

Vergaderjaar 2014–2015

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 161

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 juli 2015

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft mij zeer recent de Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) 2014, deel B aangeboden. Hierbij stuur ik u deze toe, alsmede de bijbehorende brief van de NZa met beleidsaanbevelingen¹.

De Marktscan GGZ is een periodieke publicatie van de NZa waarin de NZa cijfers en analyses presenteert over de structuur van de ggz-sector, het gedrag van aanbieders en verzekeraars en de effecten van die structuur en dat gedrag op de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) in de ggz. De Marktscan GGZ die ik u hierbij toestuur, heeft betrekking op de periode 2009–2014, met een focus op recente jaren (2012–2014; voor zover data voor die jaren beschikbaar zijn).

Op 1 december 2014 heb ik u al deel A van de Marktscan GGZ 2014 aangeboden.² In deel A ging de NZa in op de betaalbaarheid en de fysieke toegankelijkheid van de ggz (wachttijden). Deel B van de Marktscan GGZ 2014 bevat onder andere een verdiepende analyse van de wachttijden in de ggz (deze is als bijlage met de Marktscan meegezonden). Daarnaast gaat de NZa in op de ontwikkeling van de financiële positie van ggz-instellingen, het proces van de contractering voor 2015, de transparantie van de kwaliteit van ggz en diverse typen ongewenst gedrag (waaronder upcoding en de omgang met de zogenaamde privacyregeling) en heeft de NZa een analyse opgenomen naar langdurig ggz-gebruik.

In haar brief met beleidsaanbevelingen trekt de NZa een aantal algemene conclusies uit deel B van de Marktscan en benoemt de NZa een aantal (vervolg) acties die hiermee samenhangt. Ik verwijs u hiervoor graag naar de betreffende brief. In deze brief ga ik op een aantal van deze punten graag nog specifiek in.

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

² Kamerstuk 31 765, nr. 111.

Wachttijden

In de bijgevoegde marktscan presenteert de NZa een verdiepende analyse van de in deel A van de marktscan gepresenteerde wachttijden op basis van gegevens uit het DBC Informatie Systeem (DIS) voor de jaren 2010–2012. Uit deze analyse blijkt dat er een grote spreiding is in wachttijden tussen zorgaanbieders. Er zijn weinig verschillen in wachttijd tussen zorgverzekeraars en tussen stedelijke en landelijke gebieden. Wel zijn er verschillen in wachttijden tussen de verschillende hoofddiagnoses. De behandelwachttijd³ blijkt aanzienlijk af te nemen naarmate een DBC meer geschreven behandeltime bevat. De grote spreiding in wachttijden tussen zorgaanbieders geeft mogelijkheden voor zorgverzekeraars om patiënten die bij de ene aanbieder lang moeten wachten, te bemiddelen naar een andere zorgaanbieder. Om beter en actueler zicht te krijgen op deze spreiding in wachttijden, werken Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland aan een monitor. De NZa bekijkt hoe zorgaanbieders met een te lange wachttijd kunnen worden verplicht om patiënten hierover te informeren. Tevens gaat de NZa zorgverzekeraars verplichten om via hun websites patiënten beter te informeren over hun zorgplicht en bemiddeling naar een zorgaanbieder. De NZa onderzoekt of verzekeraars aan hun zorgplicht voldoen en actief voor hun verzekerden bemiddelen als bepaalde aanbieders een lange wachttijd hebben. De resultaten hiervan verwacht de NZa komend najaar. Gezien de recente berichtgeving over lange wachttijden in de gespecialiseerde ggz, heb ik de NZa gevraagd ook aanbieders van generalistische basis ggz vanaf volgend jaar te verplichten om wachttijden op hun website te publiceren. Op die manier krijgen cliënten en verwijzers nog beter inzicht in waar de cliënt de benodigde zorg zo snel mogelijk kan krijgen. Momenteel inventariseert de NZa of de reikwijdte van de regeling publicatie wachttijden ggz verbreed kan worden en of de inhoud van deze regeling dient te worden gewijzigd. Gezien de signalen vind ik de aandacht die de NZa aan de wachttijden besteedt een goede zaak.

Transparantie van kwaliteit

De NZa geeft in de beleidsbrief aan dat de ggz-sector wat achterloopt op andere zorgsectoren als het gaat om transparantie van de kwaliteit van de zorg. Het benchmarken van behandelresultaten is volgens de NZa een voorwaarde voor een goed functionerende ggz-sector. Behalve meer onderzoek naar het gevolg van de samenstelling van de patiëntenpopulatie op de behandelresultaten is ook een verbetering nodig in de aanlevering van Routine Outcome Measurement (ROM-) gegevens. Ik ben voornemens om aanlevering van ROM-gegevens door aanbieders van curatieve ggz voor een benchmark verplicht te stellen. Tevens ben ik in overleg met de NZa over transparantie over het aanleveren van ROM-gegevens en over de mogelijkheid om het hebben van een contract met een organisatie die benchmarkt als voorwaarde te stellen aan bekostiging.

Upcoding

De NZa schrijft dat de contracten die voor 2015 zijn afgesloten leiden tot een beperking van het risico op upcoding. De NZa schrijft dat de aanwezigheid van een omzetplafond de prikkel tot upcoding kan verminderen. Ook schrijft de NZa dat veel contracten een vorm van prijsplafond bevatten (een afgesproken maximum voor de gemiddelde prijs per DBC

³ In de Marktscan wordt onderscheid gemaakt tussen aanmeldwachttijd en behandelwachttijd.

en/of per verzekerde) en dat ook prijsplafonds de mogelijkheid tot «upcoding» kunnen beperken.⁴

In een eerdere Marktscan besteedde de NZa aandacht aan het zogenaamde «upcoden» van dbc's in de ggz.⁵ Bij afwezigheid van nadere contractafspraken die dit tegengaan, bestaat er voor zorgaanbieders in de ggz een prikkel om een dbc net na de grens van een dbc-tijdsklasse te sluiten, aangezien deze dbc vervolgens meer geld oplevert. Uit een analyse van dbc's geopend in de jaren 2011 tot en met 2013 blijkt dat dit gedrag zich inderdaad voordeed bij niet-gebudgetteerde ggz-aanbieders (deze aanbieders werden gedurende deze hele periode op basis van dbc's bekostigd). Het blijkt dat bij dit type aanbieders in deze periode relatief veel dbc's net na de grens van een dbc-tijdsklasse werden gesloten en relatief weinig dbc's vlak voor zo'n tijdgrens. (De NZa verwijst ook naar onderzoek van het Centraal Planbureau (CPB) waaruit hetzelfde blijkt, maar dan met betrekking tot de periode 2008–2010.⁶) Bij gebudgetteerde instellingen was dit patroon in dezelfde periode (2011 tot en met 2013) nauwelijks/ op beperkte schaal zichtbaar. (Voormalig) gebudgetteerde ggz-instellingen werden tot en met 2012 bekostigd op basis van een budget (dat was opgebouwd uit diverse budgetparameters) en pas met ingang van 2013 op basis van dbc's. Opvallend is dat de mate waarin bij (voormalig) gebudgetteerde ggz-instellingen upcoding plaatsvond in de jaren 2011–2012 niet wezenlijk verschilt met de mate waarin dit in 2013 gebeurde (2013 was het eerste jaar van dbc-bekostiging voor deze instellingen).

Zoals de NZa meldt, zijn in de contracten van zorgverzekeraars met zorgaanbieders vaak afspraken gemaakt die de prikkel tot upcoding tegengaan. Daarnaast heb ik de laatste jaren diverse maatregelen genomen die «upcoding» ook bij niet-gecontracteerde aanbieders helpen tegengaan. Zo staat er met ingang van 2014 informatie op de ggz-declaratie over de werkelijk bestede behandeltime in minuten (in plaats van alleen de dbc-tijdsklasse). Het wordt daardoor zichtbaar voor verzekeraars als aanbieders structureel net iets langer doorbehandelen dan de grens van een dbc-tijdsklasse waardoor ze structureel in een hogere dbc-tijdsklasse terecht komen. Dat kan dan aanleiding zijn tot nadere controles. Daarnaast is per 2014 de basis-ggz ingevoerd. In de basis-ggz wordt niet met dbc's met tijdsklassen gewerkt maar met zorgvraagzwaarte-producten met normatieve tarieven. De NZa laat weten dat de beperking van het risico op upcoding ook wordt meegenomen bij het lopende initiatief van het veld (onder regie van de NZa) om de productstructuur voor gespecialiseerde ggz aan te passen.

In de komende marktscans zal de NZa de ontwikkelingen rond mogelijke upcoding blijven volgen. De signalen die de NZa gedurende het jaar over dit onderwerp binnenkrijgt worden door hen beoordeeld. Deze signalen kunnen leiden tot een onderzoek van de NZa met als mogelijk gevolg een handhavingsmaatregel zoals een boete. Daarnaast laat de Marktscan zien dat de NZa op basis van data zorgaanbieders met een afwijkend declaratiepatroon in kaart kan brengen. Deze informatie wordt in de komende periode door de NZa gebruikt voor haar toezichtsfunctie.

⁴ Prijsplafonds gaan upcoding tegen omdat een effect van upcoding is dat dit de gemiddelde prijs per verzekerde en DBC verhoogt.

⁵ http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan_Geestelijke_Gezondheidszorg.pdf.

⁶ Zie <http://www.cpb.nl/publicatie/onbedoelde-effecten-bij-de-invoering-van-prestatiebekostiging-de-curatieve-geestelijke-ge>.

Privacyregeling

In de gespecialiseerde ggz is de zogenaamde privacyregeling van de NZa van kracht. Deze regeling houdt in dat patiënten en zorgaanbieders, in geval van privacybezwaren, kunnen afwijken van de vermelding van diagnose-informatie op de factuur. Naar aanleiding van de diverse signalen die de NZa ontving heeft de NZa verzekeraars afgelopen jaar er op geattendeerd dat de privacyregeling juist moet worden toegepast. Toch blijft de NZa nog steeds klachten ontvangen over dit onderwerp. Dit is voor de NZa reden om bij de review van de controleprocessen van zorgverzekeraars door de NZa in de tweede helft van dit jaar extra aandacht te besteden aan de naleving van de privacyregels. De NZa bekijkt daarbij of de privacyregeling juist wordt toegepast. De NZa zal de resultaten daarvan aankomend najaar presenteren. Ik zal de Tweede Kamer hierover te zijner tijd informeren.

Financiële positie instellingen

In de marktscan zijn de financiële kengetallen voor de sector op basis van de jaarrekeningen van 2012 en 2013 in kaart gebracht. Gemiddeld genomen voldoet de sector aan de algemene normen voor rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit over 2012 en 2013. Wel laten de cijfers een grote spreiding zien als het gaat om de financiële gezondheid van ggz-aanbieders.

De jaarrekeningen 2013 zijn door de meeste zorgaanbieders gepubliceerd zonder een goedkeurende controleverklaring van de accountant. Door de onzekerheden over de omzetten bestaat er ook onzekerheid rond de financiële positie van de sector. Om de onzekerheden rond de omzetten 2013 voldoende weg te nemen voeren zorgaanbieders momenteel het «Plan van aanpak jaarrekeningen ggz» uit.⁷ De financiële gevolgen van het zelfonderzoek dat zorgaanbieders in dit kader uitvoeren, komen terug in de jaarrekening 2014 die voor 1 december 2015 moet worden gedeponeerd.⁸ Op basis van deze cijfers kan beter worden beoordeeld hoe de sector ervoor staat.

Tot slot

Tot slot maak ik van de gelegenheid gebruik nog twee andere zaken onder uw aandacht te brengen.

Tijdens het algemeen overleg met de Tweede Kamer van 21 januari 2015 over de geestelijke gezondheidszorg (ggz) heb ik u toegezegd u vóór het zomerreces te informeren over de bekostiging van ervaringsdeskundigen (Kamerstuk 25 424, nr. 266). Opgeleide ervaringsdeskundigen mogen op dit moment geen tijd schrijven in een diagnose-behandelcombinatie (dbc), omdat zij niet in de beroepentabel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) staan. Eind 2015 zal het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz de NZa adviseren over de beroepentabel, waarbij tevens bezien zal worden of opgeleide ervaringsdeskundigen in die tabel opgenomen zouden moeten worden. In het eerste kwartaal van 2016 zal ik u daarover nader informeren.

Bij brief van 28 augustus 2014 heb ik aangegeven meer tijd nodig te hebben voor een reactie op het advies van de Gezondheidsraad over de hoogspecialistische ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 248). Ik wil dit advies

⁷ Kamerstuk 25 424, nr. 257 en nr. 277.

⁸ Kamerstuk 25 424, nr. 277.

betrekken bij de gesprekken die ik met partijen heb over de agenda voor de ggz, waarover ik u in het najaar zal informeren.

Ik hoop u op deze wijze voldoende te hebben geïnformeerd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers