

Vergaderjaar 2007–2008

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 73

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 juli 2008

Per 1 januari 2008 is de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook de eerstelijns psychologische zorg is op dat moment ondergebracht in het basispakket. In mijn brief van juni (25 424, nr. 69) heb ik in een beknopte monitor de eerste inventarisatie van de gevolgen van deze overheveling geschetst. Mede naar aanleiding van de uitkomsten van de monitor en overleg met veldpartijen, schets ik in deze brief de beleidsvoornemens voor 2009 geneeskundige GGZ in de Zvw.

1. GGZ in de Zvw

De overheveling en de daarmee samenhangende invoering van de DBC-systematiek draagt bij aan het toekomstperspectief dat ik nastreef voor de gehele geneeskundige zorg op de langere termijn. Uiteindelijk beoog ik voor de GGZ in de Zvw de volgende kenmerken:

- 1 Cliënt centraal
 - klantgerichte instelling van aanbieder en verzekeraar
 - bekostiging die vraagsturing ondersteunt (en niet belemmert)
- 2 Transparantie in de zorgvraag
 - koppeling behandeling aan zorgvraag
 - in de bedrijfsvoering; wat doe ik voor wie (prestaties) tegen welke kosten
- 3 Prestatiebekostiging
 - stimulans voor doelmatigheid en kwaliteit (en ook ondernemerschap)
 - meer vrijheid, maar minder zekerheid voor de ondernemer

- 4 Aansluiting tussen geneeskundige somatische en geestelijke gezondheidszorg
 - vergoeding van zorg voor geneeskundige somatische en geestelijke gezondheidszorg verlopen beide via de zorgverzekeraars, waardoor gestuurd kan worden op meer samenhang
- 5 Goede aansluiting in de keten
 - de tweede lijn sluit beter aan op de eerste lijn doordat beide nu onder de Zorgverzekeringswet vallen

– zoals aangekondigd in de brief «Zeker van zorg, nu en straks» (Kamerstuknummer 30 597, nr. 15) wordt ook de scheiding tussen de langdurig chronische zorg en de kortdurende op genezing gerichte zorg zoals deze nu bestaat ten aanzien van de GGZ nader bezien.

Begin dit jaar is met de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zorgverzekeringswet de eerste belangrijke stap richting dit eindperspectief gezet. Ik constateer dat het systeem begint te werken: er zijn contracten gesloten en de DBC-declaraties worden in toenemende mate verstuurd en uitbetaald. Zoals te verwachten bij een dergelijk groot project heb ik ook moeten constateren dat er verschillende invoeringsproblemen zijn. Zo krijgt een deel van de vrijgevestigden met moeite hun declaratie op gang vanwege ICT-problemen en zijn sommigen van hen hierdoor in financiële problemen gekomen. Ik betreur dit ten zeerste. Daarnaast blijkt ook dat vooral bij vrijgevestigden de contractering stroef verloopt. Samen met partijen werk ik dan ook hard om deze invoeringsproblemen op te lossen.

Vanwege deze problematiek streef ik ernaar om in 2009 rust in de sector te creëren. Door geen grote stappen te zetten in de bekostiging kunnen zorgaanbieders en -verzekeraars hun nieuwe rol onder de Zvw verder invullen. Ik hecht er daarbij aan dat zorgaanbieders zich in 2009 verder richten op kwaliteit en innovatie. Van zorgverzekeraars verwacht ik dat zij kwaliteit leidend laten zijn bij de zorginkoop. Bij de zorginkoop verwacht ik van zorgverzekeraars verder voldoende aandacht voor de wijze van contractering van vrijgevestigden. Ook verwacht ik dat zorgverzekeraars de mogelijkheid aangrijpen om ruimte voor nieuwe toetreders te creëren.

Wanneer de verschillende partijen hun rol oppakken zoals bedoeld, blijft de zorg op de lange termijn betaalbaar, wordt de kwaliteit gestimuleerd en toegankelijkheid gewaarborgd. Tegelijkertijd wil ik bezien waar ik partijen in hun verantwoordelijkheid kan ondersteunen of waar ik met aanvullende maatregelen moet komen.

