

Vergaderjaar 2014–2015

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 275

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 mei 2015

Bij brief van 2 juli 2013¹ heb ik u aangegeven hoe voor 2014 en 2015 de regels voor hoofdbehandelaarschap in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) eruit zien, vooruitlopend op een veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap vanaf 2016. Met het oog hierop hebben partijen in de ggz in juni 2014 aan een commissie onder voorzitterschap van mevrouw Meurs de opdracht gegeven een norm te ontwikkelen voor de inhoud en de invulling van het hoofdbehandelaarschap. De commissie heeft op 18 mei jongstleden haar advies uitgebracht. Hierbij bied ik u het advies van de commissie aan² voorzien van mijn reactie.

Regiebehandelaar en inhoud kwaliteitsstatuut

Advies van de commissie

De commissie geeft aan dat zorgverzekeraars vanwege gebrekkig inzicht in de kwaliteit van de ggz hun toevlucht nemen tot een limitatieve lijst van beroepsbeoefenaren die hoofdbehandelaar mogen zijn, als aanknopingspunt voor selectieve zorginkoop. De commissie noemt deze invulling van het hoofdbehandelaarschap de verkeerde oplossing voor een reëel probleem en wil de aandacht verschuiven naar een bindend kwaliteitsstatuut voor de ggz. Omdat het begrip «hoofdbehandelaar» teveel verbonden is aan degene die inhoudelijk eindverantwoordelijk is voor de zorg en het daar volgens de commissie in de tegenwoordige zorg minder om draait dan om de behandelaar die verantwoordelijk is voor regie en coördinatie, stelt de commissie voor te spreken van een «regiebehandelaar». De regiebehandelaar zorgt er onder andere voor dat het zorgplan wordt opgesteld en vastgesteld en dat er voldoende deskundigheid wordt betrokken bij de zorg. Zijn taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en deskundigheidsvereisten moeten worden vastgelegd in een

¹ Kamerstuk 25 424, nr. 221.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

kwaliteitsstatuut. In tegenstelling tot de huidige hoofdbehandelaar hoeft de regiebehandelaar dus niet zelf het zorgplan vast te stellen.

In mijn reactie hieronder ga ik in op specifieke onderdelen van het advies.

Reactie

De commissie Meurs heeft een goed doordacht advies opgesteld. De commissie had geen eenvoudige opgave, ik ben de commissie dankbaar dat zij deze taak op zich heeft genomen en goed heeft weten te volbrengen.

De hoofdlijn van het advies steun ik. Ik kan mij vinden in de nadruk die op de regie wordt gelegd en in het vastleggen van de taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar en de eisen waaraan hij moet voldoen in een kwaliteitsstatuut. Ook moet het mandaat van de regiebehandelaar goed geregeld zijn, moet hij de juiste deskundigheden inschakelen en de grenzen van zijn eigen deskundigheid kennen. Heel belangrijk vind ik ook dat er goede samenwerkingsafspraken zijn met andere zorgaanbieders voor een goede, flexibele en snelle op- en afschaling van zorg, waar het gaat om zorg die de zorgaanbieder niet zelf kan leveren. In het bijzonder geldt dit voor (kleinere) zorgaanbieders die zelf geen 24-uurs crisiszorg of andere complexe zorg kunnen bieden. Ik kan mij overigens voorstellen dat de omvang van een zorgaanbieder relevant is voor de inhoud van het kwaliteitsstatuut, bijvoorbeeld voor de mate waarin de regiebehandelaar zelf de behandeling uitvoert of voor de benodigde mate van samenwerking met andere zorgaanbieders. Ook is een goede samenwerking tussen huisartsen en aanbieders curatieve ggz van groot belang voor een goede, passende en snelle door- of terugverwijzing naar de juiste zorgverlener.

De visie van de commissie sluit aan bij de uitspraken van de tuchtrechter in de afgelopen jaren. De term hoofdbehandelaar impliceerde een eindverantwoordelijkheid voor het geheel. Een behandelaar kon deze in veel gevallen niet waarmaken omdat in teamverband werd gewerkt en de behandelingen van de andere teamleden buiten het eigen deskundigheidsgebied konden liggen. In het tuchtrecht werd al de uitspraak gedaan dat een hoofdbehandelaar een regisseur is (de regie heeft). Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg onderkent expliciet dat een hoofdbehandelaar niet (meer) het gehele zorgproces van een patiënt kan overzien c.q. beheersen en dat hij, wat de inhoudelijke verantwoordelijkheid betreft, wordt begrensd door zijn eigen deskundigheidsgebied. De conclusie die daaraan verbonden moet worden is dat er niet (meer) zoiets bestaat als inhoudelijke eindverantwoordelijkheid; alle bij een patiënt betrokken zorgverleners hebben een eigen individuele deskundigheid en dus een eigen verantwoordelijkheid. Dit maakt het temeer van belang dat één van hen de regie of coördinatie op zich neemt. Vanuit het tuchtrecht bezien kan ik mij dan ook geheel vinden in het advies van de commissie om via een kwaliteitsstatuut in het vervolg een regiebehandelaar aan te wijzen en het begrip hoofdbehandelaar los te laten.

Het advies van de commissie om te werken met een kwaliteitsstatuut en per behandeling een regiebehandelaar aan te wijzen sluit aan bij mijn beleid om de kwaliteit te verbeteren, zoals uiteengezet in mijn brief van 6 februari jongstleden «Kwaliteit Loont», en zal leiden tot een doelmatige inzet van beroepsbeoefenaren. Dit zorgt ervoor dat een ander dan de psychiater of klinisch psycholoog regiebehandelaar kan zijn, mits dit passend is bij de doelgroep en leidt daarmee tot taakherschikking. De huidige situatie dat in de praktijk voornamelijk de psychiater of de klinisch psycholoog hoofdbehandelaar is in de gespecialiseerde ggz en dat deze

beroepsbeoefenaren daarmee veel tijd kwijt zijn aan allerlei administratieve taken is daarmee in principe verleden tijd. Een aandachtspunt vind ik wel de opleidingsvereisten. De commissie adviseert om het ontbreken van het juiste opleidingsniveau te compenseren met werkervaring. Vanuit de gedachte van taakherschikking kan ik mij daar in vinden, maar ik heb geen zicht heb op de consequenties die dit heeft en hoe dit zich verhoudt tot kwaliteitsvereisten die aan een behandelaar moeten worden gesteld. Ik ga ervan uit dat partijen dit aspect zullen betrekken bij de uitwerking van het kwaliteitsstatuut.

Ik vind het belangrijk dat het advies ook in lijn is met de ontwikkeling dat, net als in andere sectoren, ook in de ggz steeds meer zzp-ers werken. De belangen van vrijgevestigde aanbieders worden gediend met de visie achter het kwaliteitsstatuut dat de commissie voor ogen heeft. Grote zorgaanbieders in de ggz worden volgens het advies verplicht op verzoek van een kleine aanbieder een samenwerkingsovereenkomst te sluiten, tenzij goede, bijvoorbeeld kwalitatieve, gronden bestaan om dit te weigeren. De aanbieder dient een eventuele weigering met argumenten te onderbouwen. Ik ga ervan uit dat deze verplichting overeind blijft bij de verdere uitwerking van het kwaliteitsstatuut.

Mijn zorg betreft het aspect van de kostenontwikkeling. Vanuit de inhoud en vanuit de doelmatigheid vind ik het goed dat niet alleen de duurste betaalde zorgverleners regiebehandelaar zijn. Uit oogpunt van controleerbaarheid en betaalbaarheid vind ik wel dat de regiebehandelaar degene moet zijn die de dbc's opent en sluit. Daarbij deel ik de eisen die de commissie cumulatief stelt aan de regiebehandelaar: opleiding voldoende aan de NLQF³ gelijk aan of hoger dan niveau 7, welke onderworpen is aan een systeem van accreditatie en heraccreditatie en voorziet in gerichte bij- en nascholing, BIG-registratie, relevante werkervaring en deelname aan een vorm van intercollegiale toetsing. Net als de commissie ben ik van mening dat de verpleegkundig specialist ggz hier onder valt. Vanwege de controleerbaarheid ben ik van mening dat de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige geen regiebehandelaar kan zijn, de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige is immers niet als zodanig in het BIG-register opgenomen.

Als er een model kwaliteitsstatuut komt dat is opgenomen in het register van het Kwaliteitsinstituut en waarin deze eisen aan regiebehandelaren zijn opgenomen, verwacht ik dat zorgverzekeraars zich committeren aan deze standaard. Ik verwacht dat zij doelmatige zorg contracteren, waarvoor de meest passende regiebehandelaar wordt ingezet, zonder dat ineens elke zorgverlener dbc's mag gaan openen. Ik ga ervan uit dat bij de uitwerking van het kwaliteitsstatuut expliciete aandacht zal worden besteed aan doelmatigheid en kostenbeheersing.

Overige elementen uit het advies

Hieronder zal ik ingaan op een aantal overige elementen uit het advies van de commissie Meurs.

³ NLQF: *Netherlands Qualifications Framework* of Nederlands Kwalificatieraamwerk. Het NLQF is een systematische ordening van alle bestaande kwalificatieniveaus van basiseducatie niveau 1 tot en met het doctoraat. Het is een nieuwe beschrijving van de Nederlandse kwalificatieniveaus. Het kader bestaat uit acht niveaus en een instroomniveau. Kwalificaties worden ingeschaald in het NLQF en krijgen daarmee een niveau-aanduiding. De niveaus van het NLQF zijn beschreven in kennis, vaardigheden, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid.

Kwaliteitsstatuut en toelating tot de markt

De commissie adviseert dat het hebben van een kwaliteitsstatuut een eis voor toelating tot de sector wordt. De eis van een kwaliteitsstatuut zal uiteraard ook gaan gelden voor nieuwe toetreders en worden betrekken bij de beoordeling van toetreders. Een nieuwe aanbieder zal niet mogen starten met het leveren van zorg als hij niet over een kwaliteitsstatuut beschikt. De IGZ houdt toezicht op het hebben en naleven van een kwaliteitsstatuut, ook bij nieuwe aanbieders. Deze eis sluit aan bij mijn brief van 6 februari jongstleden «Kwaliteit Loont», waarin eisen aan kwaliteit afdwingbaar en voorwaardelijk worden gemaakt.

Reikwijdte van het kwaliteitsstatuut

Volgens de commissie is het kwaliteitsstatuut regime-onafhankelijk, wat wil zeggen dat het niet uitmaakt vanuit welk financieel kader de zorg wordt geleverd. Daar valt iets voor te zeggen, de patiënt moet immers altijd goede zorg krijgen. Uit oogpunt van het voorkomen van administratieve lasten neem ik mij echter voor de wettelijke eis van het hebben van een kwaliteitsstatuut vooralsnog te beperken tot de curatieve ggz die is verzekerd op grond van de Zorgverzekeringswet en dus (nog) niet te laten gelden voor huisartsenzorg, zorg die valt onder de Wet langdurige zorg en hulp en ondersteuning die worden gefinancierd door gemeenten. Wat betreft ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 geldt dat het aan de gemeente is om kwaliteitsbeleid en -eisen te formuleren.

Generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz

De commissie vindt het onderscheid tussen generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz niet helder en geeft aan dat dit onderscheid niet samenvalt met het onderscheid tussen mono- en multidisciplinaire zorg. Inderdaad is dit niet hetzelfde onderscheid als het onderscheid tussen mono- en multidisciplinaire zorg en inderdaad is, zoals de commissie schrijft, sprake van bewegende scheidslijnen. De generalistische basis ggz bestaat nog maar kort en moet zich nog verder ontwikkelen. Uiteindelijk moet sprake zijn van een vloeiende keten, waarin de patiënt zich gemakkelijk kan bewegen. Vandaar dat een goede samenwerking tussen alle echelons in de ggz, inclusief de huisartsenzorg zo belangrijk is. In de voortgangsrapportage over de brief «Kwaliteit loont» zal ik nader ingaan op de ontwikkelingen met betrekking tot de generalistische basis ggz.

Wet BIG

De commissie adviseert dat een regiebehandelaar een BIG-geregistreerde moet zijn. In dat kader adviseert zij om de orthopedagoog-generalist op te nemen in de Wet BIG. De orthopedagogen-generalist hebben een aanvraag tot opname in de Wet BIG bij mij ingediend. Ik zal deze aanvraag beoordelen aan de hand van de criteria zoals uiteengezet in de Kabinetsreactie evaluatie Wet BIG⁴. Ook het advies van deze commissie zal ik meenemen in mijn beoordeling van de aanvraag.

