

Vergaderjaar 2009–2010

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 102

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 juli 2010

Met deze brief informeer ik u over de ontwikkelingen in de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz). Op 1 januari 2008 is deze overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Gelijktijdig aan de overheveling is de DBC GGZ systematiek ingevoerd. In 2009 en 2010 is er door alle betrokkenen hard gewerkt. Er zijn goede stappen vooruit gezet om bijvoorbeeld de kwaliteit en transparantie van de zorg, maar ook de DBC-structuur en bijbehorende tarieven verder te verbeteren. In deze brief beschrijf ik welke afspraken betrokken organisaties¹ gezamenlijk hebben gemaakt om het komend jaar de ingezette stijgende lijn verder voort te kunnen zetten. Hiermee wil ik ook voldoen aan mijn toezegging tijdens het Algemeen Overleg van 21 januari jl. (kamerstuk 25 424, nr. 98) om u te informeren over een besluit inzake de invoering van prestatiebekostiging en liberalisering van prijzen in de curatieve ggz. Daarnaast wil ik u informeren over de uitvoering van de overige toezeggingen die ik u heb gedaan in het AO, deels in aanvulling op mijn brief van 29 maart jl (TK 2009–2010, 25 424, nr. 100).

Besluit prestatiebekostiging en liberalisering in de ggz

De NZa heeft in januari 2010 op mijn verzoek een advies op hoofdlijnen uitgebracht over de vereenvoudiging van de bekostiging van de curatieve ggz. Dit ter voorbereiding op een besluit inzake de invoering van prestatiebekostiging en liberalisering van prijzen in 2011. In mei heeft de NZa daaraan, ook op mijn verzoek, een aanvullend advies toegevoegd. In dat aanvullend advies is naar aanleiding van de val van het kabinet een scenario voor 2012 geschetst. Het advies is goed ontvangen door veldpartijen. Vanwege de demissionaire status van het Kabinet heb ik besloten per 1 januari 2011 geen verdere stappen te zetten richting prestatiebekostiging. Evenmin zal ik de prijzen liberaliseren.

Samen met de betrokken organisaties heb ik de afgelopen maanden onderzocht of het mogelijk was om de dubbele registratie, waar

¹ GGZ Nederland, ZN, NVvP, NVVP, NIP, NVZ, NFU, OMS, Meer GGZ, CVZ, DBC Onderhoud en NZa.

ggz-instellingen mee te maken hebben ten behoeve van het vangnet¹, af te schaffen met ingang van 2011. Dit om de administratieve last die daarmee gepaard gaat te verminderen.

GGZ Nederland en ZN hebben daartoe een concreet voorstel ingediend en de NZa heeft dit voorstel op uitvoerbaarheid getoetst. Partijen willen niet dat het afschaffen van de dubbele registratie ten koste zou gaan van de veiligheid die instellingen hebben als gevolg van het vangnet. Ook de inkoopvrijheid van de zorgverzekeraars mag niet worden ingeperkt. Tegelijkertijd dient voorkomen te worden dat het macrokader als gevolg van deze aanpassingen wordt overschreden. Helaas is het niet mogelijk gebleken om tot een voor iedereen acceptabel voorstel te komen. Ook in 2011 zullen de instellingen die onder het vangnet vallen zowel in budgetparameters als in DBCs moeten blijven registreren. Ik wil wel graag mijn waardering uitspreken over de grote inzet die in dit traject door betrokkenen is geleverd, helaas echter zonder bevredigend resultaat.

Omdat door de val van het Kabinet het tijdpad voor verdere vereenvoudiging van de bekostiging van de curatieve ggz is verschoven naar 2012, hebben veldpartijen, NZa en DBC Onderhoud gezamenlijk bekeken welke stappen wél *binnen bestaand beleid* gezet kunnen worden met ingang van 2011. Geconstateerd werd dat de te nemen stappen grofweg in te delen zijn in twee trajecten:

1. Verdere verbetering van (inzicht in) kwaliteit
2. Een goede en stabiele DBC structuur, met juiste tarieven en zo min mogelijk ongewenste effecten van de DBC-systematiek

Hieronder ga ik uitgebreid in op beide trajecten. Daarnaast informeer ik u over de stand van zaken rond de risicoverevening ggz.

