartsen. In het hele land wordt dezelfde methodiek voor triage gebruikt: triagewijzer ggz, waarbij de urgentiegraad bepaald wordt van de crisis situaties.
2. *Functie Beoordeling:* Beoordeling gebeurt vooral in de thuis situatie, maar indien dit niet mogelijk is dan is er in elke regio een crisis beoordelingslocatie bij de ggz. De eisen waaraan een beoordelingslocatie dient te voldoen zijn beschreven. Daarbij is er altijd sprake van een duaal beoordelingsteam en betrekken zij het oordeel van de familie en naasten bij hun beslissing. Tevens dient er samenwerking met verslavingszorg geregeld te worden.
3. *Functie crisisbehandeling:* Behandeling dient zoveel als mogelijk thuis plaats te vinden en opname voorkomend (Intensieve thuisbehandeling). Daarnaast kan opname noodzakelijk zijn. In de regio dienen er afspraken te komen over het beschikbaar houden van een crisis bed en over een observatie bed in de verslavingszorg.(bij uitgestelde beoordeling door alcohol- of drugs problematiek)
4. De Generieke Module Acute Psychiatrie schrijft een bestuurlijk overleg voor, waarin alle betrokken partijen samenwerkingsafspraken maken over de keten acute ggz.

Belang voor gemeenten

Inzicht in de zorginhoudelijke veranderingen van de acute ggz (18+) in uw regio en het gesprek aangaan met de aanbieder acute ggz op welke wijze de verschillende ketens op elkaar aan kunnen sluiten. Voorbeeld:

- De triagist ggz vervult de rol van meldfunctie acute psychiatrische hulpverlening zoals deze beschreven is in Voorlopig Model Melding (Schakelteam). De triagist ggz in de regio kan samenwerken met de niet-acute meldfunctie van de Gemeente en/of sociale wijkteams, waardoor meldingen over mensen met verward gedrag vanwege spoed psychosociale problematiek altijd ergens naar door verwezen worden en er opvolging geregeld kan worden.
- Door samenwerking tussen de triagist ggz en de spoed/crisiszorg van de jeugd en/of Veilig Thuis kunnen kinderen in crisis en eventueel hun familie passende zorg krijgen op de juiste plek.

Deel 2. Advies bekostiging acute psychiatrische zorg

Op 27 februari 2018 heeft de NZa het advies *bekostiging acute psychiatrische zorg* gepubliceerd. In het advies worden de contouren geschetst over hoe de bekostiging van de acute ggz in 2019 het beste vorm gegeven kan worden. Dit advies is in opdracht van VWS opgesteld en is in aanwijzing 'bekostiging acute psychiatrische hulpverlening' overgenomen door VWS.

In het advies legt de NZa de volgende hoofdlijnen voor de toekomstige bekostiging van de acute ggz neer:

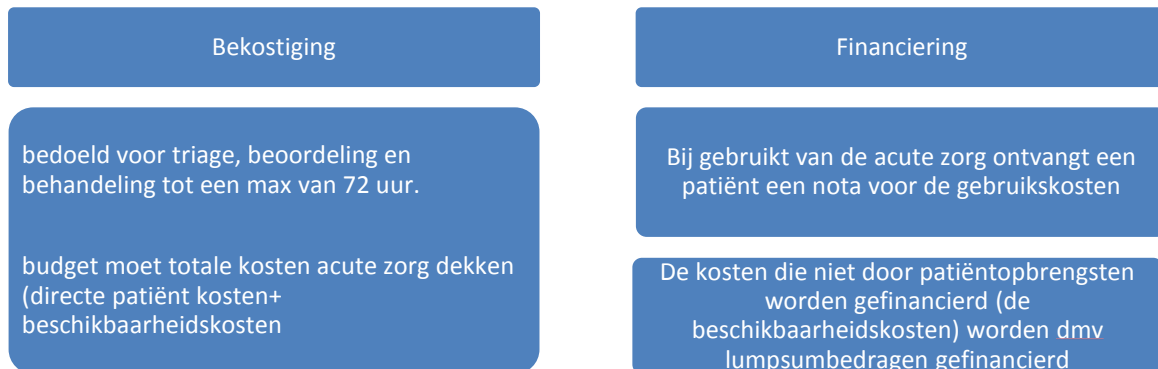
1. Een deel van acute psychiatrische zorg zal ingekocht worden op basis van representatie. Op dit gedeelte is geen sprake van mededinging. Het gaat om de triage, beoordeling en beschikbaarheid van ambulante (outreaching) crisisbehandeling en beschikbaarheid van bedden en opname tot maximaal 72 uur. Dit betekent dat in 1 regio de representerende zorgverzekeraar afspraken maakt met 1 regievoerder (aanbieder acute ggz).
2. Het resterende gedeelte zal worden ingekocht door de individuele zorgverzekeraars.
3. Het gedeelte dat in representatie wordt ingekocht wordt als volgt bekostigd:
 - Een budgetsystematiek met een vaste prijs per budgetparameter en patiëntgebonden prestaties met een vast tarief ter dekking van het budget;
 - Op het budget vindt voor- en nacalculatie plaats uitgevoerd en vastgesteld door de NZa. Bij de voor- en nacalculatie stellen de verzekeraar en de aanbieder in twee rondes (ronde voorcalculatie en ronde nacalculatie) het verschil tussen (de verwachte) kosten uit budget en omzet uit de prestaties vast. Bij de voorcalculatie zullen de verzekeraars bij een tekort de ggz aanbieder dit bedrag maandelijks voorschieten. Bij de nacalculatie kan het tekort of overschot vanuit de aanbieder verrekend worden met de individuele verzekeraars. Dit te ontvangen of te betalen bedrag is een lumpsum bedrag en wordt niet per patiënt toegerekend door de zorgaanbieder. Door deze werkwijze is de aanbieder gegarandeerd van vergoeding van de beschikbaarheidskosten.
4. Op het gedeelte van de acute psychiatrische zorg dat niet in representatie wordt ingekocht, blijven de patiëntgebonden prestaties (crisis dbc's met verblijfsprestaties) met een maximumtarief van toepassing.

Deze hoofdlijnen zijn door de NZa verder uitgewerkt en vastgelegd in de volgende regelgeving:

- Beleidsregel budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening.
- Regeling informatieverstrekking vaststelling budget en bepalingen acute psychiatrische hulpverlening
- link naar NZa:

<https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/nieuws/2018/06/26/regelgeving-2019-voor-de-ggz-en-forensische-zorg-vastgesteld>

Uitwerking acute ggz tot 72 uur:



Belangrijkste resultaten van deze wijze van inkoop en bekostiging:

1. Er komt regie en sturing op de regionale keten acute ggz door 1 representerende zorgverzekeraar en 1 ggz aanbieder(budgethouder). Hierdoor kan de acute keten effectief en kwalitatief ingericht worden.
2. De beschikbaarheidsfunctie van de acute ggz tot 72 uur wordt volledig vergoed, waardoor deze ook daadwerkelijk gerealiseerd kan worden.
3. Budget inzichtelijk door vaste parameters

Belang voor gemeenten

Deze bekostiging is van toepassing voor zorg voor patiënten vanuit de ZVW. Dit betekent dat de financiering van jeugdigen(18-) in crisis situatie die door de crisisdienst volwassenen beoordeelt en behandelt worden(bv ANW uren) hier buiten valt. De NZa heeft een verdeel sleutel opgesteld voor de functies beoordeling en behandeling (tot 72 uur), waarbij verzekeraars alleen de kosten voor Zvw financieren. GGZ Nederland adviseert haar leden die crisiszorg 18+ leveren dan ook om een afspraak met gemeenten te maken over crisiszorg aan jeugdigen om ook die beschikbaarheidskosten vergoed te krijgen.

Deel 3: Regioplannen

Om bovenstaand inkoop- en bekostigingsmodel te realiseren hebben GGZNL en ZN gezamenlijk 28 regio's acute ggz op grond van postcodes en objectieve criteria samengesteld. Uitgangspunt hierbij zijn de bestaande crisiszorg regio's, die overlappen met de 42 jeugd regio's. Door Zn wordt in elke acute ggz regio een representerende zorgverzekeraar bepaald, die vervolgens een budgethouder (aanbieder acute ggz) aanwijst. Deze budgethouder stelt samen met andere zorgaanbieders en betrokken partijen(politie, huisartsen, gemeenten) een plan voor de keten acute ggz 18+ op. Uitgangspunt voor het regioplan is de Generieke Module Acute Psychiatrie, waarbij de inhoud van de zorg in de keten wordt beschreven: welke functies worden er door welke partijen georganiseerd en hoe ziet de patiënt journey eruit? Tevens wordt hierin opgenomen hoe het proces van melding verloopt en op welke manier vervoer is geregeld voor mensen met acuut verward gedrag. Aansluiting bij de acute keten voor jeugdigen(18-) en bij de keten niet acuut vanuit sociaal domein is een belangrijk aandachtspunt. Het regioplan acute ggz (18+) is de basis voor het budget dat een verantwoordelijk zorgaanbieder en zorgverzekeraar samen afspreken.

Door dit budget en de budgetbekostiging kan de beschikbaarheid van de acute ggz als 24/7 voorziening gerealiseerd worden.

Het opstellen van de regioplannen moet op 1 september 2018 afgerond zijn. Op die datum dient de budgethouder (ggz aanbieder) het regioplan en bijbehorend budget in bij de zorgverzekeraar en starten de inkoop gesprekken.

Dit traject heeft dus een ander tijdsplan dan het aanbestedingstraject van gemeenten voor crisiszorg jeugd.

Belang voor gemeenten

Gemeenten zijn een betrokken partij in het opstellen van de regioplannen vanwege de aansluiting tussen acute keten 18- en 18+. Tevens is dit een kans om de aansluiting tussen acute keten en niet-acute keten sociaal domein te organiseren. Al is 1 september al heel snel, desondanks raden we gemeenten aan om waar mogelijk bij de regioplannen aan te sluiten.

Als in de huidige situatie sprake is van een combinatie van acute ggz 18- en 18+ dan zijn gemeenten mede financier van de beschikbaarheid van de acute ggz. In dat geval is het nodig om voor het jaar 2019 afspraken te maken met de budgethouder (ggz aanbieder). Verder zijn gemeenten een partner in het Bestuurlijk overleg keten acute ggz wat meerdere keren per jaar plaats vindt en in 2019 ontwikkeld wordt.

Deel 4 Consequenties voor gemeenten en gezamenlijke financiering acute ggz

Gegeven het budgetmodel voor de keten acute ggz 18+ is het belangrijk dat gemeenten samen met aanbieders en zorgverzekeraars gaan bijdragen aan de volgende doelen:

1. Partijen moeten van elkaar weten hoe de keten acute ggz 18- en 18+ in de regio is ingericht om de toegang tot de zorg eenduidig te organiseren en tot een goed afgestemde keten te komen. Dit is in alle regio's van belang.
2. Wanneer de ketens 18- en 18+ reeds gecombineerd worden in een gezamenlijk 0 tot 100 voorziening acute ggz, moet er tussen verzekeraar, aanbieders en gemeenten afgesproken worden hoe deze gezamenlijke functie gefinancierd wordt. De aanbieder ggz dient daadwerkelijk 100% van de (beschikbaarheid)kosten (tot 72 uur) gefinancierd te krijgen om daarmee daadwerkelijk 24/7/365 de acute ggz functie aan te kunnen bieden. Deze afspraken dienen geregeld te zijn voor 1-1-2019, zover mogelijk is binnen de reeds lopende aanbesteding trajecten van gemeenten.

Aanbevelingen vanuit VNG en GGZ Nederland om doel 2 te behalen

De gemeente en de ggz aanbieder bespreken de huidige afspraken over crisiszorg jeugd en of deze de beschikbaarheidskosten voldoende dekken in 2019.

Er zijn een aantal opties om de beschikbaarheid te financieren:

1. De gemeenten gaan de beschikbaarheid taakgericht financieren, zonder na-calculatie achteraf, op basis van het aandeel 18- in de afgelopen jaren.
2. De gemeenten gaan het bekostigings-(totaal budget voorziening) en financieringsmodel (vaste tarieven prestaties+ beschikbaarheidsvergoeding) van de NZa volgen voor 18- zodat er voor de aanbieder een integraal bekostigingssysteem 18-/18+ ontstaat.

Opmerking: Om de administratieve lasten voor de aanbieder te beperken is het belangrijk dat de verschillende gemeenten in de regio een gelijk bekostigings- en financieringsmodel hanteren.

Vragen? Lilly Buurke: lbuurke@ggz nederland.nl Tel: 0639837407