

Vergaderjaar 2021–2022

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 591

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 oktober 2021

Tijdens de Regeling van Werkzaamheden van 6 juli jongstleden heeft het Kamerlid Van Baarle (DENK) gevraagd om een brief over perverse financiële prikkels in het systeem voor geestelijke gezondheidszorg (ggz) (Handelingen II 2020/21, nr. 97, item 42). Dit naar aanleiding van berichtgeving in de NRC.¹ Met deze brief geef ik gehoor aan dat verzoek.

Tijdens het mondelinge vragenuur van 6 juli 2021 heb ik met de Tweede Kamer over deze berichtgeving gesproken. Daarbij heb ik onder andere gemeld dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bij de in het NRC-artikel genoemde zorgaanbieder langs zou gaan. De bevindingen van de IGJ zullen na afronding van het toezicht gepubliceerd worden op de website van de IGJ.

Kernpunten

De constatering dat de financiële prikkels binnen de ggz-bekostiging soms kunnen belemmeren dat mensen de juiste zorg krijgen staat al langer op de agenda. Zo hebben zowel de Algemene Rekenkamer (2020)² als de Onderzoeksraad voor de Veiligheid (2019)³ hier aandacht voor gevraagd. De prikkels binnen de ggz-bekostiging zijn ook een thema in het Hoofdlijnenakkoord GGZ 2019 t/m 2022.⁴ Ik heb de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in 2019 bij mijn verzoek om een nieuwe bekostiging uit te werken expliciet meegegeven dat de prikkelwerking van de bekostiging moest verbeteren en dat de bekostiging een vergoeding op maat zou moeten faciliteren voor de zorg van personen met een ernstige psychiatrische

¹ Zie het artikel «Uw depressie duurt ons te lang» in de NRC van 3 juli 2021

² Kamerstukken 25 424, nrs. 534 en 557

³ Kamerstuk 25 424, nr. 459

⁴ Kamerstuk 25 424, nr. 420

aandoening.⁵ Een verbeterde bekostiging moet bijdragen aan de aanpak van de wachttijden.⁶

De nieuwe bekostiging die op 1 januari 2022 in de geneeskundige ggz wordt ingevoerd (het zorgprestatie­model) helpt om de financiële prikkels te verbeteren.⁷ De huidige DBC-bekostiging⁸ werkt in de praktijk onderfinanciering van zware ggz en overfinanciering van lichte ggz in de hand. Dit zal ik hieronder nader toelichten. De nieuwe bekostiging is niet langer gebaseerd op (gemiddelde) trajecten van diagnostiek en behandeling – zoals de DBC-bekostiging – maar op de feitelijke inzet van beroepen en aantallen behandel- en diagnostiekconsulten. Daarnaast zijn er binnen de nieuwe bekostiging aparte tarieven voor outreachende ggz en hoogspeci­alistische ggz. De nieuwe bekostiging ondersteunt op die manier dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars gerichte (financiële) contractaf­spraken kunnen maken over de zorg voor ggz-cliënten met een complexe zorgvraag en/of een ernstige psychiatrische aandoening en dat zorgaanbieders een vergoeding op maat krijgen voor hun zorg.

Financiële prikkels in de geneeskundige ggz worden bepaald door de samenloop van enerzijds de (private) financiële contractafspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken en anderzijds het (publieke) bekostigingssysteem: de door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in beleidsregels vastgelegde declarabele prestaties en maximumtarieven. De financiële prikkels die ggz-aanbieders ervaren zijn daarom niet voor alle ggz-aanbieders gelijk. De prikkels worden ook beïnvloed door afspraken die individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken.

Hieronder licht ik nader toe hoe de private financiële contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en het door de overheid in regels vastgelegde bekostigingssysteem op dit moment op elkaar ingrijpen, welke verbeteringen met de nieuwe bekostiging worden beoogd en wat dat betekent voor de financiële prikkels.

Daaraan voorafgaand wil ik graag kort nog het volgende opmerken. De bekostigingsregels van de NZa moeten zo goed mogelijk ondersteuning geven aan het leveren van passende zorg aan cliënten en aan het maken van afspraken daarover tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Hierbij is van belang dat zorgverzekeraars – overeenkomstig hun zorgplicht – moeten borgen dat hun verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang hebben tot alle zorg uit het basispakket. De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door verzekeraars. Daarnaast hebben zorgaanbieders de verantwoordelijkheid om zich bij hun zorgverlening te laten leiden door wat de ggz-cliënt aan medisch noodzakelijke zorg nodig heeft, ook wanneer bepaalde financiële prikkels niet goed staan. Zorgaanbieders hebben de verantwoordelijkheid om zorg van goede kwaliteit en van goed niveau aan te bieden. De IGJ houdt daar toezicht op.

Prikkels vanuit private contracten en publieke bekostiging (het DBC-systeem versus het zorgprestatie­model)

Op dit moment wordt veruit het grootste deel van de geneeskundige ggz bekostigd op basis van zogenaamde «diagnosebehandelingcombinaties», oftewel DBC's. Binnen de DBC-bekostiging zijn de tarieven voor geleverde zorg onder andere gebaseerd op brede tijdklassen die aanduiden hoeveel

⁵ Kamerstuk 25 424, nr. 478

⁶ Zie bijvoorbeeld Kamerstuk 25 424, nr. 588

⁷ Kamerstukken 25 424, nr. 554 en 578

⁸ De huidige bekostiging is gebaseerd op DBC's, oftewel diagnosebehandelingcombinaties.

tijd de behandela(r)en) ongeveer aan de behandeling van de patiënt hebben besteed.⁹

Zo is er bijvoorbeeld voor de behandeling van een depressie een apart (DBC-) tarief voor een behandeling waaraan behandelaren 800 tot 1.800 minuten hebben besteed en daarnaast een fors hoger tarief voor een behandeling waaraan behandelaren 1.800 tot 3.000 minuten hebben besteed. De tarieven zijn ook gebaseerd op een gemiddelde mix van beroepen die binnen de behandeling worden ingezet.

Het voorgaande brengt een aantal financiële prikkels met zich mee; zo wordt zorg waarvoor de inzet van relatief dure beroepen vereist is in het DBC-systeem ondergefinancierd en zorg waarvoor de inzet van relatief minder dure beroepen nodig is, overgefinancierd. Daarnaast brengt het systeem van tijdklassen met zich mee dat er een sterke financiële prikkel voor zorgaanbieders ontstaat om de tijd die men aan de behandeling besteedt precies af te stemmen op de tijdklassegrenzen van de DBC-bekostiging in plaats van op wat de cliënt nodig heeft. Door bijvoorbeeld precies 1.800 minuten aan een depressiebehandeling te besteden kan men nog net het (hogere) tarief declareren dat bij behandelingen hoort waaraan 1.800 tot 3.000 minuten wordt besteed.¹⁰ Eerder is dit gedrag ook daadwerkelijk bij een beperkte groep zorgaanbieders aangetoond.¹¹

Om deze laatstgenoemde prikkel tegen te gaan, worden in de private contracten tussen zorgverzekeraars en ggz-aanbieders regelmatig afspraken gemaakt over een gemiddelde behandelprijs per ggz-cliënt. Hiermee wordt het financiële voordeel verminderd dat een zorgaanbieder kan behalen door de behandelduur af te stemmen op de DBC-tijdklassegrenzen. Nadeel van dit type contractafpraak is dat een gemiddelde behandelprijs per ggz-cliënt het voor een ggz-aanbieder, puur financieel gezien, onaantrekkelijk maakt om cliënten aan te nemen met een complexe zorgvraag, voor zover deze cliënten een behandeling nodig hebben die meer kost dan de in het contract afgesproken gemiddelde prijs, terwijl juist hier de wachttijden het meest lijken te knellen. De DBC-bekostiging biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders beperkt ondersteuning om de contractafspraken over een gemiddelde behandelprijs per ggz-cliënt meer te kunnen differentiëren.

Kortom, de DBC-bekostiging werkt zowel rechtstreeks, als over de band van de contractering, een overfinanciering van lichte ggz en een onderfinanciering van zware ggz in de hand.

De nieuwe ggz-bekostiging is niet langer gebaseerd op (gemiddelde) behandeltrajecten met tarieven die uitgaan van de inzet van een gemiddelde mix van beroepen en ook niet op een grof systeem van breed gedefinieerde behandel-tijdklassen. Anders dan de DBC-bekostiging zijn de tarieven in de nieuwe bekostiging gekoppeld aan losse consulten (en een aantal andere declarabele prestaties), waarbij de tarieven afhankelijk zijn van onder andere de beroepsgroep van degene die het consult uitvoert, de lengte van het consult en of het bijvoorbeeld een diagnostiek- of

⁹ Dit betreft zowel zogenaamde «directe tijd», waarbij er direct contact is geweest met de patiënt, als zogenaamde «indirecte tijd», dat wil zeggen: tijd waarin geen sprake is van direct patiënt-contact, maar die die besteed is aan bijvoorbeeld overleg over de behandeling met collega's, reflectie op de behandeling of aan het bijhouden van het patiëntendossier.

¹⁰ De NZa heeft berekend dat zorgaanbieders hierdoor in theorie een fors hogere omzet kunnen realiseren. Zie de bijlage «Financiële prikkels en de effecten op de publieke belangen» bij Kamerstukken 25 424, nr. 522.

¹¹ Zie bijlage bij Kamerstukken 31 765, nr. 161.

behandelconsult betreft. Ook de «setting»¹² waarin het consult wordt geleverd bepaalt mede de hoogte van het tarief. Dat betekent onder andere dat er binnen de nieuwe bekostiging aparte tarieven bestaan voor hoogspecialistische ggz en outreachende ggz. De perverse prikkels van het DBC-systeem vallen in de nieuwe bekostiging daardoor weg.

De nieuwe bekostiging biedt daarnaast meer handvatten aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in de contractering tot passende afspraken te komen over de vergoeding van de zorg voor cliënten met een complexe zorgvraag en/of een ernstige psychiatrische aandoening. Het is van groot belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de contractering ook daadwerkelijk op een effectieve manier gebruik gaan maken van deze handvatten. Dit zal – in verband met de financiële transitie die zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de contractering vormgeven – mogelijk niet meteen volledig, maar naar verwachting wel in toenemende mate gestalte krijgen. De ontwikkelingen worden gevolgd door de NZa en waar nodig bestuurlijk besproken.

De nieuwe bekostiging, het zorgprestatie­model, helpt dus om de financiële prikkels in de ggz te verbeteren, wat goed is voor de ggz-client met een complexe zorgvraag en/of een ernstige psychiatrische aandoening. Maar een perfect bekostigings­model bestaat niet. Daardoor is het tot op zekere hoogte onvermijdelijk dat er ook in het nieuwe bekostigings­model financiële prikkels zitten die tot ongewenst gedrag van zorgaanbieders kunnen leiden. Dit heb ik toegelicht in mijn eerdere brief aan de Tweede Kamer over de nieuwe ggz-bekostiging en de beantwoording van Kamervragen hierover.¹³ Om de kans hierop te verkleinen en de risico's die hiermee samenhangen te beheersen, heb ik de NZa vorig jaar gevraagd – zoals is terug te lezen in de genoemde Kamerstukken – nog een aantal zaken in het zorgprestatie­model aan te scherpen, bijvoorbeeld de definiëring van de «settingen» die in het zorgprestatie­model een rol spelen. Het tarief dat in het zorgprestatie­model gedeclareerd mag worden is namelijk mede afhankelijk van de «setting» waarin de zorg wordt geleverd. Om dezelfde reden heb ik de NZa gevraagd om de effecten van het zorgprestatie­model goed te monitoren, zodat op grond daarvan beoordeeld kan worden of nadere maatregelen nodig zijn.

Tot slot

Ik hoop en verwacht u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben over de financiële prikkels in de geneeskundige ggz.

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

¹² Onder setting wordt verstaan de onderscheidende combinatie van benodigde infra-structuur, disciplines en/of methodieken die worden ingezet voor het leveren van zorg.

¹³ Kamerstukken 25 424, nrs. 554 en 578.