



Ministerie van VWS
t.a.v. Kijlle Lammertsma

memo

Consultatiefunctie

Samenvatting

Naar aanleiding van het hoofdlijnenakkoord ggz¹ heeft een werkgroep de afgelopen twee jaar onder leiding van VWS aan de hand van casuïstiek in beeld gebracht welke problemen er zijn met de domeinoverstijgende consultatiefunctie; het '*kijk en luistergeld*'. De brede definitie van de consultatiefunctie in het HLA en de onduidelijkheid hierover is van invloed geweest op de verkenning van de consultatiefunctie. Op basis van de casuïstiek is de conclusie getrokken dat het belangrijkste knelpunt zit in de consultatie van en overleg met professionals in de curatieve zorg vanuit het sociaal domein, betreffende burgers die niet in zorg zijn. Daarbij bestond de indruk dat de knelpunten zich vooral voordoen in het kader van bemoeizorg als het gaat om cliënten die zorg mijden.

Tijdens een door VWS georganiseerde expertmeeting eind maart 2021 bleek dat er meer facetten zitten aan de consultatiefunctie. Het gaat over uiteenlopende vragen voor verschillende doelgroepen en ook de setting kan verschillen. VWS heeft ZIN gevraagd mee te denken of in deze uiteenlopende situaties wellicht sprake kan zijn van verzekerde zorg (Zvw).

In deze memo maakt ZIN onderscheid tussen:

- 1 Bemoeizorg door de GGZ, welke wordt opgestart in opdracht van de gemeente als onderdeel van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). Deze zorg valt onder de Wmo.
- 2 Consultatie van de GGZ in het kader van de Zvw, waarbij de consultatie niet hoeft te leiden tot een (nieuwe) verwijzing naar de GGZ. Deze consultatie is vooral gericht op de verdere aanpak cq. het voorkomen van zwaardere zorg. Hierbij zijn twee situaties te onderscheiden:
 - a Consultatie van de GGZ door de huisarts/POH GGZ
 - b Rechtstreekse consultatie van de GGZ door een professional uit het sociaal domein.ZIN is van mening dat deze consultatiefunctie ten laste van de Zvw kan worden gebracht, omdat sprake is van geneeskundige zorg dan wel een grote verwevenheid daarmee.

Voor een adequate bekostiging van de consultatiefunctie ten laste van de Zvw is het van belang dat de afbakening tussen bemoeizorg (Wmo) en consultatie (Zvw) in de praktijk goed uitvoerbaar is. Wij adviseren VWS dit nader te onderzoeken. Daarnaast is het noodzakelijk duidelijkheid te krijgen over de mogelijkheden en beperkingen van de consultatieve raadpleging door de huisarts/POH GGZ. Voor de rechtstreekse consultatie van de GGZ door een professional uit het sociaal domein ten laste van de Zvw bestaat op dit moment nog geen betaaltitel. Nader onderzoek door de NZa is nodig hoe deze zorg het beste kan worden bekostigd.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Geestelijke Gezondheidszorg

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

mw. E.C.M. Visser
T +31 (0)6 523 913 63

Datum

7 mei 2021

Onze referentie

2021013274

¹ BESTUURLIJK AKKOORD GEESTELIJKE GEZONDSHEIDSZORG (GGZ) 2019 t/m 2022

1 Aanleiding

In het hoofdlijnenakkoord ggz is de volgende afspraak opgenomen:

"Er is behoefte aan bekostiging van de consultatiefunctie, 'kijk- en luistergeld' functie zoals benoemd in zorg op de juiste plek: brede triage, consultatie, en het realiseren van flexibel inzetbare nazorg vanuit de ggz. Om hier invulling aan te geven, zullen partijen met elkaar vaststellen wat hier precies onder wordt verstaan, onder welke omstandigheden hier behoefte aan is, en welke partij waarvoor verantwoordelijk is."

Wij constateren dat deze definitie van de consultatiefunctie erg breed is. Het kan gaan over brede triage gevolgd door een advies om de cliënt wel of niet door te verwijzen naar de GGZ. Het kan ook gaan over consultatie wat te doen om verder te kunnen met de zorg aan een cliënt ter voorkoming van zwaardere zorg en het kan gaan over flexibele nazorg, wat betrekking kan hebben op beide situaties. Wij moeten achteraf constateren dat deze brede definitie in het HLA en de onduidelijkheid hierover van invloed is geweest op het vervolgtraject.