1. Inzicht in kwaliteit

Alle betrokken partijen hebben betrouwbare en valide informatie nodig over effectiviteit van zorg, patiëntveiligheid en klanttevredenheid om hun rol in het zorgstelsel goed te kunnen vervullen. Het is belangrijk dat alle positieve intenties van betrokken partijen daadwerkelijk omgezet worden in transparantie van kwaliteit en in structurele implementatie van prestatie-indicatoren.

Routine Outcome Monitoring (ROM)

Er zijn verschillende initiatieven in de ggz-sector op dit terrein. Zo volg ik met belangstelling het initiatief van GGZ Nederland en ZN om te komen tot een landelijk dekkend netwerk voor ROM en werkt bijvoorbeeld de NVVP aan een ROM-portal voor haar leden, die waarschijnlijk per 1 januari 2011 operationeel zal zijn.

Ik hecht sterk aan samenhang van dit soort initiatieven met de doorontwikkeling van de huidige set prestatie-indicatoren tot een kernset van aandoeningspecifieke indicatoren en invoering van de CQ-index als vragenlijst voor cliëntervaringen.

Het Programma Zichtbare Zorg biedt hiervoor het juiste platform, omdat hiermee de vergelijkbaarheid van informatie tussen verschillende zorgsectoren en binnen de curatieve ggz (tussen zorgaanbieders) geborgd wordt.

Daarnaast is Het Trimbos Instituut op mijn verzoek recent een onderzoek gestart naar de stand van zaken rond Routine Outcome Monitoring (ROM) in de ggz. Zij zal medio september 2010 een rapport te leveren, waarin antwoord wordt gegeven op de vraag welke ROM-initiatieven er zijn en

¹ Om de overgang naar DBC-bekostiging zo geleidelijk mogelijk te laten verlopen, registreren ggz-instellingen met een toelating voor 1 januari 2008 in zowel budgetparameters als in DBCs. Een eventueel verschil in de budgetparameter en de DBC-prijs wordt verrekend, ook wel het vangnet genoemd.

hoe deze zich tot elkaar verhouden, welke informatie daarmee geleverd wordt, en welke brongegevens en meetinstrumenten worden gehanteerd.

Daarnaast wordt nagegaan of ROM-uitkomsten te relateren zijn aan andere valide meetinstrumenten als prestatie-indicatoren, en wat daarvan de bijdrage is aan kwaliteitsverbetering. Ook wordt gezien welk patiënt-dossier als drager wordt gebruikt in de praktijk, en of dit geschikt is voor een landelijk EPD.

Ter toelichting stuur ik u het koersdocument van de stuurgroep ggz voor 2010 en verder.¹ Dit document sluit aan bij het tijdens het AO van 21 januari j.l. genoemde koersdocument met tijdsbepalingen voor de somatiek, om voor 80 aandoeeningen te komen tot vergelijkbare kwaliteits-indicatoren. Ik verwacht hiermee te hebben voldaan aan mijn eerdere toezegging om u op de hoogte te houden van de stand van zaken.

Monitor ggz

Ik zie een bemoedigende trend in de sector om meer sectorspecifieke data te verzamelen. Dit blijkt o.a. uit de monitor Curatieve GGZ 2009 van de NZa, die in februari 2010 is gepubliceerd (zie bijlage)¹. Deze monitor is een logisch vervolg op de eerdere periodieke meting van BMC. Meer inhoudelijk gaat de NZa in op de mate van vraag en aanbod in eerste- en tweedelijns ggz, wordt een beeld geschetst van de contractering en van de ontwikkeling van volume en kosten van geleverde zorg in de huidige overgangsfase. De verzamelde gegevens hebben voornamelijk betrekking op 2009, waar mogelijk is uitgebreider gerapporteerd.

