

Vergaderjaar 2013–2014

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 244

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 25 april 2014

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 19 februari 2014 inzake de reactie op het bericht dat tweedelijns GGZ zorgaanbieders pas vanaf 1 juli 2014 kosten kunnen declareren voor geboden zorg in 2014 vanwege een falend declaratiesysteem (Kamerstuk 25 424, nr. 242).

De op 25 maart 2014 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de Minister bij brief van 24 april 2014 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over de herinrichting van het ggz-aanbod en bijbehorende wijzigingen in het declaratiesysteem per 2014. Genoemde leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen over de toegezonden brief.

In de brief staat dat de inspanningen van alle betrokkenen erop zijn gericht deze situatie volgend jaar te voorkomen. Gaat dat lukken?

Zijn er inmiddels wel signalen binnengekomen dat er ggz-aanbieders zijn die door deze problematiek in de gevarenzone zijn gekomen of dreigen te komen?

Aanvragen voor noodbevoorschotting op individueel niveau worden niet in behandeling genomen. Mag daaruit de conclusie worden getrokken dat individuele aanbieders niet in de financiële problemen kunnen komen?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over de herinrichting van het ggz-aanbod en bijbehorende wijzigingen in het declaratiesysteem per 2014. Zij zijn verheugd met de inrichting van de basis-ggz en specialistische ggz, waarmee het oude onderscheid tussen eerstelijns en tweedelijns psychologische zorg komt te vervallen. Genoemde leden stellen dat deze herinrichting bijdraagt aan laagdrempelige psychologische zorg dichtbij huis en een passender ggz-aanbod voor iedereen. Wel vinden zij een zachte landing van de herinrichting belangrijk voor zowel patiënten als aanbieders. De herinrichting mag niet ten koste gaan van de continuïteit van zorg voor patiënten die onder behandeling zijn of drempels opwerpen voor toekomstige patiënten. Bovendien mogen kleine vrijgevestigde ggz-aanbieders niet onnodig in de knel komen door de wijzigingen.

Genoemde leden merken op dat er voor de basis-ggz een nieuw declaratiesysteem op basis van zorgvraagzwaarteproducten is geïntroduceerd. Zij vermoeden dat dit nieuwe declaratiesysteem vooral voor vrijgevestigde aanbieders van voorheen eerstelijns psychologische zorg kan leiden tot een tijdelijke inkomensdip. Dit komt omdat nieuwe behandelingsproducten in de basis-ggz, in tegenstelling tot losse consulturen die nog in 2013 golden, pas na afronding van het integrale behandeltraject kunnen worden gedeclareerd via zorgvraagzwaarteproducten. Daarbij komt dat de ICT-declaratiestandaard pas per 1 juli 2014 beschikbaar komt en er pas vanaf die datum kan worden gedeclareerd. Genoemde leden vragen welke inspanningen er concreet worden verricht om eenzelfde situatie in 2015 te voorkomen en waaruit blijkt dat deze inspanningen effect zullen hebben. De leden van de PvdA-fractie stellen dat wijzigingen in beleid en het ontwerpen van ict-standaarden er nooit voor mogen zorgen dat zorg voor patiënten en praktijkvoering van ggz-aanbieders in de knel komt. Voor de specialistische ggz en aanbieders van voorheen tweedelijns psychologische zorg zullen de wijzigingen weinig problemen opleveren, constateren deze leden. Deze aanbieders kunnen immers behandelingen gestart in 2013 bij afronding gewoon declareren via de diagnosebehandelingcombinaties (dbc's) en de gemiddelde dbc-duur van acht maanden tilt veel behandeltrajecten die gestart zijn in 2014 over de 1 juli-grens heen. Voor de aanbieders van basis-ggz die voorheen eerstelijns psychologische zorg leverden ligt dit anders, constateren genoemde leden. Zij kunnen door het nieuwe declaratiesysteem pas later dan voorheen inkomsten verwerven

over de verleende zorg. Deze leden willen zich ervan verzekeren dat het beleid voldoende waarborgen kent om de continuïteit van zorg voor patiënten in de basis ggz te garanderen en een eventuele inkomensdip van aanbieders in de basis-ggz op te vangen.

De leden van de PvdA-fractie waarderen het dat er een noodvoorschotsregeling voor vrijgevestigde aanbieders van basis-ggz is overeengekomen met zorgverzekeraars, maar vragen waar uit blijkt dat deze regeling ook voldoet voor de kleine vrij gevestigde aanbieders met een relatief kleine omzet. Genoemde leden constateren dat niet de volledige omzet van vrijgevestigde aanbieders zal worden voorgeschoten. Zij vragen welk percentage van de omzet maximaal, dan wel minimaal, wordt voorgeschoten. Zijn zorgverzekeraars vrij in het stellen van deze grenzen? Daarnaast constateren genoemde leden dat er sprake is van een minimum-omvang van de voorschotregeling. Zij vragen in hoeverre het klopt dat de minimum-omvang van de voorschotregeling, ongeacht de grootte van de aanbieder, in de orde van € 5.000 per zorgverzekeraar ligt. Zijn er zorgverzekeraars die een lagere grens hanteren? Zo ja, welke reden hanteren zij hiervoor? Tevens vragen zij wat er is geregeld voor kleine vrijgevestigde aanbieders die in een half jaar tijd minder dan € 5.000 aan zorg leveren bij een of meerdere zorgverzekeraars. Waaruit blijkt dat kleine vrijgevestigde aanbieders vaak geconcentreerd zijn bij één verzekeraar waardoor de minimum-omvang geen problemen zal opleveren? Is de minimum-omvang alleen ingesteld ter beperking van administratieve lasten voor zorgverzekeraars of zijn er nog andere redenen? Hoe verhoudt de minimum-omvang van de voorschotregeling en de problemen die dit kleine aanbieders mogelijk oplevert, zich tot het beperken van de administratieve lasten? In hoeverre hebben aanbieders de mogelijkheid tot het aantekenen van bezwaar indien zij het niet eens zijn met de verstrekte voorschotregeling? Hoe ziet deze procedure eruit? Tot slot vragen de leden van de PvdA-fractie of er op dit moment bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) signalen bekend zijn van kleine vrijgevestigde aanbieders die door de wijzigingen financieel dan wel zorginhoudelijk in de knel komen.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met gemengde gevoelens kennisgenomen van de brief van de Minister van 19 februari jongstleden. Genoemde leden maken zich zorgen over de inkomsten van met name kleinschalige aanbieders van geestelijke gezondheidszorg. Vrij gevestigden kunnen in de financiële problemen geraken. Deze leden vragen of dit wel van tijdelijke aard is en niet een jaarlijks structureel terugkerend probleem wordt. De vraag is ook of het wel redelijk is te noemen dat hulpverleners een half jaar of langer op hun geld moeten wachten. Ter vergelijking dragen de leden van de SP-fractie het voorbeeld aan dat wanneer iemand een huis laat bouwen door een aannemer er ook in termijnen betaald wordt. Dit om te voorkomen dat laatstgenoemde een grote voorinvestering moet doen. Zij roepen voorts in herinnering de aangenomen motie van het lid Van Gerven genaamd «Aanpassing van het dbc-systeem» d.d. 3 juli 2008. In deze motie wordt de regering verzocht dbc-systeem aan te passen zodat vergoeding van dbc's in termijnen (deel-dbc's) mogelijk wordt en wensen hierop een reactie. Genoemde leden vragen de Minister of niet bindende afspraken gemaakt kunnen worden dat na twee maanden verplichte bevoorschotting plaatsvindt door de zorgverzekeraars als hulpverleners dit wensen.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief over het falende declaratiesysteem voor eerstelijns en tweedelijns GGZ zorgaan-

bieders. Verder hebben zij verontrustende berichten uit het veld vernomen. Zij hebben daarom enkele vragen over deze ontstane situatie en de huidige stand van zaken. Wat vindt de Minister er zelf van dat ZZP-ers en instellingen 6/7 maanden geen gemaakte behandelkosten kunnen declareren?

