

Aan:
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
t.a.v. de heer P. Blokhuis, staatssecretaris

Datum: 14 oktober 2021

Betreft: Zorgelijke ontwikkelingen inkoop 2022 door zorgverzekeraars

Geachte heer Blokhuis,

Bij uw aanwijzing aan de NZa om het Zorgprestatie-model als nieuw bekostigingsmodel in te voeren voor de GGz en Fz heeft u de NZa het volgende opgedragen:
'om het, meteen per 2022, voor vrijgevestigde psychiaters alleen mogelijk te maken een hoog 'psychiatertarief' in rekening te brengen voor zover zij zorg leveren aan cliënten die ook daadwerkelijk zorg van een psychiater nodig hebben.' Voor overige zorg, d.w.z. voor zorg die ook door andere beroepen zou kunnen worden geleverd, zouden vrijgevestigde psychiaters dan een lager tarief in rekening kunnen brengen dat aansluit bij de aard van de geboden zorg.

Dit resulteerde in juli 2021 tot de vaststelling van twee tarieven voor de zelfstandig gevestigde psychiater, een lager en een hoger psychiatertarief.

Het uitgangspunt gepast gebruik, i.c. dat de psychiater alleen patiënten dient te behandelen die een dusdanig complexe zorgvraag hebben, dat deze door de psychiater behandeld moeten worden, delen wij geheel. Zorgprofessionals zijn een schaars goed. Gepast gebruik is één van onze belangrijkste opdrachten, als sector en als wetenschappelijke vereniging in die sector. Ook het tekort aan psychiaters is op dit moment groot. Een 'tweede' tarief opstellen, voor patiënten die (eigenlijk) geen psychiater nodig hebben, vinden wij daarom zeer onwenselijk en contrair aan het concept gepast gebruik.

Gedurende het ontwikkeltraject van de tarieven hebben we dan ook steeds bezwaar gemaakt, evenals tegen de wijze van uitwerken van de tarieven en de status ervan t.a.v. het Landelijk Kwaliteitsstatuut en het Zorgprestatie-model. Wij stellen onder meer dat er onvoldoende grond is voor de gemaakte keuze. Na vaststelling van de tarieven hebben we officieel bezwaar aangetekend. De NZA buigt zich momenteel over dit bezwaar.

Naast dit principiële bezwaar tegen de twee tarieven, stuiten we helaas zeer recent op een mogelijk nog fundamenteeler knelpunt, dat grote negatieve gevolgen kan hebben: de wijze waarop verzekeraars met deze tarieven aan de slag zijn gegaan en de aannames waarop dit berust.

We lichten dit hierna toe aan de hand van het voorbeeld van de inkoop door Zilveren Kruis en VGZ. Beide verzekeraars nemen aan dat de Zelfstandig Gevestigde Psychiater (ZGP) geen psychiaterwerk, of maar voor een zeer beperkt deel van de werkzaamheden psychiaterwerk verricht.

Wij bestrijden dit omdat er een groep patiënten is met een (hoog) complexe zorgvraag, die geen passend aanbod elders vindt en voor wie de combinatie van psychotherapie en psychofarmacotherapie bij één persoon noodzakelijk is en echt des psychiater is.

Inkoop door verzekeraars: Zilveren Kruis

Eind september publiceerde Zilveren Kruis haar contractaanbod voor het jaar 2022 voor vrijevestigde psychiaters. Zilveren Kruis stelt daarin dat psychiaters in de vrijevestigde praktijk het lage consulttarief ontvangen.

Op haar site staat vermeld: *“Dit betekent dat de prestatiecodes van het lage consulttarief gedeclareerd kunnen worden. Dit is gelijkgesteld aan het tarief van de klinisch psycholoog. Wij zien de rol van psychiaters vooral binnen een multidisciplinaire setting die ernstige en complexe problematiek behandelt. Dit sluit aan bij het nieuwe Kwaliteitsstatuut. Daarnaast is er een groot tekort aan psychiaters. Het is dan ook van belang dat psychiaters zich inzetten daar waar de zorgvraag dit vereist. Zo dragen we bij aan de stabiliteit en toegankelijkheid van de ggz.”*

Bovendien vergoedt de verzekeraar diagnostiekconsulten door de ZGP, in tegenstelling tot de richtlijn van de Nza, niet met het hoge maar met het lage psychiatertarief. Hier wordt geen reden voor gegeven. Terwijl de Zilveren-Kruis-maximum-tarieven als geheel de NZa-tarieven volgen.

