

Vergaderjaar 2020–2021

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 578

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 26 november 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 14 september 2020 over uitwerking en besluit nieuwe bekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) (Kamerstuk 25 424, nr. 552) en de brief van 6 oktober 2020 over aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de nieuwe bekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) (Kamerstuk 25 424, nr. 554).

De vragen en opmerkingen zijn op 30 oktober 2020 aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 25 november 2020 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	Blz. 2
II.	Reactie van de Staatssecretaris	11

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brieven van de Staatssecretaris. Graag willen zij de Staatssecretaris een aantal vragen voorleggen.

Uitwerking en besluit nieuwe bekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz)

De leden van de VVD-fractie lezen dat de Staatssecretaris voornemens is om het nieuwe zorgprestatie­model in te voeren per 2022. Deze leden zijn tevreden over deze ontwikkeling, maar zij vragen wel hoe de Staatssecretaris de komende twee jaar gaat zorgen dat betrokken partijen voldoende meegenomen worden in deze nieuwe bekostiging, zeker nu de NZa aangeeft dat op het gebied van de zorgvraagtypering geen overeenkomst is bereikt tussen betrokken veldpartijen. Genoemde leden hebben gezien dat de implementatie van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvgz) de afgelopen tijd veel discussie heeft veroorzaakt. Hoe gaat de Staatssecretaris zorgen dat de nieuwe bekostiging, die op papier veelbelovend is, in de praktijk ook gaat werken? Wordt dit voorstel nu breed gedragen en is het gehele veld nauw betrokken bij de voorbereiding richting daadwerkelijke invoering?

De leden van de VVD-fractie zijn ook content over het feit dat de financiering van digitale zorg een plek krijgt in het zorgprestatie­model. Is er al gebruikgemaakt van de mogelijkheid om een facultatieve prestatie aan te melden bij de NZa of heeft de Staatssecretaris signalen dat partijen voornemens zijn dit te doen, zo vragen deze leden. Is de Staatssecretaris het eens met genoemde leden dat financiering van digitale zorg op deze wijze stimulering verdient en zo ja, hoe is de Staatssecretaris voornemens om daar invulling aan te geven?

De zorgvraagtypering zou per 2024 stabiel zijn en tegemoetkomen aan de gestelde gebruiksdoelen, zo lezen de leden van de VVD-fractie. Hoe gaat de Staatssecretaris tussen 2022 en 2024 ervoor zorgen dat er passende zorg geleverd wordt en dat er zo min mogelijk sprake is van ongepast gebruik? Genoemde leden vragen hoe de Staatssecretaris hierop gaat toezien.

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre mensen met seksuele klachten die veroorzaakt worden door andere dan lichamelijke oorzaken, denk aan trauma's rondom misbruik, terecht kunnen bij seksuologen. Hoe verloopt dat doorverwijsproces bij de huisarts en hoe zorgt de Staatssecretaris dat mensen met deze problemen niet onnodig lang in een doorverwijstraject zitten?

In hoeverre heeft de beslissing om het zorgprestatie­model in te voeren budgettaire consequenties voor de begroting van Justitie en Veiligheid? Hoe verhoudt invoering van het zorgprestatie­model als nieuwe methode voor bekostiging van de forensische zorg zich tot de bijdrage aan de Dienst Justitiële Inrichtingen voor de Forensische zorg de komende jaren, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de nieuwe bekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz)

De leden van de VVD-fractie lezen dat de NZa nog «een aantal technische criteria gaat vaststellen om definitief te bepalen welke beroepen binnen het zorgprestatie­model consul­ten kunnen registreren». Welke criteria zijn dit? Hoe worden deze vastgesteld en is het Ministerie van VWS daarbij betrokken? In hoeverre wordt het veld betrokken bij het vaststellen van de criteria, zo vragen deze leden.

De psychodiagnostisch werkende (PDW) wordt in de brief aangemerkt als «een van de aanvullende beroepen die kunnen bijdragen aan het verkorten van de wachttijden en daarvoor beter gefaciliteerd worden». Wat wordt bedoeld met deze «betere facilitering»?

Het veld is eensgezind over het belang van de psychodiagnostisch werkenden voor goede diagnostiek. Deelt de Staatssecretaris de mening dat verdere uitwerking van criteria door de NZa er niet toe mag leiden dat de PDW alsnog buiten de aangemerkte tijdschrijvende beroepen valt? Is de Staatssecretaris het eens met de leden van de VVD-fractie dat het voor goede diagnostiek van groot belang is dat de psychodiagnostisch werkenden zelfstandig consul­ten kunnen schrijven, om te voorkomen dat instellingen ervoor kiezen een duurder psycholoog in te zetten voor diagnostiek, terwijl deze beter ingezet kan worden als (regie)behandelaar? En dat er nu met de nieuwe bekostiging er een grote kans ligt om de positie van de PDW na jaren van onzekerheid en marginalisering eindelijk goed te regelen?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik de Staatssecretaris een aantal aanvullende vragen te stellen over uitwerking en besluit nieuwe bekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg.

De leden van de CDA-fractie zijn positief gestemd dat door het nieuwe bekostigings­stelsel de administratieve lastendruk wordt verminderd en er ruimte komt om kostendekkend te werken zodat bij de zwaardere ggz problematieken de wachtlijsten kunnen worden teruggedrongen.

Kan de Staatssecretaris met enkele praktijkvoorbeelden in kaart brengen wat de verschillen zijn tussen de huidige en de nieuwe situatie?

Genoemde leden lezen in de uitwerkings­brief van de NZa dat er ook meer mogelijkheden worden geboden om digitaal te gaan werken. Deze leden kunnen zich voorstellen dat dit bij bepaalde patiëntengroepen of problematieken een goede manier is om contact met de patiënt te houden en ondersteuning te bieden. De leden van de CDA-fractie vragen hierbij wel wie er nu gaat bepalen bij welke patiëntengroepen of bij welke problematieken digitale ondersteuning behulpzaam is tijdens de behandeling en bij welke groep dat niet zo is. Dit vragen deze leden naar aanleiding van opmerkingen van de Algemene Rekenkamer, namelijk dat financiële prikkels in de bekostiging van de ggz het voor de zorgaanbieders onaantrekkelijk maken zich ook te richten op patiënten met zware problemen.

In de brief van de NZa staat dat het zorgprestatie­model wordt ingevoerd per januari 2022, maar dat men nog niet uit de nieuwe typering van de zorgvraag van de patiënt is. Hier is geen consensus over bereikt. Waarom is er (nog) geen consensus bereikt? Waarom denkt men dan toch te kunnen starten per 1 januari 2022? Wat gebeurt er als er op 1 januari 2022 geen consensus is bereikt? Hoe kunnen zorgverzekeraars of patiënten zelf dan controleren of de zorg passend is?

Vervolgens lezen de leden van de CDA-fractie dat er grote herverdelings­effecten kunnen gaan ontstaan en dat zorgverzekeraars werken aan een

overgangsmoedel. Er wordt een zogenaamde veldafpraak gemaakt. Wat wordt bedoeld met veldafpraak? Hoelang gaat het overgangsmoedel gebruikt worden? En heeft dit effect op het functioneren van het nieuwe bekostigingssysteem per 1 januari 2022? Deze leden begrijpen dat hier geen extra financiële middelen voor nodig zijn, maar gaat dit dan niet ten koste van de huidige populatie die bij de ggz in zorg is?

In het hoofdlijnenakkoord staat dat partijen functiedifferentiatie en taakherschikking gaan benutten maar de psychodiagnostisch werkenden die er juist op gericht zijn om bij complexe situaties een diagnose te stellen worden buitengesloten. Welke erkende beroepen kunnen nu en straks een declarabel consult registreren?

De conclusie van de NZa is dat de invoering van het zorgprestatie-model leidt tot een betere beheersing van de macrobeheerskosten. Maar hangt dat er niet mede van af, of de typering van de zorgvraag van de patiënt meegenomen wordt?

De Staatssecretaris stelt dat het zorgprestatie-model minder ruimte laat voor zorgaanbieders om door strategisch te declareren opbrengsten te maximaliseren, met name voor ongecontracteerde zorgaanbieders. Kan de Staatssecretaris dit uitgebreider toelichten?

Ook stelt de Staatssecretaris dat ongecontracteerde zorgverleners/zorgaanbieders dan eerder een contract met de zorgverzekeraar afsluiten. Dat is een positieve ontwikkeling maar werkt dit ook de andere kant op: zijn zorgverzekeraars dan ook eerder geneigd kleine zorgaanbieders en eenpitters dankzij dit nieuwe bekostigingssysteem een contract aan te bieden? Kan dat worden toegelicht?

Onlangs hebben de leden van de CDA-fractie vragen ingediend over het kwaliteitsregister. Daarbij is onder andere geconstateerd dat de crisis ggz niet meedoet aan dit kwaliteitsregister. De crisis ggz doet toch wel mee aan dit bekostigingssysteem? Deelt de Staatssecretaris de mening dat ten behoeve van de evaluatie van de kwaliteit inzicht in het gehele behandeltraject juist wel sterk is gewenst?

In het kader van monitoring en controle van fouten en fraude acht de Staatssecretaris van groot belang:

1. dat er een eenduidige en duidelijke uitwerking van alle onderdelen van het model is zodat er zo min mogelijk ruimte is voor interpretatieverschillen,
2. de kwaliteit van de data van zorgaanbieders,
3. de controlemogelijkheden bij zorgverzekeraars,
4. en de grotere rol van de patiënt.

In de nadere uitwerking en in de implementatie van het zorgprestatie-model moet hier aandacht voor zijn. Kan de Staatssecretaris de bovenstaande punten toelichten? Dit hoeft toch niet allemaal ontwikkeld te worden, met name nummer 3 en 4? Hoe veranderen de controlemogelijkheden bij zorgverzekeraars en de grotere rol van patiënten bij het onderhavige nieuwe bekostigingssysteem?

Het Talma rapport stelt dat een «gevaar» van het nieuwe systeem is dat er meer zorg verbruikt wordt dan het principe van het gepast gebruik. Om dit tegen te gaan zijn onder andere de omschrijvingen van de settings verder aangescherpt. Wat wordt hier precies mee bedoeld? Ook geeft het Talma rapport aan dat zorgvraagtypering noodzakelijk is omdat het systeem anders fraudegevoeliger wordt; waarom zou het nieuwe bekostigingssysteem dan toch moeten doorgaan ook als er (nog) geen afspraak is over de zorgvraagtypering?

Door een aantal partijen wordt gewerkt aan een alternatieve typering die specifiek is gericht op de EPA doelgroep (patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen). Dit alternatief is op dit moment nog onvoldoende concreet om beoordeeld te kunnen worden. Partijen verwachten dat op zijn vroegst in oktober 2020 een eerste beeld gegeven kan worden van de potentie van dit alternatief. Vervolgens concludeert de NZa dat de

resultaten van de pilots voldoende basis bieden om de potentie van het zorgclustermodel als instrument voor zorgvraagtypering te kunnen beoordelen. Maar begrijpen de leden van de CDA-fractie het goed dat dit alleen het geval is als «de partijen» uit de vraagtypering van de EPA doelgroep komen? Of klopt dit niet? Met name omdat het zorgclustermodel onvoldoende lijkt aan te sluiten bij de ingewikkeldere/zwaardere ggz problematiek. En daar zit nu volgens de Algemene Rekenkamer net het probleem. Hoe ziet de Staatssecretaris dit precies? En deelt de Staatssecretaris de zorg van de leden van de CDA-fractie?

Wat betreft de forensische zorg wordt gesteld dat de uitkomst van risicotaxatie- en analyse bepalend is voor het type en de intensiteit van de geleverde zorg. Het is van belang dat gestructureerde risicotaxatie onderdeel is van de zorgvraagtypering in de forensische zorg en dat er wordt gekeken naar de ernst van het delict en het recidiverisico. Dat kunnen de leden van de CDA-fractie volgen. Partijen werken op dit moment gezamenlijk aan een model specifiek voor de forensische zorg dat voor de ernst van de problematiek zoveel mogelijk aansluit bij de reguliere ggz. Genoemde leden vragen of dit model klaar is voor 1 januari 2022. En zo niet, wat gaat er dan gebeuren?

Wat betekent dit nieuwe bekostigingsmodel van de ggz (en forensische zorg) voor de risicoverevening van 2022? Kan de Staatssecretaris dit al inzichtelijk maken? Waarom wel of waarom niet?

Aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de nieuwe bekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz)

Op pagina 4 stelt de Staatssecretaris dat er ook een «facultatieve prestatie» met een vrij tarief wordt geïntroduceerd om onder andere (regionaal) maatwerk af te spreken. Dit staat volgens de leden van de CDA-fractie haaks op het ontwikkelen van een lerende cultuur in de ggz en stimuleert nog meer dat 1000 bloemen bloeien. Kan de Staatssecretaris hierop een toelichting geven?

Op pagina 5 stelt de Staatssecretaris dat de indirecte behandelijd grotendeels bekostigd gaat worden via een opslag die in de consulttarieven wordt verdisconteerd. Hoeveel procent gaat dat worden, zo vragen de leden van de CDA-fractie. En welk gedeelte van de prijs zal de indirecte kosten betreffen?

Op pagina 6 bovenaan staat dat de NZa momenteel de gevolgen voor het eigen risico in kaart brengt. De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de Kamer hierover geïnformeerd zal worden.

Onderaan pagina 6 staat dat er gewerkt gaat worden met een geactualiseerde lijst van beroepen die consulten kunnen registreren zoals de psychodiagnostisch werkende. Betekent registreren hier ook factureren, zo vragen deze leden.

Op pagina 7 schrijft de Staatssecretaris dat er in het zorgprestatie model nog wel een risico is dat psychiaters in vrije vestiging tegen een hoog tarief patiënten met relatief lichte problematiek kunnen behandelen. De Staatssecretaris vraagt de NZa hier regels te stellen, maar hoe gaat de controle hierbij plaatsvinden? Is er een nulmeting?

Bij diagnostiek en zwaardere zorg is doorgaans meer behandelijd nodig. De vergoeding voor diagnostiekconsulten is hoger. De leden van de CDA-fractie vragen of er een bepaald percentage is. Is er een nulmeting? Op pagina 8 staat dat de periode tot 2024 in het teken staat van het opdoen van ervaring. Maar hoe kan ervaring daadwerkelijk worden opgedaan terwijl er nog steeds discussie is over de zorgvraagtypering, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Op pagina 9 staat dat in de basis-ggz de volumeprikkels toenemen, hetgeen bij ongecontracteerde zorgaanbieders kan leiden tot langer doorbehandelen. Genoemde leden vragen hoe dit gemonitord gaat worden.

Op pagina 10 wordt terecht aandacht gevraagd voor het belang van goede dossieropbouw. De leden van de CDA-fractie vragen hoe geborgd gaat worden dat dossiers eenduidig en gestructureerd opgebouwd gaan worden.

Op pagina 11 staat dat de NZa is gevraagd naar aanvullende maatregelen om fraude in de forensische zorg te bestrijden. Deze leden of deze aanvullende maatregelen gedeeld zullen worden met de Kamer.

Op pagina 11 staat ten slotte dat er voor 2022 en 2023 ook nog een tijdelijke transitieprestatie komt. De leden van de CDA-fractie begrijpen dat niet, aangezien deze periode juist gebruikt zou worden om met nieuwe zorgvraagtypering ervaring op te doen. Kan de Staatssecretaris dit toelichten?

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

Algemeen

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de uitwerking van de nieuwe bekostiging binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz). Zij zijn tevreden dat er met een brede vertegenwoordiging is gekeken naar een nieuwe manier van bekostigen die recht doet aan de complexiteit en rekening houdt met de administratieve lasten voor zorgverleners. Deze leden constateren dat de wijze waarop zorg wordt bekostigd grote invloed heeft op hoe die zorg wordt verleend. Geld kan een prikkel geven om bepaalde zorg wel of niet te geven. Onlangs nog benadrukte de Algemene Rekenkamer dit in zijn rapport «Geen plek voor grote problemen». Deze leden constateren ook dat elke manier van bekostigen zijn voor- en nadelen kent. Kan de Staatssecretaris een overzicht geven van de belangrijkste nadelen, of uitdagingen, die te verwachten zijn bij de invoering van deze bekostiging? Kan in dit overzicht per nadeel worden aangegeven welke partij dit nadeel heeft benoemd? Het betreft dan uiteraard alleen de partijen die deelgenomen hebben aan de totstandkoming van het zorgprestatie-model. Worden deze nadelen, of uitdagingen, ook nauwkeurig gemonitord als het zorgprestatie-model wordt ingevoerd?

De leden van de D66-fractie vragen de Staatssecretaris of er geleerd is van internationale voorbeelden en literatuur op het gebied van bekostiging van de ggz en de fz. Zo ja, hoe is dit tot uiting gekomen in dit nieuwe zorgprestatie-model? In welke mate is er gekeken naar andere vormen van zorg, zoals jeugdzorg, wijkverpleging en de langdurige zorg?

De leden van de D66-fractie zijn tevreden dat er afstand wordt genomen van de dbc-systematiek omdat inmiddels is aangetoond dat deze niet aansluit bij de praktijk. Echter de gedachte achter de dbc-systematiek is wel dat er een bekostiging is per behandeling en er een prikkel is om behandelingen eerder af te ronden wanneer dat ook verantwoord is. De gedachte was om gepast gebruik van zorg te stimuleren alleen heeft de dbc-systematiek dit niet waargemaakt. Deze leden merken op dat van de 210.000 patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen maar een klein deel uitstroomt. Er ligt veel potentieel in gepast gebruik van zorg en herdiagnostiek zoals is verwoord in de aangenomen motie van het lid Diertens c.s. (Kamerstuk 25 424, nr. 542). Hoe wordt verantwoorde uitstroom en gepaste zorg gestimuleerd door middel van deze nieuwe bekostigingssystematiek? In het verlengde, is er een begrenzing op de maximum behandelduur? In het verlengde daarvan, zijn er in de nieuwe bekostigingssystematiek ook prikkels die langer dan noodzakelijke

behandeling stimuleren? Deze leden benadrukken ook dat psychosociale ondersteuning in de eigen omgeving of basis-ggz soms beter is aangegeven dan specialistische zorg. Hoe zorgt deze bekostigingssystematiek voor een goede balans tussen deze twee vormen van zorg, zodat basiszorg of ondersteuning in de eigen omgeving het uitgangspunt is maar dat er wel tijdig wordt doorverwezen naar specialistische zorg zodra dit is aangewezen?

De leden van de D66-fractie vragen in welke mate preventie wordt bevorderd met behulp van deze systematiek. Zorgt deze bekostigingssystematiek er ook voor dat er een prikkel is om te voorkomen dat zorg nodig is?