2 Verkenning consultatiefunctie

De afgelopen twee jaar heeft een werkgroep onder leiding van VWS aan de hand van casuïstiek in beeld gebracht welke problemen er zijn met de domeinoverstijgende consultatiefunctie. Ook Zorginstituut Nederland is aanwezig geweest bij deze vergaderingen en heeft meegelezen en geadviseerd over de vraag of en zo ja, wanneer de consultatiefunctie ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) kan komen².

2.1 Consultatie in het kader van bemoeizorg/OGGZ

De leden van de werkgroep hebben voor het duiden van de consultatiefunctie ter illustratie casuïstiek ingebracht. Op basis van deze casuïstiek is de conclusie getrokken dat het belangrijkste knelpunt zit in de consultatie van en overleg met professionals in de curatieve zorg vanuit het sociaal domein, betreffende burgers die niet in zorg zijn. Omdat deze cliënten niet in behandeling zijn en zij geen verzekerde geneeskundige zorg ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ontvangen, kan de consultatie niet ten laste van de Zvw komen.

De indruk bestond dat de knelpunten zich vooral voordoen als het gaat om cliënten die zorg mijden, zich niet willen laten behandelen of behandeling afbreken onder invloed van psychische problematiek. In de ZIN-publicatie 'De wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis'³ is hierover het volgende opgenomen.

² Memo 'Consultatiefunctie in het sociaal domein' d.d. 26 augustus 2020 (ref. 2020035961)

³ De wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis (geactualiseerde versie) | 4 december 2020

"Als een cliënt met een psychische stoornis geen enkele zorg wenst en hier dus ook niet om vraagt, is sprake van 'zorgmijding'. Het toeleiden naar zorg van de cliënt die geen enkele zorg wenst en nog geen zorg ontvangt, valt onder de 'bemoeizorg'. Deze zorg behoort tot het domein van de Wmo. Bemoeizorg is assertieve, outreachende hulpverlening en bestaat onder meer uit het bereiken van en contact leggen met de zorgmijder, zorgcoördinatie en praktische ondersteuning. Deze zorg valt niet onder de Zvw, omdat de cliënt nog niet in zorg is."

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Geestelijke Gezondheidszorg

Datum
7 mei 2021

Onze referentie
2021013274

Bemoeizorg door de GGZ wordt opgestart in opdracht van de gemeente als onderdeel van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). Met het in werking treden van de Wmo 2015 komt de term OGGZ niet meer voor in de wet. Dit neemt echter niet weg dat het beleidsveld een gemeentelijke verantwoordelijkheid is. In de memorie van toelichting⁴ is immers opgenomen dat het begrip 'maatschappelijke ondersteuning' eveneens betrekking heeft op het in de Wmo (2007) opgenomen achtste prestatieveld omtrent activiteiten op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Het gaat om preventie van (ernstige) psychosociale problemen en het begeleiden van de betrokken personen. Dit is 'het ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen.'

Het Zorginstituut is dan ook van mening dat een individueel traject in het kader van bemoeizorg (OGGZ) niet ten laste van de zorgverzekering kan komen⁵. OGGZ valt onder de Wmo 2015 en is daarmee een verantwoordelijkheid van de gemeente. Indien de gemeente expertise nodig heeft voor het uitvoeren van deze taak, dan is de gemeente verantwoordelijk voor het inhuren van deze expertise.

2.2 Consultatie binnen domeinoverstijgende samenwerking

Omdat de indruk is ontstaan dat er rond het '*kijk en luistergeld*' toch meer speelt dan alleen de problematiek ingeval van bemoeizorg heeft VWS eind maart 2021 een expertmeeting georganiseerd om de problematiek nogmaals nader te verkennen. Tijdens deze expertmeeting bleek dat er meerdere facetten zitten aan de consultatiefunctie en daarmee aan de bekostiging van deze functie. Bij de consultatie van GGZ-professionals door medewerkers uit het sociaal domein en vice versa gaat het niet alleen om consultatie in het kader van het toeleiden van zorgmijders naar de geneeskundige zorg (huisarts en/of GGZ). Het gaat over uiteenlopende vragen voor verschillende doelgroepen en ook de setting kan verschillen. VWS heeft ZIN gevraagd mee te denken of in deze uiteenlopende situaties wellicht sprake kan zijn van verzekerde zorg (Zvw).