Deskundigheidsgebied en herregistratie-eisen ggz

De commissie sluit aan bij het advies van de evaluatie van de Wet BIG om de deskundigheidsgebieden in de Wet BIG te harmoniseren, te actualiseren en te flexibiliseren. Zoals uiteengezet in de Kabinetsreactie evaluatie Wet BIG kan ik mij hierin vinden. Ook adviseert de commissie om de eisen

⁴ Kamerstuk 29 282, nr. 211.

voor herregistratie uit te breiden en aan te scherpen, bijvoorbeeld met een vereiste van aantoonbare werkervaring en bij- en nascholingseisen op specifieke deelterreinen van de ggz. De commissie adviseert hier onderzoek naar te doen. Dit advies is tevens in lijn met de Kabinetsreactie evaluatie Wet BIG. Ik ga nog nader onderzoeken op welke wijze ik de herregistratievereiste wil uitbreiden door in gesprek te gaan met de verschillende beroepsgroepen uit artikel 3 van de Wet BIG. Een wetsvoorstel dat zal voorzien in de uitbreiding van de herregistratievereiste, zal naar verwachting eind 2016 aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

Begrip «geneeskundige zorg»

De commissie beveelt aan om het begrip «geneeskundige zorg» in de Zorgverzekeringswet nader te verduidelijken. Ik meen uit het advies te kunnen afleiden dat de commissie vooral doelt op verduidelijking van het begrip «geneeskundige ggz». De reikwijdte hiervan is in het bijzonder van belang voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, die zorg en ondersteuning ontvangen en over het algemeen goed in de wijk behandeld zouden kunnen worden, mits consultatie mogelijk is en de zorg snel en goed opgeschaald wordt als dat nodig is. Ik zal dit aspect betrekken bij de agenda voor de toekomst van de ggz, waarover ik met partijen in gesprek ben.

Controle op rechtmatigheid

In paragraaf 6.4 schetst de commissie een aantal mogelijke maatregelen om de controle door zorgverzekeraars op de rechtmatigheid van de declaratie en het zicht op de kwaliteit van de zorg te bevorderen. Met de commissie vind ik de ontwikkeling van zorgstandaarden door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz van groot belang. De commissie steunt ook mijn voornemen om het aanleveren van uitkomstgegevens voor een benchmark verplicht te stellen. De commissie bepleit verder om het toezicht op de naleving van het kwaliteitsstatuut bij de IGZ te beleggen. De IGZ baseert haar toezicht op de kwaliteit van zorg op wettelijke eisen en veldnormen. Daaronder zullen ook de toekomstige wettelijke eisen met betrekking tot het kwaliteitsstatuut en een bij het Kwaliteitsinstituut geregistreerd modelstatuut vallen.

Met het oog op het belonen van kwaliteit wil ik het hebben van een kwaliteitsstatuut tot een voorwaarde maken voor het declareren. Met de Nederlandse Zorgautoriteit ben ik in overleg over de mogelijkheden daarvan. Verder vind ik het van groot belang dat het kwaliteitsstatuut ook voor accountants goed toetsbaar wordt en verwacht ik dat partijen dit aspect bij de ontwikkeling van het kwaliteitsstatuut meenemen.

Hoe verder?

De uitvoering van het advies van de commissie Meurs zal naar mijn verwachting leiden tot betere zorg voor de patiënt. Ik ga ervan uit dat er sprake is van een verbetering ten opzichte van de situatie van de regelgeving met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap zoals die gold in 2013 en is aangescherpt in 2014 en 2015. De huidige regelgeving was bedoeld om de kwaliteit van de zorg te bevorderen: de juiste zorgverlener stelt de diagnose en stelt het behandelplan vast. En om de controlebaarheid te bevorderen: op een enkele uitzondering na staat de hoofdbehandelaar in het BIG-register en heeft hij of zij een ggz-specifieke opleiding gehad.

