

Advies

Taakherschikking

In de tweedelijns somatische zorg en curatieve
geestelijke gezondheidszorg

januari 2012

Inhoud

Samenvatting	5
1. Inleiding	7
1.1 Context advies	7
1.2 Definitie taakherschikking	7
1.3 Reikwijdte van advisering.	8
1.3.1 Tot stand komen van taakherschikking	8
1.3.2 Gevolgen en wenselijkheid taakherschikking	8
1.4 Leeswijzer	9
2. Het wettelijk kader taakherschikking	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Taakherschikking in de Wet BIG	11
2.2.1 Bescherming van titels en voorbehouden handelingen	11
2.2.2 Overige ruimte in de Wet BIG	12
2.2.3 Wijziging van de Wet BIG	12
2.2.3.1 Physician Assistant	12
2.2.3.2 Verpleegkundig specialist	12
2.2.4 Relatie tussen de Wet BIG en de Wmg	13
3. Tweedelijns somatische zorg	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Bekostiging TSZ vanaf 2012	15
3.2.1 Tariefsoort tweedelijns somatische zorg	16
3.2.2 Honorariumdeel tarieven	16
3.3 Regelgeving DBC-systematiek TSZ	17
3.3.1 Registreren, afleiden en declareren	17
3.3.1.1 Registreren	17
3.3.1.2 Afleiden en declareren van DBC-zorgproduct	18
3.3.2 Administratieve beperkingen in de regelgeving	18
3.4 Belemmeringen en mogelijkheden	19
3.4.1 Belemmeringen	19
3.4.2 Mogelijkheden	19
3.5 Wegnemen belemmeringen taakherschikking	20
3.5.1 Belemmeringen bekostiging	20
3.5.2 Belemmeringen regelgeving DBC-systematiek	20
3.5.2.1 Verantwoordelijkheid poortspecialist	20
3.5.2.2 Polikliniekbezoek	21
4. Curatieve Geestelijke gezondheidszorg	23
4.1 Inleiding	23
4.2 Bekostiging cGGZ vanaf 2012	23
4.3 Regelgeving DBC-systematiek cGGZ	23
4.4 Huidige mogelijkheden taakherschikking	24
5. Publieke belangen	27
5.1 Inleiding	27
5.2 Betaalbaarheid	27
5.3 Toegankelijkheid	27
6. Aanbevelingen	29
6.1 Inleiding	29
6.2 Gemaximeerd kostendeel	29
6.3 Verantwoordelijkheid bij poortspecialist	29
6.4 Face-to-face contact met poortspecialist	30

Managementsamenvatting

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt in dit advies voor zowel de tweedelijns somatische zorg als de curatieve geestelijke gezondheidszorg een inventarisatie van de financiële belemmeringen voor taakherschikking binnen de tweedelijns zorg. Zij doet daarbij tevens voorstellen voor verbetering.

In haar inventarisatie constateert de NZa één mogelijk financiële belemmering in de bekostiging en twee mogelijke financiële belemmeringen in de regelgeving voor de tweedelijns somatische zorg. Er zijn geen financiële belemmeringen voor taakherschikking aanwezig binnen de curatieve geestelijke gezondheidszorg. In een consultatiebijeenkomst deelden de aanwezige partijen deze inventarisatie.

De eerste belemmering voor de totstandkoming van taakherschikking is het onderscheid dat gemaakt wordt tussen een kostendeel en een honorariumdeel binnen de tarieven, waarbij het kostendeel gemaximeerd is voor zorgproducten vallende in het gereguleerde segment. Hierdoor is het niet mogelijk om bij taakherschikking de kosten van het honorariumdeel naar het kostendeel te verschuiven als voor het kostendeel het maximumtarief is afgesproken.

De tweede financiële belemmering komt voort uit de DBC-regelgeving. Momenteel draagt een poortspecialist de verantwoordelijkheid voor het zorgtraject. Hiermee heeft de poortspecialist de verantwoordelijkheid voor de juiste typering van de zorg en de registratie hiervan. Het is dus niet mogelijk voor niet-poortspecialisten om een initieel subtraject te openen (het starten van een behandeling).

Ook de derde financiële belemmering komt voort uit de DBC-regelgeving. Deze beperkt het aantal zorgverleners dat een polikliniekbezoek mag registreren, vanwege de verplichting tot een face-to-face contact met een poortspecialist.

Binnen de tweedelijns somatische zorg is een traject in gang gezet om tot integrale tarieven te komen per 2015. Door de invoering van integrale tarieven zal de eerste belemmering wegvallen. De NZa acht het niet opportuun om in de tussentijd versneld actie te ondernemen om deze belemmering weg te nemen.

Voor de tweede en derde financiële belemmering ziet de NZa elk twee oplossingsrichtingen. Ten eerste kan de lijst met zorgverleners die een zorgtraject mogen openen en een face-to-face contact moeten hebben bij een polikliniekbezoek worden uitgebreid. Ten tweede kan deze lijst in zijn geheel worden afgeschaft, zodat iedere zorgverlener de bevoegdheid krijgt om een zorgtraject te openen en/of een face-to-face contact bij een polikliniekbezoek te hebben.

De NZa adviseert om de verantwoordelijkheid voor het zorgtraject bij de poortspecialist te laten en indien gewenst de lijst van zorgverleners die een zorgtraject mogen openen uit te breiden. De NZa adviseert tevens om de verplichting tot een face-to-face contact met een poortspecialist bij een polikliniekbezoek los te laten en te vervangen door een face-to-face contact met iedere BIG-geregistreerde zorgverlener.

1. Inleiding

1.1 Context advies

In het regeerakkoord heeft het kabinet aangegeven dat zij komende kabinetsperiode stevig wil inzetten op taakherschikking. Hiertoe heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Minister) het onderwerp taakherschikking opgenomen in haar strategische agenda. Zij verwacht dat met taakherschikking een deel van de verwachte toename van de zorgvraag wordt opgevangen. Daarnaast genereert taakherschikking volgens de Minister een kwaliteitsimpuls en biedt het vooral voor verpleegkundigen en paramedici een interessant carrièreperspectief.

De Minister noemt in haar brief een aantal elementen die er voor zorgen dat taakherschikking niet tot volle wasdom komt. Deze belemmeringen zijn volgens haar van juridische, organisatorische, culturele en financiële aard.

De Minister is voornemens om mogelijke financiële belemmeringen in de huidige regelgeving zoveel als mogelijk weg te nemen. Daarbij geldt het uitgangspunt dat zolang (nog) geen sprake is van integrale prestaties met vrij onderhandelbare prijzen en maximumtarieven, de onnodige belemmeringen voor taakherschikking in de huidige bekostiging en tarief- en prestatieregulering moeten worden weggenomen.

Tegen deze achtergrond heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om per sector een inventarisatie te maken van de financiële belemmeringen voor taakherschikking binnen de tweedelijns zorg in zowel de huidige als toekomstige bekostiging en voorstellen voor verbetering te doen. VWS vraagt om hierbij onderscheid te maken tussen de tweedelijns somatische zorg (TSZ) en de curatieve geestelijke gezondheidszorg (cGGZ).¹

1.2 Definitie taakherschikking

Onder taakherschikking verstaat VWS: 'het structureel herverdelen van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen'.² VWS legt hierbij in haar verzoek een focus op de volgende beroepen: de verpleegkundig specialist, de physician assistant, de ziekenhuisarts, de klinisch technoloog en de gespecialiseerde verpleegkundige die UR-geneesmiddelen mag voorschrijven. De NZa focust zich op de verpleegkundig specialist en physician assistant omdat hier reeds besluiten over zijn genomen.