2.2.1 Uiteenlopende vragen

In het verleden werden mensen met psychiatrische problematiek die zich lichamelijk of sociaal niet kunnen handhaven sneller (langdurig) opgenomen. Tijdens een opname worden psychiatrische, lichamelijke en sociale problemen door één team behandeld. Door de ambulantisering worden cliënten met psychiatrische problematiek in toenemende mate thuis behandeld en vindt een verschuiving plaats van tweede naar eerstelijnszorg. Hierbij is de huisarts verantwoordelijk voor de medische problemen van een cliënt en het sociaal

⁴ MvT Wmo 2015, p. 119

⁵ Artikel 2, lid 1, Besluit zorgverzekering (Bzv)

domein – sociale wijkteams – voor de sociale problemen, zoals financiën, huisvesting etc. De samenwerking en afstemming over en weer rondom één patiënt is hierbij essentieel en ook de beschikbaarheid van GGZ-expertise. Zo zijn meerdere vormen van consultaties ontstaan. Het betreft een geïntegreerde manier van samenwerken die evolueert onder invloed van de beweging van de 'juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP).

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Geestelijke Gezondheidszorg

Datum
7 mei 2021

Onze referentie
2021013274

Tijdens de expertmeeting werden voorbeelden gegeven van vragen die voorkomen, maar die lang niet altijd tot een verwijzing behoeven te leiden:

- Het buurtteam of POH GGZ maakt zich zorgen om een bepaald gezin, waarbij het niet lukt om het gezin te benaderen. Men vraagt om advies aan de GGZ om mee te denken hoe het buurtteam of de POH GGZ deze situatie moet aanpakken.
- Een cliënt komt vaak bij de huisarts. De POH GGZ constateert een verslechtering van onder meer zijn psychische gesteldheid. Hierover vindt afstemming plaats met de GGZ-specialist. Op welke signalen moet de huisarts/POH GGZ letten?
- Maar ook vanuit de GGZ zijn er vragen aan de huisarts en/of een Wmo-consulent. Tijdens een GGZ-behandeling kunnen er vragen ontstaan over somatische of sociale problematiek, bijvoorbeeld hoe het gaat met de diabetes respectievelijk huisvesting/schulden van een cliënt. Hier speelt het ontbreken van wederkerigheid een rol. Vanuit de Wmo moet soms wel betaald worden voor de inhuur van GGZ-expertise, maar andersom geldt dat niet.

2.2.2 *Verschillende settings en doelgroepen*

De vragen doen zich voor in en tussen verschillende settings. Zo zijn er in Nederland verschillende soorten wijkgebonden teams, waarbij de organisatiestructuur en samenstelling kan verschillen. Er zijn sociale wijkteams of buurtteams vanuit de gemeente, GGZ-teams (soms ook F-ACT-teams genoemd) vanuit de GGZ of GGZ professionals rechtstreeks in dienst van de gemeente. Maar er zijn ook geïntegreerde teams waarin verschillende organisaties samenwerken, bijvoorbeeld GGZ, verslavingszorg en maatschappelijk werk. In deze hybride teams zit de geneeskundige zorg en begeleiding in één team. Een en ander verschilt per regio en/of gebiedsgrootte al naar gelang de vraag. Een buurtteam of hybride team wordt meestal gevormd per postcodegebied en werkt samen met huisartsen in dat postcodegebied. Rondom één patiënt wordt waar mogelijk samengewerkt in de driehoek huisarts/POH GGZ, GGZ-team en sociaal wijkteam. Globaal bezien vanuit de verschillende domeinen zijn er:

- Sociale wijkteams (Wmo)
- GGZ-teams (Zvw)
- Hybride teams, waarbij ggz/verslavingszorg en begeleiding in één team is verenigd (dus zowel Zvw als Wmo).

De consultatievragen kunnen zich voordoen tussen huisarts en GGZ, sociaal wijkteam en GGZ-team en binnen hybride teams. De consultatievragen gaan over uiteenlopende problematiek bij verschillende doelgroepen, die elkaar kunnen overlappen:

- 1 Cliënten die in behandeling zijn bij de geneeskundige GGZ en die geneeskundige begeleiding krijgen vanuit het GGZ-team;
- 2 Cliënten die voor hun psychische problematiek alleen worden behandeld door de huisarts en/of POH GGZ;

- 3 Cliënten die niet (meer) in behandeling zijn bij de GGZ, maar wel ondersteunende begeleiding krijgen vanuit een sociaal wijkteam of hybride team.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Geestelijke Gezondheidszorg

Datum
7 mei 2021

Onze referentie
2021013274

2.2.3 Knelpunten

Op basis van expertmeeting komen we tot de conclusie dat de belangrijkste knelpunten zich voordoen in de consultatie van GGZ-professionals door de huisarts/POH GGZ en consultatie van GGZ-professionals vanuit het sociaal domein betreffende cliënten die niet (meer) in zorg zijn in de geneeskundige GGZ. Dan gaat het om de doelgroepen als omschreven in de situaties 2 en 3.