De leden van de D66-fractie hebben in het verlengde van gepast gebruik van zorg ook vragen over de zorgvraagtypering zoals die wordt voorgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. De Algemene Rekenkamer constateerde dat het behandelen van patiënten met complexere zorgvraag financieel minder aantrekkelijk is op dit moment en dat daardoor onder andere wachttijden ontstaan. Daarnaast zijn met name grotere instellingen verantwoordelijk voor de patiënten met de complexere zorgvraag maar maken zij ook extra kosten, met name voor beschikbaarheid van personeel en kosten. Deze leden merken daarom op dat de zorgvraagtypering een belangrijke, zo niet essentiële, rol gaat spelen in deze nieuwe bekostiging. Het gaat bepalen of de hoogte van vergoeding ook daadwerkelijk past bij de zorgvraag. Voor alle zorgverleners moet de vergoeding voldoende zijn en vooral bij de complexere zorgvraag is het van belang dat de vergoeding voldoende is. Het is daarom zorgelijk om te lezen dat er nog geen overeenstemming is tussen partijen over de zorgvraagtypering maar er toch gestart wordt met het in gang zetten van het nieuwe bekostigingssysteem. Wanneer verwacht de Staatssecretaris meer duidelijkheid over de zorgvraagtypering? Kan de Staatssecretaris inzichtelijk maken wat de grootste belemmeringen zijn in het ontwikkelen van een goedwerkend zorgvraagtyperingsmodel? Deze leden vinden het belangrijk dat er geen ondercompensatie is voor de zorg aan patiënten met de meest complexe zorgvraag. Kan de Staatssecretaris aangeven hoe in de zorgvraagtypering ondercompensatie, maar ook overcompensatie, wordt voorkomen? Hoe is hier de balans tussen de complexere zorgvraag en de lichtere zorgvraag? Zijn deze vragen te beantwoorden ondanks dat de zorgvraagtypering nog niet is afgerond?

De leden van de D66-fractie lezen dat terwijl de ontwikkeling van de zorgvraagtypering doorgaat er in de tussentijd wordt gewerkt met het zorgclustermodel. Dit wordt het tweesporenbeleid genoemd. Hoe goed is de voorspellende waarde van dit zorgclustermodel? Wat zijn de belangrijkste knelpunten in dit huidige zorgclustermodel? Is het starten van een proefjaar wel mogelijk als blijkt dat het zorgclustermodel niet toereikend is voor de doelen die de nieuwe bekostiging beogen? Kan dit juist ook niet zorgen voor verwarring bij de professionals die moeten gaan werken met de nieuwe bekostiging?

De leden van de D66-fractie hebben tot slot nog enkele praktische vragen. Kan de Staatssecretaris een lijst geven van de belangrijkste praktische randvoorwaarden die nodig zijn om te starten met het proefjaar in 2021? Zijn deze randvoorwaarden gereed om daadwerkelijk te starten met het proefjaar in 2021? In het bijzonder zijn deze leden benieuwd naar de gereedheid van de ICT-systemen, immers goed werkende systemen kunnen de administratieve lasten aanzienlijk doen drukken. Kan de Staatssecretaris voorts aangeven hoe het eigen risico wordt toegepast in dit model, bekeken vanuit het perspectief van de patiënt?

Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van uitwerking en besluit nieuwe bekostiging ggz en forensische zorg. De onderliggende stukken roepen bij genoemde leden nog vragen op. De Nederlandse Zorgautoriteit stelt dat zij verwacht dat door het zorgprestatie-model de risico's van de zorg beter beheerst worden. Zo genereert dit model meer gedetailleerde informatie over de geleverde zorg en wordt deze informatie «veel sneller beschikbaar». Het zorgprestatie-model moet aan tien zelfbenoemde ontwerpcriteria voldoen. De belangrijkste kenmerken zijn eenvoud en minder administratie. Hoe borgt de Staatssecretaris dat de gestelde ontwerpcriteria ook daadwerkelijk het gestelde doel behalen? Staan meer gedetailleerde informatie en transparantie over zorgbehandelingen niet op gespannen voet met minder administratie en eenvoud? Wat zijn het nut en de noodzaak van meer gedetailleerde informatie over geleverde zorg? Welke voor- en nadelen ziet de Staatssecretaris om zorgverleners niet simpelweg het vertrouwen te geven dat zij de juiste afwegingen maken en slechts op macroniveau verantwoording afleggen over de geleverde zorg en zorgkosten? In hoeverre schat de Staatssecretaris in dat de wijze waarop Nederland de zorg heeft georganiseerd, met verschillende zorgfinanciers, linksom of rechtsom altijd op gespannen voet staat met het terugbrengen van registratie- en administratielast? Worden de eisen voor zorgaanbieders bij dit model gestandaardiseerd zodat de verschillen tussen zorgfinanciers (bijvoorbeeld tussen zorgverzekeraars) worden teruggebracht? Kan de Staatssecretaris aangeven wat het aandeel is van de totale zorgkosten binnen alle overheidsuitgaven en hoe dit in verhouding staat met andere Europese landen?

De leden van de GroenLinks-fractie vragen wat dit nieuwe bekostigingsmodel concreet betekent voor de taakuitoefening van zorgverleners. Genoemde leden benadrukken dat een nieuw bekostigingsmodel een ingrijpende wijziging is en zij waarschuwen voor het gevaar dat de praktijkbeleving afwijkt van een theoretisch model. Deze leden zien graag een uitgebreide reactie hierop.

De NZa stelt dat het nieuwe systeem andere prikkels kent dan het (failliete) dbc-systeem. Het belangrijkste nieuwe risico dat ontstaat bij gecontracteerde zorg is de vergoeding van indirecte tijd die verdisconteerd zit in de tarieven. De NZa stelt dat hierdoor een prikkel ontstaat om minder indirecte tijd te leveren dan nodig is voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Hoe beoordeelt de Staatssecretaris dit risico? Kan de Staatssecretaris concrete praktijkvoorbeelden voorleggen waarbij dit tot ongewenste situaties kan leiden? Hoe gaat de Staatssecretaris ervoor waken dat hierdoor minder afstemming binnen en tussen instellingen plaatsvindt? Een van de resultaten van het prestatie-model moet zijn dat de vergoeding past bij de geleverde zorg. Ook patiënten met een complexe zorgvraag kunnen hierdoor een behandeling krijgen waar een passend tarief tegenover staat, stelt de NZa. Genoemde leden zijn blij met dit uitgangspunt, omdat terecht wordt gesteld dat hiermee getracht wordt de ondercompensatie van de zorg aan zwaardere patiënten tegen te gaan. Kan de Staatssecretaris concretiseren hoe hij denkt dat dit uitpakt in de praktijk en welke streefcijfers hanteert de Staatssecretaris met betrekking tot het terugdringen van de wachtlijsten bij juist de zwaarste patiënten? Tevens merken deze leden op dat dagbesteding en vaktherapie onderdeel uitmaken van de verblijfsprestaties en dat daardoor klinische patiënten niet apart mogen worden geregistreerd. Kan de Staatssecretaris aangeven waarom deze uitzondering specifiek geldt voor een algemeen erkende discipline als de vaktherapie? Kan de Staatssecretaris aangeven waarom vaktherapie niet als consult voor diagnostiek en/of behandeling kan worden geregistreerd bij klinische opname?

Uit de impactanalyse blijkt dat er aanzienlijke herverdelingseffecten kunnen optreden bij zorgaanbieders met het prestatie­model. De leden van de GroenLinks-fractie merken op dat er grote personeelstekorten en wachtlijsten zijn in de ggz. Hoe borgt deze voorgenomen transitie dat de invoering van het zorgprestatie­model niet als netto effect heeft dat zorgverleners hun werkzaamheden zien verdwijnen, zonder dat daar nieuwe werkgelegenheid voor terugkomt? Is een veldafpraak als overgangsregeling niet te vrijblijvend? Immers hierbij zullen verschillende belangen een rol spelen. Moet de overheid hier niet garant voor staan, zo vragen deze leden.

De NZa stelt ook dat het risico bestaat op te lang doorbehandelen van patiënten, met name bij ongecontracteerde zorgaanbieders. Wanneer is een patiënt uitbehandeld volgens de NZa? Wat zou er moeten gebeuren als een patiënt is uitbehandeld, maar de zorgvraag nog niet is opgelost? Welke actoren spelen vervolgens een rol zodat patiënten met voldoende welzijn kunnen participeren in de samenleving?

De Staatssecretaris stelt dat hij heeft besloten per 2022 het zogenaamde zorgprestatie­model in te voeren als nieuwe bekostiging voor de geneeskundige ggz en de fz. De Staatssecretaris deelt nog wel enkele zorgen over deze transitie in zijn brief. Op welke aspecten is de Staatssecretaris voornemens om in wet- en regelgeving af te wijken van het door de NZa gepresenteerde model? Wat zijn, naar inzien van de Staatssecretaris, de moeilijkste politieke afwegingen in de transitie naar het zorgprestatie­model? Tevens vragen de leden van de GroenLinks-fractie welke rol de Staatssecretaris voor zijn eigen ministerie voor zich ziet om de transitie te maken. Op welke manier kan het Ministerie van VWS interveniëren wanneer de transitie niet goed verloopt? De Staatssecretaris stelt tot tienmaal toe dat hij de NZa zal vragen eventuele perverse prikkels en neven­effecten te monitoren. Maar ligt de handelingsbevoegdheid exclusief bij de NZa als uit monitoring blijkt dat zaken niet verlopen als vooraf geanticipeerd? Op welke manier vindt bovendien de monitoring bij de NZa plaats? Heeft de NZa genoeg middelen en capaciteit om al deze processen te monitoren? Wat voor interventies kan de NZa zelf tussentijds plegen?

De leden van de GroenLinks-fractie vragen in hoeverre zorgverleners en patiënten zelf bij dit proces zijn en ook in de toekomst worden betrokken. En op welke wijze is de Staatssecretaris voornemens om het parlement bij deze transitie te betrekken? Wanneer verwacht de Staatssecretaris de eerste wet- en regelgeving naar de Kamer te sturen?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de uitwerking. Deze leden hebben naar aanleiding hiervan de onderstaande opmerkingen en vragen.

De leden van de SP-fractie zijn geen voorstander van een dbc-systeem, deze leden vinden het een goede stap om dit af te schaffen. De nieuwe wijze van bekostiging die wordt voorgesteld voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) behelst een zorgprestatie­model. Genoemde leden pleiten al langere tijd voor een eenvoudiger declaratie­proces **voor de geleverde zorg, voor een passend tarief voor mensen met een complexe zorgvraag**, een begrijpelijke nota, minder administratie en een einde aan de minutenregistratie. Deze leden verwachten dan ook een grondige evaluatie/monitoring van deze veronderstelde gevolgen van het voorgestelde model.

De leden van de SP-fractie lezen dat er maximumtarieven van toepassing zullen zijn. Waarom, zo vragen deze leden, is er niet (ook) gekozen voor het vaststellen van minimumtarieven?

Afschaffing van de minutenregistratie is iets waar de leden van de SP-fractie al lang voor pleiten en zij juichen het toe dat dit

hiermee overbodig wordt. Echter, dat iets niet meer nodig is betekent niet dat hiernaar niet meer gevraagd wordt. Kan gegarandeerd worden dat als deze nieuwe wijze van bekostiging ingevoerd wordt, de eis van minutenregistratie door geen enkele zorgverzekeraar meer geëist/opgelegd zal worden? Kan daarbij aangegeven worden of de invoering van het zorgprestatie­model ook leidt tot minder bureaucratie en administratieve belasting bij de contractering door zorgverzekeraars?

De leden van de SP-fractie zouden het een goede ontwikkeling vinden als het nieuwe bekostigingsmodel inderdaad leidt tot kortere wachtlijsten. Begrijpen deze leden het goed dat dit bekostigingsmodel tot kortere wachtlijsten leidt doordat het mogelijk wordt «aanvullende beroepen» in te schakelen en tot minder administratieve lasten? Wat zijn de precieze verwachtingen hierbij, oftewel wat is de verwachte impact op (de afname van) de wachtlijsten?

De impactanalyse laat aanzienlijke herverdelingseffecten zien, zo lezen de leden van de SP-fractie. Hoe daadwerkelijk de herverdeling uit zal pakken is van veel factoren afhankelijk en niet op voorhand met zekerheid te zeggen, zo staat aangegeven. Genoemde leden vragen of en zo ja hoe deze herverdelingseffecten worden gemonitord. Er zal waarschijnlijk een positief effect zijn voor de arts-psychiater. Voor welke beroepsgroepen is het effect waarschijnlijk negatief en wat wordt hieraan gedaan?

Bepaalde gegevens van de patiënt dienen binnen dit bekostigingsmodel, bij declaraties/op de factuur, gedeeld te worden tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar (bijvoorbeeld een typering van de zorgvraag van de patiënt). Welke (persoonlijke) gegevens dienen precies gedeeld te worden met de zorgverzekeraar en op welke wijze verschilt dit van de informatie die op dit moment gedeeld wordt? Wat wordt precies bedoeld met een typering van de zorgvraag, hoe gedetailleerd dient deze informatie te zijn? In de brief staat «een bekostiging die veel mogelijkheden voor dat soort financiële opbrengsten biedt, maakt het voor bepaalde zorgaanbieders aantrekkelijker om ongecontracteerd te werken (omdat contracten deze mogelijkheden vaak weer inperken)». De leden van de SP-fractie vragen om een nadere toelichting op deze zinsnede. Kan precies worden toegelicht op welke manier dit zorgprestatie­model een contract met een zorgverzekeraar ontmoedigt en of dit gemonitord zal worden?

Bijlage Zorgprestatie­model GGZ&FZ rapportage voor besluitvorming

De leden van de SP-fractie vragen wat de reden is achter de uitzondering voor vaktherapie. Waarom is ervoor gekozen dat vaktherapie niet als consult voor diagnostiek en/of behandeling kan worden geregistreerd bij klinische opname? Hoe verhoudt de opname van vaktherapie in de verblijfscomponent zich tot de uitgangspunten om de declaraties van de ggz, en de bijbehorende zorgvraag van ggz-cliënten transparant te maken? Hoe verhoudt de opname van vaktherapie in de verblijfscomponent zich tot de uitgangspunten van vereenvoudiging conform de aanbevelingen van de Commissie Transparantie en Tijdigheid, de uitgangspunten om de cliënt meer inzicht te geven in de ggz-nota en het transparanter maken van de declaraties van de ggz-instellingen naar zorgverzekeraars?

II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS

Reactie op de vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

Vragen en opmerkingen bij de brief «Uitwerking en besluit nieuwe bekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz)» d.d. 14 september 2020

Vraag

De leden van de VVD fractie vragen hoe de Staatssecretaris de komende twee jaar gaat zorgen dat betrokken partijen voldoende meegenomen worden in deze nieuwe bekostiging, zeker nu de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aangeeft dat op het gebied van de zorgvraagtypering geen overeenkomst is bereikt tussen betrokken veldpartijen. Genoemde leden hebben gezien dat de implementatie van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz) de afgelopen tijd veel discussie heeft veroorzaakt. Zij vragen hoe de Staatssecretaris ervoor gaat zorgen dat de nieuwe bekostiging, die op papier veelbelovend is, in de praktijk ook gaat werken? Zij vragen of dit voorstel nu breed wordt gedragen en of het gehele veld nauw betrokken is bij de voorbereiding richting daadwerkelijke invoering?

Antwoord

De partijen van het Hoofdlijnenakkoord GGZ hebben in een bestuurlijk overleg op 21 augustus met VWS en de NZa hun steun uitgesproken voor het besluit om per 2022 de nieuwe bekostiging in te voeren én te starten met de registratie van een verbeterde zorgvraagtypering. Medio juli van dit jaar was er nog geen overeenstemming over het model dat het beste voor de zorgvraagtypering gehanteerd kan worden. Inmiddels is over de invulling van de zorgvraagtypering wel overeenstemming bereikt. In een bestuurlijk overleg op 11 november hebben partijen hun steun uitgesproken voor het voorgenomen besluit hierover van de NZa. Partijen zijn de afgelopen jaren zeer nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van de nieuwe bekostiging voor de ggz en het onderzoek naar een verbeterd model van zorgvraagtypering. Dit heeft plaatsgevonden in een gezamenlijk programma van partijen en de NZa. Partijen zijn positief over de samenwerking in dit programma. Ook de voorbereiding van de implementatie van de nieuwe bekostiging zal binnen dit programma ter hand worden genomen. Hiervoor is een gezamenlijke planning opgesteld. Na invoering van de nieuwe bekostiging zal de NZa de effecten zorgvuldig monitoren voor het onderhoud en de eventuele doorontwikkeling. Dit gebeurt binnen een vaste onderhoudscyclus waarbij partijen structureel nauw betrokken zijn.

Vraag

De leden van de VVD-fractie zijn content over het feit dat de financiering van digitale zorg een plek krijgt in het zorgprestatiemodel. Zij vragen of er al gebruik is gemaakt van de mogelijkheid om een facultatieve prestatie aan te melden bij de NZa of heeft de Staatssecretaris signalen dat partijen voornemens zijn dit te doen, zo vragen deze leden. Zij vragen ook of de Staatssecretaris het ermee eens is dat financiering van digitale zorg op deze wijze stimulering verdient en zo ja, hoe is de Staatssecretaris voornemens om daar invulling aan te geven?

Antwoord

Ik ben er voorstander van dat de bekostiging ondersteunt dat de patiënt op een doelmatige manier de zorg ontvangt die nodig is. Daar hoort bij dat de bekostiging ruimte geeft aan digitale zorg. Het zorgprestatiemodel geeft behandelaren maximale ruimte om consulten digitaal vorm te geven in afstemming met de patiënt. Met de introductie van de facultatieve prestatie wordt ook ruimte voor *andere* soorten digitale zorg gecreëerd,

waarmee digitale zorg verder wordt gestimuleerd. Het is aan zorgaanbieder en zorgverzekeraar nader invulling aan deze extra ruimte te geven. Op dit moment bestaat er nog geen mogelijkheid om een facultatieve prestatie aan te vragen in de ggz. Zoals toegelicht in de voorhangbrief van 6 oktober,¹ heb ik het voornemen de NZa in een aanwijzing de opdracht te geven om per 1 januari 2022 in haar beleidsregels in de mogelijkheid te voorzien om een facultatieve prestatie aan te vragen met een vrij tarief. Omdat partijen – vanuit het gezamenlijke programma met de NZa dat aan de nieuwe bekostiging werkt – zelf de introductie van de facultatieve prestatie hebben geadviseerd, ligt het in de lijn der verwachting dat hier ook gebruik van zal worden gemaakt.

Vraag

De zorgvraagtypering zou per 2024 stabiel zijn en tegemoetkomen aan de gestelde gebruiksdoelen, zo lezen de leden van de VVD-fractie. Hoe gaat de Staatssecretaris tussen 2022 en 2024 ervoor zorgen dat er passende zorg geleverd wordt en dat er zo min mogelijk sprake is van ongepast gebruik? Genoemde leden vragen hoe de Staatssecretaris hierop gaat toezien.

Antwoord

Het is en blijft – net als nu – een verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om gepaste zorg te leveren en zich daarover te verantwoorden en een verantwoordelijkheid van verzekeraars zich er in voldoende mate van te vergewissen dat de cliënt redelijkerwijs was aangewezen op de gedeclareerde zorg en dat deze zorg conform de stand van wetenschap en praktijk werd geleverd. Hiervoor kan tussen 2022 en 2024 in elk geval gebruik worden gemaakt van bestaande instrumenten. Zo blijft in elk geval in 2022 en 2023 de huidige zorgvraagtypering, te weten de DSM-diagnosehoofdgroep en/of het basis-ggz-profiel, op de ggz-factuur vermeld staan.² Verder werken partijen momenteel verder aan de implementatie van de aanbevelingen van de Taskforce Gepast Gebruik³, waarin uitwerking wordt gegeven aan een procesgerichte verantwoording op gepast gebruik.

In het rapport van de taskforce, dat in het voorjaar van 2019 is gepubliceerd, is beschreven hoe de opzet, het bestaan en de werking van een procesmatige verantwoording op gepast gebruik eruit moeten zien. Hierin worden onderwerpen als het kwaliteitsstatuut, het kwaliteitssysteem, de kwaliteitsstandaarden, de administratieve organisatie en interne audits meegenomen. De taskforce adviseert zorgaanbieders en zorgverzekeraars om voorafgaand aan (en na afloop van) een (verantwoordings)jaar afspraken te maken over de nadere invulling van de procesmatige verantwoording aan de hand van een limitatieve lijst met benodigde informatie. Zo ontstaat voor beide partijen helderheid over de verantwoording op gepast gebruik en wordt op organisatieniveau gericht gestuurd op het voorkomen van over- of onderbehandeling. De verschuiving van declaratiecontroles achteraf naar een procesmatige verantwoording (vooraf), leidt ook tot lagere administratieve lasten.

De beschreven procesmatige verantwoording vraagt investeringen van ggz-aanbieders in (de professionaliteit van) hun administratieve organisatie. Bij de publicatie van het rapport was de verwachting dat de periode 2019 tot en met 2021 nodig zou zijn om de beschreven werkwijze bij (steeds meer) ggz-instellingen te implementeren. Ik heb hier geen geactualiseerd beeld van. In het controle- en verantwoordingsarran-

¹ Kamerstuk 25 424, nr. 554

² Voor de cliënt blijft net als nu de mogelijkheid bestaan om zijn/ haar diagnosehoofdgroep op de ggz-factuur te maskeren door een privacyverklaring in te vullen.

³ Kamerstuk 25 424, nr. 458

gement dat partijen momenteel bij de nieuwe bekostiging uitwerken wordt (onder andere) aangesloten bij het rapport van de taskforce. Verder loopt er nog een aantal andere initiatieven om gepast gebruik in de ggz te bevorderen. Op verzoek van het Kamerlid Van de Berg c.s.⁴ wordt gewerkt aan een plan van aanpak voor zorgevaluatie en gepast gebruik voor de ggz-sector. Specifiek met het oog op de zorg voor ggz-cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) wordt in het kader van de motie van het Kamerlid Dierstems c.s.⁵, samen met GGNet en enkele van hun samenwerkingspartners verkend hoe de resultaten van het zogenaamde zorgmodel «DITSMI» breder beschikbaar gesteld en geïmplementeerd kunnen worden bij ggz-instellingen in Nederland. Het zorgmodel DITSMI heeft als doel patiënten met een ernstige psychische aandoening opnieuw en soms voor het eerst te diagnosticeren en na indicatiestelling te behandelen volgens de huidige professionele richtlijnen.

Vraag

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre mensen met seksuele klachten die veroorzaakt worden door andere dan lichamelijke oorzaken, denk aan trauma's rondom misbruik, terecht kunnen bij seksuologen. Hoe verloopt dat doorverwijsproces bij de huisarts en hoe zorgt de Staatssecretaris dat mensen met deze problemen niet onnodig lang in een doorverwijstraject zitten?

Antwoord

Bij seksuele disfuncties die samenhangen met een psychische stoornis kan de huisarts doorverwijzen naar de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Bijvoorbeeld als de seksuele disfunctie het gevolg is van een traumatische seksuele ervaring. In dat geval moet de behandeling gericht zijn op de verwerking van het trauma en dan is behandeling in de geneeskundige ggz aangewezen. Hierbij kan de behandeling (mede) plaatsvinden door een seksuoloog NVVS die BIG-geregistreerd gz-psycholoog, psychotherapeut of psychiater is. De NHG-Standaard Seksuele klachten voorziet in een paragraaf over het doorverwijzen van patiënten met (aanwijzingen voor) een seksueel trauma naar psychiater of gespecialiseerd gz-psycholoog of psychotherapeut. Ik heb geen signalen dat huisartsen dit deel van de NHG-Standaard niet naleven.

Vraag

In hoeverre heeft de beslissing om het zorgprestatie-model in te voeren budgettaire consequenties voor de begroting van Justitie en Veiligheid? Hoe verhoudt invoering van het zorgprestatie-model als nieuwe methode voor bekostiging van de forensische zorg zich tot de bijdrage aan de Dienst Justitiële Inrichtingen voor de forensische zorg de komende jaren, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Antwoord

Voor het beoordelen van de invloed van het zorgprestatie-model op het macrobudget voor de forensische zorg heeft de NZa concepttarieven opgesteld. Op basis van de aanname dat het aantal minuten direct patiëntcontact, het aantal patiënten, het aantal aanbieders en de beroepmix gelijk blijven, is invoering van het zorgprestatie-model volgens de NZa voor de forensische zorg budgetneutraal.

⁴ Kamerstuk 25 424, nr. 536

⁵ Kamerstuk 25 424, nr. 542

Vraag

De leden van de VVD-fractie lezen dat de NZa nog «een aantal technische criteria gaat vaststellen om definitief te bepalen welke beroepen binnen het zorgprestatie-model consulten kunnen registreren». Welke criteria zijn dit? Hoe worden deze vastgesteld en is het Ministerie van VWS daarbij betrokken? In hoeverre wordt het veld betrokken bij het vaststellen van de criteria, zo vragen deze leden.

Antwoord

Binnen het programma van NZa en partijen wordt nog bekeken of de beroepen op de beroepenlijst binnen *alle settings* die in de bekostiging worden onderscheiden declarabele consulten moeten kunnen registreren, of alleen in *bepaalde settings* en of het dan om behandelconsulten, diagnostiekconsulten of beide zou moeten gaan. Dit wordt bekeken vanuit zorginhoudelijke perspectief. Binnen het programma wordt gewerkt aan een veldafpraak waarin dit wordt vastgelegd.

Verder betreft het een aantal technische criteria die invloed kunnen hebben op de indeling van verschillende beroepen in categorieën die in de bekostiging zullen worden onderscheiden. Ook op dit punt vindt afstemming plaats binnen het programma waarin de NZa met veldpartijen samenwerkt.

Het ministerie wordt op beide punten geïnformeerd over de voortgang.

Vraag

De psychodiagnostisch werkende (PDW) wordt in de brief aangemerkt als «een van de aanvullende beroepen die kunnen bijdragen aan het verkorten van de wachttijden en daarvoor beter gefaciliteerd worden». Wat wordt bedoeld met deze «betere facilitering»?

Antwoord

In de brief staat dat binnen het zorgprestatie-model de inzet van bepaalde «aanvullende beroepen» beter wordt gefaciliteerd. Daarmee wordt bedoeld dat betreffende beroepen in het zorgprestatie-model – anders dan nu – declarabele consulten zullen kunnen registreren. In de brief staat ook het proces waarlangs zal worden bepaald welke beroepen hier precies onder vallen. De lijst met deze beroepen is nog niet definitief vastgesteld.

Vraag

Het veld is eensgezind over het belang van de psychodiagnostisch werkenden voor goede diagnostiek. Deelt de Staatssecretaris de mening dat verdere uitwerking van criteria door de NZa er niet toe mag leiden dat de PDW alsnog buiten de aangemerkte tijdschrijvende beroepen valt?

Antwoord

Ik ben van mening dat de lijst met beroepen die binnen de bekostiging declarabele tijd of consulten mogen registreren op basis van objectieve criteria en overwegingen moet worden vastgesteld en het leveren van goede zorg moet ondersteunen. Het proces dat partijen en NZa nu met elkaar doorlopen is daarop gericht.

De psychodiagnostisch werkende staat op de concept-lijst met beroepen die vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg in de ggz en fz kunnen worden ingezet en zelfstandig consulten kunnen leveren. Uit de consultatie die is uitgevoerd zijn geen bezwaren gekomen tegen opname van de psychodiagnostisch werkende op de lijst. De definitieve lijst wordt naar verwachting nog dit jaar definitief vastgesteld.

De NZa geeft aan dat beroepen op de definitieve lijst binnen het zorgprestatie-model declarabele consulten zullen kunnen registreren. Zoals gezegd wordt binnen het programma nog vanuit zorginhoudelijk perspectief bekeken of alle beroepen op de beroepenlijst in alle settings declarabele consulten moeten kunnen registreren en of het daarbij om zowel behandelconsulten en diagnostiekconsulten of om een van beide zou moeten gaan.

Vraag

Is de Staatssecretaris het eens met de leden van de VVD-fractie dat het voor goede diagnostiek van groot belang is dat de psychodiagnostisch werkenden zelfstandig consulten kunnen schrijven, om te voorkomen dat instellingen ervoor kiezen een duurder psycholoog in te zetten voor diagnostiek, terwijl deze beter ingezet kan worden als (regie)behandelaar? En dat er nu met de nieuwe bekostiging er een grote kans ligt om de positie van de PDW na jaren van onzekerheid en marginalisering eindelijk goed te regelen?

Antwoord

De psychodiagnostisch werkende kan de (regie)behandelaar ondersteunen met advies en diagnostische werkzaamheden, waardoor de (regie)behandelaar meer tijd en ruimte overhoudt voor de behandeling zelf. In de ggz is een tekort aan regiebehandelaren een vaak gesignaleerd probleem, waardoor wachtlijsten kunnen ontstaan. Ook vraagt goede diagnostiek, zeker bij meer complexe casuïstiek en gemengde beelden, gedegen kennis van testafname en -interpretatie. De psychodiagnostisch werkende kan helpen bij het goed in kaart brengen van de verschillende klachten, het beeld en de oorzaken en gevolgen en de mogelijke ondersteuningsvraag die daaruit voortkomt.

Ik vind het van groot belang dat zorgaanbieders zorgen voor een goede diagnostiek en bij financiële belemmeringen daar afspraken over maken met zorgverzekeraars. Dat is binnen de huidige bekostiging ook al mogelijk, maar in de praktijk worden hierbij wel belemmeringen ervaren. Zoals gezegd staat de psychodiagnostisch werkende op de concept-lijst met beroepen die vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg in de ggz en fz kunnen worden ingezet en zelfstandig consulten kunnen leveren. Uit de consultatie die is uitgevoerd zijn geen bezwaren gekomen tegen opname van de psychodiagnostisch werkende op de lijst. De definitieve lijst wordt naar verwachting nog dit jaar definitief bestuurlijk binnen het programma van NZa en partijen vastgesteld. De NZa geeft aan dat beroepen op de definitieve lijst binnen het zorgprestatie-model declarabele consulten zullen kunnen registreren.

Reactie op de vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

Vraag

De leden van de CDA-fractie zijn positief gestemd dat door het nieuwe bekostigingssysteem de administratieve lastendruk wordt verminderd en er ruimte komt om kostendekkend te werken zodat bij de zwaardere ggz problematieken de wachtlijsten kunnen worden teruggedrongen. Kan de Staatssecretaris met enkele praktijkvoorbeelden in kaart brengen wat de verschillen zijn tussen de huidige en de nieuwe situatie?

Antwoord

Een grote verandering in de praktijk is dat met de nieuwe bekostiging ggz-professionals niet langer hoeven te registreren wat ze aan het doen zijn buiten het directe contact dat ze met de cliënt hebben. Een telefoontje naar de huisarts, het terugbellen naar de huisarts omdat die de eerste keer niet opnam, overleg met een collega en tijd die je besteedt aan het bijwerken van het patiëntdossier hoeven allemaal niet meer geregistreerd

te worden. In het zorgprestatie­model hoeven de meeste zorgverleners alleen nog consul­ten vast te leggen die geautomatiseerd uit een agenda kunnen worden overgenomen. Voor zorgprofessionals betekent dit een groot verschil in de praktijk, zoals ook blijkt uit het experiment «Waarde­gedreven zorg» van zorginstelling Arkin en zorgverzekeraar Zilveren Kruis, waar het niet meer hoeven registreren van indirecte tijd een belangrijk onderdeel was. De werkwijze in dat experiment, die gericht is op het verleggen van de focus van registratie en verantwoording naar zinvolle dossiervoering, heeft bij Arkin geleid tot een substantieel lagere werk­druk, het ervaren van meer zinvol werk en fors lager verzuim.⁶

Een ander voorbeeld van een te verwachten verschil in de praktijk is dat er bij zorgaanbieders straks vanuit het bekostigingssysteem meer ruimte zal worden ervaren om de beroepenmix in te zetten die het beste past bij de zorgvraag van de cliënt. Waar in de huidige bekostiging het ene beroep dat zelfstandig consul­ten kan leveren wel declarabele tijd mag schrijven en het andere niet, kunnen straks alle beroepen die uit oogpunt van kwaliteit van zorg in de ggz en fz kunnen worden ingezet en die zelfstandig consul­ten kunnen leveren – zoals vastgelegd in een veldaf­praak – ook daadwerkelijk declarabele consul­ten registreren. En waar het tarief voor de gedeclareerde tijd nu gebaseerd is op een «gemiddelde beroepenmix», wordt straks per beroepscategorie een redelijkerwijs kostendekkend tarief voor geleverde consul­ten vastgesteld. Dit betekent dat vanuit het systeem van bekostiging meer ruimte zal worden ervaren om voor cliënten met een complexe zorgvraag waar nodig duurdere professionals in te zetten. Maar ook om bijvoorbeeld beter gebruik te maken van ondersteunende beroepen waar die de regiebehandelaar kunnen ontlasten.

Vraag

Genoemde leden lezen in de uitwerkingsbrief van de NZa dat er ook meer mogelijkheden worden geboden om digitaal te gaan werken. Deze leden kunnen zich voorstellen dat dit bij bepaalde patiëntengroepen of problematieken een goede manier is om contact met de patiënt te houden en ondersteuning te bieden. De leden van de CDA-fractie vragen hierbij wel wie er nu gaat bepalen bij welke patiëntengroepen of bij welke problematieken digitale ondersteuning behulpzaam is tijdens de behan­deling en bij welke groep dat niet zo is. Dit vragen deze leden naar aanleiding van opmerkingen van de Algemene Rekenkamer, namelijk dat financiële prikkels in de bekostiging van de ggz het voor de zorgaan­bieders onaantrekkelijk maken zich ook te richten op patiënten met zware problemen.

Antwoord

De behandelaar en de patiënt bepalen in onderling overleg of digitale zorg behulpzaam is tijdens de behandeling. Het zorgprestatie­model geeft behandelaren maximale ruimte om consul­ten digitaal vorm te geven in afstemming met de patiënt. Daarnaast kan de facultatieve prestatie worden gebruikt voor de bekostiging van andere typen digitale zorg. Het is aan de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar hier nader invulling aan te geven. Het kan bij dit alles zowel gaan om digitale zorg voor cliënten met een lichte zorgvraag als cliënten met een zware zorgvraag.

Vraag

In de brief van de NZa staat dat het zorgprestatie­model wordt ingevoerd per januari 2022, maar dat men nog niet uit de nieuwe typering van de zorgvraag van de patiënt is. Hier is geen consensus over bereikt. Waarom is er (nog) geen consensus bereikt? Waarom denkt men dan toch te kunnen starten per 1 januari 2022? Wat gebeurt er als er op 1 januari 2022

⁶ Kamerstuk 29 515, nr. 441

geen consensus is bereikt? Hoe kunnen zorgverzekeraars of patiënten zelf dan controleren of de zorg passend is?

Antwoord

Over het model van zorgvraagtypering dat per 2022 zal worden ingevoerd is de afgelopen periode verder gesproken. Inmiddels is consensus bereikt over de invulling van de zorgvraagtypering en hebben partijen in een bestuurlijk overleg van 11 november hun steun uitgesproken voor het voorgenomen besluit hierover van de NZa. Kern daarvan is dat op basis van een door een aantal partijen – met behulp van onderzoeksbureau Sirm – ontwikkeld model, dat voortbouwt op het eerder ontwikkelde zorgclustermodel, tot een invulling van de zorgvraagtypering is gekomen. Een belangrijk discussiepunt dat de afgelopen periode nog speelde had betrekking op de verklaringskracht van het zorgclustermodel voor met name behandelkosten van cliënten met een zware zorgvraag. Om de genoemde verklaringskracht te versterken heeft de NZa met partijen afgesproken dat binnen een aantal clusters subclusters zullen worden aangebracht. Ook is een doorontwikkeltraject afgesproken. Een ander aspect waar de afgelopen periode over is gesproken, is hoe de administratieve lasten van de zorgvraagtypering zo beperkt mogelijk kunnen worden gehouden. De NZa heeft daarop met partijen afgesproken dat binnen de zorgvraagtypering de mogelijkheid wordt gecreëerd om het aantal te beantwoorden vragen te beperken, waarbij alleen nog vragen worden aangeboden die een verandering in het te adviseren zorgcluster tot gevolg kunnen hebben. Verder krijgen zorgaanbieders meer flexibiliteit bij het vaststellen van de evaluatiemomenten waarop wordt gehertypeerd, waardoor deze evaluatiemomenten kunnen worden gebaseerd op het behandelplan. (Wel moet altijd op het eerste contactmoment na 1 jaar waarin niet is getypeerd, een hertypering plaatsvinden.) Daarnaast is afgesproken dat met de nieuwe zorgvraagtypering de huidige registratie van de zogenaamde «zorgvraagzwaarteindicator» kan komen te vervallen. Bij de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering zal verder zo veel mogelijk gebruik worden gemaakt van informatie die al door de zorgaanbieder wordt vastgelegd, bijvoorbeeld in zorginformatiebouwstenen (zib's).

Vraag

Vervolgens lezen de leden van de CDA-fractie dat er grote herverdelings-effecten kunnen gaan ontstaan en dat zorgverzekeraars werken aan een overgangsmodel. Er wordt een zogenaamde veldafpraak gemaakt. Wat wordt bedoeld met veldafpraak?

Antwoord

Hiermee wordt bedoeld een bestuurlijke afspraak tussen de betreffende koepels van zorgaanbieders en zorgverzekeraars die tot stand komt in afstemming met de NZa.

