

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2075

Vragen van de leden **Van den Berg** (CDA) en **Van den Hil** (VVD) aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport over *verscheidene berichten met betrekking tot de GGZ-tarieven* (ingezonden 9 februari 2023).

Antwoord van Minister **Helder** (Langdurige Zorg en Sport) (ontvangen 30 maart 2023) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2022–2023, nr. 1731

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht «NZa gaat GGZ-tarieven in 2024 en 2026 aanpassen» en met het artikel «Invoering nieuwe ggz-bekostiging zonder vangnet is misrekening»?^{1, 2}

Antwoord 1

Ja, ik ben hiermee bekend.

Vraag 2

Is het bij u bekend of de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ook met terugwerkende kracht naar de jaren 2022 en 2023 kijkt, ook waar het omzetverlies, bijvoorbeeld vanwege COVID-19, impact kan hebben op bevoorschotting en liquiditeit?

Antwoord 2

Voor de invoering van het zorgprestatie­model zijn er bestuurlijke afspraken gemaakt tussen de betrokken partijen, waarbij zij onder andere hebben afgesproken om gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor een financieel verantwoorde, zorgvuldige en macroneutrale overgang naar het zorgprestatie­model. In dat kader is ook afgesproken dat de partijen voor de jaren 2022 en 2023 de zogenaamde transitieprestatie (met een vrij tarief) kunnen gebruiken voor een zorgvuldige overgang naar de nieuwe bekostiging. Eventuele negatieve effecten als gevolg van de invoering van het zorgprestatie­model kunnen op deze manier opgevangen worden. Hierover

¹ Skipr, 31 januari 2023, «NZa gaat GGZ-tarieven in 2024 en 2026 aanpassen» (<https://www.skipr.nl/nieuws/nza-gaat-ggz-tarieven-in-2024-en-2026-aanpassen/>).

² Zorgvisie, 9 januari 2023, «Invoering nieuwe GGZ-bekostiging zonder vangnet is misrekening» (<https://www.zorgvisie.nl/invoering-nieuwe-ggz-bekostiging-zonder-vangnet-is-misrekening/>).

heb ik uw Kamer eerder geïnformeerd.³ Recentelijk hebben de betrokken partijen deze eerdere bestuurlijke afspraken herbevestigd. Voor de personele meerkosten die ggz-instellingen ondervonden als gevolg van exces verzuim door corona in 2022 heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een besluit genomen (en toegezegd aan de Nederlandse GGZ) dat zorgverzekeraars – waar nodig – aan relevante ggz-instellingen een vergoeding bieden voor deze (meer)kosten. Dit dient besproken te worden in het lokale overleg tussen de ggz-instelling en de (individuele) verzekeraar. De toepassing van de compensatie door verzekeraars wordt gemonitord en wordt – zo nodig – besproken in bestuurlijk overleg tussen dNLggz en ZN. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kijkt niet met terugwerkende kracht naar de tarieven voor de jaren 2022 en 2023. Voor deze overgangsjaren bestaat immers bovengenoemde transitieprestatie. De NZa is wel gestart met twee kostprijsonderzoeken naar de tarieven om te kunnen bepalen of toekomstige aanpassingen nodig zijn. Het eerste onderzoek is een productiviteitsonderzoek. Dit wordt dit jaar uitgevoerd en is de basis voor de tarieven voor 2024. In het productiviteitsonderzoek wordt onderzocht of de productie waarvan is uitgegaan bij de huidige tarieven nog klopt. Het richt zich met name op de vraag of de (genormeerde) indirecte tijd binnen de consulten nog aansluit bij de praktijk. Het tweede onderzoek is een nieuw kostenonderzoek om actuele en kostendekkende tarieven te bepalen die per 2026 ingaan. Zoals ik heb toegezegd in het commissiedebat over de ggz van 2 november 2022, informeer ik uw Kamer op korte termijn nader over de stand van zaken met betrekking tot het zorgprestatie-model.