Zilveren Kruis maakte deze keuze onder de noemers ‘Gepast Gebruik’ en ‘Maatschappelijk belang’. Wij stellen dat met deze keuzes het tegendeel bereikt wordt, namelijk beperkte toegang van kwetsbare patiënten tot de zorg die ze nodig hebben.

Inkoop door verzekeraars: VGZ

De NZa stelt in haar beleidsregel dat voor zorg, die ook kan worden geleverd door een zorgverlener met een minimale beroepsopleiding art. 3 wet BIG, een lager tarief wordt vastgesteld als die zorg door een psychiater wordt geleverd. VGZ stelt dat zij daarom voor de zorg geleverd door een psychiater in categorie A en B het lagere tarief geeft. Hierop vormt de diagnostiek een uitzondering, want hiervoor geldt het hogere tarief voor de psychiater.

VGZ gaat hiermee voorbij aan het feit dat patiënten in categorie B (lees: de huidige SGGz minus dwang en drang en hoogspecialistische ggz) ook voor een belangrijk deel medicatie voorgeschreven krijgen. Dit is een handeling die voorbehouden is aan een aantal art. 14 beroepen, waaronder de psychiater. De artikel 3 professionals in de ggz, behoudens de verslavingsarts, missen de bekwaamheid om volledig op eigen verantwoordelijkheid medicatie voor te schrijven.

Hoewel we waardering hebben voor het feit dat de verzekeraars serieus werk maken van hun opdracht gepast gebruik mee te nemen in de inkoop, stellen wij dat hiermee de plank mis wordt geslagen met een tegengesteld effect tot gevolg. Hierna lichten we onze stellingname toe.

Toegang tot zorg wordt beperkt

Patiënten worden naar een ZGP verwezen door hun huisarts, een crisisdienst of vanuit een GGZ-instelling verwezen of kiezen daar zelf voor. Behandeling bij een ZGP is persoonlijk en vindt plaats binnen een kleinschalige context waar discretie, continuïteit en intensiviteit kan worden geboden. Bij zelfstandige praktijken komen overwegend patiënten die baat hebben bij een behandeling waarbij door één persoon verschillende onderdelen van de behandeling gecombineerd kunnen worden: diagnostiek, indicatiestelling, psychotherapie, somatiek, en psychofarmacotherapie. Dit kan zijn door het type psychiatrische aandoening (bv een hechtingsstoornis), maar ook doordat een patiënt reeds veel verschillende behandelingen en behandelpaatsen achter elkaar heeft gehad, zonder dat het ziektebeeld verbeterde.

De grote zorg die wij hebben, is dat door de ZGP geleverde complexe zorg niet langer tegen de kostprijs geleverd kan worden, waardoor psychiaters zich gedwongen voelen contractvrij te werken. Het lage tarief is immers even hoog als dat van de klinisch psycholoog. Kosten voor labonderzoek en aanvullend onderzoek als ECG) worden bovendien sinds 1 januari j.l. niet langer vergoed en komen daarmee bovenop de door de verzekeraar vergoede kosten. Welke

door de generieke afslagen op de NZA-tarieven al ver beneden de berekende kostprijs liggen. De schatting is dat dit ongeveer 13% lager is.

Hiervan wordt de patiënt de dupe, aangezien deze bij ongecontracteerde zorg het verschil tussen het 'hinderpaalpercentage' (75%) en de daadwerkelijke kosten uit eigen zak moet betalen. Voor onze kwetsbare patiënten betekent extra kosten veelal dat ze niet langer deze zorg, waar ze het meest bij gebaat zijn, kunnen krijgen. Ze beschikken niet over de financiële mogelijkheden. Dit beperkt de mogelijkheid voor een vrije artskeuze hetgeen een recht is dat in artikel 13 van de zorgverzekeringswet is vastgelegd. Door te stellen dat psychiaters geen complexe zorg in de vrijgevestigde praktijk dienen te verlenen, wordt voorbijgegaan aan het belang van deze organisatievorm voor een omvangrijke patiëntengroep.

Gepast gebruik als onderbouwing van de keuze door de zorgverzekeraar:

Als drijfveer voor deze keuze in tarieven wordt gepast gebruik van zorg genoemd. Andere (goedkopere) professionals zouden het werk eveneens kunnen uitvoeren en psychiaters zijn meer nodig in de multidisciplinaire setting. Wij stellen dat deze drijfveer onvoldoende fundament en draagvlak heeft, om de volgende redenen:

Gepast gebruik van zorg in de nieuwe bekostigingssystematiek is nog niet bepaald en moet in eerste aanleg door het veld (professionals en patiënten) nader worden uitgewerkt in het kader van het programma Zorgprestatiemodel. Hiertoe is in mei een werkgroep ingesteld, het is de verwachting dat deze begin 2022 een advies oplevert. De verzekeraar neemt bij de huidige inkoopronde echter zelf een voorschot op dit advies.