Uit overleggen met VWS is naar voren gekomen dat het binnen de definitie van taakherschikking vooral gaat over de herverdeling van taken van bijvoorbeeld een specialist naar een verpleegkundige binnen de tweede lijn en niet over substitutie van zorg tussen de eerste en tweede lijn. De NZa heeft deze uitgangspunten meegenomen in haar inventarisatie van financiële belemmeringen bij taakherschikking.

¹ Bijlage 1: VWS, Adviesverzoek bekostiging taakherschikking, CZ/EZK.3074405, 18 augustus 2011

² Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer, 2002

1.3 Reikwijdte van advisering.

De Minister heeft de NZa gevraagd om per deelsector een inventarisatie te maken van de belemmeringen voor taakherschikking in zowel de huidige als toekomstige bekostiging en daarbij voorstellen voor verbetering te doen. De NZa heeft zich beperkt tot een inventarisatie van de financiële belemmeringen voor het herverdelen van taken. Dat betekent tevens dat zij op een aantal punten niet in gaat.

1.3.1 Tot stand komen van taakherschikking

De NZa richt zich in haar advies op het wegnemen van financiële belemmeringen. Zij zal vervolgens geen uitspraak doen in hoeverre het wegnemen van deze belemmeringen leidt tot veranderingen in de mate waarin taakherschikking plaats vindt.

Taakherschikking vindt momenteel al plaats. De mate waarin taakherschikking voorkomt is afhankelijk van de mate waarin er door veldpartijen actief op taakherschikking wordt gestuurd. De NZa ziet hier geen primaire rol voor zichzelf weggelegd, maar juist wel voor de zorgverzekeraar, in het kader van de zorginkoop, en/of de zorgaanbieder, in het kader van het vormgeven van de eigen bedrijfsvoering. Naast de mate van sturing door beide partijen afzonderlijk, zal ook de marktverhouding tussen beide partijen hierin een rol spelen.

Daarnaast spelen er nog andere aspecten mee. Zo kan bijvoorbeeld binnen een ziekenhuis de vormgeving van het dienstverband van een medisch specialist van invloed zijn op de totstandkoming van taakherschikking. Een ander voorbeeld is dat de invloed van een patiëntenvereniging er voor kan zorgen dat taakherschikking niet tot stand komt, ondanks dat financiële belemmeringen zijn weggehaald. Dit zijn slechts enkele voorbeelden van mogelijke culturele, juridische en organisatorische belemmeringen die er voor kunnen zorgen dat taakherschikking niet tot stand komt ondanks het wegnemen van financiële belemmeringen. De NZa kan zich dan ook niet uitspreken over de mate waarin taakherschikking tot stand komt als de financiële belemmeringen worden weggenomen.

Bij de bespreking van de mogelijke gevolgen voor de publieke belangen in hoofdstuk 5 neemt de NZa aan dat er taakherschikking tot stand komt, zodat zij op basis daarvan de mogelijke gevolgen kan schetsen.

1.3.2 Gevolgen en wenselijkheid taakherschikking

De NZa betreft in haar advisering de gevolgen voor de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. In haar oordeel over de kwaliteit richt de NZa zich op de beschikbaarheid van heldere informatie over de kwaliteit zodat een consument of zorgverzekeraar op basis van deze informatie kan kiezen voor een zorgaanbieder. De NZa is niet bevoegd om te oordelen of de wijze waarop zorg geleverd wordt voldoet aan de minimumkwaliteitseisen. Deze bevoegdheid ligt bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Tijdens de consultatiebijeenkomst is er door meerdere partijen op gewezen dat kwaliteitseisen een belangrijk onderdeel zijn in de discussie over taakherschikking. De NZa deelt dit punt van partijen, maar kan bij het schetsen van de mogelijke gevolgen van taakherschikking geen oordeel geven of de geleverde zorg voldoet aan de minimale kwaliteitseisen. De NZa zal zich bij het schetsen van de mogelijke

gevolgen voor de publieke belangen dan ook beperken tot betaalbaarheid en toegankelijkheid.

1.4 Leeswijzer

Het voorliggende advies kent de volgende indeling. In hoofdstuk 2 licht de NZa het wettelijk kader toe ten aanzien van taakherschikking met een toelichting op de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De NZa maakt in haar advies vervolgens een onderscheid tussen TSZ (hoofdstuk 3) en de cGGZ (hoofdstuk 4). Voor beide zorgmarkten zullen de huidige regelgeving, de mogelijkheden voor taakherschikking en de bijbehorende adviezen worden besproken. In hoofdstuk 5 wordt nader ingegaan op de publieke belangen. Hoofdstuk 6 bevat de samenvatting en de aanbevelingen. In de bijlagen zijn het adviesverzoek en de documenten behorend bij de consultatiebijeenkomst opgenomen. In de tekst van dit advies zijn reeds een aantal relevante opmerkingen naar aanleiding van de consultatie opgenomen.

2. Het wettelijk kader taakherschikking

2.1 Inleiding

Om een inventarisatie te kunnen maken van de belemmeringen voor taakherschikking en hierbij voorstellen voor mogelijke verbetering te doen is het van belang om eerst het wettelijke kader te schetsen. Er zijn hierbij twee wetten relevant, te weten: de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Naast het genoemde wettelijke kader zijn ook de door de beroepsgroepen opgestelde professionele standaarden van belang voor de wijze waarop men in de praktijk om gaat met taakherschikking.³ De NZa gaat hier ten aanzien van het wettelijk kader echter niet nader op in omdat de professionele standaarden niet leiden tot financiële belemmeringen vanuit de wet- en regelgeving.

In dit hoofdstuk wordt kort toegelicht wat de Wet BIG inhoudt en welke mogelijkheden voor taakherschikking er zijn op grond van deze wet. Daarnaast wordt geschetst welke relatie de Wet BIG heeft met de Wmg.

2.2 Taakherschikking in de Wet BIG

De Wet BIG heeft als doel het bevorderen van de kwaliteit van de zorg die beroepsbeoefenaren leveren. Dit gebeurt door de bevoegdheid en bekwaamheid van zorgverleners in de individuele gezondheidszorg vast te leggen (bescherming van titels). Deze wet is ook bedoeld om patiënten of cliënten te beschermen tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van individuele zorgverleners (voorbehouden handelingen).^{4,5} Beide onderdelen worden hieronder kort toegelicht.

2.2.1 Bescherming van titels en voorbehouden handelingen

- De bevoegdheid van zorgverleners wordt geregeld door de bescherming van beroepstitels, opleidingstitels en voorbehouden handelingen.
- Er zijn acht beroepsgroepen die een beschermd beroepstitel hebben: apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen.
-
- Personen die deze beroepen willen uitvoeren moeten zich laten registreren in het BIG-register. Deze beroepen mogen tevens zelfstandig een aantal, per beroep aangewezen, voorbehouden handelingen uitvoeren. Voorbeelden van deze handelingen zijn onder andere, het verrichten van heelkundige handelingen, voorschrijven van receptgeneesmiddelen, toedienen van injecties, catheterisaties en endoscopieën.⁶
-
- Daarnaast is er een aantal beroepen met een beschermd opleidingstitel zoals de diëtisten, ergotherapeuten en optometristen.

³ Een belangrijk document ten aanzien van de professionele standaarden is de handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg'

⁴ CIBG via <http://www.bigregister.nl>

⁵ Daarnaast is ook het tuchtrecht van toepassing op beroepsbeoefenaren met een beschermd beroepstitel.

⁶ CIBG via <http://www.bigregister.nl>

Deze beroepen worden niet geregistreerd in het BIG-register. Zij mogen geen voorbehouden handelingen uitvoeren. Zij hebben echter wel een beschermde titel die ze mogen voeren.

Als laatste is er de mogelijkheid om aanvullende of andere titels te voeren in het BIG-register. Deze titels worden veelal toegewezen op verzoek van een beroepsgroep en moeten worden goedgekeurd door de Minister. Een bekend voorbeeld van een aanvullende titel is de medisch specialist. Een medisch specialist heeft de beroepstitel arts en de aanvullende titel medisch specialist.

2.2.2 Overige ruimte in de Wet BIG

Naast de mogelijkheid van aanvullende en andere titels is er, op basis van artikel 35 van de wet BIG, een aantal meer algemene regels waarbij zorgverleners zorg mogen verlenen die mogelijk buiten hun bevoegdheid valt. Zorgverleners mogen deze zorg verlenen:

- 1. in opdracht van een bevoegd persoon, en
- 2. indien zij redelijkerwijs bekwaam kunnen worden geacht, en
- 3. indien er volgens aanwijzing van de opdrachtgever is gehandeld.

2.2.3 Wijziging van de Wet BIG

Aan de wet BIG zal per 1 januari 2012 een experimenteerartikel (artikel 36a) worden toegevoegd. Met deze wijziging creëert de Minister de mogelijkheid om met een Koninklijk besluit een aantal beroepen bevoegdheid te verlenen om een aantal voorbehouden handelingen zelfstandig uit te voeren. Dit wijzigingsvoorstel houdt in om bij wijze van experiment voor een periode van vijf jaar beroepen toe te voegen aan de Wet BIG.

Op dit moment worden met aparte Koninklijke besluiten de verpleegkundig specialist en physician assistant voor een periode van vijf jaar op basis van het experimenteerartikel (artikel 36a) toegevoegd aan de Wet BIG. Op 1 november 2011 heeft de eerste kamer het wijzigingsvoorstel voor de wet BIG en de concept besluiten voor de zelfstandige bevoegdheden van verpleegkundig specialisten en physician assistants vastgesteld.⁷

2.2.3.1 Physician Assistant

Het concept besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant 2011 beschrijft de opleidingseisen en competenties van het beroep physician assistant en regelt de bevoegdheid van de physician assistant om een aantal voorbehouden handelingen uit te voeren. Dit zijn: het verrichten van heelkundige handelingen, endoscopieën, catheterisaties, puncties en electieve cardioversie, het geven van injecties, het toepassen van defibrilatie en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Deze voorbehouden handelingen mogen worden uitgevoerd indien het routinematige handelingen betreffen van een beperkte complexiteit.⁸

2.2.3.2 Verpleegkundig specialist

Het concept besluit tijdelijke regels zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten regelt de bevoegdheden van vijf verschillende soorten verpleegkundig specialisten:

⁷ http://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/32261_wijziging_van_de_wet_op_de

⁸ bijlage Tweede Kamer 32.261, nr. 21

- de verpleegkundig specialist acute zorg bij somatische aandoeningen;
- de verpleegkundig specialist chronische zorg bij somatische aandoeningen;
- de verpleegkundig specialist preventieve zorg bij somatische aandoeningen;
- de verpleegkundig specialist intensieve zorg bij somatische aandoeningen;
- de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg.

De bevoegdheden tot het verrichten van voorbehouden handelingen van een verpleegkundig specialist intensieve zorg zijn het meest uitgebreid en deze zijn gelijk aan de voorbehouden handelingen die de physician assistant mag uitvoeren. De bevoegdheden van de verpleegkundig specialist preventieve zorg bij somatische aandoeningen zijn het meest beperkt. Het gaat hier om bevoegdheden tot het geven van injecties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

Voor verpleegkundig specialisten geldt tevens dat de voorbehouden handelingen mogen worden uitgevoerd en geïndiceerd indien het routinematige handelingen betreffen van een beperkte complexiteit.

Zowel voor de physician assistant als voor de verpleegkundig specialist geldt dat de reikwijdte van de diagnostiek ten aanzien van de voorbehouden handelingen maar ook reguliere handelingen slechts strekt tot het deelgebied waarbinnen de physician assistant en de verpleegkundig specialist zijn opgeleid.

2.2.4 Relatie tussen de Wet BIG en de Wmg

De Wmg is de wet waaraan de NZa haar taken en bevoegdheden ontleent. In de Wmg is onder andere de regulering van prestaties en tarieven en het toezicht op het naleven van de regels geregeld. De wet BIG is medebepalend voor de reikwijdte van de Wmg. De reikwijdte van de Wmg wordt namelijk bepaald door drie regels:

- 1. zorg op grond van de Zvw of AWBZ, of;
- 2. handelingen uitgevoerd door BIG-geregistreerde zorgaanbieders in het kader van de individuele gezondheidszorg, of
- 3. werkzaamheden in het kader van hun beroepsbeoefening door personen ingeschreven in een register als bedoeld in de Wet BIG.

De verwevenheid tussen de wet BIG en de Wmg houdt in dat het toevoegen van nieuwe beroepen aan de Wet BIG tevens betekent dat deze beroepen vallen onder de reikwijdte van de Wmg. Daarmee vallen ze ook onder de prestatie- en tariefregulering door de NZa.

Wanneer het concept besluit rondom de verpleegkundige specialisten en physician assistants definitief wordt, heeft dit dus ook gevolgen voor de bekostiging en regelgeving vanuit de NZa. In de volgende hoofdstukken maken we een inventarisatie van de belemmeringen voor taakherschikking en doen we hierbij voorstellen voor verbetering. Hierbij gaan we nader in op de bekostiging en regelgeving van de NZa.

3. Tweedelijns somatische zorg

3.1 Inleiding

Hoofdstuk 3 inventariseert de financiële belemmeringen binnen de tweedelijns somatische zorg en op welke wijze deze belemmeringen zo veel als mogelijk weggenomen kunnen worden. Hierbij worden ook mogelijke consequenties genoemd. Bij de uitwerking heeft VWS gevraagd om specifiek te kijken naar de tarieven, de (declaratie)regels binnen de DBC-systematiek en de door haar genoemde nieuwe beroepen binnen de somatische zorg.⁹

In de onderstaande analyse is de situatie vanaf 1 januari 2012 binnen de tweedelijns somatische zorg als uitgangspunt genomen. Per 2012 gaan de volgende wijzigingen in:

- de invoering van de nieuwe productstructuur DOT;
- de invoering van prestatiebekostiging in combinatie met het transitie-model (schaduwbudget) tot 2014;
- de uitbreiding van het vrije segment naar 70%;
- de introductie van een vast segment met beschikbaarheidsbijdragen voor bepaalde zorgfuncties;
- invoering van een tijdelijk beheersmodel voor de honorariumomzet van vrijgevestigd medisch specialisten tot 2015.¹⁰

Voordat ingegaan wordt op de belemmeringen, wordt de bekostiging en de relevante regelgeving DBC's binnen de TSZ allereerst toegelicht. De relevante regelgeving DBC's wordt weergegeven in paragraaf 3.3.

3.2 Bekostiging TSZ vanaf 2012

Binnen de TSZ declareren zorgaanbieders Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's¹¹) aan de zorgverzekeraars of patiënten. Vanaf 2014 zullen alle instellingen voor medisch specialistische zorg (Ziekenhuizen, Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) en bepaalde categorale instellingen) volledige prestatiebekostiging kennen met een vrij en een gereguleerd segment. Sommige instellingen kennen ook een vast segment inclusief beschikbaarheidsbijdragen voor bepaalde zorgfuncties.

Ziekenhuizen zullen in 2012 en 2013 nog deels worden bekostigd via de budgetsystematiek (schaduwbudget). Zij worden voor circa 70% gefinancierd op basis van DBC's met vrije prijzen (B-segment). Hierbij wordt onderscheid gemaakt in volledig vrije prijzen (34%) en vrije prijzen onder het schaduwbudget (36%). ZBC's verkrijgen hun gehele inkomsten op basis van DBC's.

Vrijgevestigde medische specialisten ontvangen hun inkomsten vanaf 2008 op basis van volledige prestatiebekostiging, maar krijgen met ingang van 2012 wel te maken met een tijdelijk plafond voor hun honorariumomzet. Naast de vrijgevestigde medisch specialisten is een deel van de medisch specialisten in loondienst, bijvoorbeeld in de

⁹ VWS, Adviesverzoek bekostiging taakherschikking, CZ/EZK.3074405, 18 augustus 2011

¹⁰ NZa, CI_11_28c, Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg

¹¹ Naast DBC's of DBC-zorgproducten zijn er ook overige zorgproducten (zoals OVP's, add-ons, OP's). In dit rapport wordt alles onder de noemer DBC's of DBC-zorgproducten geschaard.

Universitaire Medische Centra (UMC's) en de revalidatie instellingen.¹² Medisch specialisten in loondienst vallen niet onder het tijdelijke plafond. Zij maken onderdeel uit van het schaduwbudget van de ziekenhuizen. Medisch specialisten in loondienst zonder budgetvergoeding vallen niet onder het beheersmodel en ook niet onder het transitie-model.¹³

3.2.1 Tariefsoort tweedelijns somatische zorg

Het tarief voor een DBC valt uiteen in een kostendeel en een honorariumdeel.¹⁴ Vanaf 1 januari 2012 zal het kostendeel van de tarieven in het vrije segment vrij zijn (circa 70%) en in het gereguleerde segment gemaximeerd (circa 30%). Het honorariumdeel van de tarieven zal per 2012 zowel in het vrije segment als in het gereguleerde segment gemaximeerd zijn.

Tabel 1. Tariefsoorten DBC's tweedelijns somatische zorg

Welk segment	Kostendeel	Honorariumdeel
DBC- zorgproduct gereguleerd segment	Maximum tarief	Maximum tarief
DBC- zorgproduct vrije segment	Vrij tarief	Maximum tarief

Bron: NZa

Het honorariumdeel is het maximumbedrag per zorgproduct dat in rekening gebracht kan worden ter vergoeding van de diensten van een medisch specialist.

Het kostendeel is het bedrag per zorgproduct dat in rekening gebracht kan worden ter vergoeding van de instellingskosten.¹⁵ Deze kosten bestaan onder andere uit personeelskosten en materiële kosten. Medewerkers werkzaam bij een instelling niet zijnde medisch specialisten worden hieruit betaald. De groep niet-medisch specialisten is in deze een verzamelnaam voor (basis)artsen, verpleegkundigen, assistenten, ziekenhuisapothekers, verpleegkundige specialisten, physician assistants en andere zorgverleners in een ziekenhuis die zorg verlenen en geen specialist zijn.

3.2.2 Honorariumdeel tarieven

Het honorariumdeel van de DBC omvat het honorarium van de (vrijgevestigde) medisch specialisten. Binnen het honorariumdeel kan er op basis van regelgeving van de NZa onderscheid worden gemaakt in twee groepen zorgverleners: Poortspecialisten en niet-poortspecialisten. Een poortspecialist is de medisch specialist naar welke een patiënt verwezen wordt voor medisch specialistische zorg.

Als poortspecialismen worden de volgende 26 specialismen onderscheiden: oogheekunde, KNO, heekunde/chirurgie, plastische chirurgie, orthopedie, urologie, gynaecologie, neurochirurgie, dermatologie, inwendige geneeskunde, kindergeneeskunde/neonatologie, gastro-enterologie/MDL, cardiologie, longgeneeskunde, reumatologie, allergologie, revalidatie, cardio-pulmonale chirurgie, consultatieve psychiatrie, neurologie, klinische geriatrie en radiotherapie. De poortfunctie (poortspecialist) kan in bepaalde gevallen ook door een

¹² NZa, CI_11_28c, Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg

¹³ NZa, CI_11_38c, Invoering beheersmodel honoraria vrijgevestigde medisch specialisten

¹⁴ NZa, BR/CU-2045, Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg

¹⁵ NZa, BR/CU-2045, Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg

ondersteunend specialisme worden ingenomen, zoals radiologie, anesthesiologie en klinische genetica.¹⁶

Een niet-poortspecialist (of ondersteunende specialist) is een specialist waarnaar een patiënt in principe niet wordt verwezen (met uitzondering van de bovengenoemde gevallen). Een ondersteunend specialist voert medisch specialistische handelingen uit in het kader van het zorgtraject van een poortspecialist. De ondersteunend specialist heeft geen eigen zorgtraject en zijn vergoeding is opgenomen in het honorariumdeel van de DBC.

Een poortspecialist kan binnen een zorgtraject worden aangeduid als hoofdbehandelaar. Een hoofdbehandelaar is de zorgverlener die, als reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij die patiënt een diagnose stelt en verantwoordelijk is voor de behandeling. Bij het hoofdbehandelaarschap wordt een koppeling gemaakt met de medisch specialist. In de regelgeving van de NZa is opgenomen dat een patiënt geldt als 'eigen patiënt' voor een medisch specialist of instelling indien deze patiënt zich met een zorgvraag heeft gewend tot de medisch specialist. De hoofdbehandelaar is dus doorgaans de betrokken poortspecialist.¹⁷

3.3 Regelgeving DBC-systematiek TSZ

Het onderscheid tussen een poortspecialist en een niet-poortspecialist is terug te vinden in de regelgeving van de NZa. Voordat hierop verder ingegaan wordt, zal eerst de regelgeving rondom het registreren, afleiden en declareren van DBC's worden toegelicht.

3.3.1 Registreren, afleiden en declareren

In de regelgeving rondom DBC-zorgproducten zijn drie onderdelen van belang:

- het registreren van de inhoudelijke typering van een zorgtraject/subtraject en het vastleggen van de uitgevoerde verrichtingen in zorgactiviteiten;
- het afleiden van DBC-zorgproducten via een zogenaamde grouper;
- het declareren van een DBC-zorgproduct aan de zorgverzekeraar. Aan de registratiekant spreken we hier over zorgtrajecten en subtrajecten en aan de declaratiekant over DBC-zorgproducten.

3.3.1.1 Registreren

De arts is verantwoordelijk voor een juiste typering van het zorgtraject. Hij legt onder meer het type DBC vast en de diagnose. Daarbij is het onderscheid tussen een zorgtraject en een subtraject van belang. Een zorgtraject typeert feitelijk het geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de zorginstelling consulteert, maar is nog geen declarabele prestatie. Een zorgtraject kan bestaan uit één of meerdere subtrajecten.

Een subtraject kan door een grouper worden afgeleid tot een DBC-zorgproduct of een uitvalproduct (niet declarabel product). Een subtraject is een afgebakende periode binnen het zorgtraject van de patiënt die op een vooraf gedefinieerd moment wordt afgesloten. Dat moment wordt bepaald door de vaste sluitregels in de registratieregels.

¹⁶ NZa, BR/CU-2045, Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg

¹⁷ NZa, NR/CU-209, Regeling medisch specialistische zorg, 2011

Naast het registreren van zorgtrajecten is subtrajecten is de registratie van zorgactiviteiten een belangrijk onderdeel in het proces om uiteindelijk de geleverde zorg te kunnen declareren. Zorgactiviteiten bepalen in combinatie met de vastgelegde activiteiten in een subtraject welk DBC-zorgproduct er afgeleid en gedeclareerd kan worden.

3.3.1.2 Afleiden en declareren van DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie welke is afgeleid uit een subtraject en zorgactiviteiten via door de NZa vastgestelde beslisbomen. Voor het afleiden wordt een grouper gebruikt waarin deze beslisbomen zijn opgenomen.¹⁸ De vastgelegde zorgactiviteiten bepalen uiteindelijk de afleiding naar een DBC-zorgproduct of een uitvalproduct. Niet alle zorgactiviteiten spelen een rol in de afleiding. In sommige gevallen leidt een uitgevoerde zorgactiviteit niet tot een ander DBC-zorgproduct.

3.3.2 Administratieve beperkingen in de regelgeving

In de regelgeving is een tweetal administratieve handelingen opgenomen die momenteel enkel door een poortspecialist zijn uit te voeren.¹⁹

Ten eerste is de poortspecialist verantwoordelijk voor een juiste typering van een zorgtraject/subtraject bij de geleverde zorg. De poortspecialist is daarbij verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose volgens de door de NZa vastgestelde typeringslijsten.²⁰ Anders gezegd: de poortspecialist is dus verantwoordelijk voor de hele 'keten' van inhoudelijke registratie en typering van activiteiten binnen een instelling. De poortspecialist kan dan ook beschouwd worden als de hoofdbehandelaar die, als reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij die patiënt een diagnose stelt en verantwoordelijk is voor de behandeling. Dit geldt ook voor de vervolg-DBC's.

Indien meerdere poortspecialismen bij de behandeling betrokken zijn, hebben deze doorgaans allemaal een eigen zorgtraject geopend. Een zorgtraject bestaat uit 1 of meerdere subtrajecten. Met andere woorden: elke poortspecialist zal (als hij/zij de patiënt ziet als een eigen patiënt) ook een eigen DBC vastleggen.²¹ Alle zorgactiviteiten moeten daarom ook gekoppeld worden aan een poortspecialisme. Dit geldt ook voor activiteiten uitgevoerd door ondersteunende beroepsgroepen.

Ten tweede dient er een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist te zijn bij een polikliniekbezoek. Het registreren van een polikliniekbezoek is nodig om een niet-klinische DBC (dagverpleging of polikliniek) te kunnen declareren. De voorwaarde van een face-to-face contact is afkomstig uit de budgetsystematiek (functiegerichte bekostiging), waarbij het polikliniekbezoek een budgetparameter is. Bij een klinische DBC worden geen voorwaarden gesteld ten aanzien van een face-to-face contact met de poortspecialist.

Voorwaarde voor het kunnen declareren van een klinische DBC is dat er sprake is van verpleegdagen. Ook aan een verpleegdag worden eisen

¹⁸ CU/NR-209 Regeling medisch specialistische zorg

¹⁹ CU/NR-209 Regeling medisch specialistische zorg

²⁰ Zie ook artikel 5.5 van de regeling medisch specialistische zorg (NR/CU-209)

²¹ Zie ook artikel 5.2 van de regeling medisch specialistische zorg (NR/CU-209)

gesteld. Zo dient de patiënt opgenomen te zijn op een voor verpleging ingerichte afdeling en moet er sprake zijn van een overnachting.²²

3.4 Belemmeringen en mogelijkheden

3.4.1 Belemmeringen

Uit de vorige paragrafen blijkt een aantal financiële belemmeringen voor het herverdelen van taken. Er is één mogelijke financiële belemmering in de bekostiging en er zijn twee mogelijke financiële belemmeringen in de regelgeving, te weten:

- Binnen de TSZ wordt er binnen de tarieven onderscheid gemaakt tussen een kostendeel en een honorariumdeel, waarbij het kostendeel gemaximeerd is voor zorgproducten vallende in het gereguleerde segment. Hierdoor is het verschuiven van kosten van het honorariumdeel naar het kostendeel door middel van het verhogen van het kostendeel niet mogelijk.
- Alle zorgactiviteiten vinden plaats onder verantwoordelijkheid van de poortspecialist (hoofdbehandelaar) en moeten daarom ook gekoppeld worden aan een zorgtraject van een poortspecialisme om declarabel te zijn.
- Er dient een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist te zijn bij een polikliniekbezoek. Het registreren van een polikliniekbezoek is namelijk nodig om af te kunnen leiden naar een niet-klinische DBC (dagverpleging of polikliniek). Dit geldt ook bij vervolg-DBC's.

In de consultatiebijeenkomst deelden alle partijen de conclusie dat er drie mogelijke financiële belemmeringen zijn in de TSZ.

3.4.2 Mogelijkheden

Binnen de DBC-systematiek is het reeds mogelijk om een deel van de taken her te verdelen van bijvoorbeeld een specialist naar een verpleegkundige. Dit is mogelijk voor de zorg waarbij een vrij tarief geldt voor het kostendeel van de geleverde zorg. Dit geldt in ieder geval voor het vrije segment, dat 70% van de TSZ beslaat.

Binnen dit vrije segment is het, met inachtneming van de regelgeving voor het hoofdbehandelaarschap en het face-to-face contact met de poortspecialist, mogelijk het overige deel van de taken en kosten her te verdelen. Hierbij kan een hoger tarief voor het kostendeel en een lager tarief voor het honorariumdeel afgesproken worden.

De Orde van Medisch specialisten (de Orde) bevestigt dit beeld in haar schriftelijke reactie door te laten weten dat zij binnen de huidige regelgeving geen enkele belemmering ondervindt om gekwalificeerd personeel in te zetten voor deeltrajecten binnen zorgproducten.

De Nederlandse Verenigingen voor Ziekenhuizen (NVZ) wijst erop dat het tijdelijk beheersmodel voor de honorariumomzet van vrijgevestigde medisch specialisten tot 2015 ook van invloed kan zijn op taakherschikking. Om te voorkomen dat het omzetplafond overschreden wordt kunnen ziekenhuizen reeds taken herverdelen.

²² NZa, BR/CU-2045, Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (artikel 10)

3.5 Wegnemen belemmeringen taakherschikking

3.5.1 Belemmeringen bekostiging

In de TSZ gelden momenteel nog geen integrale tarieven bij de zorgprestaties waarbij het onderscheid tussen het kostendeel en honorariumdeel is opgeheven. Daar waar voor het kostendeel nog maximumtarieven gelden, is er een financiële belemmering voor taakherschikking.

Voor de TSZ is reeds een traject in gang gezet om tot integrale prestaties en tarieven te komen. Zodra deze integrale prestaties en tarieven van kracht zijn bestaat deze financiële belemmering niet meer.

3.5.2 Belemmeringen regelgeving DBC-systematiek

Er zijn twee mogelijke financiële belemmeringen in de regelgeving van de DBC-systematiek. Ten eerste vinden alle zorgactiviteiten plaats onder verantwoordelijkheid van de poortspecialist. Deze moeten daarom ook gekoppeld worden aan een poortspecialisme om declarabel te zijn. Ten tweede dient er een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist te zijn bij een polikliniekbezoek. Het registreren van een polikliniekbezoek is namelijk nodig om een niet-klinische DBC (dagverpleging of polikliniek) te kunnen declareren.