De knelpunten in financiering van de consultatiefunctie doen zich voor omdat cliënten niet meer in zorg zijn bij de GGZ en

- o de bekostigingsmogelijkheden (consultatieve raadpleging vanuit de Module POH GGZ en de prestatie 'Meekijkconsult' door de huisarts) onbekend, niet toereikend dan wel administratief te complex lijken te zijn.
- o een bekostigingstitel bij rechtstreekse consultatie van een GGZ-professional vanuit het sociaal domein ontbreekt.

Het gaat hierbij dus niet om zorgmijders die naar zorg moeten worden toegeleid als bedoeld in paragraaf 2.1.

Situatie 1: Cliënten die in zorg zijn bij de GGZ en begeleiding krijgen vanuit het sociaal domein

In deze situatie is er geen knelpunt. Consultaties van de GGZ-professional vanuit het sociaal domein kunnen ten laste van de Zvw worden gebracht.

Situatie 2: Begeleiding (EPA-)patiënten door huisarts/POH-GGZ

Door de ambulantisering begeleidt de huisarts/POH GGZ samen met het wijkteam in toenemende mate chronische cliënten met ernstige psychiatrische problematiek die stabiel zijn. Dit kan alleen onder de voorwaarde dat zij snel met de GGZ kunnen afstemmen als de situatie verslechtert of als er vragen zijn rond de behandeling. De functie POH GGZ betreft zorginhoudelijke ondersteuning van de huisartsenzorg aan patiënten met klachten van psychische, psychosociale of psychosomatische aard. De functie kan worden ingevuld door (een combinatie van) personele inzet, e-health en consultatieve raadpleging van gespecialiseerde zorgaanbieders, zoals de GGZ.

Tijdens de expertmeeting werd aangegeven dat deze consultatieve raadpleging binnen de Module POH GGZ slechts uitkomst biedt bij incidentele raadpleging van een GGZ-professional. Er is vooral behoefte aan de beschikbaarheid van GGZ-expertise waardoor er snel en frequent met een GGZ-professional kan worden geschakeld wanneer er vragen zijn over de benodigde zorg, zonder dat de cliënt naar de GGZ hoeft te worden verwezen. GGZ-instellingen bieden huisartsen vaak de mogelijkheid kort telefonisch te overleggen. Dit korte telefonisch overleg (minder dan 10 minuten) over een cliënt wordt beschouwd als intercollegiaal overleg. Dit overleg wordt niet vergoed uit de Module POH GGZ, maar geschiedt met gesloten beurs. Bij langer of vaker overleg, zonder dat de cliënt zelf door een psychiater wordt gezien, is er geen betaaltitel vanuit de GGZ omdat de DBC GGZ is gesloten en er onduidelijkheid is over de vervolgfianciering van deze consultatiemomenten.

Het is mogelijk dat deze onduidelijkheid wordt veroorzaakt door onbekendheid met de bestaande bekostigingsmogelijkheden (consultatieve raadpleging vanuit de Module POH GGZ en de prestatie 'Meekijkconsult' door de huisarts). Het kan ook zijn dat men problemen ondervindt omdat deze bekostigingsmogelijkheden niet toereikend zijn dan wel administratief te complex. Dit zou nader moeten worden onderzocht.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Geestelijke Gezondheidszorg

Datum
7 mei 2021

Onze referentie
2021013274

Situatie 3: Consultatievragen aan GGZ-professionals vanuit sociale wijkteams of binnen hybride teams

Zo lang een DBC gespecialiseerde GGZ nog niet is afgesloten, kan een medewerker van een sociaal wijkteam de GGZ consulteren ten laste van de Zvw. Indien de cliënt niet (meer) in behandeling is in de gespecialiseerde GGZ wordt dit moeilijker, omdat er dan geen bekostigingstitel (meer) bestaat vanuit de Zvw. Gezien de uiteenlopende doelgroepen die door de teams worden begeleid is dit regelmatig het geval.

In hybride teams werken Zvw-gefinancierde en Wmo-gefinancierde hulpverleners samen. Hier zijn de lijnen tussen Zvw en Wmo kort en leert men elkaars werkwijze kennen. Overleg gaat vaak over algemene werkwijze en adviezen; "hoe zou jij dit aanpakken?" Deze overleggen hoeven zeker niet altijd tot een verwijzing te leiden. Vaak kan een algemeen advies ertoe leiden dat men weer verder kan met de zorg rondom en/of begeleiding van een cliënt. Het overleg kan plaatsvinden in een structureel multidisciplinair overleg, maar ook in de wandelgangen omdat men samenwerkt en gebruik kan maken van elkaars expertise. De vragen gaan over cliënten die toestemming hebben gegeven voor gegevensuitwisseling, maar het kan ook gaan over anonieme casussen.

Voor hulpverleners is het ondoenlijk om bij elke overleg/advies te bedenken of dit ten laste van de Zvw of ten laste van de Wmo kan worden gebracht. Dit geldt overigens niet alleen bij de hybride teams, maar ook bij overlegvormen tussen sociale teams en GGZ-teams. Hier speelt bovendien het ontbreken van wederkerigheid een rol. Vanuit de Wmo moet wel worden betaald voor de consultatie van een GGZ-professional als het gaat om cliënten die niet meer in zorg zijn en er geen bekostigingstitel (meer) bestaat vanuit de Zvw. Andersom, wordt de consultatie van een Wmo-consulent door een GGZ-professional niet betaald vanuit de Zvw.

3 Wanneer is sprake van 'geneeskundige zorg' (Zvw)?

3.1 Aard en inhoud consultatiefunctie

In de vorige paragraaf hebben we de consultatiefunctie verkend. Wat opvalt is dat in de omschreven situaties in paragraaf 2.2 vooral behoefte is aan de beschikbaarheid van GGZ-expertise voor cliënten met psychische problematiek die niet (meer) bij de GGZ in zorg zijn, waarbij de consultatie lang niet altijd hoeft te leiden tot een (nieuwe) verwijzing naar de GGZ. Sterker nog de consultatie is mede gericht op het voorkomen van zwaardere zorg en draagt daarmee bij aan preventie. De beschikbaarheid van GGZ-expertise is zowel van belang voor de zorg die de huisarts POH/GGZ verleent aan een cliënt met psychische problematiek als voor de begeleiding vanuit het sociaal domein.

Het gaat onder meer om diagnostische vragen, advies over verdere aanpak behandeling of begeleiding, advies ten aanzien van terugvalpreventie of hoe om

te gaan met een cliënt in een bepaalde situatie. Voor beantwoording van de vraag kan alleen overleg volstaan (indirect) of moet de cliënt eenmalig worden gezien (direct). Afhankelijk van de vraag of een cliënt wel of niet recent in zorg is (geweest⁶) van de gespecialiseerde GGZ, kan de inzet van de GGZ-professional wel of niet ten laste van de Zvw worden gedeclareerd. Dit terwijl de aard van de consultatie hetzelfde is en bijdraagt aan de Juiste Zorg Op de Juiste Plek.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Geestelijke Gezondheidszorg

Datum
7 mei 2021

Onze referentie
2021013274

Gezien de aard van de vragen constateert het Zorginstituut dat het voor een groot deel gaat om consultatievragen aan GGZ-professionals, waarbij naar aard en inhoud sprake is van geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten (in casu de psychiater) en klinisch psychologen, die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Besluit zorgverzekering). Vanwege het grote belang van de consultatiefunctie voor de samenwerking tussen domeinen bij de behandeling en begeleiding van cliënten met ernstige psychiatrische problematiek en het feit dat er sprake is van geneeskundige zorg dan wel een grote verwevenheid daarmee, zijn wij van mening dat kosten van deze zorg in principe ten laste van de Zvw kunnen worden gebracht. Het gaat hierbij nadrukkelijk niet om zorgmijders die moeten worden toegeleid naar zorg (bemoeizorg/OGGZ), maar om cliënten die alleen in zorg zijn bij de huisarts en/of POH GGZ en/of worden begeleid vanuit het sociaal domein en waarbij de beschikbaarheid van GGZ-expertise zwaardere zorg kan voorkomen.

Het is wel de vraag of het onderscheid tussen de consultatiefunctie en bemoeizorg in de praktijk scherp te trekken is. Bemoeizorg en consultatie worden – zeker in hybride teams – vaak binnen hetzelfde team geleverd.

3.2 Advies aan VWS

Om te komen tot een adequate bekostiging van de consultatiefunctie ten laste van de Zvw adviseren wij VWS nader te onderzoeken of de afbakening tussen Wmo (bemoeizorg) en Zvw (consultatie) in de praktijk uitvoerbaar is. Daarnaast is onderzoek door de NZa nodig naar wat er verder voor nodig is om de consultatiefunctie vanuit de Zvw te bekostigen.

3.2.1 Afbakening Wmo/Zvw

In deze memo hebben wij onderscheid gemaakt tussen:

- 1 Bemoeizorg door de GGZ, welke wordt opgestart in opdracht van de gemeente als onderdeel van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). Deze zorg valt onder de Wmo;
- 2 Consultatie van de GGZ in het kader van de Zvw, waarbij de consultatie niet hoeft te leiden tot een (nieuwe) verwijzing naar de GGZ. Deze consultatie is vooral gericht op de verdere aanpak van de behandeling cq. het voorkomen van zwaardere zorg, waarbij twee situaties zijn te onderscheiden. Het kan daarbij gaan om:
 - a consultatie van de GGZ door de huisarts/POH GGZ
 - b rechtstreekse consultatie van de GGZ door een professional uit het sociaal domein.

ZIN is van mening dat deze consultatiefunctie ten laste van de Zvw kan worden gebracht, omdat sprake is van geneeskundige zorg dan wel een grote verwevenheid daarmee.

⁶ Een initiële DBC die korter dan een jaar is gesloten kan zo nodig weer worden heropend, tenzij sprake is van een nieuwe zorgvraag. Een vervolg-DBC mag maximaal 120 dagen openstaan.

Dit onderscheid betekent dat de benodigde GGZ-expertise in een individueel traject in het kader van *bemoeizorg* en de benodigde GGZ-expertise in het kader van de *consultatiefunctie* niet vanuit één wettelijk kader bekostigd kan worden. Het is daarbij de vraag of het onderscheid tussen deze situaties in de praktijk wel zo scherp is te trekken. Bemoeizorg en consultatie worden – zeker in hybride teams – vaak binnen hetzelfde team geleverd. Dit betekent dat er twee financieringsstromen zullen blijven bestaan met het risico op het ontstaan van verkeerde prikkels. Voor een adequate bekostiging van de consultatiefunctie ten laste van de Zvw is van belang dat dit onderscheid in de praktijk uitvoerbaar is. Wij adviseren VWS dit nader te onderzoeken.

3.2.2 Bekostigingsproblematiek

Zoals wij eerder hebben gesteld kan de consultatiefunctie worden gezien als geneeskundige zorg in het kader van de Zvw dan wel een grote verwevenheid daarmee. Daarom zijn wij van mening dat kosten van deze zorg in principe ten laste van de Zvw kunnen worden gebracht. De vraag wat ervoor nodig is om deze zorg adequaat te bekostigen is tweeledig. Enerzijds gaat het over de consultatie van de GGZ door de huisarts/POH GGZ en anderzijds over rechtstreekse consultatie van de GGZ door een professional uit het sociaal domein.

○ *Consultatie van de GGZ door de huisarts/POH GGZ*

Gezien de geluiden uit de expertmeeting zijn er kennelijk problemen met de bestaande bekostigingsmogelijkheden voor consultatie van de GGZ door de huisarts/POH GGZ. Het is niet duidelijk of dit komt door onbekendheid met deze bekostigingsmogelijkheden (consultatieve raadpleging vanuit de Module POH GGZ en de prestatie 'Meekijkconsult' door de huisarts). Het kan ook zijn dat men problemen ondervindt omdat deze bekostigingsmogelijkheden niet toereikend zijn dan wel administratief te complex. Dit zou nader moeten worden onderzocht.

○ *Rechtstreekse consultatie van de GGZ door een professional uit het sociaal domein*

Als een cliënt niet recent in zorg is (geweest) van de gespecialiseerde GGZ⁶, is er geen betaaltitel voor een rechtstreekse consultatie van de GGZ door een professional uit het sociaal domein. Een ander mogelijk probleem is dat de consultatie niet naar een individu terug is te herleiden (anonieme zorg). Nader onderzoek door de NZa is nodig hoe deze zorg het beste kan worden bekostigd en wat daarvoor nodig is.

Een adequate bekostiging van de consultatiefunctie is afhankelijk van de uitkomsten van het onderzoek naar de afbakeningsproblematiek (3.2.1) en de bekostigingsproblematiek (3.2.2). Indien de afbakeningsproblematiek tot de conclusie leidt dat een en ander in de praktijk niet uitvoerbaar is, dient wellicht een aanpassing van de huidige wettelijke kaders te worden overwogen of een andere vorm van financiering.