Vraag 3

Klopt het dat verzekeraars op dit moment vrijwel nooit 100% van het NZa-tarief betalen, maar bijna altijd minder? Deelt u de mening dat dit kan leiden tot ongewenste effecten? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 3

Het klopt dat de afgelopen jaren het gemiddeld gecontracteerde tarief onder de 100 procent het NZa-maximumtarief ligt. Het gemiddeld gecontracteerd tarief voor 2022 is nog niet bekend. Ik vraag de NZa mij daar voor de zomer over te informeren.

De kern van ons zorgstelsel is het samenspel tussen patiënten/verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waarbij de overheid aan zet is om de juiste randvoorwaarden te creëren. Eén van de randvoorwaarden is het maximumtarief dat de NZa vaststelt. Deze op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vast te stellen tarieven dienen dekking te geven aan redelijke kosten van zorg. Dit maximum komt tot stand door een kostenonderzoek waarbij het tarief is gebaseerd op de (gewogen) gemiddelde kosten. Met dit tarief kan een aanbieder dus redelijkerwijs zijn kosten dekken. Aanbieders met een kostenniveau dat boven het maximumtarief ligt, hebben een prikkel om doelmatiger te worden. Maar er zijn ook aanbieders met een lager kostenniveau. Hierdoor ontstaat er binnen de bekostigingssystematiek de ruimte om afspraken te maken die bij de lokale situatie passen. Het is aan aanbieders en verzekeraars om binnen die ruimte goede afspraken te maken over toegankelijke en betaalbare zorg. Ze hebben hierbij de ruimte om ook onder het maximumtarief afspraken te maken. De NZa biedt in haar regelgeving ook de mogelijkheid om tot een maximum van 10% boven het geldende maximumtarief prijsafspraken te maken, het zogenaamde max-max tarief. Om hiervoor in aanmerking te komen dient sprake te zijn van een schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar.

Mocht deze ruimte leiden tot ongewenste effecten, bijvoorbeeld op de kwaliteit of de toegankelijkheid, dan hebben de toezichthouders IGJ en NZa bevoegdheden om in te grijpen.

Vraag 4

Klopt het dat zwaardere zorg voornamelijk verzorgd wordt door geestelijke gezondheidszorg (GGZ)-instellingen en niet door zzp-ers of ongecontracteerde zorg?

³ Kamerstuk 25 424, nr. 608 en Kamerstuk 25 494, nr. 594

Antwoord 4

Deze vraag kan ik op dit moment nog niet beantwoorden. De invoering van het zorgprestatie­model is een grote operatie (geweest) voor (de backoffices van) de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het gereed maken van de elektronische patiëntendossiers (EPD's) bij de zorgaanbieders heeft meer tijd gekost dan verwacht, met name bij de grote zorgaanbieders. Inmiddels is het declaratieproces op gang gekomen. Zodra de declaratiedata beschikbaar zijn kan de NZa monitoren door welk soort aanbieders de zorg in de zwaardere settings wordt geleverd.

Vraag 5

Bent u bereid om de NZa onderzoek te laten doen naar de kosten van de inhuur van zzp'ers ten opzichte van de inzet van regulier personeel? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5

Zoals geantwoord onder vraag 2, gaat de NZa twee onderzoeken uitvoeren. Het tweede onderzoek betreft een volledig kostprijs­onderzoek waarin ook de kosten van de inhuur van zzp'ers worden meegenomen.

Vraag 6

Deelt u de mening dat het doel van het zorgprestatie­model is dat gedifferentieerd wordt tussen de vergoeding van zwaardere zorg en lichtere zorg, zodat deze zorgvormen passender vergoed worden? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 6

Ik deel uw mening dat één van de doelen van het zorgprestatie­model is dat er beter gedifferentieerd kan worden tussen de vergoeding van zwaardere zorg en lichtere zorg, zodat er sprake is van een passende vergoeding voor de geleverde zorg. Om tot een passendere vergoeding te komen van zwaardere en lichtere zorg zijn de consulten in het zorgprestatie­model onder andere gedifferentieerd naar beroepen en setting⁴, maar ook naar tijdsduur. Een consult met een bepaalde tijdsduur in een zwaardere setting kent een hoger maximumtarief dan een consult met dezelfde tijdsduur in een lichtere setting.

Vraag 7

Hoe gaat u borgen dat zorgverzekeraars dan ook in lijn met die nieuwe tarieven daadwerkelijk passender gaan betalen voor de zwaardere zorg?

Antwoord 7

In het Integraal Zorgakkoord (IZA)⁵ is afgesproken dat partijen in de contractering optimaal gebruik maken van de mogelijkheden die het zorgprestatie­model biedt om een passende vergoeding af te spreken voor (zware en/of complexe) multidisciplinaire zorg. Als het zorgprestatie­model en de contractafspraken tussen partijen onverhoopt toch onvoldoende bijdragen aan een passende vergoeding van zorg voor patiënten met de zwaarste zorgvraag dan worden deze afspraken hierop aangepast met als doel dat:

- in iedere regio voldoende aanbod is van multidisciplinaire (zwaardere) zorg.
- patiënten in iedere regio toegang hebben tot deze zorg.

De NZa gaat in het kader van de invoering van het zorgprestatie­model de effecten monitoren. Hierin zal ook aandacht zijn voor de toereikendheid van de bekostiging van «zwaardere» multidisciplinaire zorg. De NZa zal ook bekijken in hoeverre zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruik maken van de mogelijkheden die het zorgprestatie­model biedt om een passende vergoeding voor complexe, multidisciplinaire ggz af te spreken (bijvoorbeeld separate afspraken maken over outreachende en hoog-specialistische ggz en waar nodig gebruik maken van het max-max tarief).

⁴ Een setting is een onderscheidende combinatie van benodigde infrastructuur en inzet van verschillende disciplines en/of methodieken die worden ingezet voor het leveren van zorg aan een patiënt. In de praktijk zal dit meestal verband houden met de plaats waar de zorg aan een patiënt geleverd wordt.

⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 655

Waar nodig nemen partijen maatregelen om in de contractering beter gebruik te maken van de mogelijkheden die het zorgprestatie­model hiervoor biedt. Waar nodig zal de NZa bekijken hoe het zorgprestatie­model kan worden aangepast om de prikkels en mogelijkheden voor partijen om tot goede afspraken te komen te versterken.

Vraag 8

Klopt het dan het aantal intramurale GGZ-plaatsen voor specialistische zwaardere zorg blijft dalen omdat GGZ-instellingen die die zorg leveren, harder geraakt worden door de nieuwe GGZ-bekostiging? Welke acties gaat u nemen om dit probleem op te lossen?

Antwoord 8

In 2022 heeft een aantal ggz-aanbieders aangekondigd hun behandel­aanbod aan te passen of delen van hun aanbod te beëindigen. Ik heb de NZa gevraagd om de casuïstiek nader te bezien en mij over eventuele gemeenschappelijke onderliggende factoren te informeren. De rode draden analyse heb ik op 7 juli 2022 met uw Kamer gedeeld.⁶ De conclusie van de NZa is dat de casussen geen directe samenhang hebben met elkaar. Iedere casus kent zijn eigen aanloop en verloop.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn, mede vanwege de sluitingen, afspraken gemaakt met als doel om beter zicht te krijgen op de benodigde capaciteit, voorzieningen en infrastructuur van (boven)regionaal cruciaal zorgaanbod, passend bij de zorgvraag van de patiënt. De eerste afspraak in het IZA was om voor eind 2022 een handreiking cruciale ggz vast te stellen, waarin onder andere staat opgenomen wat we verstaan onder cruciale ggz en hoe we het aanbod van cruciale ggz transparant kunnen maken (inventarisatiemodel). In het Bestuurlijk Overleg IZA op 21 december 2022 is de handreiking cruciale ggz conform afspraak vastgesteld en gepubliceerd.⁷ Nu is de volgende fase aangebroken. Het initiatief tot het gesprek en het vullen van de inventarisatie is vanaf januari jl. gestart door de ggz-kerninstelling in de regio. Elke regio brengt aan de hand van een inventarisatiemodel in beeld welk cruciaal ggz aanbod er regionaal, bovenregionaal en landelijk beschikbaar is. Tegelijkertijd wordt er ook gekeken naar hoeveel vraag er is naar cruciale ggz. Voor 15 mei leveren regio's aan of er cruciale zorg is waar de continuïteit in het geding is. Deze uitkomsten worden door zorgverzekeraars besproken en betrokken bij de inkoop voor 2024. Vanaf juli 2024 worden de overzichten per regio landelijk gebundeld, zodat er een eerste overzicht ontstaat van het aanbod van cruciale ggz. Op basis van dit overzicht en inzicht in de vraag naar cruciale ggz wordt bepaald wat het noodzakelijk zorgaanbod moet zijn en waar dit aanbod het beste georganiseerd kan worden. De uitkomsten hiervan worden door de zorgverzekeraars besproken en vertaald naar de individuele inkoop voor 2025. Met deze afspraken krijgen zorgverzekeraars en zorgaanbieders beter zicht op het zorgaanbod en zullen zij hierover sneller en beter met elkaar in gesprek komen indien de zorgplicht in het geding dreigt te komen.

Vraag 9

Wat is de stand van zaken met betrekking tot deelname aan Avond Nacht en Weekend (A/N/W)-crisisdiensten door werkenden buiten instellingen (conform de afspraak in het hoofdlijnenakkoord zomer 2018)?

Antwoord 9

In het Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2018–2022 is de afspraak gemaakt dat de ggz-sector gezamenlijk een plan van aanpak maakt om de problematiek rondom ANW-diensten op te pakken. Op 4 juni 2019 is door uw Kamer een motie aangenomen om ANW-diensten in de ggz te regelen via een wettelijk kader.⁸ De Wet BIG, noch andere wetgeving biedt op dit moment een wettelijke grondslag om dergelijke regels te stellen. In reactie op de motie is aangegeven de bemensing van ANW-diensten via een breed

⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 619.

⁷ Handreiking cruciale ggz voor het goede gesprek en inventarisatie (dejuistezorgopdejuisteplek.nl)

⁸ Kamerstuk 45 424, nr. 466

gedragen afsprakenstelsel geregeld moet worden en niet via een wettelijk opgelegde verplichting. Een gedragen oplossing uit het veld is krachtiger dan een van bovenaf opgelegde wettelijke verplichting. In het voorjaar van 2021 is hierover het gesprek aangegaan met de Nederlandse ggz (dNggz) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Met beide partijen is afgesproken om in samenwerking met het Ministerie van VWS een pilottraject te starten gericht op gezamenlijke werkafspraken voor de ggz. Het pilottraject is inmiddels afgerond en biedt handvatten voor de voortzetting van het goede gesprek op alle niveaus en met alle stakeholders die hun aandeel hebben in het waarborgen van de continuïteit en kwaliteit. Dit moet zich vertalen in concrete werkafspraken. In het IZA en het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ)⁹ is immers afgesproken dat binnen alle branches in zorg en welzijn per 1 januari 2024 werkafspraken zijn gemaakt door brancheorganisaties en koepels van zzp'ers, waarin de verantwoordelijkheden tussen werknemers in loondienst en zzp'ers helder en eerlijk verdeeld zijn onder andere rondom ANW-diensten, scholing en beloning.

⁹ Kamerstuk 29 282, nr. 485