Vraag

Hoelang gaat het overgangsmodel gebruikt worden? En heeft dit effect op het functioneren van het nieuwe bekostigingssysteem per 1 januari 2022? Deze leden begrijpen dat hier geen extra financiële middelen voor nodig zijn, maar gaat dit dan niet ten koste van de huidige populatie die bij de ggz in zorg is?

Antwoord

Ik heb het voornemen de NZa een aanwijzing te geven om voor een periode van twee jaar (2022 en 2023) voor de ggz en fz een tijdelijke transitieprestatie te creëren, naast de nieuwe bekostiging. Dit heeft in zoverre invloed op het functioneren van de nieuwe bekostiging dat het hiermee in 2022 en 2023 mogelijk is om een hogere prijs voor ggz en fz af

te spreken dan in de structurele situatie (na 2023) mogelijk is. Dit met de kanttekening dat ik met partijen heb afgesproken dat de transitie macrobudgettaire neutraal wordt vormgegeven. De nieuwe bekostiging, de tijdelijke transitieprestatie en het macrobudgettaire kader zijn zowel van toepassing op zorg voor cliënten die op 1 januari 2022 al in behandeling zijn als op zorg voor cliënten die daarna in behandeling komen. Cliënten die al in behandeling zijn worden niet benadeeld ten opzichte van nieuwe cliënten.

Vraag

In het hoofdlijnenakkoord staat dat partijen functiedifferentiatie en taakherschikking gaan benutten maar de psychodiagnostisch werkenden die er juist op gericht zijn om bij complexe situaties een diagnose te stellen worden buitengesloten. Welke erkende beroepen kunnen nu en straks een declarabel consult registreren?

Antwoord

De lijst van beroepen die op dit moment declarabele tijd mogen registreren is opgenomen in bijlage 3 van de regels gespecialiseerde ggz van de NZa (Stcrt. 2020, nr. 1189). De lijst met beroepen die binnen de nieuwe bekostiging declarabele consulten mogen registreren is nog niet definitief vastgesteld. Zie ook de beantwoording van vragen hierover van de VVD-fractie.

Vraag

De conclusie van de NZa is dat de invoering van het zorgprestatie model leidt tot een betere beheersing van de macrobeheerskosten. Maar hangt dat er niet mede van af, of de typering van de zorgvraag van de patiënt meegenomen wordt?

Antwoord

De verwachting is inderdaad dat ook de invoering van een vernieuwde zorgvraagtypering bijdraagt aan een verbeterde macrobudgettaire beheersbaarheid.

De conclusie van de NZa dat invoering van het zorgprestatie model leidt tot een betere macrobudgettaire beheersbaarheid hangt daarnaast voor een groot deel samen met het feit dat binnen het zorgprestatie model de informatie over geleverde zorg niet alleen sneller beschikbaar is, maar ook gedetailleerder is. Deze versterkte informatiebasis maakt – onder andere via contractafspraken – een betere sturing mogelijk door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De NZa schrijft ook dat het zorgprestatie model in vergelijking met de huidige bekostiging op basis van diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) minder ruimte laat om door strategisch gedrag opbrengsten te maximaliseren. Ook dat draagt bij aan macrobudgettaire beheersbaarheid.

Vraag

De Staatssecretaris stelt dat het zorgprestatie model minder ruimte laat voor zorgaanbieders om door strategisch te declareren opbrengsten te maximaliseren, met name voor ongecontracteerde zorgaanbieders. Kan de Staatssecretaris dit uitgebreider toelichten?

Antwoord

De conclusie van de NZa dat het zorgprestatie model minder ruimte laat voor zorgaanbieders om door strategisch te declareren opbrengsten te maximaliseren, heeft de NZa in relatie tot ongecontracteerde aanbieders toegelicht op blz. 5 en 6 van de notitie «Beoordeling beheersbaarheid

macrokosten» die is meegestuurd bij mijn brief aan de Tweede Kamer van 14 september 2020.⁷

Deze conclusie is voor een belangrijk deel gestoeld op het feit dat met het zorgprestatie­model de huidige mogelijkheden binnen de bekostiging om strategisch te sturen op de tijd­klasse­grenzen komen te vervallen. De huidige bekostiging op basis van DBC's is gebaseerd op tijd­klassen. Zo kunnen behandelaren voor een behandeling die 1800 tot 3.000 minuten duurt een (fors) hoger tarief in rekening brengen dan voor een behan­deling die 800 tot 1.800 minuten duurt. Dit systeem brengt met zich mee dat zorgaanbieders hun opbrengsten per gewerkt uur kunnen maximali­seren door de totale behandel­duur af te stemmen op de onderkant van de tijd­klasse­grenzen, namelijk door steeds te kiezen voor een behandel­duur aan de onderkant van een tijd­klasse.⁸ Zij kunnen dan met zo min mogelijk inspanning toch steeds het hogere tarief dat bij de volgende tijd­klasse hoort declareren.

Als zorgaanbieders zich daarnaar gedragen is dat ongewenst, omdat financiële overwegingen dan de behandel­duur van de individuele cliënt gaan bepalen en niet diens zorgbehoefte. De NZa heeft berekend dat zorgaanbieders hierdoor in theorie een fors hogere omzet kunnen realiseren.⁹ Eerder is dit gedrag ook daadwerkelijk bij een beperkte groep zorgaanbieders aangetoond.¹⁰ In contracten met zorgverzekeraars wordt de mogelijkheid voor zorgaanbieders om op deze (ongewenste) manier opbrengsten te maximaliseren vaak verminderd of ongedaan gemaakt door de afspraken die daarin zijn opgenomen.

Een manier om als zorgaanbieder binnen de nieuwe bekostiging opbrengsten te vergroten (bij gelijkblijvende kosten) is om naar verhouding meer tijd te gaan besteden aan direct patiënt­contact en minder aan «indirecte behandel­tijd». Denk bij «indirecte behandel­tijd» bijvoorbeeld aan tijd besteed aan het bijwerken van het patiënt­dossier, het reflecteren op de behandeling of het voeren van overleg met collega's. Tot op zekere hoogte kan het efficiënter omgaan met indirecte tijd positieve effecten hebben, zo kan hierdoor meer ruimte ontstaan voor het aannemen van nieuwe cliënten van de wachtlijst. Binnen contracten met zorgverzekeraars kunnen afspraken worden gemaakt die misbruik (zeer weinig indirecte tijd aan de behandeling besteden waardoor de kwaliteit in gevaar komt) kunnen helpen voorkomen. Daarnaast bieden – meer dan tegen het sturen op tijd­klasse­grenzen in de huidige bekostiging – de kwaliteits­standaarden bescherming, omdat daarin concrete bepalingen zijn opgenomen over het bijhouden van het patiënt­dossier en het voeren van multidisciplinair overleg. Ggz-aanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg zoals vastgelegd in kwaliteits­stan­daarden. De IGJ ziet daarop toe. Bij signalen en meldingen over onverant­woorde zorg, kan melding worden gedaan bij de IGJ.

In mijn brief van 6 oktober jl. heb ik de kanttkening geplaatst dat de manier waarop de ambulante settingen in het zorgprestatie­model nu zijn afgebakend het risico met zich mee brengt dat zorgaanbieders een (substantieel) hoger tarief – horend bij een zwaardere ambulante setting – kunnen declareren, zonder dat daar hij hen (substantieële) meerkosten tegenover staan. Om die reden vraag ik de NZa om, voorafgaand aan de

⁷ Kamerstuk 25 424, nr. 552

⁸ Hier kan – afhankelijk van de situatie – een prikkel vanuit gaan om de behandeling te stoppen als een tijd­klasse­grens is gepasseerd, of een prikkel om door te behandelen tot net over de volgende tijd­klasse­grens, ook als dit tegen het belang van de cliënt in gaat. De resultaten van een onderzoek van het Centraal Planbureau suggereren daarbij dat de tweede prikkel – de prikkel tot langer doorbehandelen – op macroniveau het grootste effect heeft. Zie: Rudy Douven, Minke Remmerswaal en Ilaria Mosca (2014), *Unintended effects of reimbursement schedules in mental health care*, CPB Discussion Paper, nr. 292.

⁹ Zie de bijlage «Financiële prikkels en de effecten op de publieke belangen» bij Kamerstuk 25 424, nr. 522

¹⁰ Zie bijlage bij Kamerstuk 31 765, nr. 161.

invoering van de nieuwe bekostiging, de afbakening van de ambulante settingen aan te scherpen om dit risico te beperken en daarbij zo nodig aanvullende maatregelen te nemen.

Vraag

Ook stelt de Staatssecretaris dat ongecontracteerde zorgverleners/zorgaanbieders dan eerder een contract met de zorgverzekeraar afsluiten. Dat is een positieve ontwikkeling maar werkt dit ook de andere kant op: zijn zorgverzekeraars dan ook eerder geneigd kleine zorgaanbieders en eenpitters dankzij dit nieuwe bekostigingsmodel een contract aan te bieden? Kan dat worden toegelicht?

Antwoord

De invoering van de nieuwe bekostiging heeft geen voorzien effect op de geneigdheid van zorgverzekeraars om kleine ggz-aanbieders en eenpitters een contract aan te bieden.

Vraag

Onlangs hebben de leden van de CDA-fractie vragen ingediend over het kwaliteitsregister. Daarbij is onder andere geconstateerd dat de crisis ggz niet meedoet aan dit kwaliteitsregister. De crisis ggz doet toch wel mee aan dit bekostigingssysteem? Deelt de Staatssecretaris de mening dat ten behoeve van de evaluatie van de kwaliteit inzicht in het gehele behandeltraject juist wel sterk is gewenst?

Antwoord

De budgetbekostiging van de acute ggz, die sinds 2020 van kracht is, blijft qua systematiek ongewijzigd. Wel is het zo dat de «crisis-dbc's», die de betreffende zorgaanbieders nu ten laste van hun budgetten declareren, zullen worden vervangen door de prestaties van het zorgprestatie-model, waarbij herkenbaar zal zijn dat het gaat om acute ggz. Binnen het zorgprestatie-model krijgen alle declaraties die bij een bepaalde behandeling horen hetzelfde behandeltrajectnummer mee, zodat zowel cliënten, zorgaanbieders als zorgverzekeraars zicht blijven houden op welke declaraties bij elkaar horen. Op die manier blijft net als nu inzicht bestaan in het gehele behandeltraject.

Vraag

In het kader van monitoring en controle van fouten en fraude acht de Staatssecretaris van groot belang:

1. dat er een eenduidige en duidelijke uitwerking van alle onderdelen van het model is zodat er zo min mogelijk ruimte is voor interpretatieverschillen,
2. de kwaliteit van de data van zorgaanbieders,
3. de controlemogelijkheden bij zorgverzekeraars,
4. en de grotere rol van de patiënt.

In de nadere uitwerking en in de implementatie van het zorgprestatie-model moet hier aandacht voor zijn. Kan de Staatssecretaris de bovenstaande punten toelichten? Dit hoeft toch niet allemaal ontwikkeld te worden, met name nummer 3 en 4? Hoe veranderen de controlemogelijkheden bij zorgverzekeraars en de grotere rol van patiënten bij het onderhavige nieuwe bekostigingssysteem?

Antwoord

De NZa heeft bovenstaande punten genoemd in de brief bij haar advies over de nieuwe bekostiging van medio juli. Deze punten worden hieronder toegelicht:

- (1) *Verkleinen mogelijkheden voor interpretatieverschillen.* Hoe duidelijker de regels hoe minder de kans op fouten en fraude. Door een eenduidige en duidelijke uitwerking van alle onderdelen van de

nieuwe bekostiging wil de NZa de kans zo klein mogelijk maken dat partijen regels anders interpreteren dan ze bedoeld zijn.

- (2) *De kwaliteit van de data van zorgaanbieders.* De NZa zal de invoering van het zorgprestatie­model goed monitoren. Daarbij kijkt de NZa naar aspecten als continuïteit van zorg, gevolgen van de transitie en mogelijke risico's op fouten en fraude. Hiervoor is goede data noodzakelijk. Op dit moment is de kwaliteit van de data in het zogenaamde DIS (DBC-informatiesysteem) van de NZa onvoldoende om op zichzelf te kunnen voorzien in de behoefte van de NZa bij het uitvoeren van haar wettelijke taken. Om deze reden wil de NZa direct vanaf de invoering van het zorgprestatie­model ervoor zorgen dat alle zorgaanbieders de noodzakelijke data tijdig aanleveren. Door de informatieaanlevering direct aan te laten sluiten op het facturatie­proces zal de compleetheit en kwaliteit van de data ten opzichte van nu fors toenemen.
- (3) *De controle­mogelijkheden bij zorgverzekeraars.* De controle­mogelijkheden bij zorgverzekeraars bestaan inderdaad nu ook al. Bij de ontwikkeling van het zorgprestatie­model bestaat aandacht voor de vraag welke informatie de zorgverzekeraar en de patiënt nodig hebben om de factuur te controleren. De verwachting is dat door de snellere facturering binnen het zorgprestatie­model zorgverzekeraars veel sneller dan nu aanvullende controles kunnen inzetten bij vermoedens van fouten of fraude.
- (4) *De rol van de patiënt.* Ook nu al kan de patiënt tot op zekere hoogte signaleren of er sprake is van fouten of fraude bij de declaratie. In de huidige DBC-systematiek is dit echter wel moeilijk voor de patiënt, omdat er een totaalbedrag wordt gefactureerd voor het gehele behandeltraject. In het nieuwe zorgprestatie­model worden losse consulten gedeclareerd en kan een patiënt dus veel makkelijker en sneller zien of de gedeclareerde consulten ook aansluiten bij zijn of haar behandelafspraken.

Vraag

Het Talma rapport stelt dat een «gevaar» van het nieuwe systeem is dat er meer zorg verbruikt wordt dan het principe van het gepast gebruik. Om dit tegen te gaan zijn onder andere de omschrijvingen van de settings verder aangescherpt. Wat wordt hier precies mee bedoeld?

Antwoord

De zorg die in de ggz- en fz-sector geleverd wordt is zeer divers. Het varieert van de behandeling van een relatief lichte depressie tot het verlenen van zeer zware psychiatrische zorg. De infrastructuur die nodig is en de inzet van verschillende behandelaren die zorg verlenen verschilt ook naar gelang de zorgvraag. Zo kan de relatief lichte depressie zowel vanuit patiëntperspectief als kostenperspectief goed behandeld worden bij een vrijgevestigde praktijk, terwijl de zware psychiatrische zorg in bepaalde gevallen beter in een gesloten beveiligde omgeving geleverd kan worden. De vrijgevestigde praktijk kent daarbij een heel ander kostenniveau dan een gesloten beveiligde omgeving. Ook het percentage indirecte tijd dat nodig is voor patiënten met een lichtere of zwaardere zorgvraag kan verschillen. Om onder andere recht te doen aan deze verschillen worden in het zorgprestatie­model een aantal zogenoemde settings geïntroduceerd die elk een tarief krijgen die recht doet aan het verschil in kosten. Het Talma Instituut heeft geconcludeerd dat het verschil tussen de settings scherper gedefinieerd kon worden. Hiermee wordt voorkomen dat een zorgaanbieder die in een lichte setting valt ook onder de definities valt van een zwaardere setting terwijl hij het bijhorende kostenniveau niet heeft. Naar aanleiding van het advies van het Talma Instituut heeft de NZa een aantal definities van de settings aangescherpt. In mijn brief van 6 oktober jl. aan de Tweede Kamer heb ik aangegeven de NZa te vragen

om, voorafgaand aan de invoering van de nieuwe bekostiging, de afbakening van de ambulante settingen nog verder aan te scherpen. De NZa heeft dit ter hand genomen.

Vraag

Ook geeft het Talma rapport aan dat zorgvraagtypering noodzakelijk is omdat het systeem anders fraudegevoeliger wordt; waarom zou het nieuwe bekostigingssysteem dan toch moeten doorgaan ook als er (nog) geen afspraak is over de zorgvraagtypering?

Antwoord

Over het model van zorgvraagtypering dat per 2022 zal worden ingevoerd is de afgelopen periode verder gesproken. Inmiddels is consensus bereikt over de invulling van de zorgvraagtypering en hebben partijen in een bestuurlijk overleg van 11 november hun steun uitgesproken voor het voorgenomen besluit hierover van de NZa. Zie ook het antwoord op een vraag hierover van de VVD-fractie.

Vraag

Door een aantal partijen wordt gewerkt aan een alternatieve typering die specifiek is gericht op de EPA doelgroep (patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen). Dit alternatief is op dit moment nog onvoldoende concreet om beoordeeld te kunnen worden. Partijen verwachten dat op zijn vroegst in oktober 2020 een eerste beeld gegeven kan worden van de potentie van dit alternatief. Vervolgens concludeert de NZa dat de resultaten van de pilots voldoende basis bieden om de potentie van het zorgclustermodel als instrument voor zorgvraagtypering te kunnen beoordelen. Maar begrijpen de leden van de CDA-fractie het goed dat dit alleen het geval is als «de partijen» uit de vraagtypering van de EPA doelgroep komen? Of klopt dit niet? Met name omdat het zorgclustermodel onvoldoende lijkt aan te sluiten bij de ingewikkeldere/zwaardere ggz problematiek. En daar zit nu volgens de Algemene Rekenkamer net het probleem. Hoe ziet de Staatssecretaris dit precies? En deelt de Staatssecretaris de zorg van de leden van de CDA-fractie?

Antwoord

Zie het antwoord op de vorige vraag. In het bestuurlijk overleg van 11 november tussen partijen en de NZa is onder andere afgesproken dat de zorgvraagtypering op een aantal onderdelen verfijnd wordt om de verklaringskracht van met name de zwaardere zorgclusters (zorgclusters die van toepassing zijn op cliënten met een zwaardere zorgvraag) te vergroten. Daarnaast is onder andere afgesproken dat partijen in de komende jaren gezamenlijk zullen werken aan de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering.

Vraag

Wat betreft de forensische zorg wordt gesteld dat de uitkomst van risicotaxatie- en analyse bepalend is voor het type en de intensiteit van de geleverde zorg. Het is van belang dat gestructureerde risicotaxatie onderdeel is van de zorgvraagtypering in de forensische zorg en dat er wordt gekeken naar de ernst van het delict en het recidiverisico. Dat kunnen de leden van de CDA-fractie volgen. Partijen werken op dit moment gezamenlijk aan een model specifiek voor de forensische zorg dat voor de ernst van de problematiek zoveel mogelijk aansluit bij de reguliere ggz. Genoemde leden vragen of dit model klaar is voor 1 januari 2022. En zo niet, wat gaat er dan gebeuren?

Antwoord

Een apart model voor zorgvraagtypering in de forensische zorg wordt per 1 januari 2022 ingevoerd. Dit wordt na invoering verder ontwikkeld.