Er is op mijn verzoek ook een nulmeting voor dyslexiezorg toegevoegd. Dit vanwege de introductie van behandeling voor kinderen met ernstige en enkelvoudige dyslexie sinds 1 januari 2009. Deze nulmeting wordt meegenomen in de beleidsevaluatie dyslexie, die eind 2011 wordt verwacht. Het evaluatie-onderzoek zal zich met name richten op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg voor kinderen met ernstige, enkelvoudige dyslexie.

Vanwege de demissionaire status van het huidige kabinet reageer ik nu niet inhoudelijk op de bevindingen uit de monitor van de NZa. Het is aan het volgende kabinet om te bepalen welke vervolgstappen worden gezet.

Topklinische ggz

Vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg ben ik een voorstander van topklinische voorzieningen, ook in de curatieve ggz. Innovatie en onderzoek is van groot belang voor effectieve en patiëntveilige zorg. Het door de NZa geschetste scenario voor vereenvoudiging van bekostiging in de curatieve ggz is mede bepalend voor eventuele financiering van een topklinisch segment binnen de DBC ggz-systematiek op langere termijn. Zorgvuldige analyse is daarbij noodzakelijk, om stabiliteit van de productstructuur en inzicht in volume van gevraagde zorg te waarborgen. Ik hecht daar vooral aan, vanwege de gewenste budgetneutraliteit bij een eventuele introductie van een topklinisch segment in de sector.

Onderzoek zorgcoördinatie

In het AO van 21 januari j.l. heb ik u een veldonderzoek naar zorgcoördinatie voor mensen met een meervoudige zorgvraag in de GGZ toegezegd. De verwachting is dat het veldonderzoek eind van dit jaar is afgerond. Ik zal u zo snel mogelijk berichten over de uitkomsten hiervan.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

2. Doorontwikkeling DBCs ggz

In de beleidsvoornemensbrief (TK 2010–2011, 25 242, nr. 93) heb ik aangekondigd dat de doorontwikkeling van de DBC ggz-productstructuur in 2010 en 2011 centraal op mijn agenda zou staan.

Met de productstructuur DBC ggz is nu drie jaar ervaring opgedaan. De structuur blijkt in grote lijnen goed te functioneren. De overzichtelijkheid van de productstructuur komt de transparantie ten goede. Uit het DBC Informatie Systeem (DIS) kan op basis van de Minimale Data Set (MDS) een groeiende hoeveelheid informatie worden betrokken. In maart 2010 is de doorontwikkelagenda van DBC Onderhoud vastgesteld. In de doorontwikkelagenda staan de punten die opgenomen worden in het releasepakket dat januari 2011 ingaat. Van al deze punten is een impactanalyse gemaakt. Ik zal nu puntsgewijs een aantal belangrijke thema's in de verfijning en actualisering van de productstructuur langslopen, waarbij ik aangeef in hoeverre deze thema's in januari 2011 al tot aanpassingen van de productstructuur leiden.

Zorgzwaarte

De DBC GGZ-productgroepen bieden een goede afspiegeling van de hoeveelheid ingezette tijd. Vanuit het veld kwamen echter signalen dat zorgzwaarte beter verankerd dient te worden in de productstructuur. Het betreft de zwaardere zorgvraag van complexe patiëntengroepen. In 2009 en 2010 heeft DBC Onderhoud het probleem onderzocht door middel van enquêtes, expertmeetings, en technische overleggen. Op basis van de eerste onderzoeksresultaten is een aantal voorstellen voor 2011 geformuleerd, waarvan ik met name wil noemen het toevoegen van hogere tijdsintervallen, het in de productstructuur onderscheiden van productgroepen voor eetstoornissen en somatoforme stoornissen (zij vielen tot nu toe onder de «restgroep diagnoses»), en het baseren van de tarieven op de kostprijzen van 2007 (zie hieronder). Uit analyse van de DIS data blijkt dat deze aanpassingen leiden tot een betere aansluiting van de tarieven op de gemaakte kosten. De aanpassingen gaan in per 1 januari 2011. Het onderzoek naar zorgzwaarte zal in 2011 en 2012 verder voortgezet worden. DBC onderhoud doet ondermeer een verdiepende analyse naar de mogelijke relatie tussen zorgzwaarte en comorbiditeit (het vóórkomen van verschillende stoornissen naast elkaar) en naar productgroepen die in de eerste fase tot opvallende onderzoeksresultaten leidden (bijvoorbeeld schizofrenie). De resultaten van de verdiepende analyse gaan in vanaf 2012 en later. Ik heb er alle vertrouwen in dat door de activiteiten in het kader van zorgzwaarte ook bij zwaardere zorgvragen de tarieven een goede afspiegeling gaan vormen van de werkelijke kostprijzen. Dit is van groot belang voor zorgaanbieders die specialistische of topklinische zorg leveren.

Herijking tarieven/kostprijstraject

De DBC tarieven die op dit moment gebruikt worden, zijn gebaseerd op een kostprijstraject uit 2005. Ik vind actualisering van de DBC tarieven wenselijk. In 2009 heeft bij DBC onderhoud een kostprijstraject plaatsgevonden op basis van kostprijsgegevens uit 2007.

In 2010 is onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de kostprijzen die uit dit traject voortkwamen. De kwaliteit daarvan lijkt vergelijkbaar te zijn met de in de somatiek gehanteerde kostprijsgegevens. Deze data vormen daarom het uitgangspunt voor nieuwe tariefberekeningen door DBC Onderhoud. Daarmee wordt de relatie tussen geleverde zorg en de berekende tarieven beter. DBC Onderhoud start in 2010 een nieuw kostprijstraject, zodat voor de tarieven voor 2012 opnieuw geactualiseerde kostprijsgegevens kunnen

worden gebruikt. Door de voortdurende actualisering en verbetering in kwaliteit van de DBC GGZ kostprijsgegevens, vormen de tarieven een steeds betere afspiegeling van de prijs van de daadwerkelijk geleverde zorg.

Indien het samenstel van maatregelen leidt tot overschrijdingen in 2011, dienen deze overschrijdingen met ingang van 2012 te worden gecompenseerd.

Productiviteitsonderzoek

Ook de data die ten grondslag liggen aan het kostprijsonderzoek worden door DBC Onderhoud verfijnd. Bij het bepalen van de kostprijzen wordt nu gewerkt met een productiviteitsnorm uit 2002. Het is aannemelijk dat deze verouderd is en daardoor niet langer de werkelijkheid juist representeert. Vanuit de zorgaanbieders in de GGZ komen signalen dat de werkelijke productiviteit verschilt ten opzichte van de gehanteerde norm. Daarom start DBC Onderhoud dit jaar een onderzoek naar de productiviteit in de GGZ. DBC Onderhoud zal dit doen in samenwerking met het veld. Daarbij wordt gezorgd dat de deelnemende zorgaanbieders een representatieve afspiegeling van het veld zijn. De resultaten uit dit productiviteitsonderzoek kunnen als input gebruikt worden voor een nieuwe productiviteitsnorm.

Beheersbaarheid van de DBC-productstructuur

Naast aandacht voor de kwaliteit van de tarieven zullen ook wijzigingen in de spelregels worden opgenomen. Deze wijzigingen maken de registratie en declaratie eenduidiger. Hiermee wordt voorkomen dat zorgaanbieders (onbedoeld) declaraties indienen voor een behandeling die niet volledig aansluit op de aard en ernst van de klachten van de patiënt. DBC Onderhoud onderzoekt op dit moment in afstemming met het veld welke aanpassingen van de spelregels en de productstructuur dergelijk onbedoeld gebruik niet of in mindere mate mogelijk maakt. Halverwege 2010 en in 2011 wordt er een breder project gestart genaamd «de beheersbaarheid van de productstructuur». In dit project zal ingegaan worden op de vraag in hoeverre de oorspronkelijke uitgangspunten van de DBC GGZ-systematiek toekomstbestendig zijn en hoe eventuele ongewenste systeempraktijken uitgesloten kunnen worden.

Registreren indirecte tijd

In het AO van 21 januari jl. heb ik toegezegd u m.b.t. de verfijning van de DBC GGZ systematiek nader te informeren over het registreren van indirecte tijd en over het tijdspad van DBC Onderhoud. In de uitvoeringstoets Curatieve GGZ (februari 2009) heeft de NZa voorgesteld de registratie van indirecte tijd per DBC te laten vervallen vanwege de administratieve last die dit oplevert.

In plaats daarvan zouden de gemiddelde kosten als standaardopslag in de tarieven verwerkt kunnen worden. Ik ben een groot voorstander van het terugdringen van de administratieve lasten. De veldpartijen hebben zelf echter aangegeven indirecte tijd voorlopig te willen blijven registreren.

Zij menen dat het op basis van de huidige gegevens in DIS nog niet mogelijk is om een juist gemiddelde te destilleren. Daarom is besloten op dit moment de productstructuur nog niet aan te passen. Wel komt het afschaffen van de DBC met alleen indirecte tijd op de doorontwikkelagenda; DBC Onderhoud zal een impactanalyse uitvoeren en op basis daarvan in afstemming met andere partijen beoordelen of deze DBC kan

worden afgeschaft. Een eventueel besluit hiertoe zal op zijn vroegst in 2012 geëffectueerd kunnen worden.

Liquiditeitspositie ggz-aanbieders

Over de liquiditeitspositie van ggz-aanbieders heb ik u eind maart jl. geïnformeerd (TK 2009–2010, 25 424, nr. 100). Met ingang van 2011 wordt voor de vrijgevestigde ggz-aanbieders een prestatievoorschot geïntroduceerd. Hiermee geef ik invulling aan uw verzoek uit de motie van Gerven (TK 2007–2008, 25 424, nr. 71). Voor de ggz-instellingen wordt de problematiek op een andere wijze opgelost. Zij zijn zelf in gesprek met de zorgverzekeraars over een systeem van voorfinanciering van onderhanden werk. In de praktijk zie ik dat steeds vaker op deze manier wordt gewerkt. Ik verwacht dat dit gesprek tot een afdoende oplossing zal leiden.

Risicoverevening zorgverzekeraars

Voor het slagen van de verdere vereenvoudiging van de bekostiging van de curatieve tweedelijns GGZ is een belangrijke voorwaarde dat zorgverzekeraars financieel risicodragend zijn op hun zorginkoop. Dit kan worden bereikt door een goed en betrouwbaar ex ante vereveningsmodel, zodat ex post compensaties kunnen worden afgebouwd. Tot op heden zijn we er niet in geslaagd om een voldoende betrouwbaar ex ante vereveningsmodel te ontwikkelen, omdat de onderliggende gegevens niet adequaat waren. We hadden namelijk nog geen beschikking over declaratiegegevens. Onlangs is het onderzoek naar het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ 2011 gestart. Voor dit onderzoek worden declaratiegegevens over 2008, afkomstig van verzekeraars, gebruikt. Het onderzoek naar het risicovereveningsmodel kent twee fases. De eerste fase is het herijkingsonderzoek waarbij zeven kwartalen declaratiegegevens worden gebruikt. In de tweede fase (Overall Toets) wordt informatie van acht kwartalen declaratiegegevens gebruikt. Eind juni wordt de vormgeving van het ex ante model met ZN besproken en vastgesteld. De ex post compensatiemechanismen blijven door het controversieel verklaren van de afbouw van deze compensaties gelijk aan de inzet in 2010.

Kort samengevat voer ik met ingang van 2011 prestatiebekostiging niet in, in de curatieve tweedelijns ggz. De activiteiten in 2010 richten zich voornamelijk op het verder verbeteren van het inzicht in kwaliteit en transparantie van zorg en de doorontwikkeling van de DBCs ggz. Ik vertrouw erop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

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