Deze eigen invulling van gepast gebruik door de verzekeraar bestaat er uit dat psychiaters monodisciplinair geen complexe patiënten moeten behandelen omdat deze zorg door goedkopere professionals verleend zou kunnen worden, of in multidisciplinaire setting moet plaatsvinden. Wij kunnen ons niet in de stellingname vinden dat ook andere professionals deze zorg kunnen verlenen, zoals in de inleiding reeds is uiteengezet. ZGP's bieden bovendien niet alleen monodisciplinaire maar ook multidisciplinaire behandeling. Ze werken daarvoor op indicatie samen met zorgverleners van andere disciplines buiten de praktijk. Zodra ondersteuning van andere disciplines niet meer nodig is, wordt de behandeling monodisciplinair voortgezet.

Waar moeten onze patiënten vanaf 1-1-2022 naar toe?

Wij vragen ons af waar deze complexe patiënten die nu worden behandeld door een ZGP dan per 1 januari 2022 zouden moeten aankloppen? Is dat bij de instellingen die reeds een wachtlijst hebben? Dit past ons inziens niet bij de uitspraak van Zilveren Kruis: *Zo dragen we bij aan de stabiliteit en toegankelijkheid van de ggz.*"

Ook wordt gesteld dat psychiaters elders harder nodig zijn. Instellingen kampen met een psychiatertekort en de ZGP kan daarom beter in dienstverband gaan werken. Er wordt zelfs gesteld dat de maatschappelijke vraag naar psychiaters in instellingen met multidisciplinaire behandeling ligt. Onhelder is op welke data of wetenschappelijke basis dit gestoeld is. Het argument horen we echter vaker, waardoor het als feit wordt opgepakt. Maar het berust naar ons idee op een verkeerde interpretatie van de praktijk: Het is de vraag of psychiaters hun eigen onderneming/praktijk opzeggen en in dienst gaan bij een instelling. De neiging is eerder andersom. Of men trekt zich terug uit het vak, óf werkt ongecontracteerd verder, óf wordt ZZP. Dit zijn wat ons betreft drie opties die vanuit een negatieve keuze (zoals wordt voorgesteld) zeer onwenselijk zijn en het patiëntenbelang niet dienen.

Een kant en klare oplossing voor een tekort aan psychiaters in instellingen hebben wij niet. Wel weten we dat het aantrekkelijker maken van het werken in een instelling bijdraagt aan het behoud en de toestroom van psychiaters in instellingen. Hiervoor zijn we samen met DNGGz een programma gestart, waarbij onder andere de inspraak wordt gestimuleerd en bevorderd middels het instellen van een medische staf in elke instelling.

ZGP's financieel dwingen hun praktijk op te geven of tegen kosten te werken die hoger liggen dan de vergoeding die er tegenover staat, draagt kortom niet bij aan een oplossing voor het psychiatertekort, maar vergroot dit probleem zelfs.

Behoorlijk bestuur

Tot slot hebben de verzekeraars (Zilveren Kruis en VGZ) hun beleid inzake de twee tarieven pas eind september aan potentiële contracten kenbaar gemaakt, waar de deadline voor aanvragen van het contract sluit op respectievelijk 28 oktober en 12 november. Er heeft voorafgaand geen overleg plaatsgevonden tussen de verzekeraar en de beroepsvereniging om te toetsen of hun aannames hout snijden. Wij vinden dit geen behoorlijk bestuur. Het genoemde principe grijpt immers in hoge mate in in de onderneming van de ZGP.

Tot slot

Met deze brief agenderen wij het knelpunt dat verzekeraars momenteel hun eigen duiding geven aan het thema gepast gebruik in de GGZ, in de situatie dat zowel het nieuwe Zorgprestatie model, als het Kwaliteitsstatuut nog moeten worden geïmplementeerd.

Keuzes worden onvoldoende onderbouwd genomen en er vindt geen afstemming met het veld plaats. Uiteindelijk wordt een groep patiënten daar de dupe van. Een groep patiënten die momenteel naar tevredenheid zorg ontvangt. Dit betreft voornamelijk patiënten met een complexe zorgvraag, die baat hebben bij continuïteit van zorg.

Het is een oproep aan u en andere partijen om met ons in gesprek te gaan en een passende oplossing te vinden.

In afwachting van uw reactie,

Met vriendelijke groet,



Elnathan J.D. Prinsen
Voorzitter NVvP



J.P.D. (Jan) Leijten
Voorzitter Afdeling ZGP