Genoemde leden willen graag weten hoeveel langer het duurt voordat de groep psychologen een declaratie kunnen indienen en de bijbehorende inkomsten ontvangen. Ook willen zij graag weten wie de ICT-declaratiestandaard en de declaratiesoftware ontwerpt. Ook wordt er in de brief gesteld dat «alle inspanningen er op gericht zijn deze situatie volgend jaar te voorkomen». Genoemde leden willen weten of de Minister kan garanderen dat deze situatie volgend jaar kan worden voorkomen, en er bij de voorbereiding van regelgeving rekening mee kan worden gehouden. Zo ja, hoe dan? Wat zijn de kritische succesfactoren die opgelost moeten worden om een dergelijke situatie in 2015 te voorkomen?

Verder merken zij op dat er volgens de brief geen signalen zijn binnengekomen bij de NZa over ggz-instellingen die in de gevarezone zijn gekomen. De leden van de CDA-fractie vragen echter of de NZa signalen heeft binnengekregen dat ZZP-ers in de gevarezone zijn gekomen. Dergelijke geluiden horen deze leden wel uit het veld. Graag ontvangen zij een reactie van de Minister hierop.

Ook vragen zij wat er gebeurt wanneer ZZP-ers, ondanks signalen van NZa, toch in de gevarezone dreigen te komen naar aanleiding van het nieuwe declaratiesysteem? Welke garanties kan de Minister geven voor de continuïteit en de kwaliteit van zorg?

De Minister geeft aan dat in overleg met de zorgverzekeraar tot een bevoorschottingsregeling kan worden gekomen. Hoe werkt dit voor zorgverleners die geen contact met de zorgverzekeraar hebben en niet-gecontracteerde zorg verlenen? Kunnen zij ook afspraken met de zorgverzekeraar maken?

Aan welke tijdsregels zijn de Minister en de NZa gebonden? Zou er niet een redelijke termijn moeten zijn voor het veld om wijzigingen op een verantwoorde wijze te kunnen verwerken? Wat weerhoudt de Minister ervan dit te doen? Genoemde leden willen graag ook weten of de NZa regelmatig nieuwe regelgeving dan wel declaratieregels met terugwerkende kracht in werking laat treden.

De leden van de CDA-fractie merken op dat er in de brief nog niet kon worden ingegaan op de praktische ervaringen die zijn opgedaan met de mogelijkheid tot noodbevoorschotting. Inmiddels zijn er enkele weken verstreken. Deze leden willen graag weten wat de huidige bevindingen zijn en wat de eventuele knelpunten zijn.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de reactie op het bericht dat aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor zorg die geboden is in 2014, niet eerder dan vanaf 1 juli declaraties kunnen indienen bij zorgverzekeraars. Deze leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de D66-fractie constateren dat de zorgverzekeraars een noodvoorschotregeling ter beschikking hebben gesteld in de basis-ggz. Deze leden lezen echter ook dat er geen vangnet is voor (vrijgevestigde) aanbieders van voorheen tweedelijns ggz die eveneens declaratieproblemen ondervinden. Wil de Minister in contact treden met de veldpartijen om te kijken of hier alsnog een oplossing voor kan komen? Genoemde leden stellen vast dat de Minister nog niet kan ingaan op praktische ervaringen die zijn opgedaan door de nieuwe regeling (noodbevoorschotting). Wel vinden er regelmatig ambtelijke en bestuur-

lijke overleggen plaats met alle partijen die het bestuurlijk akkoord 2014–2017 hebben ondertekend. Wil de Minister de Kamer halfjaarlijks verslag doen van de bevindingen van deze overleggen en de voortgang die in het bestuurlijk akkoord wordt geboekt? Deze leden vragen de Minister voorts ook hoe zij declaratieproblemen met het oog op de stelselwijzigingen in de zorg volgend jaar denkt te voorkomen?

