

Vergaderjaar 2011–2012

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 397

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 juni 2012

Op 5 juni 2012 heeft u mij gevraagd om vóór het Algemeen Overleg van 27 juni 2012 een stand-van-zakenbrief te sturen over Stichting Europsyche (hierna: «Europsyche»). Bij deze geef ik gehoor aan uw verzoek. U heeft mij gevraagd daarbij ook in te gaan op de waarborging van de continuïteit van zorg. Daartoe wil ik u verwijzen naar mijn brief van 12 juni 2012 (Kamerstuk 29 689, nr. 393), waarmee ik u daarover heb ingelicht.

Daarnaast heb ik op 7 februari 2012, naar aanleiding van de berichten dat Europsyche ten laste van de basisverzekering alternatieve geneeswijzen zou declareren, de beide betrokken toezichthouders (IGZ en de NZa) gevraagd een onderzoek te doen naar Europsyche en vergelijkbare aanbieders. Ik heb hen verzocht te onderzoeken in hoeverre deze aanbieders in hun functioneren voldoen aan alle geldende wettelijke kaders en mij daar over te informeren. Inmiddels heb ik zowel van de NZa als de IGZ de resultaten van deze onderzoeken ontvangen. Ik heb de brieven van NZa en IGZ bijgevoegd¹, en zal u informeren over de conclusies die ik daaruit trek.

Wat voor type organisatie is Europsyche?

Europsyche afficheert zich op haar website als «een landelijk erkende instelling in de GGZ in de tweedelijns zorg die professionele hulp biedt aan mensen met psychische problemen». Met het predicaat «landelijk erkende instelling» verwijst zij vermoedelijk naar het feit dat zij een toelating in het kader van de WTZi heeft verworven.²

Europsyche bestaat uit een Raad van Toezicht, een Raad van Bestuur en heeft drie medewerkers. Europsyche is een netwerkorganisatie (in de berichtgeving ook wel de «verlengde arm constructie» genoemd). Dat wil zeggen dat zij raamovereenkomsten heeft met verschillende hulpverleners. Het gaat om circa 1 200 over het hele land verspreide hulpverleners en/of praktijken van hulpverleners. Via haar website stelt zij zich

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Overigens stelt de Wtzi geen kwaliteitseisen. De belangrijkste eisen voor toelating zijn de transparantie van bestuursstructuur en bedrijfsvoering. De IGZ ziet toe op kwaliteit en veiligheid. De controle op juistheid van declaraties is primair belegd bij de zorgverzekeraar.

open voor cliënten/patiënten met zeer uiteenlopende psychische hulpvragen. Europsyche verbindt via het netwerk dat zij zo heeft opgebouwd hulpverleners uit heel Nederland met hulpvragers uit heel Nederland. Zoals de IGZ terecht observeert, functioneert Europsyche in feite als een makelaar. In 2011 waren zo'n 10 000 cliënten in behandeling bij de bij Europsyche aangesloten hulpverleners. Europsyche kende een jaaromzet van zo'n 14 miljoen euro.

Europsyche opent voor de patiënten die zorg ontvangen bij de bij haar aangesloten hulpverleners een diagnosebehandelcombinatie (dbc) onder verantwoordelijkheid van een bij Europsyche aangesloten hoofdbehandelaar. Declaratie/facturering vindt plaats via de zorgverzekering van de patiënt. De gelden worden door de zorgverzekeraar aan Europsyche overgemaakt. Europsyche betaalt vervolgens door aan de aangesloten hulpverleners. Europsyche behoudt een deel van het uitbetaalde bedrag per hulpverlener voor de eigen organisatie. In ruil hiervoor biedt zij aangesloten hulpverleners a) een instroom van patiënten b) coaching c) een platform voor kennisuitwisseling d) (digitale en steekproefgewijze) kwaliteitscontrole op diagnostiek/behandelvoortgang en e) neemt zij hen het declaratieproces uit handen.

Overigens is aannemelijk dat de activiteiten van Europsyche vanwege het faillissement ondertussen goeddeels zijn stilgevallen.

Stand van zaken

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor controle op rechtmatigheid en doelmatigheid van zorgdeclaraties. Ik vind het heel belangrijk dat verzekeraars deze rol goed uitvoeren. Het is immers van het grootste belang dat geld dat is bestemd voor collectief verzekerde zorg ook daadwerkelijk aan verzekerde zorg wordt besteed die kwalitatief goed en doelmatig is. Verschillende verzekeraars, waaronder CZ, hebben naar aanleiding van signalen van hulpverleners, patiënten en media diepgaand dossieronderzoek bij Europsyche verricht.

Vanwege de constatering dat een groot deel van de declaraties onterecht was, hebben de zorgverzekeraars de uitbetalingen aan Europsyche tot nader order opgeschort. Europsyche heeft daarop verschillende zaken aangespannen tegen de zorgverzekeraars. In het kort geding tegen CZ over het niet uitbetalen van de declaraties, is de verzekeraar door de rechtbank op alle punten in het gelijk gesteld.

Vanwege financiële problemen ontstaan door het niet uitbetalen van de declaraties door de zorgverzekeraars, heeft Europsyche faillissement moeten aanvragen. Op 6 juni 2012 is Europsyche door de rechtbank in Rotterdam failliet verklaard.

Ik constateer dat zorgverzekeraars in deze casus goed hun verantwoordelijkheid hebben genomen om de rechtmatigheid en doelmatigheid van zorgdeclaraties te controleren. De resultaten van het onderzoek en de uitspraak van de rechtbank tonen aan dat zij ook in voldoende mate geëquipeerd zijn om deze verantwoordelijkheid waar te maken. Dat is een goed teken.

Daarbij moet opgemerkt worden dat de onderzoeken van NZa en IGZ wel degelijk een aantal onvolkomenheden in het systeem hebben blootgelegd. Ik vat nu kort de onderzoeksresultaten en aanbevelingen van NZa en IGZ samen. Voor de details van beide onderzoeken verwijs ik u naar bijgevoegde stukken. Tot slot zal ik mijn conclusies naar aanleiding van deze casus en de onderzoeken van IGZ en NZa met u delen.

Onderzoek NZa

De NZa heeft onderzoek verricht naar de werkwijze van Europsyche en de bevindingen van ziektekostenverzekeraar CZ. De NZa constateert dat er drie vormen van mogelijke onrechtmatigheid te onderscheiden zijn:

- 1) de regels voor het openen van een dbc zijn niet gevolgd doordat hoofdbehandelaren niet aan de eisen voldeden,
- 2) zorg die niet aan de kwalitatieve eisen van adequate zorg voldoet is gedeclareerd, of
- 3) zorg die niet valt onder verzekerde zorg is wel als zodanig gedeclareerd.

Ad 1)

De NZa stelt dat volgens de regelgeving omtrent het declareren van zorg binnen de GGZ een in het kader van artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) geregistreeerde zorgaanbieder verantwoordelijk is voor de opening van een dbc. Verzekeraars hebben evenwel de ruimte om in de polisvoorwaarden aanvullende eisen te stellen. CZ heeft in haar polisvoorwaarden opgenomen dat er alleen een DBC geopend mag worden onder verantwoordelijkheid van een psychiater of zenuwarts. De polisvoorwaarden bepalen dat indien aan deze voorwaarde niet is voldaan de zorgkosten niet door CZ behoeven te worden vergoed. Uit het onderzoek van CZ bleek dat 277 van de 281 onderzochte gevallen niet voldeden aan dit onderdeel van de polisvoorwaarden.

Aangezien het onderzoek van CZ zulke heldere conclusies heeft opgeleverd en het stelsel van controle uitgaat van primair onderzoek door de verzekeraar, heeft NZa haar eigen onderzoek bij Europsyche geschorst.

Ad 2)

De NZa constateert dat toezicht op kwaliteit onder de verantwoordelijkheid valt van de IGZ. Voor dit punt verwijst de NZa dan ook naar het onderzoek van de IGZ, waarover hieronder meer.

Ad 3)

De NZa heeft niet nader onderzocht of er zorg is gedeclareerd die onverzekerd is, aangezien de rechter reeds heeft geoordeeld dat CZ de declaraties niet hoeft uit te betalen en aangezien Europsyche ondertussen failliet is gegaan.

De NZa heeft naar aanleiding van het onderzoek naar Europsyche een aantal aanbevelingen gedaan over punten in de regelgeving voor aanscherping in aanmerking kunnen komen. Deze gaan over:

- verruiming van controlemogelijkheden voor verzekeraars;
- pakketafbakening; de NZa constateert dat de pakketafbakening niet in alle gevallen scherp is. Daarnaast geeft de NZa in haar rapport aan dat de zorgaanbieder op de factuur aan zou moeten geven of het om verzekerde zorg gaat of niet.
- polisvoorwaarden en regelgeving; de NZa geeft aan dat CZ in de polisvoorwaarden goed had aangegeven welke zorgaanbieder mag declareren en beveelt aanscherping van de regelgeving op dit punt aan.

De NZa onderzoekt nu verder hoe zorgverzekeraars in hun polissen aanvullende voorwaarden hebben gesteld en hoe ze hun controles hebben ingericht en de daadwerkelijke werking hiervan. Dit onderzoek

levert enerzijds inzicht in hoe via de polisvoorwaarden de ongewenste constructies kunnen worden bestreden en anderzijds ondermeer nader inzicht in knelpunten die verzekeraars bij de controles ervaren. Ook doet de NZa bij enkele zorgaanbieders onderzoek om inzicht te krijgen op meer of andere ongewenste constructies om dit te gebruiken bij het ontwerpen van een integraal robuust systeem en het toetsen van het handelen van verzekeraars. NZa verwacht aan het einde van dit jaar te kunnen berichten over de uitkomsten hiervan.