Hieronder wordt toegelicht hoe deze belemmeringen kunnen worden weggenomen. Daarbij wordt waar mogelijk onderscheid gemaakt tussen de quick wins en de lange termijn oplossingen. Met quick wins doelt de NZa op niet-structurele acties met een beperkte doorlooptijd voor uitvoering. De NZa ziet hierbij met name mogelijkheden in de voorgenomen toevoeging van artikel 36a aan de Wet BIG waarbij tijdelijk een aanvullende of andere titel gevoerd mag worden.

3.5.2.1 *Verantwoordelijkheid poortspecialist*

Momenteel draagt een poortspecialist de verantwoordelijkheid voor het zorgtraject. Hiermee heeft de poortspecialist de verantwoordelijkheid voor de juiste typering van de zorg en de registratie hiervan. Het is dus niet mogelijk voor niet-poortspecialisten om een initieel subtraject te openen (het starten van een behandeling).

Voor het wegnemen van bovenstaande belemmering zijn twee opties mogelijk. Allereerst kan de lijst met poortspecialisten die in de regelgeving zijn aangemerkt als hoofdbehandelaar worden uitgebreid met een aantal beroepsgroepen, zoals de physician assistant en de verpleegkundige specialist.

In de conceptbesluiten over de verpleegkundig specialisten en physician assistants wordt benoemd dat beiden een aantal voorbehouden handelingen uit mogen voeren. Zowel voor de physician assistant als voor de verpleegkundig specialist geldt dat de reikwijdte van de diagnostiek ten aanzien van de voorbehouden handelingen maar ook reguliere handelingen slechts strekt tot het deelgebied waarbinnen de physician assistant en de verpleegkundig specialist zijn opgeleid.

De NZa verwacht dat VWS bij het toekennen van aanvullende bevoegdheden op basis van de wet BIG tevens een verzoek zal doen aan de NZa om, indien nodig, de regelgeving aan te passen. Het is hierbij van belang dat VWS invulling geeft aan de reikwijdte van de diagnostiek

die in het concept besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid wordt aangeduid met de term 'beperkte complexiteit'.

De tweede wijze waarop de belemmering weggenomen kan worden is door het onderscheid tussen poortspecialisten en de verantwoordelijkheid voor de juiste typering en registratie van een zorgtraject los te laten. De mogelijke consequenties hiervan worden omschreven in hoofdstuk 5.

Uit de consultatie blijkt verdeeldheid over het wegnemen van deze belemmering. De OMS vindt het van belang dat het hoofdbehandelaarschap bij de medisch specialist blijft. Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) heeft een voorkeur voor het uitbreiden van de lijst met poortspecialisten die in de regelgeving zijn aangemerkt als hoofdbehandelaar. De Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (hierna: V&VN) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (hierna: NVZ) zijn van mening dat het onderscheid tussen poortspecialisten en de verantwoordelijkheid voor de juiste typering en registratie van een zorgtraject losgelaten moet worden.

3.5.2.2 Polikliniekbezoek

De regelgeving van de NZa beperkt het aantal zorgverleners dat een polikliniekbezoek mag registreren, vanwege de verplichting tot een face-to-face contact met een poortspecialist.

Zoals eerder aangegeven, is de poortspecialist (hoofdbehandelaar) in de huidige regelgeving verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose volgens de door de NZa vastgestelde typeringslijsten. Dit roept de vraag op of het face-to-face contact met een poortspecialist voor het polikliniekbezoek noodzakelijk is. De poortspecialist draagt immers reeds de verantwoordelijkheid voor de gehele registratie en hieronder valt ook het polikliniekbezoek van de patiënt.

Voor het wegnemen van bovenstaande belemmeringen zijn er twee opties mogelijk. Allereerst kan de lijst met zorgverleners die een polikliniekbezoek mogen registreren worden uitgebreid met een aantal beroepsgroepen, zoals bijvoorbeeld de physician assistant en de verpleegkundige specialist.

Ten tweede kan de voorwaarde dat enkel poortspecialisten een polikliniekbezoek in rekening mogen brengen geheel worden losgelaten. De NZa kan dit in haar regelgeving aanpassen door bijvoorbeeld te stellen dat een patiënt een face-to-face contact moet hebben gehad met een BIG-geregistreerde zorgverlener in plaats van een poortspecialist.

In de consultatiebijeenkomst deelden alle partijen met uitzondering van de Orde de voorgestelde oplossing om de voorwaarde voor een face-to-face contact met een poortspecialist voor het mogen registreren te verruimen van een polikliniekbezoek uit te breiden met andere beroepsgroepen. De Orde geeft daarbij aan dat de huisarts een patiënt verwijst naar een medisch specialist in de tweede lijn en in dat licht hechten zij aan het contact tussen patiënt en medisch specialist.

Tijdens de consultatiebijeenkomst is door partijen tevens verzocht om te bekijken in hoeverre een face-to-face contact noodzakelijk is voor het registreren van een polikliniekbezoek. Deze opmerking volgde uit de wens om ook activiteiten waarbij het contact ear-to-ear of bit-to-bit plaats vindt als declarabele activiteit te mogen registreren. De NZa concludeert dat het hier om gaat om een verzoek tot een nieuwe

activiteit die mogelijk afleidt tot een ander DBC-zorgproduct en niet tot een aanpassing vanuit de wens tot taakherschikking. Dit verzoek valt niet binnen de reikwijdte van het verzoek voor taakherschikking.

4. Curatieve Geestelijke gezondheidszorg

4.1 Inleiding

De Minister verzoekt de NZa om een advies over de belemmeringen inclusief de mogelijke oplossingsrichtingen voor taakherschikking in de GGZ. De Minister vraagt om hierbij onder andere aandacht te besteden aan de tarieven en de (declaratie)regels.

In de TSZ hebben we onderscheid gemaakt op basis van bekostiging en op basis van regelgeving. Binnen de cGGZ is dit onderscheid niet te maken. We zullen in dit hoofdstuk toelichten wat er momenteel al mogelijk is als het om taakherschikking gaat. Dit leidt tot de conclusie dat er in de cGGZ momenteel geen belemmeringen zijn voor taakherschikking.

4.2 Bekostiging cGGZ vanaf 2012

cGGZ wordt bekostigd met DBC's. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt naar behandeling en verblijf. Zorgverleners die geestelijke gezondheidszorg bieden, behandelen een patiënt. Een zorgverlener die een patiënt behandelt registreert de bestede tijd op de DBC van de patiënt. De door de hoofdbehandelaar gestelde diagnose en de totale hoeveelheid bestede tijd bepalen uiteindelijk welke DBC er in rekening wordt gebracht.

Aanvullend op de behandeling kan een patiënt ook binnen een instelling verblijven. Op 1 januari 2012 wordt de productstructuur voor verblijf gewijzigd. Een instelling kan voor elke overnachting van een patiënt een verblijfsdag registreren. Er zijn hierbij zeven verschillende verblijfsdagen die zich onderscheiden door een inhoudelijke beschrijving van de setting waarin een patiënt verblijft.

Aan het eind van het zorgtraject brengt een hoofdbehandelaar één DBC in rekening. Het tarief dat hij voor deze DBC ontvangt is een optelsom van het tarief voor de behandeling en de optelsom van tarieven voor de verschillende verblijfsdagen die zijn geregistreerd.

Binnen de behandeling wordt er geen onderscheid gemaakt tussen zorgverleners. De tarieven worden gebaseerd op de gemiddelde inzet van verschillende zorgverleners. Zorgverleners zijn echter vrij om onderling een herverdeling van werkzaamheden af te spreken, omdat er voor de cGGZ een integrale prestatie geldt.

Momenteel kent de cGGZ integrale prestaties met maximumtarieven. In haar brief constateert de Minister dat er in deze situatie geen financiële belemmeringen zijn voor taakherschikking.

4.3 Regelgeving DBC-systematiek cGGZ

Ondanks het ontbreken van financiële belemmeringen voor taakherschikking in de cGGZ gaat de NZa nader in op de regelgeving voor de cGGZ. In de cGGZ stelt de NZa de door DBC-Onderhoud opgestelde spelregels vast. Hierin staat wie de zorgvraag van een patiënt mag typeren en wie er mag registreren. DBC-Onderhoud sluit hiervoor

aan bij de beroepenstructuur van het CONO.²³ Zij voegen daarnaast een cluster toe aan de beroepentabel, namelijk de 'somatische beroepen'. Dit zijn zorgverleners, die vanuit hun somatische beroep activiteiten in de cGGZ uitvoeren, maar niet primair (breder) opgeleid zijn voor een rol in de cGGZ. Dit zijn bijvoorbeeld de huisarts, neuroloog, klinisch geriatr, fysiotherapeut en dergelijke. De zeven clusters zijn:

- verpleegkundige beroepen
- medische beroepen
- psychologische beroepen
- agogische beroepen
- vaktherapeutische beroepen
- psychotherapeutische beroepen
- somatische beroepen

Binnen elk cluster zijn twee tot twaalf verschillende beroepen/functies beschreven met elk een uniek functiecode. Deze functies en functiecodes zeggen zowel iets over het soort zorgverlener (pedagoog, klinisch psycholoog, verpleegkundige, etc.) als over het niveau van functie-uitoefening (basis, gedifferentieerd of specialistisch).

In de spelregels staat dat alle in de Wet BIG geregistreerde beroepen (professionals), die bevoegd én bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de DSM-IV, patiënten kunnen typeren met behulp van de typeringslijst. Het typeren van een patiënt is hierbij gelijk aan het mogen starten van een zorgtraject in de somatiek. Bij het typeren gelden de volgende voorwaarden:

- Iedere beroepsbeoefenaar houdt zijn of haar specifieke verantwoordelijkheid en regie.
- De instelling of praktijk die DBC's registreert, doet dit binnen de wettelijke kaders en draagt verantwoordelijkheid voor de eigen beleidskeuzen.
- De psychiater/medicus in de instelling is verantwoordelijk voor het medisch somatisch beleid en voor de gemaakte zorginhoudelijke keuzen. Bij niet-medici wordt deze verantwoordelijkheid soms gedelegeerd via een zogenaamde 'verlengde arm constructie'. De verantwoordelijkheid voor het medisch beleid kan in het geval van vrijgevestigde psychotherapeuten tevens belegd blijven bij de huisarts.

Het mogen typeren van een patiënt is niet verbonden aan een titel zoals bij de somatische zorg. Voor de cGGZ geldt dat iedere BIG-geregistreerde zorgverlener die tevens staat vermeld in de CONO-beroepenstructuur een DBC mag openen als hij een patiënt kan typeren.

In de consultatiebijeenkomenst hebben alle partijen aangegeven de analyse voor de cGGZ te delen.

Indien een BIG-geregistreerde zorgverlener nog niet staat vermeld in de CONO-beroepenstructuur kan hij via de betreffende branchevereniging hiervoor een aanvraag doen.

4.4 Huidige mogelijkheden taakherschikking

Binnen de cGGZ is er geen onderscheid te maken tussen zorgverleners op basis van de bekostiging of op basis van regelgeving. Een DBC voor de cGGZ is een integrale prestatie met een maximumtarief waarbinnen

²³ Spelregels GGZ: http://www.nza.nl/141224/193327/NR_CU-511_Bijlage_-_Spelregels_GGZ.pdf

de NZa geen voorbehouden handelingen voor een bepaalde groep zorgverleners heeft gedefinieerd. De NZa concludeert dan ook dat er geen financiële belemmeringen bestaan voor taakherschikking in de cGGZ.

De NZa merkt hierbij wel op dat verzekeraars bij de inkoop van cGGZ de groep zorgverleners die een DBC mag openen beperkt. Dit beeld is bevestigd door ZN in haar schriftelijke reactie op het consultatiedocument. Zij meldt dat zij op basis van kwaliteitsgronden de groep behandelaren die een DBC kan openen sterk inperkt.

Het staat verzekeraars en zorgverleners vrij om aanvullende afspraken te maken over de wijze waarop zorg wordt geleverd. Dit kan worden ervaren als een financiële belemmering, maar het is geen financiële belemmering die voortkomt uit de regelgeving van de NZa.

5. Publieke belangen

5.1 Inleiding

De NZa betreft in haar advisering de gevolgen voor de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. In haar oordeel over de kwaliteit richt de NZa zich ten algemene op het beschikbaar zijn van heldere informatie over de kwaliteit zodat een consument of zorgverzekeraar op basis van deze informatie kan kiezen voor een zorgaanbieder. De NZa is niet bevoegd om te oordelen of de wijze waarop zorg geleverd wordt voldoet aan de minimumkwaliteitseisen. Hiertoe is de IGZ bevoegd.

Tijdens de consultatiebijeenkomst is er door meerdere partijen op gewezen dat kwaliteitseisen een belangrijk onderdeel zijn in de discussie over taakherschikking. De NZa beaamt dit, maar is niet bevoegd om een inhoudelijk oordeel over kwaliteitseisen te geven. Daarnaast ligt de focus van het advies het wegnemen van financiële belemmeringen.

De NZa kan bij het schetsen van de mogelijke gevolgen voor de publieke belangen geen oordeel geven of er aan de kwaliteitseisen wordt voldaan bij de totstandkoming van taakherschikking. De NZa gaat in dit hoofdstuk in op de mogelijke gevolgen voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid als er een toename is in de mate waarin taakherschikking voorkomt

5.2 Betaalbaarheid

Binnen de betaalbaarheid maakt de NZa onderscheid tussen de kosten die worden gemaakt per behandeling en de totale uitgaven.

Met het wegnemen van financiële belemmeringen wordt het mogelijk om bij taakherschikking lagere kosten per behandeling af te spreken. Immers, er kan een doelmatigheidwinst gemaakt worden wanneer lager gekwalificeerd personeel wordt ingezet waar mogelijk. Hierdoor worden de marginale kosten per zorgeenheid lager. Ten tweede kan het aanbod van zorgverleners zo vergroot worden, waardoor de prijs voor de geleverde zorg mogelijk omlaag kan gaan.

Anderzijds kan een toename van het aantal zorgverleners een volumetoename veroorzaken. Dit is het geval als er sprake is van suppletie in plaats van substitutie van geleverde zorg. Indien suppletie ontstaat, kunnen twee soorten effecten optreden. Er kunnen meer behandelingen worden uitgevoerd en er kunnen binnen een lopende behandeling meer zorgactiviteiten worden verricht. Beide effecten kunnen optreden als er momenteel een latente zorgvraag is die nog niet wordt beantwoord. Dit kan leiden tot een stijging in de totale zorguitgaven met als gevolg een mogelijk premiestijging voor de consument indien zorgverzekeraars deze stijgende kosten doorrekenen aan hun verzekerden.

5.3 Toegankelijkheid

Toegankelijkheid valt uiteen in de beschikbaarheid van de zorg en de bereikbaarheid van de zorg.

De beschikbaarheid is uit te drukken in de wachttijd voor een behandeling van een patiënt. Door de verwachte toename van capaciteitsproblemen van gekwalificeerde zorgverleners in de zorg kan taakherschikking de beschikbaarheid van zorg vergroten. Immers, het aanbod van zorg wordt groter ten opzichte van de zorgvraag. Dit heeft ook positieve effecten op de wachttijden van bepaalde behandelingen. Het wegnemen van financiële belemmeringen kan het aanbod vergroten en zo de toegankelijkheid verbeteren.

De bereikbaarheid van zorg is uit te drukken in de reistijd van een patiënt naar een zorgverlener. De NZa kan niet oordelen over de gevolgen voor de reistijd van een patiënt naar een zorgverlener. Het valt te verwachten dat de reistijd afneemt naarmate het aanbod toeneemt. Maar dit hangt ook samen met de keuze van ziekenhuizen, ZBC's en GGZ-instellingen om zich te specialiseren in bepaalde behandelingen.

6. Aanbevelingen

6.1 Inleiding

In hoofdstuk 3 heeft de NZa geconcludeerd dat er één mogelijke financiële belemmering in de bekostiging is en twee mogelijke financiële belemmeringen in de regelgeving zijn voor de TSZ. Deze conclusie werd gedeeld door de partijen die hebben deelgenomen aan de consultatiebijeenkomst.

In hoofdstuk 4 heeft de NZa geconcludeerd dat er geen financiële belemmeringen zijn voor de cGGZ. Ook deze conclusie werd gedeeld door partijen die hebben deelgenomen aan de consultatiebijeenkomst.

In dit hoofdstuk doet de NZa aanbevelingen over de wijze waarop de geconstateerde financiële belemmeringen weggenomen kunnen worden rekening houdend met de publieke belangen die zij in hoofdstuk 5 heeft geschetst.

6.2 Gemaximeerd kostendeel

Binnen de TSZ wordt binnen de tarieven onderscheid gemaakt tussen een kostendeel en een honorariumdeel, waarbij het kostendeel gemaximeerd is voor zorgproducten vallende in het gereguleerde segment. Hierdoor is het niet mogelijk om bij taakherschikking de kosten van het honorariumdeel naar het kostendeel te verschuiven als voor het kostendeel het maximumtarief is afgesproken.

De NZa adviseert om op dit moment geen aanvullende acties te ondernemen om deze financiële belemmering weg te halen. Voor de TSZ is reeds een traject in gang gezet om in 2015 tot integrale prestaties en tarieven te komen. Zodra deze integrale prestaties en tarieven van kracht zijn bestaat deze financiële belemmering niet meer.

De NZa acht het niet opportuun om in de tussentijd versneld actie te ondernemen op de zorgproducten in het gereguleerde segment. Zij verwacht dat deze acties slechts zeer beperkt meerwaarde zullen hebben voor taakherschikking met het oog op de aanstaande invoering van integrale prestaties en tarieven en de beperkte omvang van het gereguleerde segment.

6.3 Verantwoordelijkheid bij poortspecialist

Momenteel draagt een poortspecialist de verantwoordelijkheid voor het zorgtraject. Hiermee heeft de poortspecialist de verantwoordelijkheid voor de juiste typering van de zorg en de registratie hiervan. Het is dus niet mogelijk voor niet-poortspecialisten om een initieel subtraject te openen (het starten van een behandeling).

Voor het wegnemen van deze belemmering zijn twee opties mogelijk. Allereerst kan de lijst met zorgverleners die in de regelgeving zijn aangemerkt als hoofdbehandelaar worden uitgebreid met een aantal beroepsgroepen. Ten tweede kan de voorwaarde dat enkel poortspecialisten een initieel subtraject mogen openen geheel worden losgelaten.

De NZa adviseert op dit moment om te kiezen voor de optie om de lijst met zorgverleners die in de regelgeving zijn aangemerkt als hoofdbehandelaar uit te breiden met een aantal beroepsgroepen. Op deze wijze kan er binnen een gecontroleerde omgeving op kleinere schaal worden bekeken wat de gevolgen voor de publieke belangen zijn. Indien hieruit een positief beeld ontstaat, kan er in een later stadium gekozen worden om de voorwaarde dat enkel poortspecialisten een initieel subtraject mogen openen geheel los te laten.

De Minister kan aan het advies uitvoering geven door gebruik van artikel 36a van de Wet BIG. Zij kan op basis van dit artikel beroepsgroepen tijdelijk aanvullende bevoegdheden toekennen waardoor deze beroepsgroepen dezelfde bevoegdheden hebben als poortspecialisten. De NZa verwacht dat VWS bij het toekennen van aanvullende bevoegdheden op basis van de wet BIG tevens een verzoek zal doen aan de NZa om, indien nodig, de regelgeving aan te passen.

De NZa benadrukt hierbij dat zij in de huidige bekostiging geen onderscheid kan maken voor welke DBC's een beroepsgroep als hoofdbehandelaar aangemerkt kan worden wanneer geldt dat voor deze beroepsgroep de reikwijdte van de diagnostiek ten aanzien van de voorbehouden handelingen maar ook reguliere handelingen slechts strekt tot het deelgebied waarbinnen deze beroepsgroep is opgeleid.

6.4 Face-to-face contact met poortspecialist

De regelgeving van de NZa beperkt het aantal zorgverleners dat een polikliniekbezoek in rekening mag brengen, vanwege de verplichting tot een face-to-face contact met een poortspecialist.

Zoals eerder aangegeven, is de poortspecialist (hoofdbehandelaar) in de huidige regelgeving verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose volgens de door de NZa vastgestelde typeringslijsten. Dit roept de vraag op of het face-to-face contact met een poortspecialist voor het polikliniekbezoek noodzakelijk is. De poortspecialist is immers verantwoordelijk voor de gehele registratie en hier valt ook het polikliniekbezoek van de patiënt onder.

Voor het wegnemen van bovenstaande belemmering zijn twee opties mogelijk. Allereerst kan het aantal zorgverleners dat een polikliniekbezoek in rekening mag brengen worden uitgebreid met een aantal beroepsgroepen, zoals bijvoorbeeld de physician assistant en de verpleegkundig specialist.

Ten tweede kan de voorwaarde dat enkel poortspecialisten een polikliniekbezoek in rekening mogen brengen geheel worden losgelaten. De NZa kan dit in haar regelgeving aanpassen door bijvoorbeeld te stellen dat een patiënt een face-to-face contact moet hebben gehad met een BIG-geregistreerde zorgverlener.

De NZa adviseert op dit moment om te kiezen voor de tweede optie waarin de voorwaarde dat enkel poortspecialisten een polikliniekbezoek in rekening mogen brengen geheel wordt losgelaten. De NZa acht het niet langer noodzakelijk om het face-to-face contact met een poortspecialist te verplichten voor het in rekening mogen brengen van een polikliniekbezoek. De poortspecialist is reeds verantwoordelijk voor de gehele registratie, waaronder ook het polikliniekbezoek van de patiënt.

Alle partijen met uitzondering van de OMS hebben zich tijdens de consultatie voor deze optie uitgesproken. De NZa verwacht dat wanneer VWS deze opvatting deelt, zij een opdracht tot aanpassing van de regelgeving aan de NZa zal geven.