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD- fractie vragen mij of het gaat lukken om de situatie die is ontstaan rondom de bevoorschotting volgend jaar te voorkomen.

In principe is deze situatie eenmalig, omdat per 1 juli aanstaande het declaratiesysteem op orde is en vanaf dat moment gewoon tijdig gedeclareerd kan worden. Ik verwacht dat in 2015 deze situatie zich dan ook niet meer voor doet.

Tevens vragen de leden van de VVD-fractie mij of er inmiddels wel signalen zijn binnengekomen dat er ggz-aanbieders zijn die door deze problematiek in de gevarenzone zijn gekomen of dreigen te komen?

Binnen het ministerie is een zeer klein aantal signalen binnengekomen van individuele gevallen die geen of te weinig noodvoorschot ontvangen van verzekeraars. Een van deze signalen is ook via uw Kamer naar ons toegestuurd (kenmerk 2014Z02050). In de beantwoording hiervan heb ik aangegeven dat het signaal van de betreffende aanbieder minder zwaar bleek te zijn dan het aanvankelijk leek. Van diverse verzekeraars had ze namelijk wel een noodvoorschot ontvangen. In het platform dat is ingericht om knelpunten in het contracteerproces in de GGZ te bespreken is door het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) aangekaart dat enkele keren bij het NIP is gemeld dat er barrières zijn in de voorschotregeling. Daarbij gaat het om de eis van een jaarverslag en een accountantsverklaring voor vrijgevestigden. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft aangegeven dat zij verder geen individuele signalen heeft ontvangen, behalve een generiek signaal van de NVVP, namelijk dat de voorschotregeling vooral voor kleinere zorgverleners onvoldoende soelaas biedt, met name vanwege het omzetcriterium van minimaal € 5.000.

De leden van VVD-fractie geven aan dat aanvragen voor noodbevoorschotting op individueel niveau niet in behandeling worden genomen en of daaruit de conclusie getrokken mag worden dat individuele aanbieders niet in de financiële problemen kunnen komen.

Het is onjuist dat de noodbevoorschotting op individueel niveau niet in behandeling wordt genomen. Zorgaanbieders kunnen – indien ze een contract hebben met de zorgverzekeraar – een aanvraag doen voor noodbevoorschotting. Deze aanvraag wordt per zorgaanbieder in behandeling genomen.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie vragen welke inspanningen er concreet worden verricht om eenzelfde situatie in 2015 te voorkomen en waaruit blijkt dat deze inspanningen effect zullen hebben.

Zoals ik tevens in mijn antwoorden aan de VVD-fractie heb laten weten, is deze situatie in principe eenmalig, omdat per 1 juli het declaratiesysteem op orde is en vanaf dat moment gewoon tijdig gedeclareerd kan worden.

Ik verwacht dat in 2015 deze situatie zich dan ook niet meer voor doet. Ten aanzien van het feit dat in de basis-ggz pas aan het eind van het behandeltraject gedeclareerd kan worden, heb ik u onlangs in een brief aangegeven (kenmerk 2014Z02050) dat het inderdaad langer kan duren voordat de integrale zorgprestaties kunnen worden gedeclareerd. Om die reden zal ik aansluiting zoeken bij de maatregel in de medisch-specialistische zorg over de verkorting van de dbc-duur. Echter, nogmaals, de impact van een dergelijke maatregel is in de basis-ggz geringer dan in de medisch-specialistische zorg, omdat de zorgvraagzwaartepunten in de basis-ggz doorgaans (veel) eerder worden gesloten; een zorgtraject in de basis-ggz duurt over het algemeen minder lang dan in de gespecialiseerde ggz vanwege de milde problematiek die wordt behandeld.

De leden van de PvdA-fractie waarderen het dat er een noodvoorschotsregeling voor vrijgevestigde aanbieders van basis-ggz is overeengekomen met zorgverzekeraars, maar vragen waar uit blijkt dat deze regeling ook voldoet voor de kleine vrij gevestigde aanbieders met een relatief kleine omzet.

Bij de uitvoering van de noodvoorschotregeling hebben verzekeraars gezamenlijk aangegeven uit te gaan van bevoorschotting vanaf een minimale omzet van € 5.000 en dat een maximum van 90% van de som van het onderhanden werk wordt uitgekeerd. Bij een omzet kleiner dan € 5.000 zullen zorgaanbieders zelf tijdelijk hun inkomsten moeten aanvullen met bijvoorbeeld spaargelden of andere bronnen. Verder hebben de leden van de PvdA-fractie nog respectievelijk de volgende vragen:

- (1) Welk percentage van de omzet maximaal, dan wel minimaal, wordt voorgesloten.
Er wordt uitgegaan van een bevoorschotting vanaf een minimale omzet van € 5.000, waarbij een maximum van 90% van de som van het onderhanden werk wordt uitgekeerd.
- (2) Of zorgverzekeraars vrij zijn in het stellen van deze grenzen.
Zorgverzekeraars zijn vrij in het stellen van de grenzen behoudens de hierboven genoemde gezamenlijke afspraak.
- (3) Of er sprake is van een minimum-omvang van de voorschotregeling en in hoeverre het klopt dat de minimum-omvang van de voorschotregeling, ongeacht de grootte van de aanbieder, in de orde van € 5.000 per zorgverzekeraar ligt.
In principe hebben verzekeraars afgesproken dat er sprake moet zijn van een minimale omzet van € 5.000 en dat een maximum van 90% van de som van het onderhanden werk wordt uitgekeerd. Dit betekent dat de zorgaanbieder bij een minimumomzet van € 5.000 een groot deel van zijn omzet bevoorschot kan krijgen, maar theoretisch kan dit ook een klein deel zijn. Het is aan de verzekeraar zelf om te bepalen welke percentages er worden gehanteerd.
- (4) Of er zorgverzekeraars zijn die een lagere grens hanteren en zo ja, welke redenen zij hanteren hiervoor.
Er zijn geen verzekeraars die een lagere grens hanteren dan € 5.000 als voorwaarde voor de minimumomzet. Het maximum van de 90% van de som van het onderhanden werk is wel een maximum, dus de verzekeraar kan zelf bepalen een lager percentage te hanteren.
- (5) Wat er is geregeld voor kleine vrijgevestigde aanbieders die in een half jaar tijd minder dan € 5.000 aan zorg leveren bij een of meerdere zorgverzekeraars.
Voor de kleine vrijgevestigde aanbieders die in een half jaar tijd minder dan € 5.000 aan zorg leveren hebben zorgverzekeraars niets geregeld. Bij een omzet kleiner dan € 5.000 zullen zorgaanbieders zelf tijdelijk hun inkomsten moeten aanvullen met bijvoorbeeld spaargelden of andere bronnen.

- (6) Waaruit blijkt dat kleine vrijgevestigde aanbieders vaak geconcentreerd zijn bij één verzekeraar waardoor de minimum-omvang geen problemen zal opleveren?
Met betrekking tot de vraag of sprake is van een concentratie van kleine vrijgevestigde aanbieders bij één verzekeraar waardoor de minimumomvang geen problemen zal opleveren, is waarschijnlijk sprake van een misverstand. De minimumomzet geldt per individuele aanbieder. Het is dus geen optelsom van verschillende kleine vrijgevestigde aanbieders om in aanmerking te komen voor de noodvoorschotregeling.
- (7) Is de minimum-omvang alleen ingesteld ter beperking van administratieve lasten voor zorgverzekeraars of dat er nog andere redenen zijn en hoe verhoudt de minimum-omvang van de voorschotregeling en de problemen die dit kleine aanbieders mogelijk oplevert, zich tot het beperken van de administratieve lasten?
Zorgverzekeraars gaan er vanuit dat er in principe een minimale omzet nodig moet zijn om een bepaalde continuïteit van de praktijk te hebben en expertise op te bouwen. Daarbij is het juist dat een minimale omvang de administratieve lasten ook beperkt.
- (8) In hoeverre hebben aanbieders de mogelijkheid tot het aantekenen van bezwaar indien zij het niet eens zijn met de verstrekte voorschotregeling? Hoe ziet deze procedure eruit?
Zorgverzekeraars hebben zelf de voorschotregeling vastgesteld, waarmee het een privaatrechtelijke afspraak is. Het verschilt per zorgverzekeraar welke voorwaarden deze stelt voor het aantekenen van bezwaar en welke procedure daarvoor geldt.
- (9) Zijn er op dit moment bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) signalen bekend van kleine vrijgevestigde aanbieders die door de wijzigingen financieel dan wel zorginhoudelijk in de knel komen. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft geen individuele meldingen van zorgaanbieders met problemen ontvangen, behalve een generiek signaal van de NVVP dat de voorschotregeling vooral voor kleinere zorgverleners onvoldoende soelaas biedt, met name vanwege het omzetcriterium van minimaal € 5.000. Verder komen er veel vragen die gaan over tussentijdse voorschotnota's en hoe dit zich verhoudt met de officiële zorgdeclaratie conform NZa richtlijnen aan het eind van het zorgtraject.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie vragen zich af deze problematiek wel van tijdelijke aard is en niet een jaarlijks structureel terugkerend probleem wordt. De vraag is ook of het wel redelijk is te noemen dat hulpverleners een half jaar of langer op hun geld moeten wachten.

In de antwoorden van de andere fracties heb ik aangegeven dat dit probleem in principe van tijdelijke aard is, aangezien per 1 juli het declaratiesysteem gereed is. De bevoorschotregeling is eerder dit jaar gezamenlijk met alle zorgverzekeraars opgesteld om te voorkomen dat zorgaanbieders te lang op hun geld moeten wachten. Er zijn op dit moment nog geen signalen dat zorgaanbieders, nadat er een voorschotregeling met de verzekeraar is afgesproken, nog een half jaar moeten wachten op het geld.

Tevens vragen de leden van de SP-fractie of de vergoeding van producten van de basis ggz in termijnen (deel-producten) mogelijk gemaakt kan worden zoals voorheen in 2008 ook voor de DBC's in de specialistische GGZ is verzocht in een motie.

Ik heb in eerdere communicatie naar de Tweede Kamer (193982-116710-CZ) aangegeven dat ik aansluiting zal zoeken bij de maatregel in de medisch-specialistische zorg over de verkorting van de dbc-duur. Echter, de impact hiervan is in de basis-ggz geringer dan in de medisch-specialistische zorg, omdat de zorgvraagzwaarteproducten in de basis-ggz doorgaans (veel) eerder worden gesloten; een zorgtraject in de basis-ggz duurt over het algemeen minder lang dan in de gespecialiseerde ggz vanwege de milde problematiek die wordt behandeld.

Genoemde leden vragen mij ook of er niet bindende afspraken gemaakt kunnen worden dat na twee maanden verplichte bevoorschotting plaatsvindt door de zorgverzekeraars als hulpverleners dit wensen.

Zorgverzekeraars doen hun uiterste best de procedure rondom de bevoorschotting zo spoedig mogelijk af te handelen. In dat opzicht zijn niet bindende afspraken mijns inziens niet nodig.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie vragen wat ik er zelf van vind dat ZZP-ers en instellingen 6–7 maanden geen gemaakte behandelkosten kunnen declareren. Genoemde leden willen graag weten hoeveel langer het duurt voordat de groep psychologen een declaratie kunnen indienen en de bijbehorende inkomsten ontvangen. Ook willen zij graag weten wie de ICT-declaratiestandaard en de declaratiesoftware ontwerpt.

Ik begrijp dat het voor sommige aanbieders vervelend is om te moeten wachten op hun geld. Verzekeraars zijn momenteel hard bezig de voorschotregeling uit te voeren en af te handelen en ik vertrouw erop dat dit binnen afzienbare tijd is afgehandeld. Ondertussen zijn verzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk bezig met het ontwerpen van de declaratiestandaard. Diverse commerciële partijen ontwikkelen op basis daarvan de declaratiesoftware.

Tevens willen de leden van de CDA-fractie weten of ik kan garanderen dat deze situatie volgend jaar kan worden voorkomen, en of er bij de voorbereiding van regelgeving rekening mee kan worden gehouden. Zo ja, hoe dan? Ook vragen ze wat de kritische succesfactoren zijn die opgelost moeten worden om een dergelijke situatie in 2015 te voorkomen?

In eerdere antwoorden heb ik aangegeven dat in principe deze situatie eenmalig is, omdat per 1 juli het declaratiesysteem op orde is en vanaf dat moment gewoon tijdig gedeclareerd kan worden. Ik verwacht dat in 2015 deze situatie zich dan ook niet meer voor doet. Mochten er veranderingen optreden in de beleidsregels die tevens ook in de declaratiesystemen moeten worden doorgevoerd, dan is het van belang dat de Nederlandse Zorgautoriteit de beleidsregels tijdig hierover vaststelt in 2014.

Verder merken de leden van de CDA-fractie op dat er volgens de brief geen signalen zijn binnengekomen bij de NZa over ggz-instellingen die in de gevarenzone zijn gekomen. De leden van de CDA-fractie vragen echter of de NZa signalen heeft binnengekregen dat ZZP-ers in de gevarenzone zijn gekomen. Dergelijke geluiden horen deze leden wel uit het veld. Graag ontvangen zij een reactie van de Minister hierop.

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft geen individuele meldingen van zorgaanbieders met problemen ontvangen. Wel heeft de NZa een generiek signaal ontvangen van NVVP hierover.

Ook vragen de genoemde leden wat er gebeurt wanneer ZZP-ers, ondanks signalen van NZa, toch in de gevarezone dreigen te komen naar aanleiding van het nieuwe declaratiesysteem en welke garanties ik kan geven voor de continuïteit en de kwaliteit van zorg.

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en dienen de continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen. Tot op heden heb ik nog geen signalen ontvangen dat verzekeraars hun zorgplicht niet nakomen. Begin januari hebben verzekeraars gezamenlijk aangegeven dat zij het belangrijk vinden een noodvoorschotregeling te treffen voor de zorgaanbieders, zolang de declaratiestandaard nog niet gereed is. Er wordt nu hard aan gewerkt een en ander af te handelen. Ik vertrouw erop dat dit binnen afzienbare tijd wordt afgerond.

Ook vragen de leden van de CDA-fractie hoe het werkt voor zorgverleners die geen contact met de zorgverzekeraar hebben en niet-gecontracteerde zorg verlenen en of zij ook afspraken kunnen maken met de zorgverzekeraar maken.

Voor zorgaanbieders die geen contract hebben met de zorgverzekeraar, kan geen voorschotregeling worden afgesproken. De verzekeraar kan geen voorschot geven zonder daar een afspraak over te maken met de zorgaanbieder.

Verder vragen de leden van de CDA-fractie aan welke tijdigheidsregels het ministerie en de NZa gebonden zijn en of er niet een redelijke termijn moet zijn voor het veld om wijzigingen op een verantwoorde wijze te kunnen verwerken. Zij vragen wat mij ervan weerhoudt dit te doen. Genoemde leden willen graag ook weten of de NZa regelmatig nieuwe regelgeving dan wel declaratieregels met terugwerkende kracht in werking laat treden.

Over het algemeen wordt rekening gehouden met een implementatetermin van ongeveer zes maanden. Dit betekent dat de beleidsregels in principe op 1 juli gereed moeten zijn. Verder is er momenteel een onderhoudsproces opgestart door de NZa, waarbij veldpartijen actief worden bevraagd op knelpunten/signalen. Deze input wordt per geval geanalyseerd en voorzien van een voorstel, bijvoorbeeld voor een wijziging per 2015 of een opname op de onderhoudsagenda voor 2016 en verder. Deze voorstellen worden met veldpartijen besproken op 23 april. Vervolgens worden in mei de aangepaste beleidsregels en nadere regels voor reactie voorgelegd aan veldpartijen. Aanpassingen met terugwerkende kracht worden alleen gedaan als er in de huidige werkwijzen/regelgeving echt iets overduidelijk verkeerd loopt. Hier lijkt vooralsnog geen sprake van te zijn.

De leden van de CDA-fractie merken tot slot op dat er in de brief nog niet kon worden ingegaan op de praktische ervaringen die zijn opgedaan met de mogelijkheid tot noodbevoorschotting. Inmiddels zijn er enkele weken verstreken. Deze leden willen graag weten wat de huidige bevindingen zijn en wat de eventuele knelpunten zijn.

Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) heeft aangegeven dat van vrijgevestigden een jaarverslag en accountantsverklaring wordt gevraagd in het kader van de bevoorschotting en dat dit vertragend werkt. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft aangegeven dit met de betreffende verzekeraar op te nemen hierover en af te raden hiernaar te vragen bij de afspraken over de voorschotregeling.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie constateren dat de zorgverzekeraars een noodvoorschotregeling ter beschikking hebben gesteld in de basis-ggz, maar lezen dat er geen vangnet is voor (vrijgevestigde) aanbieders van voorheen tweedelijns ggz die eveneens declaratieproblemen onder vinden. Zij vragen of de Minister in contact treden met de veldpartijen om te kijken of hier alsnog een oplossing voor kan komen.

De voorschotregeling is in principe tot stand gekomen voor vrijgevestigden die vanwege hun geringe vermogen niet in staat zijn tijdelijk een verminderd inkomen op te vangen. Ik verwacht dat de grotere instellingen deze risico's beter kunnen opvangen. Ik heb van GGZ-Nederland nog geen signalen ontvangen dat zich problemen voordoen bij deze instellingen.

Genoemde leden vragen of ik de Kamer halfjaarlijks verslag wil doen van de bevindingen van deze overleggen en de voortgang die in het bestuurlijk akkoord wordt geboekt en hoe ik declaratieproblemen met het oog op de stelselwijzigingen in de zorg volgend jaar denk te voorkomen?

Ik hecht eraan u tijdig te informeren over de ontwikkelingen in het bestuurlijk akkoord GGZ. In de afgelopen periode heb ik u dan ook op verschillende momenten geïnformeerd over verschillende onderwerpen uit het bestuurlijk akkoord. Zo heb ik u in mei en september 2013 voorhangbrieven gestuurd over de generalistische basis GGZ en het Macrobeheersinstrument. In juli 2013 heb ik u een brief gestuurd over het hoofdbehandelaarschap. In september en oktober 2013 heb ik u geïnformeerd over de zorgvraagzwaarteindicator. In december 2013 hebt u de Landelijke monitor intramurale GGZ ontvangen. In januari 2014 heb ik u twee rapporten gestuurd, die toen net verschenen waren: één over de contractering in de GGZ en één over het substitutiepotentieel. Ik hecht eraan u steeds zo snel mogelijk te informeren.

Om deze reden wil ik relevante informatie liever niet opsparen tot halfjaarlijkse rapportages. U ontvangt dan informatie met vertraging, hetgeen uw beïnvloedingsmogelijkheden beperkt. Binnenkort stuur ik u de Marktscan GGZ van de NZa. Ook andere rapporten (bijvoorbeeld in het kader van de monitor van de generalistische basis GGZ of van het hoofdbehandelaarschap) zal ik u steeds zo spoedig mogelijk toesturen.