Onderzoek IGZ

De IGZ constateert dat de signalen omtrent Europsyche van onverzekerde zorg primair op de declaratie van onverzekerde zorg wijzen.¹ De focus van de IGZ ligt op de veiligheid en kwaliteit van zorg. Aangezien de wijze van declareren wel degelijk belangrijke informatie kan geven over risico's op het gebied van kwaliteit en veiligheid van zorg, heeft de IGZ besloten Europsyche te toetsen aan de beschikbare wettelijke waarborgen en relevante veldnormen. De IGZ heeft daarbij de nadruk gelegd op de invulling van het hoofdbehandelaarschap.

De IGZ heeft moeten concluderen dat er, met name op het gebied van het hoofdbehandelaarschap, sprake is van ontbrekende, lacunaire, en (innerlijk) tegenstrijdige wettelijke kaders en regelgeving.

De IGZ constateert daarnaast dat naar haar opvatting Europsyche met haar constructie de eisen die de IGZ zou willen stellen op het gebied van verantwoordelijke zorgverlening omzeilt. De IGZ doet mij om die reden een tweetal aanbevelingen:

- A. IGZ verzoekt tot het bij wet of veldnorm definiëren van het begrip hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ, in de zin van kwalificatie van de betreffende beroepsbeoefenaar, vanuit het perspectief van veiligheid en kwaliteit van zorg.
- B. De IGZ verzoekt tot het bij wet of geaccepteerde veldnorm vaststellen van de eisen waaraan adequate invulling van het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ moet voldoen. De IGZ denkt daarbij in aansluiting op het tuchtrecht aan de volgende eisen:
 1. De hoofdbehandelaar is degene die de diagnose stelt.
 2. De hoofdbehandelaar is belast met de regie van de behandeling van de cliënt/patiënt.
 3. De hoofdbehandelaar laat zich door andere behandelaren zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de cliënt/patiënt informeren en toetst of de activiteiten van alle genoemde anderen bijdragen aan de behandeling van de cliënt/patiënt en passen binnen het door de hoofdbehandelaar opgestelde behandelplan, op geleide van de door de hoofdbehandelaar opgestelde diagnosestelling.
 4. Hoofd- en nevenbehandelaren treffen elkaar daadwerkelijk en in (multidisciplinair) teamverband, met (dagelijkse/de daartoe noodzakelijke) frequentie, zodat de hoofdbehandelaar de hiervoor gestelde eis (3) kan waarmaken.
 5. De hoofdbehandelaar ziet erop toe dat in alle fasen van het traject dossiervoering plaatsvindt conform de daaraan te stellen eisen.
 6. Het spreekt voor zich dat voor het goed vervullen van de rol van hoofdbehandelaar, inzicht in de (dagelijkse/frequente) voortgang van de behandeling van de cliënt/patiënt noodzakelijk is. Het aan het eind van de behandeling toetsen of de concreet omschreven behandeldoelen zijn bereikt, maakt deel uit van de afsluiting van de behandeling, die de hoofdbehandelaar standaard voor zijn/haar rekening neemt.

¹ De IGZ heeft overigens in één gerelateerde casus vastgesteld dat de gedeclareerde zorg geen verzekerde zorg betrof, te weten de casus Different. Hierover heb ik u reeds op 5 juni geïnformeerd (CZ-3117930). Aanleiding voor het IGZ onderzoek was in dat geval de vraag of er sprake was van onveilige zorg. De IGZ constateerde geen risico's voor cliënten, maar heeft wel geconcludeerd dat door Different geen verzekerde zorg wordt geleverd.

Wanneer deze aanbevelingen worden opgevolgd zal de IGZ in de toekomst beter handhavend kunnen optreden op dit gebied. De IGZ kondigt aan in gesprek te willen treden met de ggz-sector over het vaststellen van een dergelijke veldnorm. Voorlopig zal de IGZ, wanneer zich incidenten voordoen of mocht zij meldingen ontvangen van risicovolle situatie, terugvallen op een toetsingskader zoals onder aanbeveling B geformuleerd.

Conclusies en vervolgstappen

Zoals ik eerder al aangaf toont het optreden van de verzekeraars tegen Europsyche, en de goedkeuring daarvan door de rechter, aan dat het stelsel op hoofdlijnen goed functioneert. Tegelijkertijd hebben de onderzoeken van CZ, NZa en IGZ ook een aantal lacunes en onduidelijkheden in de publiekrechtelijke wet- en regelgeving blootgelegd. Ik ben deze organisaties daar zeer erkentelijk voor, aangezien dit mij aanknopingspunten biedt om het systeem verder te verbeteren, zodat de kwaliteit van de zorg nog beter wordt gegarandeerd, en zodat niet langer declaraties worden ingediend voor zorg die niet verzekerd is. Ik neem de aanbevelingen van de NZa en de IGZ ter harte.

Ik zal over de aanbevelingen van de NZa op korte termijn in gesprek gaan met de betrokken partijen. Gezien de ervaringen in deze casus acht ik het daarnaast wenselijk dat de geldende publiekrechtelijke regelgeving omtrent het declareren wordt aangescherpt en eenduidiger wordt gemaakt. Ik zal de NZa verzoeken dit met spoed op te pakken voor wat betreft de regelgeving die onder haar verantwoordelijkheid valt, zoals de dbc ggz regels.

Uit het onderzoek van de IGZ is gebleken dat de regelgeving over het hoofdbehandelaarschap onvoldoende is. Juist een goede invulling van het hoofdbehandelaarschap is van groot belang voor de borging van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg, en de veiligheid van de patiënt. Gelet op het feit dat er meer vergelijkbare organisaties zijn is het van groot belang dit voortvarend op te pakken. Ik wil dit zo snel mogelijk oplossen, en zal de beide aanbevelingen van de IGZ op dit punt dan ook opvolgen.

Ik ondersteun de eis die de IGZ zou willen stellen vanuit het perspectief van verantwoorde zorgverlening, namelijk dat een GGZ-gerelateerde BIG-professional (te weten een BIG-geregistreerd psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog of GZ-psycholoog¹) altijd regievoerend hoofdbehandelaar dient te zijn, die zijn taak uitvoert aan de hand van enkele strikte kwaliteitseisen, zodra sprake is van tweedelijns GGZ. Ik zal bezien of het begrip hoofdbehandelaar in de tweedelijns ggz het beste bij wet of bij veldnorm gedefinieerd kan worden. Ik streef ernaar dat de kwaliteits- en bekostigingsregelgeving in dit kader goed op elkaar aansluiten. Daarnaast ga ik veldpartijen vragen om zo snel mogelijk in gesprek te gaan met de IGZ over adequate invulling van het hoofdbehandelaarschap, en nog dit jaar met een veldnorm hiervoor te komen.

Ik wil benadrukken dat veel van de geconstateerde onvolkomenheden van het stelsel al veel langer mijn aandacht hebben. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan de grote kostengroei in de ggz, de onvoldoende duidelijke scheiding tussen basiszorg en gespecialiseerde ggz, en de onduidelijke afbakening van het verzekerde pakket.

Ik heb reeds een aantal grote acties in gang gezet om hier verbetering in te brengen. Zo heb ik het CVZ pakketadviezen gevraagd. In aansluiting op het eerste rapport van het CVZ «Geneeskundige GGZ (deel 1): wat is nu

¹ De definitieve opsomming dient bij wet of via veldnorm overeen te worden gekomen.

verzekerde zorg en wat niet?» (6 april 2012) zal het CVZ voorstellen voor een scherpere afbakening van de curatieve GGZ in de Zvw uitwerken in het najaar 2012. Verder wordt bij declaratie vanaf 2013 voor aanbieder en verzekeraar direct inzichtelijk of het om verzekerde of onverzekerde zorg gaat. Zoals in de somatiek al gebruikelijk is, worden vanaf dat moment dbc's in de ggz rood of groen gekleurd, «rood» voor onverzekerde zorg, «groen» voor verzekerde zorg.

Daarnaast heb ik recent een bestuurlijk akkoord met het veld gesloten. Daarin zijn goede afspraken gemaakt waardoor de zorgverzekeraars beter in positie worden gebracht. De sector heeft afgesproken dat er één taal is voor kwaliteit, en dat de uitkomsten onderling vergelijkbaar zijn. Er wordt gewerkt aan een zinvolle en robuuste gegevensarchitectuur. Vanaf 2013 wordt de informatie die zorgverzekeraars echt op individueel niveau nodig hebben voor het inkoop- en verkoopproces gepseudonimiseerd aangeleverd. Vanaf 2014 moet zorgvraagzwaarte op persoonsniveau inzichtelijk worden. Hierdoor krijgt de zorgverzekeraar veel meer inzicht in de geleverde zorg dan nu het geval is.

Ook hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders afgesproken om landelijk in 2012 criteria vast te stellen waaronder taakherschikking en taakdelegatie plaatsvindt en wat de rol van de hoofdbehandelaar is (mede in het licht van de verlengde-arm-constructie). Het streven moet zijn dat de zorg steeds geboden wordt door de hulpverlener die daartoe het best geëquipeerd is en die de zorg het meest doelmatig kan bieden.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

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