Vraag

Wat betekent dit nieuwe bekostigingsmodel van de ggz (en forensische zorg) voor de risicoverevening van 2022? Kan de Staatssecretaris dit al inzichtelijk maken? Waarom wel of waarom niet?

Antwoord

Het onderzoek hiernaar is gestart in samenwerking met onder meer de Nederlandse Zorgautoriteit en zal worden afgerond voor de besluitvorming over de risicoverevening 2022, welke plaatsvindt in de zomer van 2021. De Minister voor Medische Zorg en Sport zal de Tweede Kamer hier dan over informeren.

Vragen en opmerkingen bij de «Voorhangbrief nieuwe bekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz)» d.d. 6 oktober 2020

Vraag

Op pagina 4 stelt de Staatssecretaris dat er ook een «facultatieve prestatie» met een vrij tarief wordt geïntroduceerd om onder andere (regionaal) maatwerk af te spreken. Dit staat volgens de leden van de CDA-fractie haaks op het ontwikkelen van een lerende cultuur in de ggz en stimuleert nog meer dat 1000 bloemen bloeien. Kan de Staatssecretaris hierop een toelichting geven?

Antwoord

Aanvragen voor een facultatieve prestatie kunnen alleen door een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar gezamenlijk worden ingediend bij de NZa. Dat biedt bescherming tegen een wildgroei van initiatieven. Daarnaast ben ik van mening dat innovatie en het geven van flexibiliteit in de bekostiging niet haaks staan op het ontwikkelen van een lerende cultuur. Het is belangrijk dat de innovaties vóór, tijdens en na de introductiefase goed worden onderzocht op veiligheid, effectiviteit én de voorwaarden voor gepast gebruik in de praktijk. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar kunnen daar afspraken over maken. De facultatieve prestatie kan zo de implementatie van goede innovatieve zorg ondersteunen en daarmee ook de evaluatie van de innovatie, gepast gebruik en een lerende cultuur. Via zogenaamde leernetwerken kunnen behandelingen met goede resultaten eenduidig worden uitgevoerd en landelijk worden geïmplementeerd.

Vraag

Op pagina 5 stelt de Staatssecretaris dat de indirecte behandel tijd grotendeels bekostigd gaat worden via een opslag die in de consulttarieven wordt verdisconteerd. Hoeveel procent gaat dat worden, zo vragen de leden van de CDA-fractie. En welk gedeelte van de prijs zal de indirecte kosten betreffen?

Antwoord

Het percentage indirecte tijd dat door de NZa als opslag verdisconteerd wordt in de tarieven verschilt per setting, per categorie beroep en per type consult. De indirecte tijd per consult is bepaald op basis van de werkelijk geregistreerde indirecte tijd in de huidige praktijk. In de «Impactanalyse zorgprestatie model» die de NZa heeft uitgevoerd¹¹ is ter illustratie voor zowel een behandelconsult als een diagnostiekconsult van 45 minuten uitgewerkt wat het aandeel indirecte tijd is waarop het concept-tarief is gebaseerd (zie paragraaf 5.2, tabellen 9 en 10).

Vraag

¹¹ Bijlage bij Kamerstuk 25 424, nr. 552

Op pagina 6 bovenaan staat dat de NZa momenteel de gevolgen voor het eigen risico in kaart brengt. De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de Kamer hierover geïnformeerd zal worden.

Antwoord

Voor alle ggz-cliënten blijft gelden dat zij – net als alle andere mensen die een beroep doen op hun zorgverzekering – maximaal € 385 aan (verplicht) eigen risico per jaar hoeven te betalen.

Omdat het eigen risico van de zorgverzekering gekoppeld is aan de declaratie van zorg – en omdat die declaraties in het nieuwe bekostigings-systeem gespreid over de behandeling plaatsvinden en niet meer, zoals nu, pas aan het eind van de behandeling of na maximaal een jaar – heeft de invoering van de nieuwe bekostiging soms wel invloed op het moment waarop cliënten eigen risico betalen en op het feitelijke bedrag dat sommige ggz-cliënten aan eigen risico betalen. De NZa heeft dit in kaart gebracht.

De NZa laat weten dat naar schatting voor 91% van de ggz-cliënten geen gevolg is voor het totaal bedrag dat zij aan eigen risico betalen. Voor naar schatting maximaal 9% van de ggz-cliënten is er wel een gevolg. Zij gaan meer eigen risico betalen, waarbij het bedrag dat zij meer gaan betalen afhangt van hun persoonlijke situatie. Mensen die jaar op jaar een beroep doen op de ggz zullen ten opzichte van nu praktisch nooit extra eigen risico hoeven te betalen omdat zij nu reeds praktisch elk jaar hun eigen risico opmaken. Datzelfde geldt voor mensen die naast ggz ook veel andere zorg nodig hebben waarvoor het eigen risico geldt.

De NZa baseert deze schatting wel op – vanuit het perspectief van de ggz-cliënt – ongunstige veronderstellingen. Andere veronderstellingen zouden een lager percentage opleveren.

Het extra eigen risico dat de genoemde groep van naar schatting maximaal 9% van de ggz-cliënten moet betalen betreft (een deel van de) ggz-behandelingen die over de kalenderjaargrens heen lopen. Onder de nieuwe bekostiging wordt het eigen risico aangeslagen van het jaar waarin de zorg ook daadwerkelijk is geleverd. Dit heeft als voordeel dat voor de cliënt makkelijker is te begrijpen wanneer zijn eigen risico wordt aangeslagen. Wel betekent dit, dat voor behandelingen die over de jaargrens heenlopen in twee opeenvolgende jaren het eigen risico kan worden aangeslagen, waar dat nu nog (bij behandelingen korter dan een jaar) in één jaar gebeurt.

Er zijn verschillende compensatiemaatregelen om ervoor te zorgen dat iedereen zijn of haar eigen risico kan betalen. Zo ontvangen huishoudens met een laag inkomen hiervoor zorgtoeslag, bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen en hebben gemeenten de middelen om tot financieel maatwerk te komen voor de cliënt.

Vraag

Onderaan pagina 6 staat dat er gewerkt gaat worden met een geactualiseerde lijst van beroepen die consulten kunnen registreren zoals de psychodiagnostisch werkende. Betekent registreren hier ook factureren, zo vragen deze leden.

Antwoord

Bedoeld wordt het registreren van consulten die gefactureerd kunnen worden.

Vraag

Op pagina 7 schrijft de Staatssecretaris dat er in het zorgprestatie-model nog wel een risico is dat psychiaters in vrije vestiging tegen een hoog tarief patiënten met relatief lichte problematiek kunnen behandelen. De

Staatssecretaris vraagt de NZa hier regels te stellen, maar hoe gaat de controle hierbij plaatsvinden? Is er een nulmeting?

Antwoord

Controle zal plaatsvinden op dezelfde wijze als op andere aspecten van het zorgprestatie­model: conform een van de uitgangspunten van het zorgprestatie­model zal de verantwoording zoveel mogelijk van tevoren, vanuit de processen bij de zorgaanbieder, worden ingericht, zodat controle achteraf zo min mogelijk hoeft plaats te vinden. Zorgverzekeraars en de NZa hebben daarnaast hun instrumenten om registraties en declaraties achteraf te controleren. Zij krijgen door de invoering van het zorgprestatie­model informatie over gedeclareerde zorg bovendien sneller tot hun beschikking, zodat zij sneller kunnen zien of die informatie aanleiding geeft tot verdere controle­stappen.

De NZa bekijkt samen met veldpartijen welke (signalerende) rol zorgvraagtypering bij de controle kan hebben en binnen welke termijn dit realistisch is. Via de nieuwe zorgvraagtypering wordt transparant of een patiënt een relatief zware zorgvraag heeft of een relatief lichte. Op deze manier kan de zorgverzekeraar zien wanneer een «zwaar» beroep voornamelijk lichte zorg levert. De verzekeraar kan op dat moment het gesprek aangaan met de betreffende zorgaanbieder.

Er is geen specifieke nulmeting op dit punt. Wel zal de NZa ook dit aspect meenemen in het monitoren van de ervaringen met het zorgprestatie­model na invoering.

Vraag

Bij diagnostiek en zwaardere zorg is doorgaans meer behandel­tijd nodig. De vergoeding voor diagnostiek­consulten is hoger. De leden van de CDA-fractie vragen of er een bepaald percentage is. Is er een nulmeting?

Antwoord

Voor diagnostiek­consulten wordt door de NZa een hogere opslag voor «indirecte tijd» in de tarieven verwerkt dan voor behandel­consulten, omdat uit de data blijkt dat in de huidige systematiek voor diagnostiek­consulten meer indirecte tijd wordt geschreven dan voor behandel­consulten. De NZa heeft de concept-tarieven in lijn hiermee berekend. Met «indirecte tijd» bedoel ik tijd die aan de diagnostiek of behandeling van de patiënt wordt besteed, zonder dat sprake is van direct patiënt­contact, zoals tijd besteed aan het bijwerken van het patiënt­dossier, de interpretatie van testuitslagen of het voeren van overleg met een collega. In de «Impactanalyse zorgprestatie­model» die de NZa heeft uitgevoerd¹² is voor zowel een diagnostiek­consult als een behandel­consult van 45 minuten voor verschillende settings en categorieën beroepen uit­gewerkt wat het aandeel indirecte tijd is waarop het concept-tarief is gebaseerd (paragraaf 5.2, tabellen 9 en 10).

Vraag

Op pagina 8 staat dat de periode tot 2024 in het teken staat van het opdoen van ervaring. Maar hoe kan ervaring daadwerkelijk worden opgedaan terwijl er nog steeds discussie is over de zorgvraagtypering, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Antwoord

Zoals vermeld in het antwoord op eerdere vragen van de CDA-fractie en een soortgelijke vraag van de VVD-fractie, hebben partijen in een bestuurlijk overleg van 11 november steun uitgesproken voor het voorgenomen besluit hierover van de NZa. De NZa schrijft voor welk model van zorgvraagtypering per 2022 gehanteerd zal worden.

¹² Bijlage bij Kamerstuk 25 424, nr. 552

Vraag

Op pagina 9 staat dat in de basis-ggz de volumeprikkels toenemen, hetgeen bij ongecontracteerde zorgaanbieders kan leiden tot langer doorbehandelen. Genoemde leden vragen hoe dit gemonitord gaat worden.

Antwoord

De profielen basis-ggz zullen in elk geval in 2022 en 2023 beschikbaar blijven op de ggz-factuur. Gekeken kan worden hoeveel consulten gedeclareerd worden per basis-ggz-profiel.

Vraag

Op pagina 10 wordt terecht aandacht gevraagd voor het belang van goede dossieropbouw. De leden van de CDA-fractie vragen hoe geborgd gaat worden dat dossiers eenduidig en gestructureerd opgebouwd gaan worden.

Antwoord

Er zijn wettelijke normen rond het bijhouden van een patiëntendossier. Afspraken daarover zijn onder andere vastgelegd in het model-Kwaliteitsstatuut ggz en ook zijn er eisen vanuit andere kwaliteitsstandaarden van toepassing. Ggz-aanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg zoals vastgelegd in kwaliteitsstandaarden. De IGJ ziet daarop toe. Bij signalen en meldingen over onverantwoorde zorg, kan melding worden gedaan bij de IGJ.

Vraag

Op pagina 11 staat dat de NZa is gevraagd naar aanvullende maatregelen om fraude in de forensische zorg te bestrijden. Deze leden of deze aanvullende maatregelen gedeeld zullen worden met de Kamer.

Antwoord

De wijze waarop de NZa mogelijke fraude in de forensische zorg gaat aanpakken zal gedeeld worden met de Tweede Kamer.

Vraag

Op pagina 11 staat ten slotte dat er voor 2022 en 2023 ook nog een tijdelijke transitieprestatie komt. De leden van de CDA-fractie begrijpen dat niet, aangezien deze periode juist gebruikt zou worden om met nieuwe zorgvraagtypering ervaring op te doen. Kan de Staatssecretaris dit toelichten?

Antwoord

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben een veldafpraak in ontwikkeling, waarin de kaders worden gegeven voor financiële afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar bij de transitie naar het zorgprestatie-model als nieuwe bekostiging. Met de partijen van het Hoofdlijnenakkoord heb ik afgesproken dat de transitie macrobudgettair neutraal wordt vormgegeven. De transitieprestatie is bedoeld ter ondersteuning van deze veldafpraak.

De nieuwe zorgvraagtypering is geen geïntegreerd onderdeel van de bekostiging (het geheel van de door de NZa voorgeschreven prestaties en tarieven), maar een apart instrument dat naast en in samenhang met de nieuwe bekostiging gebruikt zal gaan worden. De transitieprestatie houdt dan ook geen direct verband met de invoering van de nieuwe zorgvraagtypering.

De informatie die de zorgvraagtypering biedt heeft als doel om «gepast gebruik» te ondersteunen, bijvoorbeeld via het gesprek en de contractafspraken hierover tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Maar

bijvoorbeeld ook door ondersteuning te geven aan het «samen beslissen» en het tijdig evalueren in de relatie tussen behandelaar en patiënt.

Reactie op de vragen en opmerkingen van de D66-fractie

Vraag

De leden van de D66-fractie constateren dat elke manier van bekostigen zijn voor- en nadelen kent. Kan de Staatssecretaris een overzicht geven van de belangrijkste nadelen, of uitdagingen, die te verwachten zijn bij de invoering van deze bekostiging? Kan in dit overzicht per nadeel worden aangegeven welke partij dit nadeel heeft benoemd? Het betreft dan uiteraard alleen de partijen die deelgenomen hebben aan de totstandkoming van het zorgprestatie-model. Worden deze nadelen, of uitdagingen, ook nauwkeurig gemonitord als het zorgprestatie-model wordt ingevoerd?

Antwoord

Ik ben het met de leden van de D66-fractie eens dat elk bekostigingsmodel voor- en nadelen kent. De belangrijkste risico's, nadelen, aandachtspunten of uitdagingen die ik rond de nieuwe bekostiging zie hebben betrekking op de punten waarop ik in mijn voorhangbrief van 6 oktober¹³ nadere monitoring en/of aanpassingen heb aangekondigd. Vaak betreft het hier een (mogelijke) keerzijde van voordelen die met de nieuwe bekostiging worden gerealiseerd:

- De nieuwe bekostiging is gebaseerd op de werkelijke behandelinzet in termen van ingezette beroepen en de feitelijke hoeveelheid behandel- en diagnostiekconsulten: dat faciliteert een vergoeding op maat voor onder andere complexe zorg.
 - Keerzijde hiervan is dat de huidige prikkel om minder dure professionals in te zetten komt te vervallen. In dit kader heb ik in mijn brief van 6 oktober specifiek het risico genoemd dat in de nieuwe bekostiging psychiaters in vrije vestiging tegen een hoog tarief patiënten met relatief lichte problematiek kunnen behandelen. Ik heb daarbij aangegeven de NZa te zullen vragen om het 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 krijgen zij dan een lager tarief dat aansluit bij de aard van de geboden zorg.
 - Andere keerzijde hiervan is dat dit in de basis-ggz met name bij ongecontracteerde zorgaanbieders ten opzichte van nu kan leiden tot langer doorbehandelen. Dit omdat in de basis-ggz de huidige genormeerde tarieven, die uitgaan van een bepaalde duur van het behandeltraject komen te vervallen.¹⁴ Ik heb de partijen van het Hoofdlijnenakkoord GGZ verzocht om te bespreken welke afspraken en/of instrumenten mogelijk zijn om de voor de basis-ggz kenmerkende behandel filosofie van kortdurend behandelen, ook na invoering van het zorgprestatie-model, te ondersteunen. Partijen hebben daarmee ingestemd.
- In de nieuwe bekostiging hoeft geen «indirecte behandel tijd» meer te worden geregistreerd: hiermee worden administratieve lasten bespaard en het stimuleert direct patiëntcontact, waardoor meer ruimte kan ontstaan voor het aannemen van nieuwe cliënten van de wachtlijst. Keerzijde van deze ontwerpkeuze is dat als «indirecte

¹³ Kamerstuk 25 424, nr. 554

¹⁴ Daar staat tegenover dat experts in de ggz-sector aangeven dat door de huidige genormeerde tarieven in de basis-ggz, nu ook soms patiënten worden doorverwezen naar de gespecialiseerde ggz, die zorginhoudelijk gezien nog goed behandeld hadden kunnen worden binnen de basis-ggz. Deze prikkel om onnodig door te verwijzen vervalt in het zorgprestatie-model.

- behandeltijd» in *te sterke mate* wordt vervangen door direct patiënt-contact dit risicovol kan zijn voor de kwaliteit van zorg. De NZa beheerst dit risico onder andere door voor diagnostiekconsulten en zorg die in zwaardere settings wordt geleverd een hogere opslag voor indirecte behandeltijd in de tarieven te disconteren. Verder bieden de wettelijke normen rond het bijhouden van een patiëntendossier en de eisen vanuit kwaliteitsstandaarden – zoals rond het voeren van multidisciplinair overleg – hier bescherming. Ggz-aanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg zoals vastgelegd in kwaliteitsstandaarden. De IGJ ziet daarop toe. Toch vraag ik de NZa om de ontwikkelingen op dit punt goed te monitoren, zodat op grond daarvan beoordeeld kan worden of nadere maatregelen nodig zijn.
- De NZa schrijft dat het zorgprestatie­model in vergelijking met de DBC-systematiek minder ruimte laat om door strategisch gedrag opbrengsten te maximaliseren. Desondanks ziet de NZa ook binnen het zorgprestatie­model nog bepaalde prikkels tot strategisch gedrag bij de zorgverlening (prikkels gericht op maximalisatie van opbrengsten, gegeven de kosten van de zorgaanbieder). In verband daarmee heb ik in mijn brief van 6 oktober aangegeven de NZa te zullen vragen de afbakening van de ambulante settings binnen de nieuwe bekostiging aan te scherpen, eventuele aanvullende maatregelen te nemen en de effectiviteit daarvan goed te monitoren.

Niet zozeer een nadeel, maar meer een constatering en aandachtspunt is dat de nieuwe bekostiging passende vergoedingen voor (onder andere) complexe zorg weliswaar faciliteert, maar dat de feitelijke vergoeding voor complexe zorg uiteindelijk wordt bepaald in de contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In mijn brief van 6 oktober heb ik daarom aangegeven dat het van groot belang is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders op een effectieve manier gebruik maken van de geboden mogelijkheden en dat zowel ik als de NZa partijen daarop zullen blijven aanspreken.

Ik beschik niet over een compleet overzicht waaruit blijkt welke partij op enig moment welk nadeel, risico of aandachtspunt heeft genoemd. Wel hebben partijen in een bestuurlijk overleg in augustus ingestemd met de nadere verzoeken aan de NZa die ik in de voorhangbrief van 6 oktober heb genoemd in verband met de daarin genoemde aandachtspunten en risico's.

Voor een kritische beschouwing op de nieuwe bekostiging attendeer ik de leden van de D66-fractie verder graag op het onderzoek dat partijen hebben laten uitvoeren door het Talma Instituut van de Vrije Universiteit Amsterdam.¹⁵ Het Talma Instituut heeft een kritische ex ante beleidsevaluatie van het zorgprestatie­model uitgevoerd.

Het Talma Instituut onderschrijft in dit onderzoek diverse voordelen van de nieuwe bekostiging en benoemt ook de bovengenoemde risico's. Verder wijst het Talma Instituut onder andere op het belang van goede afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en een adequate zorgvraagtypering om binnen het zorgprestatie­model «gepast gebruik» te borgen. Specifiek in relatie tot de doelgroep van ggz-cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (de EPA-doelgroep) bevestigt het Talma Instituut dat met het zorgprestatie­model een passende bekostiging voor de zorg voor deze groep wordt vastgesteld, maar waarschuwt het instituut ook dat met de verkeerde contractafspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar deze zorg alsnog in het gedrang kan komen. Het zorgen voor de toegankelijkheid van zorg voor EPA-cliënten hoort bij de wettelijke zorgplicht van zorgverzekeraars waar de NZa toezicht op houdt.

¹⁵ Bijlage bij Kamerstuk 25 424, nr. 552

Vraag

De leden van de D66-fractie vragen de Staatssecretaris of er geleerd is van internationale voorbeelden en literatuur op het gebied van bekostiging van de ggz en de fz. Zo ja, hoe is dit tot uiting gekomen in dit nieuwe zorgprestatie-model? In welke mate is er gekeken naar andere vormen van zorg, zoals jeugdzorg, wijkverpleging en de langdurige zorg?

Antwoord

Het onderzoek naar en de ontwikkeling van een nieuwe bekostiging voor de ggz en fz is een proces van jaren geweest. Aan het begin van dat traject is op basis van een analyse van voor- en nadelen van het DBC-systeem geconcludeerd dat een nieuwe «productstructuur» nodig was. Daarvoor heeft men toen ook het oog op het buitenland gericht. Daarbij kwam het zogenaamde «Engelse model» in beeld. Partijen en de NZa hebben toen, na een verkenning van dit model, in het najaar van 2015 geadviseerd om de bekostiging op basis van uitgangspunten van dit model door te ontwikkelen.¹⁶ Het zogenaamde zorgclustermodel is de Nederlandse vertaalslag van het «Engelse model». Het zorgclustermodel wordt aangepast en doorontwikkeld tot het model van zorgvraagtypering dat per 2022 wordt ingevoerd.

Het had aanvankelijk de voorkeur van toenmalig Minister Schippers om het zorgclustermodel en de bekostiging zo veel mogelijk te integreren (terwijl inmiddels is besloten de zorgvraagtypering als apart instrument naast en in samenhang met de nieuwe bekostiging te gebruiken).¹⁷ Een voorbeeld van een theoretisch denkbare invulling van die integratie is bijvoorbeeld om per zorgcluster één maximumtarief vast te stellen voor een bijbehorende bundel van zorgactiviteiten. Na verloop van tijd werd echter duidelijk dat zo'n invulling van het zorgclustermodel niet mogelijk was.¹⁸

De zorgvraag en het benodigde behandeltraject in de ggz worden vaak door een complex van factoren bepaald die niet allemaal in een integraal bekostigingssysteem te vatten zijn, of die – als dat toch geprobeerd zou worden – de bekostiging zeer complex zouden maken (waarbij met bekostiging wordt bedoeld: het geheel van door de NZa voorgeschreven prestaties en tarieven). Met het oog op deze complexiteit heeft de Commissie Transparantie en Tijdigheid een aantal jaar geleden – voor onder meer de ggz – geadviseerd om de bekostiging zo eenvoudig mogelijk in te richten met declarabele prestaties die per dag kunnen worden afgerekend en om de informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de zorgvraag van de cliënt en/of de kwaliteit van zorg onafhankelijk van het bekostigingsmodel vorm te geven.¹⁹

De zorg in andere sectoren, zoals de wijkverpleging en de langdurige zorg, wordt in meerdere of mindere mate gekenmerkt door andere factoren dan de ggz, waardoor voor die sectoren andere keuzes en/of accenten mogelijk zijn. Dit geldt ook voor de jeugdzorg, waarbij een ander relevant verschil is dat de volwassenen-ggz onder de zorgverzekering valt, wat voor de bekostiging andere vereisten met zich mee brengt.

Vraag

De leden van de D66-fractie zijn tevreden dat er afstand wordt genomen van de dbc-systematiek omdat inmiddels is aangetoond dat deze niet

¹⁶ Zie Kamerstuk 25 424, nr. 292 incl. bijlagen en zie de bijlagen bij Kamerstuk 29 515, nr. 371

¹⁷ Zij schreef over de nieuwe bekostiging o.a.: «Ik zal de NZa verzoeken om[...] ernaar te streven deze op zo'n manier vorm te geven dat zorgpaden/ genormeerde zorgactiviteiten de basis vormen van de bekostiging van de betreffende zorg, rekening houdend met de resultaten van de aangekondigde pilots en experimenten.» (Zie bijlage «Toelichting Standpunt op NZa-advies doorontwikkeling productstructuur» bij Kamerstuk 25 424, nr. 292).

¹⁸ Kamerstuk 25 424, nr. 371

¹⁹ Kamerstuk 33 654, nr. 29 en Kamerstuk 33 654, nr. 31.

aansluit bij de praktijk. Echter de gedachte achter de dbc-systematiek is wel dat er een bekostiging is per behandeling en er een prikkel is om behandelingen eerder af te ronden wanneer dat ook verantwoord is. De gedachte was om gepast gebruik van zorg te stimuleren alleen heeft de dbc-systematiek dit niet waargemaakt. Deze leden merken op dat van de 210.000 patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen maar een klein deel uitstroomt. Er ligt veel potentieel in gepast gebruik van zorg en herdiagnostiek zoals is verwoord in de aangenomen motie van het lid Diertens c.s.²⁰ Hoe wordt verantwoorde uitstroom en gepaste zorg gestimuleerd door middel van deze nieuwe bekostigingssystematiek? In het verlengde, is er een begrenzing op de maximum behandelduur? In het verlengde daarvan, zijn er in de nieuwe bekostigingssystematiek ook prikkels die langer dan noodzakelijke behandeling stimuleren?

Antwoord

Voordat ik inga op de rol die de bekostiging kan spelen bij het stimuleren van gepast gebruik, wil ik graag eerst benadrukken dat het bevorderen van gepast gebruik primair moet plaatsvinden via de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten, de actieve inzet op de implementatie daarvan en het maken van afspraken daarover tussen vertegenwoordigers van cliënten en hun naasten, zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook het zorgdragen voor een adequate verantwoording en controle op gepast gebruik is hierbij belangrijk. De acties die ik in gang heb gezet en de stappen die ik nog ga nemen n.a.v. de moties van de leden Diertens c.s.²¹ en Van den Berg c.s.²² zijn mede hierop gericht. Ook de maatregelen uit mijn brief van 6 oktober over een nieuwe bekostiging en een nieuwe zorgvraagtypering zijn mede bedoeld om het voorgaande te ondersteunen.

De vernieuwde zorgvraagtypering is een instrument dat naast en in samenhang met de nieuwe bekostiging wordt ingezet en dat in informatie voorziet om «gepast gebruik» te ondersteunen, bijvoorbeeld via het gesprek en de contractafspraken hierover tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Maar bijvoorbeeld ook door ondersteuning te geven aan het «samen beslissen» en het tijdig evalueren in de relatie tussen behandelaar en patiënt.

De meerwaarde van de nieuwe bekostiging voor gepast gebruik, nog los van de zorgvraagtypering, is onder andere dat de huidige prikkels om de cliënt korter of juist langer te behandelen dan nodig is, komen te vervallen. Zie hiervoor ook het antwoord op de vraag van de CDA-fractie over de ruimte in de huidige en nieuwe bekostiging om door strategisch gedrag opbrengsten te maximaliseren.

Binnen de nieuwe bekostiging die de NZa heeft geadviseerd wordt ieder los consult redelijkerwijs kostendekkend vergoed en verdwijnt de prikkel om een bepaalde cliënt langer of juist korter te behandelen dan noodzakelijk is: een consult geleverd aan een nieuwe cliënt en een consult geleverd aan een bestaande cliënt leveren de zorgaanbieder in dit nieuwe model financieel gezien even veel op. Dit terwijl in de DBC-bekostiging het financieel veel gunstiger kan zijn nog een paar extra consulten aan een bestaande cliënt te geven (als daardoor een volgende tijdklasse wordt bereikt en een fors hoger tarief kan worden gedeclareerd) of juist de behandeling van een bestaande cliënt snel te stoppen (als net een DBC-tijdklassegrens is gepasseerd).

De nieuwe bekostiging kent – net als het DBC-systeem – geen «maximum behandelduur» (in vergelijking met het DBC-systeem vindt er wat dat betreft dus geen verandering plaats). In het DBC-systeem kunnen behandelaren naarmate zij een cliënt blijven behandelen een DBC met een

²⁰ Kamerstuk 25 424, nr. 542

²¹ Kamerstuk 25 424, nr. 542

²² Kamerstuk 25 424, nr. 536

hogere tijdsklasse declareren. De hoogste tijdsklassen bevatten een zodanig hoog aantal behandelminuten, bijvoorbeeld meer dan 24.000 minuten per jaar, dat hier niet of nauwelijks een begrenzend effect vanuit gaat.²³

Vraag

Deze leden benadrukken ook dat psychosociale ondersteuning in de eigen omgeving of basis-ggz soms beter is aangewezen dan specialistische zorg. Hoe zorgt deze bekostigingssystematiek voor een goede balans tussen deze twee vormen van zorg, zodat basiszorg of ondersteuning in de eigen omgeving het uitgangspunt is maar dat er wel tijdig wordt doorverwezen naar specialistische zorg zodra dit is aangewezen?

Antwoord

De nieuwe bekostiging is alleen bedoeld voor verzekerde ggz en fz en niet voor psychosociale ondersteuning in het gemeentelijk domein. De NZa heeft niet de bevoegdheid om voor activiteiten in het gemeentelijk domein een bekostiging vast te stellen. Wel wordt de nieuwe bekostiging zowel toegepast in de generalistische basis-ggz als in de gespecialiseerde ggz.

Doordat ervoor is gekozen om de bekostiging van de generalistische basis-ggz en die van de gespecialiseerde ggz (qua systematiek) gelijk te trekken, wordt de kans verkleind dat financiële overwegingen in plaats van zorginhoudelijke overwegingen bepalen in welk van beide echelons een ggz-cliënt wordt behandeld. Zo geven volgens het Talma Instituut²⁴ experts in de ggz-sector aan dat door de huidige genormeerde tarieven in de basis-ggz, nu ook soms patiënten worden doorverwezen naar de gespecialiseerde ggz, die zorginhoudelijk gezien nog goed behandeld hadden kunnen worden binnen de basis-ggz. Deze prikkel om onnodig door te verwijzen vervalt in de nieuwe bekostiging.

Vraag

De leden van de D66-fractie vragen in welke mate preventie wordt bevorderd met behulp van deze systematiek. Zorgt deze bekostigingssystematiek er ook voor dat er een prikkel is om te voorkomen dat zorg nodig is?

Antwoord

De nieuwe bekostiging is bedoeld voor de ggz die vergoed wordt uit de Zorgverzekeringswet. Hieronder valt ook preventie die gericht is op individuen die al een psychische aandoening hebben en die voorkomt dat de ziekte leidt tot complicaties, extra beperkingen, verminderde kwaliteit van leven of sterfte. Deze vormen van preventie kunnen uit de toekomstige bekostiging van de ggz gefinancierd worden. Net als de huidige bekostiging voorziet de nieuwe bekostiging niet in een beloning voor collectieve vormen van preventie die gericht zijn op groepen mensen die geen klachten hebben, omdat deze vorm van preventie niet onder de aanspraken van de Zorgverzekeringswet valt.

Vraag

De leden van de D66-fractie hebben in het verlengde van gepast gebruik van zorg ook vragen over de zorgvraagtypering zoals die wordt voorgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. De Algemene Rekenkamer constateerde dat het behandelen van patiënten met complexere zorgvraag financieel minder aantrekkelijk is op dit moment en dat daardoor onder andere wachttijden ontstaan. Daarnaast zijn met name grotere instellingen verantwoordelijk voor de patiënten met de complexere zorgvraag

²³ Zie de NZa-notitie «Beoordeling beheersbaarheid van macrokosten bij invoering zorgprestatie-model», als bijlage meegestuurd bij Kamerstuk 25 424, nr. 552.

²⁴ Bijlage bij Kamerstuk 25 424, nr. 552

maar maken zij ook extra kosten, met name voor beschikbaarheid van personeel en kosten. Deze leden merken daarom op dat de zorgvraagtypering een belangrijke, zo niet essentiële, rol gaat spelen in deze nieuwe bekostiging. Het gaat bepalen of de hoogte van vergoeding ook daadwerkelijk past bij de zorgvraag. Voor alle zorgverleners moet de vergoeding voldoende zijn en vooral bij de complexere zorgvraag is het van belang dat de vergoeding voldoende is. Het is daarom zorgelijk om te lezen dat er nog geen overeenstemming is tussen partijen over de zorgvraagtypering maar er toch gestart wordt met het in gang zetten van het nieuwe bekostigingssysteem. Wanneer verwacht de Staatssecretaris meer duidelijkheid over de zorgvraagtypering? Kan de Staatssecretaris inzichtelijk maken wat de grootste belemmeringen zijn in het ontwikkelen van een goedwerkend zorgvraagtyperingsmodel? Deze leden vinden het belangrijk dat er geen ondercompensatie is voor de zorg aan patiënten met de meest complexe zorgvraag. Kan de Staatssecretaris aangeven hoe in de zorgvraagtypering ondercompensatie, maar ook overcompensatie, wordt voorkomen? Hoe is hier de balans tussen de complexere zorgvraag en de lichtere zorgvraag? Zijn deze vragen te beantwoorden ondanks dat de zorgvraagtypering nog niet is afgerond?

Antwoord

Zoals toegelicht in eerdere vragen van de VVD-, CDA- en D66-fractie in dit schriftelijk overleg, hebben ggz-partijen inmiddels in een bestuurlijk overleg op 11 november steun uitgesproken voor het voorgenomen besluit van de NZa over de zorgvraagtypering.

Zoals toegelicht in mijn brief van 6 oktober en in mijn antwoord op eerdere vragen van de D66-fractie in dit schriftelijke overleg, zie ik de zorgvraagtypering als een belangrijk instrument om naast en in samenhang met de nieuwe bekostiging gepast gebruik te ondersteunen. De zorgvraagtypering is echter geen integraal onderdeel van de nieuwe bekostiging in die zin dat deze niet bepalend is voor de consulten en tarieven die volgens de NZa-regelgeving gedeclareerd kunnen worden. Het is dus niet zo dat de zorgvraagtypering op een, door de overheid gereguleerde, dwingende manier bepalend is voor het maximumtarief dat zorgaanbieders voor verschillende vormen van ggz kunnen ontvangen. De zorgvraagtypering voorziet onder andere in informatie die zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen gaan gebruiken bij hun gesprek over gepast gebruik en het maken van afspraken daarover.

Het is nu aan partijen om op een verstandige manier gebruik te maken van de zorgvraagtypering. Ik heb met partijen dan ook afgesproken dat zij in een gezamenlijke «praktijkhandleiding» onder andere zullen beschrijven hoe de zorgvraagtypering in de praktijk op een verantwoorde en effectieve wijze kan en zal worden gebruikt, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de periode vanaf 2022 en de periode vanaf 2024.

Overigens is het niet zo dat alleen een goede zorgvraagtypering het maken van goede afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over een passende vergoeding van complexe zorg ondersteunt. Ook de nieuwe bekostiging zelf levert daarvoor bruikbare handvatten. Zo levert het onderscheid in de nieuwe bekostiging tussen onder andere zorg die in een outreachende setting en zorg die in een hoogspecialistische setting wordt geleverd aangrijpingspunten voor het maken van afspraken over deze zorg. Dit is zorg die doorgaans vooral betrekking heeft op mensen met een ernstige psychiatrische aandoening en/of een complexe zorgvraag.

Vraag

De leden van de D66-fractie lezen dat terwijl de ontwikkeling van de zorgvraagtypering doorgaat er in de tussentijd wordt gewerkt met het zorgclustermodel. Dit wordt het tweesparenbeleid genoemd. Hoe goed is de voorspellende waarde van dit zorgclustermodel? Wat zijn de belangrijkste knelpunten in dit huidige zorgclustermodel? Is het starten van een

proefjaar wel mogelijk als blijkt dat het zorgclustermodel niet toereikend is voor de doelen die de nieuwe bekostiging beogen? Kan dit juist ook niet zorgen voor verwarring bij de professionals die moeten gaan werken met de nieuwe bekostiging?

Antwoord

Inmiddels is er met partijen overeenstemming bereikt over een gezamenlijke koers ten aanzien van de zorgvraagtypering. De uitkomst daarvan is dat op basis van een door een aantal partijen – met behulp van onderzoeksbureau Sirm – ontwikkeld model, dat voortbouwt op het eerder ontwikkelde zorgclustermodel, tot een invulling van de zorgvraagtypering is gekomen. Zoals aangegeven in mijn antwoord op vragen van de VVD- en CDA-fractie hebben ggz-partijen in een bestuurlijk overleg op 11 november hun steun uitgesproken voor het voorgenomen besluit hierover van de NZa.

Gegevens over de «voorspellende waarde» van het oorspronkelijke zorgclustermodel voor de behandelkosten heb ik op 14 september naar de Tweede Kamer gestuurd.²⁵ Het gaat hier om een berekening van de voorspellende waarde op basis van data uit de pilot die de afgelopen jaren met het zorgclustermodel is uitgevoerd. Hieruit kwam naar voren dat zorgclusters de onderzochte behandelkosten grofweg driemaal beter voorspellen dan de hoofdgroepdiagnose zoals verwerkt in de DBC's. Daarbij moet wel worden aangemerkt dat binnen de pilot vooral zorgclustertrajecten van cliënten met een minder zware zorgvraag zijn aangeleverd en zorgclustertrajecten van cliënten met een zware zorgvraag minder goed vertegenwoordigd zijn.²⁶

Een belangrijk discussiepunt dat de afgelopen periode nog speelde had dan ook betrekking op de verklaringskracht van het zorgclustermodel voor met name behandelkosten van cliënten met een zware zorgvraag. Om de genoemde verklaringskracht te versterken heeft de NZa met partijen afgesproken dat binnen een aantal clusters subclusters zullen worden aangebracht. Ook zullen partijen de komende jaren blijven werken aan de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering.

Voor de overige discussiepunten en de afspraken die daarover zijn gemaakt verwijs ik naar het antwoord op een soortgelijke vraag van de CDA-fractie.

Vraag

De leden van de D66-fractie hebben tot slot nog enkele praktische vragen. Kan de Staatssecretaris een lijst geven van de belangrijkste praktische randvoorwaarden die nodig zijn om te starten met het proefjaar in 2021? Zijn deze randvoorwaarden gereed om daadwerkelijk te starten met het proefjaar in 2021? In het bijzonder zijn deze leden benieuwd naar de gereedheid van de ICT-systemen, immers goed werkende systemen kunnen de administratieve lasten aanzienlijk doen drukken.

Antwoord

Het jaar 2021 is een voorbereidingsjaar dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen gebruiken om te simuleren wat de impact van het zorgprestatie-model is voor de eigen praktijk, instelling en/of organisatie. Het is geen proefjaar in de zin van een «schaduwdraai»-jaar, waarvoor de declaratiesoftware die hoort bij de nieuwe bekostiging gereed moet zijn. Wel zullen er vanuit het programma, waarin de NZa en partijen samenwerken aan de nieuwe bekostiging, hulpmiddelen ter beschikking worden gesteld om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te ondersteunen bij het

²⁵ Zie bijlage bij Kamerstuk 25 424, nr. 552

²⁶ Tot op zekere hoogte reflecteert dit de situatie in de ggz, waarbij sprake is van een grote groep cliënten met een relatief lichte zorgvraag en een naar verhouding kleine groep cliënten met zware problematiek.

uitvoeren van simulaties voor de eigen organisatie met bestaande software. Denk hierbij aan conversietabellen en een handleiding/instructie. De planning is om deze hulpmiddelen eind dit jaar beschikbaar te stellen via www.zorgprestatie.nl.

Ten behoeve van de voorbereiding van zorgaanbieders en zorgverzekeraars wil de NZa eind dit jaar concept-regels publiceren op www.zorgprestatie.nl. De NZa beoogt dan zo snel mogelijk in het eerste kwartaal van volgend jaar de definitieve regels te publiceren die per 2022 van kracht zullen zijn. De NZa wil daarnaast nog dit jaar concept-tarieven uitleveren die gebruikt kunnen worden voor de genoemde simulatie. De planning van de NZa is om de definitieve tarieven in het tweede kwartaal van 2021 vast te stellen. Voor het vaststellen van de genoemde definitieve regels en tarieven is een aanwijzing van VWS nodig.

Vraag

Kan de Staatssecretaris voorts aangeven hoe het eigen risico wordt toegepast in dit model, bekeken vanuit het perspectief van de patiënt?

Antwoord

Hiervoor verwijs ik naar het antwoord op de vraag van de CDA-fractie over dit onderwerp.

Reactie op de vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie

Vraag

De Nederlandse Zorgautoriteit stelt – zo schrijven de leden van de GroenLinks-fractie – dat zij verwacht dat door het zorgprestatie model de risico's van de zorg beter beheerst worden. Zo genereert dit model meer gedetailleerde informatie over de geleverde zorg en wordt deze informatie «veel sneller beschikbaar». Het zorgprestatie model moet aan tien zelfbenoemde ontwerpcriteria voldoen. De belangrijkste kenmerken zijn eenvoud en minder administratie. Hoe borgt de Staatssecretaris dat de gestelde ontwerpcriteria ook daadwerkelijk het gestelde doel behalen? Staan meer gedetailleerde informatie en transparantie over zorgbehandelingen niet op gespannen voet met minder administratie en eenvoud?

Antwoord

De inschatting dat de nieuwe bekostiging zorgt voor een verlaging van de administratieve lasten wordt breed door partijen onderschreven. Hoewel zorgverzekeraars met de nieuwe bekostiging de beschikking krijgen over meer relevante informatie over de geleverde zorg, nemen de administratieve lasten voor zorgaanbieders af. Aan de huidige bekostiging op basis van DBC's ligt een uitgebreide onderliggende minutenregistratie ten grondslag, gekoppeld aan een activiteitenregistratie, die echter maar beperkt gekoppeld is aan het facturatieproces en daarom ook maar beperkt relevante informatie oplevert voor de zorgverzekeraar. In de nieuwe bekostiging komen deze registraties te vervallen en hoeven de meeste zorgverleners alleen nog consulten vast te leggen die geautomatiseerd uit een agenda kunnen worden overgenomen. Bovendien hoeven de meeste zorgverleners veel minder of helemaal geen «indirecte behandeltijd» meer te registreren. De informatie over de geleverde zorg die wel moet worden geregistreerd wordt in de nieuwe bekostiging zo veel mogelijk aangesloten op het facturatieproces.

De verwachting dat de administratieve lasten als gevolg van de nieuwe bekostiging zullen dalen, is ook gebaseerd op het feit dat het aantal NZa-regels waar zorgaanbieders in de administratie en verantwoording rekening mee moeten houden bij de DBC-bekostiging veel groter is dan bij de nieuwe bekostiging. Ook het feit dat ggz-aanbieders niet langer met meerdere bekostigingssystemen te maken hebben voor de ggz die zij

binnen het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw) leveren, zorgt in dat opzicht voor een vereenvoudiging.

Vraag

Wat zijn het nut en de noodzaak van meer gedetailleerde informatie over geleverde zorg? Welke voor- en nadelen ziet de Staatssecretaris om zorgverleners niet simpelweg het vertrouwen te geven dat zij de juiste afwegingen maken en slechts op macroniveau verantwoording afleggen over de geleverde zorg en zorgkosten?

Antwoord

Meer gedetailleerde informatie maakt per individuele cliënt een vergoeding op maat mogelijk voor de aan die cliënt geleverde zorg. Dat betekent overigens niet dat de controle en verantwoording in alle opzichten op individueel niveau moet plaatsvinden. Partijen werken momenteel aan bestuurlijke afspraken – gekoppeld aan de invoering van de nieuwe bekostiging – over een proces- en systeemgerichte beheersing van administratieve en declaratieprocessen vooraf en het zo veel mogelijk voorkomen van controles achteraf, overeenkomstig de uitgangspunten van horizontaal toezicht.

Vraag

In hoeverre schat de Staatssecretaris in dat de wijze waarop Nederland de zorg heeft georganiseerd, met verschillende zorgfinanciers, linksom of rechtsom altijd op gespannen voet staat met het terugbrengen van registratie- en administratielast? Worden de eisen voor zorgaanbieders bij dit model gestandaardiseerd zodat de verschillen tussen zorgfinanciers (bijvoorbeeld tussen zorgverzekeraars) worden teruggebracht?

Antwoord

Het feit dat er in Nederland met verschillende zorgfinanciers wordt gewerkt zorgt ervoor dat zorgverleners met verschillende administratieve eisen te maken kunnen hebben. Dat betekent niet dat de registratie- en administratielast niet met verstandige maatregelen kan worden teruggebracht. Zoals toegelicht verwacht ik met de invoering van het zorgprestatie-model als nieuwe bekostiging voor de ggz en fz bij te kunnen dragen aan het verminderen van administratieve lasten en regeldruk. Zoals gemeld werken partijen – binnen het programma Zorgprestatie-model van NZa en partijen – daarnaast aan een bestuurlijke afspraak over een uniforme inrichting van een gezamenlijk controle en verantwoordingsarrangement, overeenkomstig de uitgangspunten van horizontaal toezicht.

Vraag

Kan de Staatssecretaris aangeven wat het aandeel is van de totale zorgkosten binnen alle overheidsuitgaven en hoe dit in verhouding staat met andere Europese landen?

Antwoord

Hiervoor verwijs ik naar informatie die hierover is opgenomen op de website van de Staat van Volksgezondheid en Zorg: <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/uitgaven-aandeel-collectieve-uitgaven-besteed-aan-zorg>.

Vraag

De leden van de GroenLinks-fractie vragen wat dit nieuwe bekostigingsmodel concreet betekent voor de taakuitoefening van zorgverleners. Genoemde leden benadrukken dat een nieuw bekostigingsmodel een ingrijpende wijziging is en zij waarschuwen voor het gevaar dat de

praktijkbeleving afwijkt van een theoretisch model. Deze leden zien graag een uitgebreide reactie hierop.

Antwoord

Hiervoor verwijs ik deels naar het antwoord op een vraag van de CDA-fractie naar voorbeelden van wat er in de praktijk door de invoering van de nieuwe bekostiging verandert. Het besluit om een nieuwe bekostiging in te voeren is niet over één nacht ijs genomen. Partijen hebben het model in samenwerking met de NZa vanaf 2015 ontwikkeld in een uitvoerig en zorgvuldig ontwikkeltraject. De praktijkervaring met de huidige dbc-bekostiging gaf partijen daarbij een scherp beeld van welke veranderingen wenselijk waren. Daarnaast is met bepaalde aspecten van het nieuwe model al ervaring opgedaan in de vorm van een experiment. Specifiek denk ik hierbij aan het succesvolle experiment dat zorginstelling Arkin en verzekeraar Zilveren Kruis uitvoeren in het kader van het programma «[Ont]Regel de Zorg».²⁷ Dat neemt niet weg dat ik het eens ben met de GroenLinks-fractie dat de werking van een nieuwe bekostiging in de praktijk op onderdelen altijd kan afwijken van de vooraf verwachte werking. Er kunnen altijd zaken zijn die in de praktijk anders uitpakken dan vooraf bedacht. De GroenLinks-fractie merkt in het kader van een van haar andere vragen dan ook terecht op dat ik veel waarde aan hecht aan het monitoren van de werking van het model in de praktijk, zodat bij de doorontwikkeling van het model eventuele mankementen snel kunnen worden geadresseerd.

Vraag

De NZa stelt dat het nieuwe systeem andere prikkels kent dan het – in de woorden van de leden van de GroenLinks-fractie – (failliete) dbc-systeem. Het belangrijkste nieuwe risico dat ontstaat bij gecontracteerde zorg is de vergoeding van indirecte tijd die verdisconteerd zit in de tarieven. De NZa stelt dat hierdoor een prikkel ontstaat om minder indirecte tijd te leveren dan nodig is voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Hoe beoordeelt de Staatssecretaris dit risico? Kan de Staatssecretaris concrete praktijkvoorbeelden voorleggen waarbij dit tot ongewenste situaties kan leiden? Hoe gaat de Staatssecretaris ervoor waken dat hierdoor minder afstemming binnen en tussen instellingen plaatsvindt?

Antwoord

Binnen het zorgprestatie-model kan een zorgaanbieder de opbrengsten verhogen door meer tijd te besteden aan direct patiëntcontact en minder aan indirecte behandeltijd. Dit kan goed zijn voor de zorgverlening en helpen bij de verkorting van wachttijden. Maar als dit in sterke mate gebeurt kan het verminderen van indirecte behandeltijd inderdaad risicovol zijn voor de kwaliteit van zorg. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als een zorgaanbieder als gevolg van deze prikkels het patiëntendossier niet meer goed zou bijhouden, of minder zou reflecteren of overleggen over de behandeling van de cliënt dan nodig is. De NZa beheerst dit risico onder andere door voor diagnostiekconsulten en zorg die in zwaardere settings wordt geleverd een hogere opslag voor indirecte behandeltijd in de tarieven te disconteren. Verder bieden de wettelijke normen rond het bijhouden van een patiëntendossier hier bescherming, evenals de eisen vanuit kwaliteitsstandaarden, zoals rond het voeren van multidisciplinair overleg. Ggz-aanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg zoals vastgelegd in kwaliteitsstandaarden. De IGJ ziet daarop toe. Toch vraag ik de NZa om de ontwikkelingen op dit punt goed te monitoren, zodat op grond daarvan beoordeeld kan worden of nadere maatregelen nodig zijn.

²⁷ Kamerstuk 29 515, nr. 441

Vraag

Een van de resultaten van het prestatie­model moet zijn dat de vergoeding past bij de geleverde zorg. Ook patiënten met een complexe zorgvraag kunnen hierdoor een behandeling krijgen waar een passend tarief tegenover staat, stelt de NZa. De leden van de GroenLinks-fractie zijn blij met dit uitgangspunt, omdat terecht wordt gesteld dat hiermee getracht wordt de ondercompensatie van de zorg aan zwaardere patiënten tegen te gaan. Kan de Staatssecretaris concretiseren hoe hij denkt dat dit uitpakt in de praktijk en welke streefcijfers hanteert de Staatssecretaris met betrekking tot het terugdringen van de wachtlijsten bij juist de zwaarste patiënten?

Antwoord

Bij brief van 13 oktober jl.²⁸ heb ik u geïnformeerd over de geïntensiverde aanpak van de wachttijden, zoals ik die samen met de partijen van de Landelijke stuurgroep wachttijden heb ingezet. De nieuwe bekostiging ondersteunt de door ons ingezette aanpak. Ik denk daarbij onder andere aan het soepeler laten verlopen van de transfermechanismen, doordat nu meer dan voorheen ook voor cliënten met een complexe zorgvraag en/of een ernstige psychiatrische aandoening een passende vergoeding voor geleverde zorg wordt gefaciliteerd. Waar het gaat om streefcijfers voor de wachttijden richt ik mij op de door de veldpartijen vastgestelde Treeknormen. Deze normen gelden ook voor (hoog)specialistische ggz. Onze gezamenlijke aanpak is erop gericht de wachttijden onder deze normen te brengen. Overigens is het zo dat voor de meeste aandoeningen (basis ggz en specialistische ggz samen) de totale gemiddelde wachttijd onder de Treeknormen ligt.

Vraag

Tevens merken deze leden op dat dagbesteding en vaktherapie onderdeel uitmaken van de verblijfsprestaties en dat daardoor klinische patiënten niet apart mogen worden geregistreerd. Kan de Staatssecretaris aangeven waarom deze uitzondering specifiek geldt voor een algemeen erkende discipline als de vaktherapie? Kan de Staatssecretaris aangeven waarom vaktherapie niet als consult voor diagnostiek en/of behandeling kan worden geregistreerd bij klinische opname?

Antwoord

De NZa heeft samen met partijen geconstateerd dat het wenselijk is om verblijfsdagen in de ggz en fz zo veel als mogelijk integraal te bekostigen. Dat betekent dat er één tarief in rekening wordt gebracht per verblijfsdag waarin alle zorg en begeleiding is gevat. Geleverde zorg en begeleiding hoeft dan niet meer apart geregistreerd te worden. Dit scheelt veel administratieve belasting voor zorgverleners en zorgt voor flexibiliteit voor zorgaanbieders die hierdoor hun zorgaanbod beter kunnen afstemmen om de behoefte van een specifieke patiëntgroep. De NZa heeft echter samen met veldpartijen geconstateerd dat het volledig integraal vormgeven van alle verblijfsdagen per 2022 een te grote stap is om in een keer te kunnen zetten. Daarom is gekozen om vanaf 2022 alleen vaktherapie en dagbesteding op te nemen in de verblijfsdag. Deze stap is mogelijk omdat de financiële impact op zorgaanbieders relatief beperkt is. Verder wordt per 2022 een facultatieve prestatie geïntroduceerd. Dit biedt de mogelijkheid voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om bij de NZa een facultatieve prestatie aan te vragen voor pilots met een volledig integraal tarief voor verblijfsdagen. Zoals in de voorhangbrief is vermeld, zal de NZa in dit kader toetsen of de prestatie individueel toewijsbaar is, of het verzekerde zorg betreft en of de zorg al via bestaande prestaties kan

²⁸ Kamerstuk 25 424, nr. 555

worden gedeclareerd. Mogelijk leidt dit in de toekomst tot vervolgstappen in het integraal bekostigen van verblijfsdagen

Vraag

Uit de impactanalyse blijkt dat er aanzienlijke herverdelingseffecten kunnen optreden bij zorgaanbieders met het prestatie­model. De leden van de GroenLinks-fractie merken op dat er grote personeelstekorten en wachtlijsten zijn in de ggz. Hoe borgt deze voorgenomen transitie dat de invoering van het zorgprestatie­model niet als netto effect heeft dat zorgverleners hun werkzaamheden zien verdwijnen, zonder dat daar nieuwe werkgelegenheid voor terugkomt? Is een veldaf­praak als overgangs­regeling niet te vrijblijvend? Immers hierbij zullen verschillende belangen een rol spelen. Moet de overheid hier niet garant voor staan, zo vragen deze leden.

Antwoord

Het ligt niet in de rede dat er zorg of behandelingen uit de ggz/fz zullen verdwijnen en daarmee ook de werkgelegenheid. Zoals ik reeds in de voorhang­brief heb aangegeven, kan de introductie van het zorgprestatie­model bijdragen aan de aanpak van wachttijden.

Het klopt dat (financiële) herverdelingseffecten kunnen optreden tussen zorgaanbieders. Deze herverdelingseffecten zijn afhankelijk van diverse factoren die niet op voorhand voorspelbaar zijn. Dit is onder andere afhankelijk van de vraag of er afwijkende afspraken worden gemaakt tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar over het zorgprestatie­model ten opzichte van de huidige DBC-systematiek en op welke wijze zorgaanbieders veranderingen aanbrengen in hun organisatie in verband met de introductie van het zorgprestatie­model.

Zorgaanbieders hebben tot en met 1 januari 2022 de tijd om hun bedrijfsvoering aan te passen. Daarnaast kunnen zorgaanbieders per 1 januari 2022 terugvallen op een veldaf­praak. Partijen hebben afgesproken om zelf vorm te geven aan deze veldaf­praak. Een transitie­regime zoals gehanteerd ten tijde van de invoering van de prestatie­bekostiging heeft volgens partijen niet de voorkeur vanwege de daarmee gepaard gaande administratieve lasten. Ik vertrouw erop dat het veld tot evenwichtige afspraken komt en heb de NZa verzocht dit te monitoren en waar nodig aanvullende maatregelen te nemen.

Vraag

De NZa stelt ook dat het risico bestaat op te lang doorbehandelen van patiënten, met name bij ongecontracteerde zorgaanbieders. Wanneer is een patiënt uitbehandeld volgens de NZa?

Antwoord

Wanneer een patiënt is uitbehandeld hangt af van de doelen van de behandeling en de mate waarin verder behandelen bijdraagt aan het realiseren van de behandel­doelen. Dit is een zorginhoudelijke afweging.

Vraag

Wat zou er moeten gebeuren als een patiënt is uitbehandeld, maar de zorgvraag nog niet is opgelost? Welke actoren spelen vervolgens een rol zodat patiënten met voldoende welzijn kunnen participeren in de samenleving?

Antwoord

De patiënt kan in dat geval een beroep (blijven) doen op het stelsel van maatschappelijke ondersteuning en de actoren die daarbij betrokken zijn.

Vraag

De Staatssecretaris stelt dat hij heeft besloten per 2022 het zogenaamde zorgprestatie-model in te voeren als nieuwe bekostiging voor de geneeskundige ggz en de fz. De Staatssecretaris deelt nog wel enkele zorgen over deze transitie in zijn brief. Op welke aspecten is de Staatssecretaris voornemens om in wet- en regelgeving af te wijken van het door de NZa gepresenteerde model? Wat zijn, naar inzien van de Staatssecretaris, de moeilijkste politieke afwegingen in de transitie naar het zorgprestatie-model?

Antwoord

Voor de lastigste elementen in mijn politieke afweging, verwijs ik naar mijn antwoord op de vraag van de D66-fractie over de nadelen van het zorgprestatie-model.

In mijn voorhangbrief van 6 oktober heb ik toegelicht op welke aspecten ik de NZa vraag het gepresenteerde model nog aan te passen of aan te scherpen:

- Met het oog op het belang van een passende inzet van beroepen zie ik in het zorgprestatie-model het risico dat psychiaters in vrije vestiging tegen een hoog tarief patiënten met relatief lichte problematiek kunnen behandelen. In de genoemde brief van 6 oktober heb ik dan ook aangegeven de NZa te vragen om bij de invoering van de nieuwe bekostiging het 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 krijgen zij dan een lager tarief dat aansluit bij de aard van de geboden zorg.
- Verder is het tarief dat zorgaanbieders binnen het zorgprestatie-model kunnen declareren onder andere afhankelijk van de setting waarin die zorg wordt geleverd. De manier waarop de ambulante settings in het zorgprestatie-model nu zijn afgebakend brengt het risico met zich dat zorgaanbieders een (substantieel) hoger tarief – horend bij een zwaardere ambulante setting – kunnen declareren, zonder dat daar bij hen (substantiële) meerkosten tegenover staan. In de voorhangbrief van 6 oktober heb ik dan ook aangegeven de NZa te vragen om, voorafgaand aan de invoering van de nieuwe bekostiging, de afbakening van de ambulante settings aan te scherpen om dit risico te beperken en daarbij zo nodig aanvullende maatregelen te nemen.

Vraag

Tevens vragen de leden van de GroenLinks-fractie welke rol de Staatssecretaris voor zijn eigen ministerie voor zich ziet om de transitie te maken. Op welke manier kan het Ministerie van VWS interveniëren wanneer de transitie niet goed verloopt? De Staatssecretaris stelt tot tienmaal toe dat hij de NZa zal vragen eventuele perverse prikkels en neveneffecten te monitoren. Maar ligt de handelingsbevoegdheid exclusief bij de NZa als uit monitoring blijkt dat zaken niet verlopen als vooraf geanticipeerd? Op welke manier vindt bovendien de monitoring bij de NZa plaats? Heeft de NZa genoeg middelen en capaciteit om al deze processen te monitoren? Wat voor interventies kan de NZa zelf tussentijds plegen?

Antwoord:

De NZa zal als toezichthouder verschillende aspecten monitoren, waaronder de transitie in het algemeen, de continuïteit van zorg, het inkoop- en contracteringsproces en verschillende frauderisico's. Door middel van data-analyse zal de NZa de volumeontwikkeling binnen de basis-ggz en de volumeontwikkeling van de consulten in relatie tot het aantal fte volgen. Ook voor de frauderisico's wordt gebruik gemaakt van data-analyses.

De NZa volgt ook nu al op verschillende manieren het inkoop- en contracteringsproces. De NZa analyseert elk jaar in april de inkoopwaarden na publicatie daarvan door de zorgverzekeraars. In 2021 zal de NZa daarbij extra aandacht schenken aan de afspraken rond de transitie naar het zorgprestatie-model. Ook monitort de NZa jaarlijks de contractering in de ggz en publiceert deze in de «monitor contractering». In de monitor contractering 2021 zal de NZa extra aandacht besteden aan dit onderwerp om zicht te krijgen op hoe de voorbereiding op de overgang naar het zorgprestatie-model ervoor staat en welke risico's er worden gesignaleerd.

De NZa zal mij informeren over de resultaten van de genoemde monitoring en de daarop genomen maatregelen. De NZa heeft daarbij de bevoegdheid eigenstandig verbeteringen in het model aan te brengen binnen de kaders van de voorhangbrief van 6 oktober jl. en de aanwijzing die ik, in verband met de nieuwe bekostiging, voornemens ben aan de NZa te geven. De NZa zal hiertoe een onderhoudscyclus inrichten. Ik voer hierover regelmatig het gesprek met de NZa, en heb, indien dat nodig is, altijd de mogelijkheid de NZa een nieuwe aanwijzing te geven om eventuele toekomstige wijzigingen in de bekostiging door te voeren. De in de voorhangbrief genoemde verzoeken aan de NZa om diverse aspecten te monitoren zijn afgestemd met de NZa. Deze verzoeken zullen worden ingepast in het werkplan van de NZa en de voor dat werkplan beschikbare middelen en capaciteit.

Vraag

De leden van de GroenLinks-fractie vragen in hoeverre zorgverleners en patiënten zelf bij dit proces zijn en ook in de toekomst worden betrokken. En op welke wijze is de Staatssecretaris voornemens om het parlement bij deze transitie te betrekken? Wanneer verwacht de Staatssecretaris de eerste wet- en regelgeving naar de Kamer te sturen?

Antwoord

Zoals toegelicht in mijn antwoord op een vraag hierover van de VVD-fractie zijn belangenorganisaties van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars uitvoerig bij de ontwikkeling van de nieuwe bekostiging betrokken en zullen zij ook betrokken worden bij het onderhoud en de doorontwikkeling van de nieuwe bekostiging.

Het parlement wordt bij de invoering van de nieuwe bekostiging betrokken door middel van onderhavige voorhangprocedure. In mijn voorhangbrief van 6 oktober jl. staat de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik de NZa zal geven.

De NZa stelt een monitoringsprogramma op waarin de evaluatie van de invoering van het zorgprestatie-model zal worden betrokken. De resultaten daarvan zullen te zijner tijd met de Tweede Kamer worden gedeeld.

Reactie op de vragen en opmerkingen van de SP-fractie

Vraag

De leden van de SP-fractie lezen dat er maximumtarieven van toepassing zullen zijn. Waarom, zo vragen deze leden, is er niet (ook) gekozen voor het vaststellen van minimumtarieven?

Antwoord

Op dit moment zijn er geen minimumtarieven in de ggz en er zijn geen signalen dat dit een redelijkerwijs kostendekkende vergoeding voor geleverde zorg in de weg staat.

Vraag

Afschaffing van de minutenregistratie is iets waar de leden van de SP-fractie al lang voor pleiten en zij juichen het toe dat dit

hiermee overbodig wordt. Echter, dat iets niet meer nodig is betekent niet dat hiernaar niet meer gevraagd wordt. Kan gegarandeerd worden dat als deze nieuwe wijze van bekostiging ingevoerd wordt, de eis van minutenregistratie door geen enkele zorgverzekeraar meer geëist/opgelegd zal worden? Kan daarbij aangegeven worden of de invoering van het zorgprestatie­model ook leidt tot minder bureaucratie en administratieve belasting bij de contractering door zorgverzekeraars?

Antwoord

Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat de minuten- en activiteitenregistratie via een achterdeur weer terugkomen. Partijen streven er dan ook naar de eenvoud van het zorgprestatie­model ook door te voeren in de verantwoording over het gebruik van het model. Zij willen volgens de actuele inzichten met het thema verantwoording en controle omgaan. Denk hierbij aan inzichten die voortkomen uit het rapport «Blijk van vertrouwen» van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving,²⁹ de uitgangspunten en implementatie van Horizontaal Toezicht en de eindrapportage van de Taskforce Gepast Gebruik.³⁰

Langs deze lijnen werken partijen op dit moment aan een bestuurlijke afspraak over het gezamenlijk te hanteren controle- en verantwoordingsarrangement bij de nieuwe bekostiging. Het is de bedoeling dat deze afspraak voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars gaat gelden (hieronder wordt ook verstaan de Dienst Justitiële Inrichtingen), dus ook voor zorg die niet op basis van een overeenkomst met een zorgverzekeraar wordt geleverd. Onder zorgaanbieders worden zowel instellingen en vrijgevestigde zorgverleners verstaan. Doel is het faciliteren en stimuleren van een proces- en systeemgerichte beheersing van administratieve en declaratieprocessen vooraf en het zo veel mogelijk voorkomen van controles achteraf.

Vraag

De leden van de SP-fractie zouden het een goede ontwikkeling vinden als het nieuwe bekostigingsmodel inderdaad leidt tot kortere wachtlijsten. Begrijpen deze leden het goed dat dit bekostigingsmodel tot kortere wachtlijsten leidt doordat het mogelijk wordt «aanvullende beroepen» in te schakelen en tot minder administratieve lasten? Wat zijn de precieze verwachtingen hierbij, oftewel wat is de verwachte impact op (de afname van) de wachtlijsten?

Antwoord

Verschillende aspecten binnen de nieuwe bekostiging kunnen een bijdrage leveren aan een vermindering van de wachttijden. Zoals toegelicht in de voorhangbrief van 6 oktober gaat het hierbij om de volgende elementen:

- De nieuwe bekostiging faciliteert op verschillende manieren een passende vergoeding voor complexe zorg. Dit hangt onder ander samen met het feit dat binnen het model onder andere onderscheid wordt gemaakt naar zorg die in een outreachende setting en zorg die in een hoogspecialistische setting wordt geleverd. Zorg in deze settings betreft veelal zorg voor cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening en/of een complexe zorgvraag. Dit onderscheid faciliteert daarom het maken van gerichte afspraken over deze zorg en de vergoeding daarvan in de contractering, wat kan helpen bij de aanpak van wachttijden voor deze groepen.

²⁹ Bijlage bij Kamerstuk 29 515, nr. 441

³⁰ Kamerstuk 25 424, nr. 458, incl. bijlage.

- Diagnostiek wordt in het zorgprestatie­model beter ondersteund dan in de huidige bekostiging, omdat in het zorgprestatie­model aparte diagnostiek­consulten worden onderscheiden. Door de invoering van max-maxtarieven (ook voor diagnostiek­consulten) kan bovendien een tarief tot een nader te bepalen percentage boven het maximumtarief worden afgesproken. Een adequate diagnostiek is essentieel voor een effectieve behandeling en daarmee ook van belang bij de aanpak van wachttijden.
- De nieuwe bekostiging leidt tot een verlaging van de regeldruk en administratieve lasten, wat kan bijdragen aan een vergroting van de behandel­capaciteit en op die manier ook een bijdrage kan leveren aan de aanpak van wachttijden.
- De nieuwe bekostiging stimuleert direct patiënt­contact. Hierdoor kan mogelijk meer ruimte ontstaan voor het aannemen van nieuwe cliënten van de wachtlijst.

Daarnaast wordt gelijktijdig met de invoering van de nieuwe bekostiging een nieuwe lijst met beroepen ingevoerd die declarabele consulten kunnen registreren. Daardoor zal de inzet van bepaalde «aanvullende beroepen» die kunnen bijdragen aan het verkorten van wachttijden beter worden gefaciliteerd dan nu het geval is.

Omdat de wachttijden veroorzaakt kunnen worden door verschillende factoren die op elkaar ingrijpen, is het niet mogelijk om de te verwachten impact van specifiek de nieuwe bekostiging op de wachtlijsten nader te duiden.

Vraag

De impactanalyse laat aanzienlijke herverdelingseffecten zien, zo lezen de leden van de SP-fractie. Hoe daadwerkelijk de herverdeling uit zal pakken is van veel factoren afhankelijk en niet op voorhand met zekerheid te zeggen, zo staat aangegeven. Genoemde leden vragen of en zo ja hoe deze herverdelingseffecten worden gemonitord. Er zal waarschijnlijk een positief effect zijn voor de arts-psychiater. Voor welke beroepsgroepen is het effect waarschijnlijk negatief en wat wordt hieraan gedaan?

Antwoord

In het zorgprestatie­model sluit het tarief van een beroep aan op de loonkosten van het betreffende beroep. De mogelijke impact van invoering van het zorgprestatie­model op verschillende type zorgaanbieders is beschreven in de «Impactanalyse zorgprestatie­model» die op 14 september aan de Tweede Kamer is aangeboden.³¹

Vraag

Bepaalde gegevens van de patiënt dienen binnen dit bekostigings­model, bij declaraties/op de factuur, gedeeld te worden tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar (bijvoorbeeld een typering van de zorgvraag van de patiënt). Welke (persoonlijke) gegevens dienen precies gedeeld te worden met de zorgverzekeraar en op welke wijze verschilt dit van de informatie die op dit moment gedeeld wordt? Wat wordt precies bedoeld met een typering van de zorgvraag, hoe gedetailleerd dient deze informatie te zijn?

Antwoord

De bedoeling is dat de verbeterde zorgvraag­typering vanaf 2022 wordt geregistreerd en aangeleverd aan zorgverzekeraars en NZa, waarbij geldt dat de regeling die implementatie van de verbeterde zorgvraag­typering faciliteert, vanzelfsprekend moet voldoen aan de geldende privacywetgeving. Aan deze regeling wordt nog gewerkt door de NZa. Planning is dat de NZa deze regeling in het eerste kwartaal van 2021 definitief

³¹ Bijlage bij Kamerstuk 25 424, nr. 552

vaststelt. Hetzelfde geldt voor de regels die bepalen welke informatie precies op de ggz-factuur wordt opgenomen. De zorgvraagtypering houdt in dat de cliënt wordt ingedeeld in 1 van circa 20 zorgclusters (in een aantal clusters zullen nog subclusters worden aangebracht) waarbij elk zorgcluster een officiële, standaard omschrijving kent.

Vraag

In de brief staat «een bekostiging die veel mogelijkheden voor dat soort financiële opbrengsten biedt, maakt het voor bepaalde zorgaanbieders aantrekkelijker om ongecontracteerd te werken (omdat contracten deze mogelijkheden vaak weer inperken)». De leden van de SP-fractie vragen om een nadere toelichting op deze zinsnede. Kan precies worden toegelicht op welke manier dit zorgprestatiemodel een contract met een zorgverzekeraar ontmoedigt en of dit gemonitord zal worden?

Antwoord

Ik vind het belangrijk dat de bekostiging zo min mogelijk gelegenheid geeft aan een zorgaanbieder om – tegen het belang van de patiënt in – door strategische gedragskeuzes zijn financiële resultaat te verhogen. In mijn brief van 6 oktober schreef ik inderdaad dat een bekostiging die veel mogelijkheden hiervoor biedt, het voor bepaalde zorgaanbieders aantrekkelijker maakt om ongecontracteerd te werken (omdat contracten deze mogelijkheden vaak weer inperken).³² Dit kan het beste worden toegelicht met een voorbeeld. De huidige bekostiging op basis van DBC's is gebaseerd op tijdklassen. Zo kunnen behandelaren voor een behandeling die 1800 tot 3.000 minuten duurt een (fors) hoger tarief in rekening brengen dan voor een behandeling die 800 tot 1.800 minuten duurt. Dit systeem brengt met zich mee dat zorgaanbieders hun opbrengsten per gewerkt uur kunnen maximaliseren door de totale behandelduur af te stemmen op de onderkant van de tijdklassegrenzen, namelijk door steeds te kiezen voor een behandelduur aan de onderkant van een tijdklasse. In het verleden is hier vanuit de fractie van de SP ook aandacht voor gevraagd. Eerder is dit gedrag ook daadwerkelijk bij een beperkte groep zorgaanbieders aangetoond.³³ De NZa heeft berekend dat zorgaanbieders hierdoor in theorie een fors hogere omzet kunnen realiseren.³⁴ In contracten met zorgverzekeraars wordt de mogelijkheid voor zorgaanbieders om op deze (ongewenste) manier opbrengsten te maximaliseren vaak verminderd of ongedaan gemaakt door de afspraken die daarin zijn opgenomen. Hierdoor valt voor de zorgaanbieder de genoemde (ongewenste) opbrengstenbron voor een belangrijk deel weg als potentiële opbrengstenbron. Dit kan het voor bepaalde opportunistische zorgaanbieders onaantrekkelijker maken om gecontracteerd te werken.³⁵

De NZa schrijft dat het zorgprestatiemodel in vergelijking met de DBC-systematiek minder ruimte laat om door strategisch gedrag opbrengsten te maximaliseren. Gelet op het voorgaande kan dat voor sommige zorgaanbieders de drempel verlagen om een contract aan te gaan. Hierbij past wel de kanttekening dat de NZa ook binnen het zorgprestatiemodel nog bepaalde prikkels tot strategisch gedrag bij de

³² Wat natuurlijk niet wil zeggen dat ongecontracteerde zorgaanbieders per definitie financieel calculerend gedrag vertonen bij hun behandelkeuzes. Ook ongecontracteerde zorgaanbieders kunnen goede zorg leveren in het belang van de patiënt, zonder dat financiële overwegingen de boventoon voeren.

³³ Zie bijlage bij Kamerstuk 31 765, nr. 161

³⁴ Zie de bijlage «Financiële prikkels en de effecten op de publieke belangen» bij Kamerstuk 25 424, nr. 522

³⁵ Natuurlijk kunnen er ook legitieme redenen zijn waarom een zorgaanbieder ervoor kiest om ongecontracteerd te werken.

zorgverlening ziet. In mijn brief aan de Tweede Kamer van 6 oktober heb ik aangegeven de NZa daarom te zullen vragen om dit goed te monitoren en nog bepaalde aanpassingen in het zorgprestatie­model aan te brengen. De ontwikkeling van de niet-gecontracteerde ggz wordt gemonitord door Vektis. In mijn brief van 13 oktober³⁶ stuurde ik u de meest recente rapportage in dat verband. In het Bestuurlijk akkoord ggz 2019–2022 zijn met de veldpartijen afspraken gemaakt over deze monitoring.

Bijlage Zorgprestatie­model GGZ&FZ rapportage voor besluitvorming

Vraag

De leden van de SP-fractie vragen wat de reden is achter de uitzondering voor vaktherapie. Waarom is ervoor gekozen dat vaktherapie niet als consult voor diagnostiek en/of behandeling kan worden geregistreerd bij klinische opname? Hoe verhoudt de opname van vaktherapie in de verblijfs­component zich tot de uitgangspunten om de declaraties van de ggz, en de bijbehorende zorgvraag van ggz-clie­nten transparant te maken? Hoe verhoudt de opname van vaktherapie in de verblijfs­component zich tot de uitgangspunten van vereenvoudiging conform de aanbevelingen van de Commissie Transparantie en Tijdigheid, de uitgangspunten om de cliënt meer inzicht te geven in de ggz-nota en het transparanter maken van de declaraties van de ggz-instellingen naar zorgverzekeraars?

Antwoord

Hiervoor verwijs ik naar het antwoord op een soortgelijke vraag van de fractie van Groen Links.

³⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 555