

Vergaderjaar 2007–2008

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 69

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 juni 2008

Per 1 januari 2008 is de geneeskundige geestelijk gezondheidszorg (GGZ) overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor de GGZ-sector is dit een grote verandering, hier is door mensen in het veld hard aan gewerkt. Daarom wil ik de sector nogmaals een groot compliment maken voor de geleverde inspanning tot nu toe.

In het eerste deel van deze brief ga ik in op de eerste proeve van de monitor, een eerste inventarisatie die van de gevolgen van de overheveling is gemaakt (bijlage 1).¹ Ik informeer u dit jaar regelmatig over de voortgang van de overheveling. Zo stuur ik u, op uw verzoek, sinds mei 2008, elk kwartaal een voortgangsrapportage. Daarnaast zal ik in november de uitkomsten van een uitgebreide monitor toesturen. Ik stuur u met deze brief ook een verslag van het veldgesprek dat ik recent met zorgaanbieders en verzekeraars heb gevoerd (bijlage 2).¹

In het tweede en afsluitende deel van deze brief ga ik in op een aantal specifieke onderwerpen. U heeft mij tijdens een Algemeen Overleg op 12 juni jongstleden over de eerste bevindingen van de overheveling van de GGZ gevraagd om nader op deze onderwerpen in te gaan, in deze brief geef ik gehoor aan dit verzoek.

1 Monitor

Begin dit jaar heb ik met partijen geconcludeerd dat de reguliere informatiestromen pas in het voorjaar van 2009 relevante data opleveren. Gezien de behoefte bij alle betrokkenen om eerder over informatie te kunnen beschikken, hebben we er voor gekozen om in de eerste helft van 2008 een eerste inventarisatie uit te voeren. Mede op basis van hiervan wordt een meer uitgebreide monitor ontwikkeld en uitgevoerd. Ik verwacht dat de uitkomsten hiervan in november 2008 bekend zijn. De gegevens die in de monitor worden gemeten, staan weergegeven in bijlage 3¹.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Ik ben voornemens de komende drie jaar ieder najaar deze monitor te herhalen. Zo kan ik jaarlijks een beeld krijgen van de belangrijkste ontwikkelingen van de GGZ onder de Zvw en zonodig het beleid hierop aanpassen. Naast deze monitor komen ieder voorjaar de realisatiecijfers van de GGZ beschikbaar. Zodoende is er dus elk halfjaar een voortgangsinformatie beschikbaar.

Naast de gegevens uit de eerste inventarisatie van de gevolgen van de overheveling, is informatie beschikbaar uit een recente enquête van GGZ Nederland naar de contractering van het product dienstverlening; en een analyse van VeCoZo van het declaratieverkeer tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars (respectievelijk bijlage 4 en 5)¹.

Conclusies eerste inventarisatie

Ik onderschrijf de conclusies uit de eerste inventarisatie. In het bijzonder:

- Het declaratiesysteem als zodanig werkt: DBC declaraties worden in toenemende mate verstuurd en uitbetaald. Wel zijn er (nog) individuele uitvoeringsproblemen.
- De overheveling lijkt bij GGZ-instellingen redelijk te lopen, mede door het vangnet voor bestaande GGZ instellingen.
- De vrijgevestigden staan onder druk door de overheveling. Zij ervaren de meeste problemen met het op gang krijgen van de declaratiestroom en het uitbetalen van de facturen.
- De zorgverzekeraars lijken een zachte landing te maken, mede dankzij de 100% risicoverevening.

Laatste stand van zaken bevoorschotting¹

Ik heb eerder aan de zorgverzekeraars gevraagd dit jaar coulant te zijn met het bevoorschotten van vrijgevestigden. Alle zorgverzekeraars bevoorschotten inmiddels vrijgevestigden. Reguliere bevoorschotting is wel gekoppeld aan contracten en de bijbehorende voorwaarden. De voorwaarden verschillen per verzekeraar. Bovendien blijkt dat verzekeraars in dit overgangsjaar verschillend om gaan met het contracteren van vrijgevestigden. Tenslotte hebben vrijgevestigden te maken met meerdere zorgverzekeraars. Voor de korte termijn heb ik daarom aangedrongen op een systeem waarbij één zorgverzekeraar het aanspreekpunt is en voor een oplossing moet zorgen. Om voor deze oplossing in aanmerking te komen, zou bovendien een betalingsovereenkomst al voldoende is. In bijlage 7¹ treft u een uitwerking van Zorgverzekeraars Nederland van dit systeem aan.

Voor de lange termijn blijft aan het systeem van de DBC verbonden dat zorgaanbieders pas na het leveren van de zorg de DBC kan sluiten, declareren en daarmee betaald krijgen. Met partijen bekijk ik de mogelijkheden om hier in de financiering rekening mee te houden. Naast bevoorschotting en compensatie van de rente verken ik de mogelijkheden om tussentijds een deel van de DBC te declareren. Hierover heb ik met u van gedachten gewisseld in het Algemeen Overleg van 12 juni jl. Ik bericht u hier nader over in mijn beleidsvoornemens voor 2009.

Door een aantal partijen in uw Kamer is gevraagd om verzekeraars te verplichten om zorgaanbieders te bevoorschotten. In de Zorgverzekeringswet is dat niet verplicht gesteld. Ik wil daar geen verandering in aanbrengen. Onder de Zvw spreekt de zorgverzekeraar productie af met een aanbieder ten behoeve van zijn verzekerden. De verzekeraar is er dan ook bij gebaat dat de aanbieder in staat is om zorg te bieden en te blijven bieden. Continuïteit is vanwege de zorgplicht dus ook een belang van zorgverzekeraars. Om deze continuïteit te waarborgen, is bevoorschotting

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

een mogelijkheid. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar moeten met elkaar tot overeenstemming komen over de te leveren zorg. Daarbij zal bevoorschotting een besprekspunt zijn. Ik volg of verzekeraars hier invulling aangeven.

De conclusies van de eerste inventarisatie van de gevolgen van de overheveling gebruik ik ook voor mijn beleidsvoornemens voor 2009. Hierover ben ik op dit moment in overleg met partijen. In de zomer kunt u van mij een brief verwachten met daarin mijn beleidsvoornemens. Onder andere behelst dit de bekostiging van de geneeskundige GGZ, maar ook zaken als: dienstverlening, preventie, openbare GGZ, eigen bijdrage psychotherapie, kwaliteit en privacy.

2 Specifieke onderwerpen

In het eerste deel van deze brief ben ik ingegaan op de monitor van de overheveling van de GGZ naar de Zvw. Daarbij heb ik geschetst welke maatregelen ik mede naar aanleiding van conclusies van de inventarisatie heb genomen.

In het tweede deel van deze brief ga ik in op een aantal specifieke onderwerpen. Dit heb ik u toegezegd in het Algemeen Overleg van 12 juni jongstleden over de overheveling van de GGZ naar de Zvw.

Verdeling AWBZ-Zvw

Ik heb toegezegd om (naar aanleiding van de casus GGZ Eindhoven) in te gaan op de problematiek van GGZ-instellingen die door de verdeling van middelen tussen Zorgverzekeringswet en AWBZ dit jaar een tekort hebben opgebouwd.

Vorig jaar is ten behoeve van de overheveling van de GGZ door de NZa een verdeling van de budgetten per instelling gemaakt naar AWBZ en Zvw-zorg (het zogenaamde verdeelmodel). Deze verdeling is gebaseerd op de gegevens van september 2007 en is gemaakt op basis van een vragenlijst per instelling op grond van de individuele aanspraken als ware de Zorgverzekeringswet van toepassing. De splitsing is dus niet op basis van macro-gegevens uitgevoerd maar op basis van een opgave van de instelling zelf. Begin dit jaar zijn nog correcties aangebracht als bleek dat een aanbieder zich op onjuiste getallen had gebaseerd.

De NZa heeft ten behoeve van de onderhandelingen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de geneeskundige GGZ een indicatief kader aangegeven. Dit biedt een handvat in de onderhandelingen. Hoewel richtinggevend vormt dit kader niet de absolute bovengrens van de te contracteren zorg. Wanneer het ontoereikend is, dan kunnen nieuwe onderhandelingen worden aangegaan.

Daar waar een instelling tekorten heeft of voorziet zijn de volgende oplossingen mogelijk: onder de AWBZ kan de instelling zich tot het zorgkantoor wenden, eventueel kunnen middelen tussen regio's herverdeeld worden. Wanneer het Zvw-zorg betreft, dient de instelling zich tot haar zorgverzekeraar te wenden. Ik kan niet beoordelen welke van deze oplossing voor GGZ-Eindhoven van toepassing is.

Wachttijden en wachtlijsten in de GGZ

Ik heb nog geen zicht op de ontwikkeling van de wachttijden en wachtlijsten in de GGZ onder de Zvw in 2008. De meest recente cijfers betreffen peildatum 1 januari 2008 en beslaan dus nog de AWBZ. Onlangs

verscheen het rapport «Wachttijden 2007 in GGZ-instellingen» (bijlage 8)¹ van brancheorganisatie GGZ-Nederland. Uit het rapport blijkt dat wachttijden in de sector stabiel zijn, ondanks de enorme groei die de sector vorig jaar heeft doorgemaakt. Aangezien het hier nog gegevens betreft uit de periode van volledige AWBZ financiering van de GGZ, geeft dit rapport geen beeld van de eventuele effecten van de overheveling op de wachttijden.

BIG en experiment – Persoonsgebondenbudget (PGB)

De Zorgverzekeringswet biedt de mogelijkheid (in een zekere analogie van de AWBZ) van een PGB voor onder andere de geneeskundige GGZ.

Uit de eerste inventarisatie komt naar voren dat alle zorgverzekeraars hun verzekerden in de gelegenheid stellen om een PGB af te sluiten. Vanuit kwaliteitsoogpunt stelt de verzekeraar de voorwaarde dat het daarbij om gekwalificeerde hulpverleners gaat, die in staat en gemachtigd zijn om geneeskundige zorg te bieden. Meestal houdt dit in dat een BIG registratie van de hulpverlener vereist wordt door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is bevoegd en verantwoordelijk om deze eisen te stellen. In deze bevoegdheid wil ik vooralsnog niet treden, maar ik roep zorgverzekeraars wel op om in het kader van het experiment op zoek te gaan naar die vormen van zorg waar zomogelijk ruimhartig met deze eis omgesprongen kan worden.

In de monitor die in het najaar verschijnt, ga ik op basis van de CVZ cijfers dieper in op de aantallen PGBs die zijn aangevraagd.

Preventie en dienstverlening

De geneeskundige GGZ is pakket- en budgetneutraal overgeheveld. Alle vormen van individuele preventie die voor de overheveling onder de AWBZ vergoed werden kunnen nu onder de Zvw worden gedeclareerd onder het bekostigingsproduct individuele preventie. Op dit moment bekijkt het CVZ of op termijn het pakket aangescherpt kan worden. Het CVZ brengt in oktober van dit jaar een rapportage over depressiepreventie uit.

Het begrip dienstverlening is een breed begrip. Instellingen hebben de afgelopen jaren onder de AWBZ een veelheid van verschillende activiteiten onder dit begrip gedeclareerd. Het product dienstverlening bestaat formeel per 1 januari 2008 niet meer. Voor 2008 heb ik de middelen voor dienstverlening (exclusief de overgeheveldde middelen voor de praktijk-ondersteuner huisartsen GGZ (POHGGZ) echter beschikbaar gehouden (€ 26 mln) en kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars hiervoor productieafspraken maken op basis van een NZa tarief dienstverlening. In bijlage 4 is weergegeven welke diensten op basis van dit tarief zijn gecontracteerd. Voor 2009 en volgende jaren beraad ik mij of en op welke wijze deze diensten gefinancierd moeten worden.

Casemanagement in de GGZ

Tot slot wil ik ingaan op de ondersteuning van de cliënt bij de coördinatie van de diverse financieringsbronnen binnen de GGZ, het zogenaamde case-management. Ik vind dit een belangrijk onderwerp omdat de structuur van de verschillende financieringsbronnen niet mag leiden tot een verslechtering van de situatie van de cliënt.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Ik merk dan ook allereerst op dat ik op termijn streef naar vereenvoudiging van de verschillende financieringsstromen. In de brief als reactie op

het SER advies over de toekomst van de AWBZ, zeker van Zorg nu en straks (Tweede Kamer 2007–2008, 30 597, nr. 15) die u recent heeft ontvangen, is dan ook aangegeven dat de staatssecretaris en ik zullen bezien of ook de (nu nog AWBZ gefinancierde) voortgezette behandeling in de GGZ overgeheveld kan worden naar de Zvw. Ik verwacht dat een dergelijke overheveling zal bijdragen aan de vereenvoudiging en daardoor verbetering van de ondersteuning en het case-management voor de chronische GGZ-patiënt.

In de huidige GGZ wordt een veelheid van technieken, uitgangspunten en organisatievormen gehanteerd voor het case-management en ondersteuning van de patiënt. Die variatie is ook noodzakelijk gezien de sterk per patiënt en in de tijd wisselende ondersteuningsbehoefte van patiënten. In de afgelopen decennia is een veelheid van concepten en organisatievormen ontwikkeld om de patiënt zo goed mogelijk te ondersteunen. Concepten als resocialisatie, rehabilitatie, maatschappelijk steunsysteem en ACT (assertive community treatment) zijn breed ingevoerd in de Nederlandse GGZ en dragen elk op zijn eigen wijze bij aan vraaggerichte ondersteuning en case-management voor (een deel van) de chronische GGZ-patiënten. Leidend principe bij bijna alle concepten die nu worden gehanteerd is de vraaggerichte benadering: wat heeft de patiënt gezien zijn huidige zorgbehoefte nodig aan ondersteuning? Kan hij zelf keuzes maken of moet de mantelzorg of de hulpverlener daarbij ondersteunen of dit zelfs geheel overnemen?

Bij cliënten met de meest ernstige psychische stoornissen, waarbij meestal sprake is van langdurig intramuraal verblijf, ligt het case-management veelal in handen van een medewerker van de zorginstelling (de persoonlijk begeleider, de casemanager, het ziekenhuismaatschappelijk werk en/of de hoofdbehandelaar van de patiënt). Verdere ondersteuning krijgen deze cliënten daarbij van de (onafhankelijke) cliëntenvertrouwenspersoon en de naaste familie (indien aanwezig).

Voor de cliënten met ernstige psychische stoornissen die niet (meer) opgenomen willen worden en waarbij een gedwongen opname niet mogelijk is (de «zorgwekkende zorgmijders») wordt het casemanagement en de ondersteuning vaak geregeld via de openbare GGZ-teams van hulpverleners. Tegenwoordig werken deze vaak vanuit de grondbeginselen van de assertive community treatment (ACT), daardoor benaderen zij actief de cliënt en proberen hen daarbij zoveel mogelijk behandeling en ondersteuning te bieden. Veelal treden deze teams ook op als casemanager richting de overige gezondheidszorg, gemeentelijke- en maatschappelijke voorzieningen.

Voor de chronische patiënten met minder ernstige aandoeningen is het veelal de hoofdbehandelaar, de casemanager vanuit de tweedelij, de huisarts (indien hij hoofdbehandelaar is) of de cliënt zelf (indien mogelijk) die het case-management regelt. Met het juiste maatschappelijke steunsysteem zijn veel cliënten gelukkig in staat om geheel of grotendeels zelf keuzes te maken rond de noodzakelijke zorg.

Tot slot

Op dit moment ben ik in overleg met partijen over mijn beleidsvoornemens voor 2009. In de zomer kunt u van mij een brief verwachten met daarin mijn beleidsvoornemens voor volgend jaar. Onder andere behelst dit de bekostiging van de geneeskundige GGZ, maar ook zaken

als: dienstverlening, preventie, openbare GGZ, eigen bijdrage psychotherapie, kwaliteit en privacy.

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