2. Beleidsvoornemens bekostiging

De veranderingen die met ingang van dit jaar zijn ingezet passen binnen de hierboven beschreven toekomstvisie. Stapsgewijs werk ik met de verschillende partijen toe naar een eindmodel van prestatiebekostiging voor de tweedelijns GGZ. De eerstelijns GGZ zorg sluit aan bij de beleidsvisie eerste lijn. De bekostigingssystematiek van de eerstelijns psychologische zorg (EPZ) en de praktijk ondersteuning huisartsen GGZ (POH-GGZ) blijft in 2009 ongewijzigd. Wel zal ik een nadere analyse uitvoeren naar de functie van POH-GGZ en de betreffende beleidsregel van de NZa. Veldpartijen hebben mij er namelijk gewezen dat de functie POH-GGZ zeer divers wordt ingevuld. Daarnaast heeft de Landelijke Huisarts Vereniging (LHV) in een brief gevraagd om de betreffende beleidsregel nader tegen het licht te houden.

Het eindmodel voor de tweede lijn is gericht op een volledige bekostiging op basis van stabiele DBC's en waar mogelijk vrije prijsvorming. Voor zorg die niet individueel is toe te rekenen wordt dan een aparte bekostiging geïntroduceerd. Hoewel de DBC's GGZ inhoudelijk afwijken van de somatische DBC's wordt in de benadering zoveel mogelijk aansluiting gezocht.

Naar analogie met de somatiek kent het eindmodel uiteindelijk drie segmenten:

A0-segment: In dit segment zit de niet individueel toe te rekenen zorg. De NZa is gevraagd uitspraken te doen over wat in het A0 segment ondergebracht kan worden. In het A0 segment gelden geen DBC's. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan een vergoeding voor de beschikbaarheid bij crisisopvang.

A- en B-segment: De wel individueel toe te rekenen zorg valt uiteen in twee segmenten. Voor beide geldt dat zoveel mogelijk bekostigd wordt op basis van DBC's.

Het verschil tussen A en B is of er al dan niet vrije prijzen gelden. Het A-segment heeft betrekking op de geneeskundige GGZ zorg waar vanuit het oogpunt van kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid het niet verantwoord is om vrije prijsvorming in te voeren. Hiervoor worden vanuit overheidswege (bv. vast, maximum of bandbreedte) tarieven vastgesteld. In het B-segment gelden vrije prijzen.

De stappen naar het eindmodel zijn nadrukkelijk aan voorwaarden verbonden.

Een eerste voorwaarde is dat voor vrije prijsvorming en volledige bekostiging in DBC's de NZa een toets moet uitvoeren om te bepalen wat de mogelijke stappen zijn die gezet kunnen worden. In de toetsing, beoordeelt de NZa de verdere realisatie van het eindmodel op de volgende criteria:

1. draagvlak voor vrije prijzen;
2. technische uitvoerbaarheid;
3. potentie van een markt.

Een tweede voorwaarde is dat de DBC's stabiel zijn. Ten aanzien van de stabiliteit van de DBC's geldt ondermeer het advies van DBC Onderhoud. In haar beoordeling en advisering is DBC Onderhoud afhankelijk van een voldoende aanlevering van kwalitatief goede DBC's aan het DBC informatie systeem (DIS).

3. Stappen naar het eindmodel

Huidige situatie: overgangsjaar 2008

2008 is het eerste jaar na de overheveling van de AWBZ naar de Zvw. Digitale declaratie in DBC's is gestart en zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen voor het eerst over de geneeskundige GGZ met elkaar. Vanwege deze grote veranderingen is dit jaar, mede op instigatie van de partijen, bestempeld als overgangsjaar.

Voor het overgangsjaar heb ik diverse maatregelen genomen ten einde een zorgvuldige overgang te realiseren. Deze maatregelen zijn de volgende:

- *Vangnet:* De belangrijkste maatregel is het vangnet dat is ingesteld voor de bestaande GGZ instellingen. Deze instellingen worden in 2008 bij nacalculatie nog volledig bekostigd op basis van oude NZa-parameters uit de AWBZ. De declaratie geschiedt in DBC's. Voor de inkoop is hierbij een representatiemodel gehanteerd. De marktleider van de

regio is verantwoordelijk voor prijs- en volumeafspraken. Vrijgevestigde zorgaanbieders zijn direct op DBC-bekostiging overgegaan.

- *Indicatief kader:* De NZa is vorig jaar gevraagd voor 2008 een indicatief kader van de Zvw productie per instelling op te maken, als handvat voor de zorginkoop.
- *Handhaven eigen bijdrage:* De eigen bijdrage psychotherapie is in 2008 gehandhaafd, ten einde geen onverwachte – budgettaire – effecten te creëren.
- *Budget- en pakketneutraal:* De overheveling is budget- en pakketneutraal. Om die reden zijn voor het product dienstverlening de middelen in 2008 in stand gehouden. Daarnaast worden alle vormen van individuele preventie die onder de AWBZ werden vergoed, ook onder de Zvw vergoed.
- *Overgangsbepaling GGZ:* Cliënten die in behandeling waren in de GGZ in 2007 kunnen aanspraak maken op dezelfde voorwaarden voor 2008. Op deze wijze ondervindt de cliënt geen ernstige nadelige gevolgen van veranderingen in het stelsel.

Ondanks intensieve voorbereiding zijn er in 2008 toch de bovengenoemde invoeringsproblemen. Daarom heb ik in de loop van het jaar nog aanvullende maatregelen genomen zoals een team van experts dat vrijgevestigden ondersteund bij het opgang krijgen van de declaraties. Mijn streven is dat de invoeringsproblemen aan het einde van het jaar opgelost zijn. Gevolg is wel dat 2008 nog onvoldoende inzicht biedt om snelle vervolgstappen te zetten.

Stappen in 2009

Naar aanleiding van de ervaringen in 2008 is door veldpartijen gevraagd om helderheid en rust in de sector te creëren. Wel wordt samen toegevoerd naar eerder genoemd eindmodel onder het motto: met tempo maar verantwoord.

Mede op advies van de NZa blijkt dat ook uit technisch oogpunt geen grote stappen in 2009 kunnen worden gezet. Bovendien is duidelijk geworden dat 2009 een cruciaal jaar is voor een goede voorbereiding voor de stappen die daarna kunnen worden gezet zodat bovenstaand eindmodel wordt bereikt. Voor de hieronder beschreven stappen stel ik samen met partijen nog een gedetailleerd spoorboekje vast.

Model 2009

- Vangnet voor instellingen handhaven;
- Prijscompensatie voor bepaalde vormen van GGZ zorg waar het vangnet niet wordt toegepast.

Bestaande GGZ-Instellingen

In 2009 blijft het vangnet, cq. wel een prijsgarantie maar geen budgetgarantie, voor instellingen gehandhaafd. Uit de opgaven van de NZa is op te maken dat een derde van de instellingen nu nog onvoldoende zicht heeft op de productie in termen van DBC's. Dit inzicht zal dit najaar aanzienlijk beter zijn. Het is nu nog niet verantwoord om het vangnet los te laten. Het deels loslaten van het vangnet is (nu) technisch niet mogelijk. Daarom wordt het vangnet integraal gehandhaafd. Dit heeft uiteraard wel als consequentie dat ook in 2009 een dubbele registratie moet worden gevoerd door de instellingen.

Vrijgevestigden

GGZ instellingen hebben op dit moment een prijscompensatie door het vangnet. Vrijgevestigden zijn direct overgegaan op DBC bekostiging. Uit de toetsing van de DBC's en uit de verrekenpercentages blijkt namelijk dat de DBC's grotendeels voldoende kostendekkend zijn. Voor een beperkt aanbod, zoals bij de kinder- en jeugdpsychiatrie, blijken de DBC's niet kostendekkend. Voor de GGZ-instellingen wordt dit opgevangen met het genoemde vangnet. Daar waar dit vangnet niet geldt, wil ik ook de mogelijkheid bieden tot prijscompensatie. Dit gebeurt doordat de NZa het mogelijk maakt in specifieke gevallen boven het maximumtarief afspraken te maken.

Zorgverzekeraars

Omdat ik in 2009 nog geen beschikking heb over goede gegevens met betrekking tot het zorggebruik in de geneeskundige GGZ in de afgelopen jaren, zal er in 2009 nog geen adequaat functionerend risicovereveningsmodel zijn. In 2009 wordt het model verder uitgewerkt, zodat zorgverzekeraars in 2010 risico zullen lopen.

Dienstverlening

Een deel van de dienstverleningsproducten kan mogelijk op termijn in aanmerking komen om opgenomen te worden in een A0 segment. Dit is onderdeel van de uitvoeringstoets van de NZa. Omdat een A0-segment pas in 2010 wordt geïntroduceerd, zal in 2009 – net als in 2008 – het budget en tarief voor dienstverlening gehandhaafd blijven. Vanuit de dienstverleningsgelden wordt in 2009 ook anonieme e-mental health gefinancierd, in afwachting van een definitieve oplossing. Deze anonieme geleverde zorg is niet te bekostigen onder de Zvw. Zorgverzekeraars kunnen een declaratie immers niet honoreren, zonder dat de verzekerde bekend is.

Preventie

De individuele preventieve GGZ interventies die vergoed werden onder de AWBZ worden in 2008 ook onder de Zvw vergoed. Op dit moment bekijkt het CVZ of preventieve interventies ter voorkoming van depressie behoren tot de te verzekeren prestaties. In het najaar van 2008 komt het CVZ met een rapportage over depressiepreventie. Daarop volgend zal het CVZ dit jaar nog in aparte rapportages ingaan op alcoholpreventie en andere preventieve activiteiten in de GGZ. Voor 2009 betekent dit dat duidelijk wordt welke preventieve GGZ interventies onder de aanspraken van de Zvw vallen.

Macro-kader

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn medeverantwoordelijk voor bewaking van overschrijdingen van het macro-kader. Ik heb zorgverzekeraars gevraagd hier rekening mee te houden in de contractering. Net als ik voor 2008 heb aangekondigd zal, ook voor 2009 gelden dat ik de mogelijkheid heb om de NZa te vragen eventuele overschrijdingen via een gedifferentieerde tariefmaatregel terug te halen.

Dyslexie

Per 2009 is de diagnose en behandeling van ernstige dyslexie, zoals vastgelegd in het protocol, formeel opgenomen in het basispakket. De voorbereidingen hiervoor worden in de tweede helft van 2008 afgerond. Een belangrijke vraag die nog open stond is welke bekostigingssystematiek wordt gevolgd.

Inmiddels heb ik besloten dat de vergoeding loopt via de DBC's GGZ, omdat deze systematiek het best aansluit bij het soort zorg, dat geleverd wordt. Ik heb DBC Onderhoud gevraagd om toepassing van het DBC GGZ bekostigingssysteem mogelijk te maken en ervoor te zorgen dat dyslexie

daarin apart herkenbaar is. Dit stelt mij in staat informatie te krijgen over het beroep wat op deze zorg wordt gedaan. Doel is om te komen tot een zorgvuldige en beheerste start in 2009. In aansluiting hierop wordt in 2009 de aangekondigde evaluatiestudie in gang gezet.

Doorontwikkeling DBC's

Al voor aanvang van 2009 moeten de belangrijkste punten ten aanzien van de doorontwikkeling van de DBC's bekend zijn. Daartoe stelt DBC onderhoud een doorontwikkel agenda op. Vooruitlopend op de doorontwikkelagenda wordt op uw verzoek het tussentijds declareren van DBC's mogelijk gemaakt.

Eigen bijdrage Psychotherapie

De huidige eigen bijdrage psychotherapie wordt per 2009 afgeschaft. Aan deze eigen bijdrage kleefden te grote problemen in de uitvoering. De wegvallende opbrengst van de eigen bijdrage psychotherapie (ongeveer €24 mln.) zal worden gecompenseerd door een tariefsmaatregel specifiek gericht op de tweedelijns GGZ. Bij de aanbidding van de Rijksbegroting 2009 zal ik aangeven hoe deze tariefsmaatregel er precies uitziet.

4. Stappen na 2009

Stap 1

- Invoering A en B segment.
- Vangnet uitsluitend voor een deel van het A segment.
- Introductie van A0 segment. Zorgverzekeraars lopen risico

In beginsel wordt in 2010 een A0, A en B-segment ingevoerd. Deze stap kan pas worden genomen na een uitvoeringstoets van de NZA en indien de DBC's stabiel zijn. De uitvoeringstoets wijst uit of en zo ja voor welke DBC's vrije prijzen mogelijk zijn. Voor het A-segment blijft, waar nodig, een vangnet gelden.

Voor 2010 is beoogd dat zorgverzekeraars risico dragen voor de GGZ-sector. De risicoverevening van de geneeskundige GGZ zal een gespreksonderwerp zijn in het reguliere bestuurlijk overleg, dat ik elk jaar aan het einde van de zomer met Zorgverzekeraars Nederland voer. Voor de risicoverevening van de geneeskundige GGZ wordt onder regie van een taskforce een plan van aanpak opgesteld en uitgevoerd.

Stap 2

- Loslaten vangnet
- Steeds groter B-segment
- Toenemende risicodragendheid verzekeraars.

Voor de jaren na 2011 wordt steeds de grootte van het B-segment beoordeeld, daarbij strevend naar een zo groot mogelijk B-segment.

Ik ga er vanuit dat de doorontwikkeling van de DBC's er toe leidt dat het vangnet zo snel mogelijk kan worden losgelaten. Maar ook daarna is er continue aandacht voor doorontwikkeling van DBC's.

Tot slot

2008 staat nog vooral in het teken van het oplossen van de invoeringsproblemen, maar ook al in het teken van de voorbereiding van de stap in 2010. In 2009 moet het stabiel blijven van de huidige bekostingssystematiek er toe leiden dat meer energie kan gaan zitten in kwaliteit, innovatie

en contracteerbeleid. In 2010 en volgende jaren werken we met tempo, maar met zorgvuldige toetsing toe naar het eindmodel.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink