

Vergaderjaar 2018–2019

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

33 628

Forensische zorg

Nr. 478

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juli 2019

Op 20 mei bood ik u het «Advies Zorgprestatie­model ggz en fz» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan, dat gaat over de bekostiging van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) (Kamerstukken 25 424 en 33 628, nr. 460). Ik kondigde daarbij aan u uiterlijk voor de zomer mijn reactie op dat advies te sturen. Hierbij doe ik dat, mede namens de Minister voor Rechtsbescherming.

Ik dank de NZa voor het opstellen van dit advies. Ik ben van plan dit advies van de NZa over het Zorgprestatie­model over te nemen onder de voorwaarde dat bij de uitwerking van het model een aantal zaken wordt bevestigd die ik verderop in deze brief zal toelichten.

De NZa adviseert per 2022 een nieuwe bekostiging in de ggz en fz in te voeren, het zogenaamde Zorgprestatie­model. Daarbij wil de NZa de jaren 2019 en 2020 voorbereidingsjaren laten zijn en 2021 een simulatiejaar, waarin elke zorgaanbieder de mogelijkheid krijgt (op basis van vrijwilligheid) de impact van het Zorgprestatie­model voor de eigen praktijk of instelling in kaart te brengen.

De NZa adviseert met het Zorgprestatie­model om af te stappen van het minuentijdschrijfsysteem dat kenmerkend is voor de huidige bekostiging. De NZa licht in het advies toe dat met het Zorgprestatie­model een vereenvoudiging van het bekostigings­stelsel, een vermindering van de administratieve lasten en een aanzienlijke versnelling van de informatie­voorziening over zorgkosten en -gebruik kan worden gerealiseerd. Dit zijn doelen die eerder vanuit het kabinet zijn gesteld en in het «Bestuurlijk Akkoord Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) 2019–2022» (verder in deze brief aangeduid als Hoofdlijnenakkoord GGZ) (Kamerstuk 25 424, nr. 420) en de «Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018–2021» (Kamerstuk 33 628, nr. 34) zijn overeengekomen. Een aantal andere effecten van het Zorgprestatie­model moet nog in beeld worden gebracht bij de verdere

uitwerking. De NZa gaat deze uitwerking de komende maanden samen met partijen ter hand nemen.

Naast een verbetering van de bekostiging, adviseert de NZa om parallel, in een apart traject, te blijven werken aan de realisatie van het doel om de zorgvraag die bij ggz-declaraties hoort transparanter te maken. Met betere informatie over de zorgvraag van patiënten kan de zorginkoop en -verkoop en de controle en verantwoording op «gepast gebruik» van ggz worden ondersteund. Ook dit is een doelstelling uit het Hoofdlijnenakkoord GGZ. De NZa en partijen brengen de komende periode apart in kaart welke vervolgstappen hiervoor nodig zijn en in hoeverre het zogenaamde Zorgclustermodel (dat een model is om de zorgvraag transparanter te maken, zie Kamerstukken 25 424 en 33 628, nr. 431) daarvoor bruikbaar is. De geadviseerde bekostiging op basis van «zorgprestaties» (conform het Zorgprestatiemodel) kan volgens de NZa op deze manier in de komende jaren verrijkt worden met elementen die de zorgvraag beter typeren of patiëntgroepen beter duiden.

Het advies van de NZa wordt onderschreven door de betrokken partijen van het Hoofdlijnenakkoord GGZ (Kamerstuk 25 424, nr. 420), alsmede door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). Bij de uitwerking van de hiervoor genoemde onderwerpen zullen de NZa en deze partijen (blijven) samenwerken in een nieuw programma dat momenteel wordt opgestart.

Voordat ik uitgebreider op het advies zal reageren, zal ik in het vervolg van deze brief eerst nog de aanleiding en achtergrond van het advies schetsen en verder ingaan op de inhoud ervan.

Aanleiding en achtergrond van het advies

Hoewel de directe aanleiding voor het vragen van dit advies (d.d. 5 oktober 2018) aan de NZa is gelegen in het Hoofdlijnenakkoord GGZ en de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg, kent het advies feitelijk een veel langere aanloop.

Eind 2015 pleitten vertegenwoordigers van patiënten en ggz-aanbieders, gesteund door vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, in de zogenaamde «Agenda voor gepast gebruik en transparantie» voor een aangepaste bekostiging voor de ggz en fz langs de lijnen van een eerder door de NZa met partijen opgesteld advies (zie Kamerstuk 25 424, nr. 292 en Kamerstuk 29 515, nr. 371). De toenmalige Minister van VWS heeft partijen vervolgens de ruimte gegeven om zo'n bekostiging te ontwikkelen en de NZa gevraagd dit met partijen ter hand te nemen. Over de voortgang hiervan is de Tweede Kamer door middel van voortgangsrapportages van de NZa geïnformeerd (Kamerstuk 25 424, nrs. 335, 343 en 371).

Bij partijen heeft in dit proces steeds een aantal doelen voor ogen gestaan:

- een eerste doel is dat zij hiermee een aantal knelpunten willen oplossen die worden ervaren in de huidige ggz-bekostiging, die voor een groot deel gebaseerd is op diagnosebehandelingcombinaties, oftewel DBC's. Het gaat dan bijvoorbeeld om knelpunten in de sfeer van administratieve lasten en prikkels tot ondoelmatige zorgverlening of upcoding. Veel genoemd wordt hierbij de prikkel in de huidige bekostiging om strategisch te sturen op de behandelduur van de cliënt: door een cliënt door te behandelen tot net na een volgende DBC-

tijdklassegrens kan een hoger DBC-tarief worden gedeclareerd. Maar bij deze knelpunten gaat het ook om het feit dat DBC's pas gedeclareerd kunnen worden als een behandeltraject helemaal is afgerond, of na maximaal een jaar. Zorgaanbieders krijgen daardoor pas relatief laat de door hen geleverde zorg vergoed. Verzekeraars en overheid krijgen daardoor pas relatief laat zicht op de ontwikkeling van de zorguitgaven.

- een ander doel is om, bij de declaraties van ggz, de (bijbehorende) zorgvraag van de ggz-cliënten transparant te maken en om deze periodiek te evalueren. Dit onder andere om met deze informatie het zorginkoop- en -verkoopproces beter te ondersteunen, evenals de controle en verantwoording op «gepast gebruik» van ggz en het tijdig op- en afschalen van zorg. In het kader hiervan werken partijen vanaf eind 2015 aan de ontwikkeling van het zogenaamde «Zorgclustermodel», een uit Engeland afkomstig model dat partijen onder regie van de NZa hebben doorontwikkeld. Het Zorgclustermodel is de afgelopen periode in de praktijk toegepast in een pilot om de kwaliteit en bruikbaarheid ervan te toetsen. Dit hele proces kent een langere doorlooptijd dan aanvankelijk gedacht. Hierover bent u eerder al geïnformeerd (Kamerstuk 24 424 en 33 628, nr. 431). De evaluatie van de pilotgegevens bevindt zich op dit moment in de verzamel- en analysefase, waardoor nu nog geen conclusies kunnen worden getrokken over de kwaliteit en bruikbaarheid van het Zorgclustermodel.

Op 11 juli 2018 heb ik samen met partijen het Hoofdlijnenakkoord GGZ ondertekend (Kamerstuk 25 424, nr. 420). In dit akkoord hebben partijen bevestigd te blijven toewerken naar de hiervoor genoemde doelen en benadrukken zij het belang van een zorgvuldig implementatieproces met een gefaseerd implementatiepad. Door te kiezen voor een gefaseerd implementatiepad hebben partijen de eerdere planning om per 2020 (Kamerstuk 25 424, nr. 343) in één keer alle genoemde doelen voor de ggz-bekostiging te realiseren, in het akkoord losgelaten.

Op 5 oktober 2018 heb ik dan ook aan de NZa gevraagd hoe, ook zolang het Zorgclustermodel niet is ingevoerd, toch al zo snel mogelijk een aantal verbeteringen in de ggz-bekostiging kunnen worden gerealiseerd om de eerder genoemde knelpunten aan te pakken. Dit alles binnen de randvoorwaarden zoals eerder aan de Tweede Kamer gecommuniceerd.¹ Dit advies heeft de NZa nu opgeleverd en heb ik u op 20 mei jl. aangeboden (Kamerstuk 25 424, nr. 460). Zoals door mij gevraagd heeft de NZa in dit advies ook aandacht besteed aan de fz-bekostiging, in lijn met de afspraken in de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018–2021.

De NZa heeft – op verzoek van het kabinet – bij haar advies ook de aanbevelingen van de Commissie Transparantie en Tijdigheid betrokken. In september 2017 publiceerde deze commissie een rapport met aanbevelingen om sneller goede informatie over de zorguitgaven beschikbaar te krijgen (Kamerstukken 33 654, nr. 29). Over de bekostiging (dat wil zeggen: over het door de overheid voorgeschreven systeem van declareerbare prestaties en tarieven) adviseerde de commissie om deze eenvoudig te houden en om het mogelijk te maken dat geleverde zorg al *tijdens* de behandeling en per dag gedeclareerd kan worden, in plaats van pas aan het eind van het behandeltraject of na maximaal 365 dagen, zoals nu bij de DBC's het geval is. Ook adviseerde de commissie om naast het declaratiesysteem een informatie-uitwisseling mogelijk te maken door middel waarvan zorgaanbieders en -verzekeraars bij hun afspraken over

¹ Zie de criteria die genoemd zijn in de bijlage «Toelichting Standpunt op NZa-advies doorontwikkeling productstructuur» bij Kamerstuk 25 424, nr. 292

de vergoeding van zorg meer rekening kunnen houden met de zorgvraagzwaarte van cliënten en de kwaliteit en uitkomsten van de zorg. In zijn reactie (februari 2018) ondersteunde het kabinet op hoofdlijnen de denkrichting van dit advies (Kamerstuk 33 654, nr. 31, incl. bijlage).

Inhoud van het advies

Zoals gezegd adviseert de NZa om per 2022 het zogenaamde «Zorgprestatie­model» in te voeren als bekostigingsmodel voor de ggz en fz. Daarmee adviseert de NZa om af te stappen van het minutentijdschrijfsysteem, dat zo kenmerkend is voor de DBC-bekostiging, en over te stappen naar een bekostiging op basis van consulten, gedifferentieerd naar beroepsgroep, verblijfsdagen, toeslagen en overige declarabele prestaties, waaronder een aparte prestatie voor innovatie, inclusief e-health. Voor uitzonderlijke situaties van extreme zorgzwaarte stelt de NZa voor een «verblijfsdag extreme zorgzwaarte» in te voeren als declarabele prestatie. Binnen het Zorgprestatie­model kunnen de consulten, verblijfsdagen, toeslagen en andere declarabele prestaties *gedurende* de behandeling worden gedeclareerd en hoeft er dus niet meer met de declaratie te worden gewacht totdat de behandeling is afgelopen. Dat maakt onder andere een aanzienlijke versnelling van de informatievoorziening over zorguitgaven en -gebruik mogelijk. Alle declaraties die bij een bepaalde behandeling horen krijgen wel hetzelfde trajectnummer mee, zodat zowel cliënten, zorgaanbieders als zorgverzekeraars zicht blijven houden op welke declaraties bij elkaar horen.

De NZa licht toe dat het geadviseerde Zorgprestatie­model wordt gekenmerkt door eenvoud: de prestaties die op de ggz-nota komen zijn herkenbaar, en daarmee controleerbaar, voor de patiënt. Ze weerspiegelen de daadwerkelijk geleverde zorg. De tarieven, zo is de bedoeling, sluiten aan bij behandelinzet en behandelsetting. Bovendien is er volgens de NZa sprake van een verlichting van de administratieve lasten, omdat er geen minutenregistratie meer nodig is en de NZa daarnaast verwacht dat met het Zorgprestatie­model de regelgeving rond de bekostiging sterk vereenvoudigd kan worden. De NZa hanteert het uitgangspunt om de regelgeving rond het Zorgprestatie­model vanaf «nul» op te bouwen, waarbij alleen zaken in regels worden vastgelegd die strikt noodzakelijk zijn voor een goede werking van het bekostigingssysteem.

De NZa adviseert het Zorgprestatie­model ggz-breed en in de fz in te voeren. Op dit moment wordt de gespecialiseerde ggz met DBC's bekostigd, verloopt de bekostiging van het tweede en derde aaneengesloten jaar verblijf met behandeling in een ggz-instelling via zogenaamde zorgzwaartepakketten (zzp's) en kent ook de basis-ggz een eigen bekostiging. De forensische zorg wordt bekostigd met zogenaamde DBBC's: diagnosebehandeling- en -beveiligingcombinaties. Invoering van het Zorgprestatie­model zou betekenen dat deze vier bekostigingssystemen vervangen worden door één bekostigingssysteem. Ook dit is een vereenvoudiging.

De NZa schrijft dat het goed zou zijn als in de nieuwe bekostiging een onderscheid gemaakt kan worden naar de «setting» waarin zorg wordt geleverd, omdat deze van grote invloed kan zijn op het kostenbeslag van de behandeling. Onder setting verstaat de NZa «de inbedding van vormen van zorg die van elkaar te onderscheiden zijn door benodigde infra­structuur, inzet van verschillende disciplines of inzet van methodieken.» De NZa schrijft dat dit in de praktijk

verband zal houden met de plaats waar de zorg wordt geleverd. De concrete uitwerking hiervan wil de NZa in de komende maanden samen met partijen ter hand nemen.

Het NZa-advies bevat ook een planning op hoofdlijnen. In de komende maanden wil de NZa graag met partijen in concept de uitwerking van de voorgestelde bekostiging voltooiën, inclusief een concept van de bijbehorende regelgeving. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op tijd beginnen met de inrichting van het bijbehorende controle- en verantwoordingsarrangement. Dit is nodig om problemen met de controles van de jaarrekeningen van ggz-aanbieders (die zich bij eerdere wijzigingen in de bekostiging voordeden) te voorkomen.

De NZa bevestigt de lijn uit het Hoofdlijnenakkoord dat het transparant maken van de zorgvraag (de NZa en partijen noemen dit «zorgvraagtypering») nodig is om fundamentele stappen te zetten naar meer sturing op gepaste en doelmatige zorg. De NZa adviseert dan ook om hieraan te blijven werken met als vertrekpunt de analyseresultaten uit de eerder in deze brief genoemde pilot Zorgclustermodel. Partijen committeren zich hier opnieuw aan. Met partijen zal worden bekeken welke vervolgstappen nodig zijn om de zorgvraag bij ggz-declaraties beter te typeren en in hoeverre het Zorgclustermodel hiervoor bruikbaar is. De NZa adviseert om, totdat er een verbeterde zorgvraagtypering is, te regelen dat de nu al beschikbare informatie over de zorgvraag² in dezelfde mate als nu voor betrokkenen beschikbaar blijft met oog op de uitvoering van hun wettelijke taken.

Reactie

Ik ben de NZa erkentelijk voor dit advies, dat op breed draagvlak mag rekenen bij partijen in de ggz-sector. Het geadviseerde Zorgprestatie-model geeft diverse aanknopingspunten om een aantal hardnekkige knelpunten in de ggz- en fz-bekostiging te verkleinen of weg te nemen, waarmee een aantal doelen uit het Hoofdlijnenakkoord GGZ (Kamerstuk 25 424, nr. 420) en de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg (Kamerstuk 33 628, nr. 34) kan worden bereikt.

De kracht van het geadviseerde bekostigingsmodel ligt in de eenvoud en begrijpelijkheid voor de ggz-cliënt en in de enorme versnelling van de informatievoorziening over zorguitgaven en -gebruik die ermee kan worden gerealiseerd. Daarnaast wordt met het model perspectief geboden op een verlaging van de administratieve lasten. Met de keus voor een eenvoudig declaratiesysteem met declarabele prestaties die snel kunnen worden afgerekend en met het advies om daarnaast te blijven werken aan een verbeterde informatievoorziening over de zorgvraag van ggz-cliënten (voor de ondersteuning van de zorginkoop en -verkoop en de controle en verantwoording over «gepast gebruik») sluit de NZa ook aan bij de eerder door het kabinet ondersteunde hoofdlijn van het advies van de Commissie Transparantie & Tijdigheid (Kamerstuk 33 654, nr. 31, incl. bijlage).

De NZa adviseert een behoedzaam implementatiescenario. De Algemene Rekenkamer deed al eerder de aanbeveling om voor de realisatie van een nieuwe ggz-bekostiging de tijd te nemen en om daarbij ook tijdig te doordenken hoe het

² Dit betreft informatie over de DSM-diagnosehoofdgroep, over de zogenaamde zorgvraagzwaarte-indicator en de patiëntprofielinformatie die nu een rol speelt bij de declaratie van generalistische basis-ggz.

bijbehorende controle- en verantwoordingsarrangement eruit komt te zien. In het NZa-advies is te zien dat de NZa beide aanbevelingen, die ook ik onderschrijf, ter harte heeft genomen.

De mate waarin, bij uitvoering van het advies, ook echt alle in het Hoofdlijnenakkoord GGZ (Kamerstuk 25 424, nr. 420) en de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg (Kamerstuk 33 628, nr. 34) gestelde doelen voor de ggz-bekostiging kunnen worden gerealiseerd, is nog wel deels afhankelijk van de verdere uitwerking van het model. Dit geldt ook nog voor de mate waarin het Zorgprestatie-model voldoet aan een aantal van de andere criteria die eerder aan de NZa zijn meegegeven.³

Ik ben dan ook van plan het advies van de NZa over het Zorgprestatie-model over te nemen, onder de voorwaarde dat met de uitwerking van het model nog een aantal zaken wordt bevestigd:

- ten eerste moet het model de prikkelwerking van de bekostiging ook echt aantoonbaar en substantieel verbeteren en moet dat uit de uitwerking blijken.

In het Hoofdlijnenakkoord hebben partijen afgesproken dat zij in de ggz-bekostiging de (financiële) prikkels voor het leveren van ondoelmatige zorg willen verminderen en voor het leveren van doelmatige zorg willen bevorderen. De al genoemde prikkel om een cliënt door te behandelen tot net na een volgende DBC-tijdklasse moet verdwijnen en tegelijkertijd moeten andere (eventuele nieuwe) averechtse gedragsprijkkels zo veel mogelijk worden voorkomen. De mate waarin dit lukt, is afhankelijk van de details van de uitwerking. Ik zal de NZa dan ook verzoeken om, bij de uitwerking van het model, het verbeteren van de inherente financiële gedragsprijkkels van de bekostiging (in lijn met het Hoofdlijnenakkoord) als apart punt toe te voegen aan de lijst van ontwerpcriteria.

- ten tweede moet duidelijk zijn dat het voorgestelde bekostigingsmodel ook een vergoeding op maat faciliteert voor de zorg van personen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA).

De Onderzoeksraad voor Veiligheid heeft hier recent aandacht voor gevraagd in zijn rapport «Zorg voor Veiligheid – Veiligheid van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening en hun omgeving» (Kamerstuk 25 424, nr. 459). Deze constateerde dat de door zorgaanbieder en zorgverzekeraar afgesproken vergoeding voor deze zorg op dit moment vaak ontoereikend is. In mijn reactie op dit rapport heb ik aangegeven dat ik het van belang vind dat een nieuwe ggz-bekostiging faciliteert dat wél een vergoeding op maat wordt geboden voor deze zorg. De mate waarin het Zorgprestatie-model dit faciliteert is deels nog afhankelijk van de uitwerking van het model. Ik zal de NZa dan ook vragen bij de uitwerking van het model met dit punt expliciet rekening te houden.

- Daarnaast moet het model ook na uitwerking vanzelfsprekend nog steeds positief beoordeeld worden op het punt van de administratieve lasten en moet het uitgewerkte model een kritische beoordeling op fouten- en fraudegevoeligheid, privacyaspecten en macrobudgettaire beheersbaarheid kunnen doorstaan.

De NZa wil de uitwerking van het model de komende maanden met partijen ter hand nemen. Ik zal de NZa vragen mij deze uitwerking (conform de planning in haar advies) uiterlijk begin november te doen toekomen en ik zal de NZa verzoeken daarbij ook een toetsing met onderbouwende analyses op de punten uit bovenstaande opsomming te sturen. Ik zal de Tweede Kamer hierover – en over mijn beleidsreactie daarop – vervolgens voor het einde van het jaar informeren.

³ Zie de criteria die genoemd zijn in de bijlage «Toelichting Standpunt op NZa-advies doorontwikkeling productstructuur» bij Kamerstuk 25 424, nr. 292

Het behalen van de doelen uit het Hoofdlijnenakkoord (Kamerstuk 25 424, nr. 420) is ook afhankelijk van de stappen die daadwerkelijk kunnen worden genomen om de zorgvraag van ggz-cliënten transparanter te maken. In het Hoofdlijnenakkoord wordt in relatie tot de bekostiging een perspectief geschetst, waarbij (de toetsing op) gepast gebruik van zorg beter wordt ondersteund en de NZa schrijft dat, om fundamentele stappen in deze richting te zetten, een verbetering van de zorgvraagtypering van cliënten nodig is.

Om mij een oordeel te kunnen vormen over de manier waarop dit laatst genoemde doel uit het Hoofdlijnenakkoord kan worden gerealiseerd en in hoeverre het Zorgclustermodel hiervoor bruikbaar is, zal ik de NZa verzoeken mij zo vroeg mogelijk in het najaar, maar uiterlijk begin november een (tussen)evaluatie van de analyseresultaten uit de pilot Zorgclustermodel te doen toekomen. Ik zal de NZa en partijen vragen daarbij ook een concreet tijdpad te schetsen voor de vervolgstappen die gezet gaan worden om de zorgvraag van ggz-cliënten transparanter te maken en in te gaan op de manier(en) waarop en wanneer een verbeterde zorgvraagtypering op korte tot middellange termijn gebruikt kan worden, naast het door de NZa geadviseerde bekostigingsmodel, om het genoemde perspectief uit het Hoofdlijnenakkoord te realiseren. Ook deze informatie zal ik aankomend najaar met een reactie aan de Tweede Kamer aanbieden.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

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