Inmiddels is met deze regelgeving in ervaring opgedaan in de praktijk. Die praktijk blijkt niet altijd even patiëntvriendelijk: degene die de regie heeft over de behandeling en het aanspreekpunt is voor de patiënt is niet altijd de hoofdbehandelaar, omdat hij daar niet het juiste beroep voor heeft. Er moet dan iemand anders een gesprek met de patiënt hebben (de hoofdbehandelaar moet immers directe tijd schrijven), vanwege de regels. Dat leidt er ook toe dat sommige hoog opgeleide beroepsbeoefenaren teveel administratieve en pro forma taken hebben, waardoor ze minder effectieve tijd aan de patiënt kunnen besteden. Ook voor zorgaanbieders is het lastig werken. Zorgverzekeraars mogen nadere eisen stellen aan het hoofdbehandelaarschap en bij gebrek aan andere instrumenten om op kwaliteit te sturen doen ze dat ook. Ze perken de beroepenlijsten in en doen dat elk op eigen wijze. Ook kunnen ze eisen stellen aan de mate waarin de hoofdbehandelaar zelf de behandeling uitvoert. Aangezien zorgaanbieders met verschillende zorgverzekeraars te maken hebben, moeten ze eerst nagaan bij welke verzekeraar een patiënt verzekerd is, veelal werken ze met «de grootste gemene deler» van de eisen van de verschillende verzekeraars, wat betekent dat er nog maar heel weinig verschillende beroepsbeoefenaren hoofdbehandelaar mogen zijn.

De nadruk op de verantwoordelijkheid voor de regie in plaats van de nadruk op de verantwoordelijkheid voor de inhoud van de behandeling, sluit meer aan bij de behoeften van de patiënt. Door in een kwaliteitsstatuut vast te leggen wat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn van de regiebehandelaar en deze in te bedden in een goede organisatie van de zorgverlening waarin samenwerking centraal staat, verwacht ik dat de kwaliteit van de zorg omhoog gaat. Het hoofdbehandelaarschap is niet langer een doel op zichzelf, maar ingebed in een goede organisatie van de zorgverlening met een heldere verantwoordelijkheidsverdeling en afspraken over samenwerking en op- en afschaling van zorg.

De kern van het advies past bovendien goed in de maatregelen die zijn geschetst in mijn brief «Kwaliteit loont»⁵, waarin ik nadere wettelijke kwaliteitseisen aankondig, in het bijzonder voor de ggz. Het advies van de commissie Meurs betrek ik bij de uitwerking van die kwaliteitseisen. Het hebben van een kwaliteitsstatuut zal een wettelijke kwaliteitseis worden voor aanbieders van curatieve ggz die zorg leveren op grond van de Zorgverzekeringswet. Vóór het zomerreces ontvangt u een voortgangsrapportage met daarin de stand van zaken van de uitwerking van de brief «Kwaliteit loont».

Op basis van dit advies van de commissie Meurs zal een model kwaliteitsstatuut uitgewerkt moeten worden. Veldpartijen zijn aan zet hiervoor. Het doel is te komen tot een modelstatuut dat ingeschreven kan worden in het register van het Kwaliteitsinstituut en een rol kan gaan spelen bij de inkoop van zorg voor 2017. Ik verwacht dat partijen aan de slag gaan met het ontwikkelen van een modelstatuut. Ik ben de commissie zeer erkentelijk dat zij als een «commissie van toezicht» wil optreden bij de ontwikkeling van een modelstatuut. Ik heb er dan ook vertrouwen in dat tijdig vóór de zorginkoop van 2017 een toetsbaar modelstatuut gereed zal zijn. Ik ga er van uit dat rond 15 september aanstaande significante stappen zijn gezet. Daar wil ik dan graag zicht op hebben. Mocht blijken dat de ontwikkeling van het statuut dan nog niet goed van de grond is gekomen, zal ik overwegen het Kwaliteitsinstituut te vragen actie te ondernemen. De verplichting voor aanbieders van ggz om een kwaliteitsstatuut te hebben zal in werking treden op 1 januari 2017.

⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 116.

De huidige regels voor het hoofdbehandelaarschap gelden voor 2014 en 2015. Om 2016 te overbruggen heb ik aan de Nederlandse Zorgautoriteit gevraagd de huidige regels voor het hoofdbehandelaarschap met een jaar te verlengen.

Ik vertrouw er op u hiermee afdoende geïnformeerd te hebben.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers