

Vergaderjaar 2018–2019

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

33 628

Forensische zorg

Nr. 480

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Ontvangen ter Griffie op 1 juli 2019.

Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 31 juli 2019.

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 juli 2019

Op 23 oktober 2018 stuurde ik u een voorhangbrief over mijn voornemen een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om invulling te geven aan een experiment voor de bekostiging van de inzet van zogenaamde «aanvullende beroepen» in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) (Kamerstukken 25 424 en 33 628, nr. 428). Dit voornemen hield verband met afspraken hierover in het «Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022» (in het vervolg van deze brief: Hoofdlijnenakkoord) en de «Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018–2021». Het ging hier om een experiment voor de bekostiging van de inzet van beroepen waarvan de tijdsinzet nu niet kan worden afgeleid naar een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) en/of een Diagnose Behandeling en Beveiligings Combinatie (DBBC) en die het meest bijdragen aan het verkorten van de wachttijden en het verhelpen van capaciteitstekorten in de ggz en/of het verminderen van personeelstekorten in de fz.

In de genoemde voorhangbrief, en in de concept-aanwijzing aan de NZa die ik destijds op basis daarvan had voorbereid, gaf ik ruimte aan de NZa om dit experiment vorm te geven op een manier die partijen (per brief van medio oktober 2018) hadden voorgesteld. Dit hield in dat de inzet van aanvullende beroepen in het experiment via zogenaamde «overige zorgproducten» of «ozp's» declarabel zou worden gemaakt. Naderhand kwamen er echter signalen dat zorgaanbieders deze vormgeving van het experiment toch niet uitvoerbaar vonden en dat partijen het experiment in de voorgenomen uitwerking niet (of weinig) zouden benutten. Ik heb u hierover per brief van 19 december 2018 geïnformeerd (Kamerstukken 25 424 en 33 628, nr. 450).

De alternatieve vormgeving waar partijen toen in een technisch overleg bij de NZa voor pleitten, stond naar mijn oordeel op gespannen voet met het Hoofdlijnenakkoord omdat die onvoldoende ondersteunend was aan de ontwikkeling van een nieuwe ggz-bekostiging en eigen uitvoerbaar-

heidsrisico's kende. Gelet op die situatie, schreef ik u op 19 december dat ik het niet zinvol vond op dat moment de betreffende aanwijzing aan de NZa te geven. Ik wilde eerst in overleg met partijen over de uitvoerbaarheid van het experiment en de interpretatie van de afspraken hierover in het Hoofdlijnenakkoord.

De afgelopen maanden heeft hierover constructief overleg plaatsgevonden. Daarbij is gebleken dat partijen een experiment met een bekostiging die ondersteunend is aan de invoering van een nieuwe prestatiestructuur, zoals was afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord, te belastend en daarom niet uitvoerbaar vinden. Partijen hebben mij daarom verzocht de mogelijkheid voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars te creëren om een experiment op te zetten dat aansluit bij de huidige DB(B)C-bekostiging. Dat betekent dat zij vragen om een experiment waarbinnen aanvullende beroepen tijd kunnen gaan schrijven die afleidt naar een DB(B)C. Partijen zien dit als de best uitvoerbare en administratief minst belastende manier om het experiment op korte termijn vorm te geven, omdat wordt aangesloten bij bestaande declaratie- en facturatieprocessen.

Hoewel dit voorstel afwijkt van wat eerder in het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken, geef ik toch graag uitvoering aan dit verzoek van partijen. Uit een recent door de NZa gepubliceerd advies voor een nieuwe bekostiging in de ggz en fz (Kamerstukken 25 424 en 33 628, nr. 460) blijkt namelijk dat voor een zorgvuldige implementatie van deze nieuwe bekostiging het genoemde experiment niet meer nodig wordt geacht. Daarmee vervalt de noodzaak om het experiment ondersteunend te laten zijn aan de (ontwikkeling van) deze nieuwe bekostiging. Daarnaast is het steeds de primaire doelstelling van het experiment geweest om daarmee op korte termijn een extra instrument te creëren, waarmee ervaren belemmeringen in de bekostiging voor de inzet van aanvullende beroepen in de ggz en fz kunnen worden weggenomen bij de bestrijding van wachttijden en capaciteits- en personeelstekorten. Gelet op de urgentie van de aanpak van wachttijden en capaciteits- en personeelstekorten wil ik dat partijen nu zo snel mogelijk en op een zo laagdrempelig mogelijke manier van dit instrument gebruik kunnen maken.

Zoals ook bleek uit mijn brief van 19 december 2018, is het voor de uitvoerbaarheid van het nieuw voorgenomen experiment nodig dat de zorgaanbieder erin slaagt met alle verzekeraars (op basis van vrijwilligheid) dezelfde afspraken te maken over het al dan niet meedoen aan het experiment en over de beroepen die in het experiment worden betrokken. Als de zorgaanbieder daar niet in slaagt, vraagt dat namelijk om complexe ICT-oplossingen die in de praktijk, naar inschatting van partijen, voor de meeste zorgaanbieders een te hoge drempel opwerpen om mee te doen aan het experiment. Partijen zijn zich hiervan bewust en vinden dit geen prohibitief gegeven voor de door hen gewenste vormgeving van het experiment.

Gelet op het voorgaande, trek ik mijn voorhangbrief van 23 oktober 2018 (Kamerstukken 25 424 en 33 628, nr. 428) hierbij in en stuur ik u deze nieuwe voorhangbrief. Ik doe dat mede namens de Minister voor Rechtsbescherming. Hieronder zal ik mijn nieuwe voornemen tot het geven van een aanwijzing aan de NZa verder toelichten.

Voornemen tot het geven van een aanwijzing

Gelet op artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) informeer ik u hierbij over de aangepaste zakelijke inhoud van mijn voornemen een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te

geven om op grond van artikel 58 van de Wmg in haar regelgeving nadere invulling te geven aan het genoemde experiment. Dit doe ik mede namens de Minister voor Rechtsbescherming voor zover het de forensische zorg betreft.

Aanleiding

Op 12 juli 2018 heb ik het Hoofdlijnenakkoord GGZ (Kamerstuk 25 424, nr. 420) naar de Tweede Kamer gestuurd. In dit Hoofdlijnenakkoord wordt onder andere geconstateerd dat de bestaande (behandel)capaciteit in de ggz beter ingezet kan worden om bij te dragen aan het oplossen van tekorten aan specifieke behandelcapaciteit en crisisdiensten en aan het terugdringen van te lange wachttijden. In het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat partijen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vragen een bekostigingsexperiment in de curatieve ggz uit te voeren:

«Partijen verzoeken de NZa in 2019 een bekostigingsexperiment uit te voeren dat ondersteunend is aan de invoering van een nieuwe prestatie-structuur en waarin de beroepen die het meest bijdragen aan het verkorten van de wachttijden declarabel worden. In ieder geval gaat het dan om ervaringsdeskundig medewerkers, HBO-psychologen en de geregistreerde psychodiagnostisch medewerkers. Als blijkt dat deze afbakening juridisch niet houdbaar is, dan wordt een andere afbakening van het experiment gekozen. Dit experiment vindt plaats binnen gecontracteerde zorg en inzet van de betrokken beroepsgroepen valt onder supervisie van de regiebehandelaar zodat de kwaliteit van zorg geborgd is.»

In de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018–2021 (Kamerstuk 33 628, nr. 34) is de volgende passage opgenomen:

«De inzet van ervaringsdeskundigen [...] wordt bevorderd. Dit gebeurt onder andere door het mogelijk maken van het registreren van een niet-BIG consult door ervaringsdeskundigen in de aanpassing van het bekostigingsmodel.»

Voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars biedt een bekostigingsexperiment de gelegenheid om meer ervaring op te doen met de gepaste inzet van aanvullende beroepen in de gespecialiseerde ggz en forensische zorg, waarvan de tijdsinzet op dit moment nog niet kan worden afgeleid naar een DBC en/of DBBC. Deze aanvullende beroepsbeoefenaren kunnen, onder regie van de regiebehandelaar, in het kader van het experiment taken overnemen van of ondersteuning bieden aan andere professionals (taakherschikking), wat kan bijdragen aan het terugdringen van wachttijden en de aanpak van capaciteits- en personeelstekorten.

Bij de vormgeving van het experiment zijn enkele elementen van belang: de afbakening, prestaties, tariefsoort, kwaliteitsborging en de positie van de patiënt, het macrobeheersinstrument, de (tussentijdse) monitoring en eindevaluatie en de start en duur van het experiment. Op deze aspecten zal ik nu ingaan.

Afbakening

Gezien de afspraken die zijn gemaakt in het Hoofdlijnenakkoord en de Meerjarenovereenkomst, is het gewenst om zo snel mogelijk in 2019 een bekostigingsexperiment mogelijk te maken binnen de gespecialiseerde ggz en de forensische zorg. Binnen deze werkgebieden oefenen diverse professionals een beroep uit waarvan de ingezette tijd nu niet afleidt naar een DBC of DBBC.

In het Hoofdlijnenakkoord en de Meerjarenovereenkomst worden beroepen genoemd die volgens partijen toegevoegde waarde kunnen hebben bij het terugdringen van capaciteitstekorten, personeelstekorten en wachttijden. In het bijzonder worden hierbij de ervaringsdeskundige, HBO-psycholoog en geregistreerd psychodiagnostisch medewerker genoemd. In het Hoofdlijnenakkoord is ook overeengekomen dat de inzet van specifieke beroepen in de ggz declarabel zal worden en dat partijen het op zich nemen om, uit het oogpunt van kwaliteit van zorg, de inzet van specifieke beroepen in de ggz te onderbouwen in een landelijke veldnorm.

Van overheidswege ziet de afbakening van het experiment daarom op alle aanvullende beroepsbeoefenaren in de gespecialiseerde ggz en forensische zorg die nu geen declarabele minuten kunnen schrijven. Zorgverzekeraar en zorgaanbieder krijgen hierbij de ruimte om onderling af te spreken welke aanvullende beroepen zij precies wel of niet in hun experiment willen betrekken. Zorgverzekeraar en zorgaanbieder kunnen zo desgewenst nader met elkaar afstemmen of met behoud van kwaliteit van zorg (ook) andere beroepen dan reeds genoemd in het Hoofdlijnenakkoord en de Meerjarenovereenkomst kunnen worden betrokken in het bekostigingsexperiment.

Prestaties en tariefsoort

De prestaties die binnen het experiment gedeclareerd mogen worden (de experimentprestaties) zijn, op één verschilpunt na, identiek aan de DBC's en DBBC's die buiten het experiment gedeclareerd mogen worden. De experimentprestaties krijgen hetzelfde maximumtarief en zijn onderhavig aan dezelfde regelgeving, met het verschil dat op de DBC's en DBBC's die in het kader van het experiment mogen worden gedeclareerd, ook aanvullende beroepen declarabele tijd mogen schrijven. Het gaat daarbij uitsluitend om aanvullende beroepen die de zorgaanbieder en zorgverzekeraar volgens hun overeenkomst bij het experiment willen betrekken. Deze experimentprestaties mogen door de zorgaanbieder alleen in rekening worden gebracht bij de zorgverzekeraar(s) waarmee de betreffende overeenkomst is afgesloten.

Binnen het experiment is dubbele bekostiging niet toegestaan. Op dit moment wordt de inzet van aanvullende beroepen bekostigd via een opslag voor ondersteunend personeel die verdisconteerd is in de DBC- en DBBC-tarieven. In het kader van het experiment mogen aanvullende beroepen echter ook tijd gaan schrijven op de DBC's en DBBC's. Om dubbele bekostiging te voorkomen moeten zorgverzekeraar en zorgaanbieder daarom een adequate afslag afspreken op de maximumtarieven van de DBC's en/of DBBC's die in het kader van het experiment mogen worden gedeclareerd. De NZa zal met het oog hierop voorwaarden stellen aan de deelnemers.

Kwaliteitsborging en de positie van de patiënt

Elke behandeling in de geneeskundige ggz, waaronder dus ook de behandelingen die plaatsvinden binnen dit bekostigingsexperiment, moeten voldoen aan de eisen uit het zogenaamde Kwaliteitsstatuut. Hierin is onder andere vastgelegd dat in de gespecialiseerde ggz het behandelplan moet worden vastgesteld door een regiebehandelaar, onder wiens supervisie de overige behandelaren functioneren. Ook de deelnemende beroepsbeoefenaren in het experiment werken onder supervisie.

Een patiënt mag altijd vragen om een andere behandeling of behandelaar, ook bij een behandeling die plaatsvindt binnen het bekostigingsexperiment. De patiënt kan dit aankaarten bij de behandelaar en/of de

overkoepelende zorgaanbieder. Als de patiënt dat niet wil, wanneer het verzoek van de patiënt niet wordt gehonoreerd of wanneer de patiënt zich niet gehoord voelt, kan hij of zij dat melden bij de klachtenfunctionaris of in het uiterste geval bij het Landelijk Meldpunt Zorg.

Op deze manieren is geborgd dat de patiënt door dit bekostigingsexperiment niet in een nadeliger positie komt te verkeren.

Macrobeheersinstrument

Voor zover het bekostigingsexperiment ziet op gespecialiseerde ggz vindt het plaats binnen het macrobudgettair kader voor de geneeskundige ggz (28 november 2013, Stcrt. 2013, nr. 34324).

(Tussentijdse) monitoring en eindevaluatie

Na afloop van het experiment vindt een evaluatie plaats. Tijdens de looptijd van het experiment inventariseert de NZa in elk geval hoeveel zorgaanbieders met een verzekeraar een afspraak hebben gemaakt om aan het experiment deel te nemen, welke beroepen zij bij het experiment betrekken en hoeveel prestaties er voor de inzet van welke beroepen gedeclareerd zijn. Het gebruik van het experiment zal door de NZa in samenhang worden gezien met het gebruik van de reeds bestaande mogelijkheid om de inzet van aanvullende beroepen te financieren (het gaat hier om de mogelijkheid om hiervoor hogere DBC-tarieven af te spreken, binnen de grenzen die de regelgeving aan de tarieven stelt).

Start en duur van het experiment

Het experiment treedt zo snel mogelijk in 2019 in werking. Ook later, gedurende de looptijd van het experiment, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars nog besluiten mee te doen aan het experiment en hierover een overeenkomst sluiten.

Een experiment kan maximaal vijf jaar duren. De definitieve duur van dit bekostigingsexperiment staat nog niet vast. Het bekostigingsexperiment vormt een opmaat naar een structurele bekostiging voor de inzet van specifieke beroepen. Zoals afgesproken in het Hoofddlijnenakkoord is een voorwaarde voor een structurele bekostiging dat partijen de inzet van specifieke beroepen, vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg, onderbouwen in een landelijke veldnorm. De planning van partijen is er nu op gericht om deze veldnorm in de loop van 2020 op te leveren.

Aanwijzing

Ik ben voornemens om, mede namens de Minister voor Rechtsbescherming, de NZa met een aanwijzing op grond van artikel 58 van de Wmg op te dragen in haar beleidsregels de mogelijkheid op te nemen om af te wijken van de reguliere bekostiging van gespecialiseerde ggz en forensische zorg.

Ik zal in mijn aanwijzing de NZa het volgende opdragen:
Om in het kader van een bekostigingsexperiment zo snel mogelijk in 2019 prestaties vast te stellen waarmee het mogelijk wordt gemaakt dat zorgverlenende beroepen die dat nu (nog) niet kunnen tijd kunnen schrijven die afleidt naar een DBC of DBBC. Deze prestaties krijgen een maximumtarief dat identiek is aan het maximumtarief van de corresponderende DBC's en DBBC's.

De zorgaanbieder en zorgverzekeraar leggen hun afspraken over dit experiment vast in een overeenkomst. De NZa stelt voorwaarden om dubbele bekostiging uit te sluiten. Het macrobudgettair kader voor de geneeskundige ggz (28 november 2013, Stcrt. 2013, nr. 34324) is van toepassing voor zover het bekostigingsexperiment ziet op gespecialiseerde ggz.

De NZa verzorgt de tussentijdse monitoring en de eindevaluatie van het experiment.

Overeenkomstig artikel 8 van de wet zal tot het geven van de aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

Ik ben verheugd dat dit experiment een extra handvat biedt bij de aanpak van de huidige wachttijdenproblematiek.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis