

Vergaderjaar 2017–2018

**25 424**

**Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 390**

Ontvangen ter Griffie op 23 maart 2018.  
Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 23 april 2018.

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 maart 2018

Hierbij bied ik uw Kamer, naar aanleiding van de adviesaanvraag<sup>1</sup> van mijn ambtsvoorganger, het advies «Bekostiging acute psychiatrische zorg» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan<sup>2</sup>. Deze brief bevat de kernpunten van het advies van de NZa en mijn reactie daarop. Er wordt uiteengezet op welke wijze en onder welke randvoorwaarden ik gevolg wil geven aan dit advies.

Mijn voornemen is om op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) een aanwijzing te geven aan de NZa voor de acute geestelijke gezondheidszorg (ggz) met ingang van 1 januari 2019. Op grond van artikel 8 van de Wmg informeer ik u in deze brief ook over de zakelijke inhoud van de voorgenomen aanwijzing. Overeenkomstig genoemd artikel zal tot het geven van deze aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

### **Aanleiding**

In 2015 heeft onderzoeksbureau Strategies in Regulated Markets (SiRM) in opdracht van VWS onderzoek gedaan naar de knelpunten in de acute ggz<sup>3</sup>. Een van de belangrijkste knelpunten bleek het gebrek aan een landelijke multidisciplinaire kwaliteitstandaard voor de keten van de acute ggz met bijbehorende kwaliteitsindicatoren en normen. Om de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute ggz te waarborgen en te verbeteren hebben partijen sindsdien gewerkt aan het ontwikkelen van de generieke module Acute psychiatrie (een kwaliteitsstandaard).

<sup>1</sup> Bijlage bij Kamerstuk 25 424, nr. 337.

<sup>2</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>3</sup> Bijlage bij Kamerstuk 25 424, nr. 265.

In het voorjaar van 2017 is de generieke module Acute psychiatrie vastgesteld, deze is nog niet ingeschreven in het kwaliteitsregister bij het Zorginstituut. De generieke module Acute psychiatrie bevat concrete normen, zoals de maximale tijd tussen de melding en de beoordeling en de 24/7 beschikbaarheid van de triage- en beoordelingsfunctie. Ook bevat deze generieke module organisatieaspecten zoals de samenstelling van het team en samenwerkingafspraken met de verschillende ketenpartners in de regio.

De implementatie van deze generieke module Acute psychiatrie neemt de huidige knelpunten weg en borgt en verbetert de kwaliteit en de toegankelijkheid van deze zorg. Daarnaast is de implementatie van deze generieke module en daarmee een goede organisatie van de acute ggz belangrijk omdat dit bijdraagt aan de aanpak voor personen met verward gedrag. Met de implementatie van deze module wordt een belangrijke stap vooruit gezet om mensen die uiterst kwetsbaar zijn, betere zorg te bieden.

Een ander belangrijk knelpunt uit het rapport van SiRM was de conclusie dat de bekostiging van een crisisdienst door middel van diagnose behandel combinaties (DBC's) door veldpartijen als niet passend wordt ervaren: «De huidige variabele beschikbaarheidsvergoeding als onderdeel van de DBC leidt mogelijk tot een onder- of overdekking voor partijen; partijen die meer DBC's declareren, ontvangen een hogere beschikbaarheidsvergoeding, terwijl juist de partijen in dunner bevolkte gebieden een hogere beschikbaarheidsvergoeding zouden moeten ontvangen.»

Naar aanleiding hiervan is op 15 juni 2016 aan de NZa verzocht om te adviseren wat de meest passende wijze van bekostiging van de acute ggz per 2018 is. Het uitgangspunt bij dit verzoek is dat de wijze van bekostiging dient aan te sluiten bij de beoogde keten van de acute ggz (conform de generieke module), waarbij ook rekening moet worden gehouden met de voorwaarden die in de generieke module worden gesteld aan een beoordelingslocatie voor de acute ggz. Daarnaast is verzocht rekening te houden met een aantal randvoorwaarden zoals toegankelijkheid en kostendekkendheid.

De NZa heeft in haar reactie op de adviesaanvraag op 1 december 2016 aangegeven dat de optimale organisatie van de acute ggz nog vorm moest krijgen in afspraken en het daarom niet wenselijk was om een definitieve keuze te maken voor een bekostigingsmodel dat met ingang van 2018 zou moeten worden ingevoerd. De NZa heeft vervolgens samen met de meest betrokken partijen (Zorgverzekeraars Nederland (ZN), GGZ Nederland (GGZ NL), MIND Landelijk platform psychische gezondheid, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)) gedurende anderhalf jaar gewerkt aan een voorstel voor de meest passende wijze van bekostiging van de acute ggz. Dit heeft geresulteerd in het bijgevoegde advies<sup>4</sup>. De kernpunten van dit advies zijn hieronder samengevat.

### **Advies NZa bekostiging acute psychiatrische zorg**

De NZa gaat in haar advies, mede op grond van de inhoud van de generieke module Acute psychiatrie, uit van de volgende organisatie van de acute ggz, die ik als volgt samenvat:

- De generieke module Acute psychiatrie is voor de inwerkingtreding van de nieuwe bekostiging ingeschreven in het Kwaliteitsregister bij het Zorginstituut;

<sup>4</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

- Er is een door zorgaanbieders en zorgverzekeraars erkende regioindeling;
- Binnen de regio is door alle betrokken partijen een plan vastgesteld voor de levering binnen die regio van acute ggz, zoals bedoeld in de module;
- Zorgaanbieder(s) en verzekeraars maken, met inachtneming van het plan, concrete afspraken over de levering van acute ggz, zoals bedoeld in de module;
- Er is voor een deel van de acute psychiatrische zorg geen individuele inkoop door verzekeraars bij verschillende zorgaanbieders waardoor versnippering van het aanbod van acute ggz wordt voorkomen.

Uitgaande van deze situatie, en in afwijking van andere sectoren onder de Zorgverzekeringswet, is er voor de individuele zorgaanbieder en individuele zorgverzekeraar weinig bewegingsruimte. Daarmee komt de NZa tot het onderstaande advies:

- De NZa heeft samen met partijen de verschillende functies van de acute ggz afgebakend, te weten triage, beoordeling en crisisbehandeling (totdat de patiënt stabiel is).
- De NZa adviseert voor de functies triage, beoordeling, beschikbaarheid (outreaching) ambulante crisisbehandeling tot maximaal 72 uur en beschikbaarheid crisisbedden en opname tot maximaal 72 uur de inkoop te laten plaatsvinden via representatie en daarmee, voor dit deel van de zorg, af te zien van concurrentie ten aanzien van de inkoop door zorgverzekeraars.
- Naar het oordeel van de NZa draagt individuele inkoop (voor de eerder genoemde functies) onvoldoende bij aan een soepele en snelle implementatie van de generieke module. Door in representatie in te kopen (één zorgverzekeraar die in de regio een zorgaanbieder selecteert) kunnen de verder te maken afspraken goed gecoördineerd worden waardoor de noodzakelijke samenwerking beter tot stand kan komen.
- De NZa adviseert voor de bekostiging van het deel van acute ggz dat wordt ingekocht via representatie, een budgetsystematiek te hanteren om 24/7 beschikbaarheid te garanderen. Het volume is onderhandelbaar. Ter financiering van het budget adviseert de NZa prestaties uit te werken met een vast tarief. Verder wordt voor- en nacalculatie toegepast door de NZa.
- Het te ontvangen of te betalen bedrag is een lumpsum bedrag en wordt niet per patiënt toegerekend door de zorgaanbieder, hetgeen aansluit op de wens vanuit het veld om de patiënt niet te belasten met de kosten van beschikbaarheid.
- De NZa stelt voor om op basis van een door de zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijk ingediend tweezijdig verzoek het budget vast te stellen. Een dergelijke budgetsystematiek wordt ook gehanteerd in de ambulancezorg en voor de huisartsenposten.
- De NZa adviseert om de inkoop van crisisbehandeling en crisisopname na 72 uur in te laten kopen door de individuele zorgverzekeraars. De NZa adviseert om daarvoor patiëntgebonden prestaties te behouden met een maximumtarief.

### **Reactie VWS op advies**

#### *Algemeen*

Ik vind het belangrijk dat iedereen in Nederland als dat nodig is tijdig, kwalitatief goede acute ggz kan krijgen. Er is sprake van een acute situatie als direct ingrijpen noodzakelijk is om gevaar voor de persoon of omgeving af te wenden of ernstige overlast te beëindigen. Er zijn elk jaar ongeveer vijftigduizend mensen in Nederland die een beroep doen op de

acute ggz. Het gaat hier vaak om mensen die zich in een uiterst kwetsbare situatie bevinden en het is daarom noodzakelijk dat de zorg als een vloeiende keten functioneert en aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt. Vanwege het aantal zorgverleners dat betrokken is bij dit traject is het belangrijk dat heldere verantwoordelijkheden zijn belegd, zodat wanneer zich een acute situatie voordoet, elke partij zijn rol direct kan nemen.

Om een dergelijk proces te bevorderen zijn veranderingen in de aard, inhoud en organisatie van acute ggz noodzakelijk.

Ik ben blij dat partijen dit hebben opgepakt en hebben gevat in de eerder genoemde generieke module acute psychiatrie. Een bij die organisatie van acute ggz passende en toekomstbestendige bekostiging is noodzakelijk.

#### *Organisatie en inkoop acute ggz*

Op basis van de generieke module Acute psychiatrie gaat de NZa uit van een organisatie van acute ggz met per regio een regionaal plan voor de gehele keten van de acute ggz. Het is belangrijk dat alle partijen betrokken zijn bij dit regionale plan en dat hier in ieder geval afspraken worden gemaakt over de door de in de generieke module benoemde thema's, waaronder de zorg voor patiënten met somatische comorbiditeit, patiënten die onder invloed zijn en capaciteit om aan de aangescherpte triagenormen te voldoen. De NZa en ook de veldpartijen geven op hiervoor geschetste gronden aan dat de huidige inkoop door individuele zorgverzekeraars niet past bij de nieuwe organisatie volgens de generieke module. En dat het gezamenlijke doel van kwalitatief goede, toegankelijke en tijdige zorg voor mensen met een acute psychische hulpvraag alleen bereikt kan worden door vergaande samenwerking. Uitgaande van de organisatie stelt de NZa dan ook voor dat zorgverzekeraars per regio gezamenlijk inkopen voor de onderdelen triage, beoordeling, beschikbaarheid (outreaching) ambulante crisisbehandeling tot maximaal 72 uur en beschikbaarheid bedden en opname tot maximaal 72 uur. Met deze afbakening tot 72 uur is acute psychiatrische zorg in het weekend geborgd.

De Zorgverzekeringswet (Zvw) gaat uit van individuele onderhandelingen door zorgverzekeraars met individuele zorgaanbieders. Dit bevordert kwalitatief goede zorg voor passende tarieven, geeft ruimte aan nieuwe toetreders, en geeft regie en keuzevrijheid aan de verzekerde (vraagsturing). Daarmee is individuele zorginkoop een belangrijke pijler van de Zvw. Ik wil daar dan ook zoveel mogelijk aan vasthouden. Echter in het specifieke geval van de acute ggz speelt een aantal bijzondere en complicerende factoren. Dit heeft niet alleen te maken met de spoedeisendheid en de beschikbaarheid van de zorg, maar hangt ook samen met de aard en het karakter van de betrokken patiënt alsmede de (zeer) beperkte omvang van het aantal patiënten in verhouding tot het totaal aantal patiënten in de ggz. Voor mensen die zijn aangewezen op de acute ggz, is een afweging tussen verschillende zorgaanbieders minder aan de orde. Daarnaast bestaat er bij individuele inkoop door zorgverzekeraars een risico dat een coördinatieprobleem optreedt, wat het organiserend vermogen van het zorgaanbod en een dekking van de beschikbaarheidskosten bemoeilijkt. De door de NZa voorgestelde manier van inkoop ondervangt dit coördinatieprobleem in de situatie van de acute ggz. Dit is in het belang van de betreffende patiënten die hierdoor in elk geval een beroep kunnen doen op goede acute ggz.

Volgens de NZa zijn er door de voorgestelde organisatorische vormgeving van de acute ggz met een regionale inbedding en de daarbij passende budgetsystematiek, vrijwel geen sturingsmogelijkheden meer voor

individuele zorgverzekeraars. De NZa geeft aan dat haar voorstel, vanwege het ontbreken van mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden, geen mededingingsrisico hoeft op te leveren ten aanzien van de inkoop door verzekeraars. Ik ga er vanuit dat de NZa en de partijen het voorstel in de praktijk zo vormgeven, dat dit ook het geval zal zijn. Ook bij het aanwijzen van de regievoerende aanbieder is van belang dat dit plaatsvindt op basis van transparante en objectieve criteria en wordt vormgegeven binnen de wettelijke kaders. In de constatering dat de situatie in de acute ggz betekenisvol afwijkt van andere sectoren onder de Zvw en met deze randvoorwaarden volg ik het advies van de NZa voor inkoop in representatie bij acute ggz in de eerste 72 uur.

### *Bekostiging*

Ik kan mij vinden in de geadviseerde wijze van bekostiging omdat deze een goede en tijdige implementatie van de generieke module ondersteunt en daarnaast breed draagvlak geniet in het veld. Het is belangrijk om te realiseren dat deze wijze van budgettering – door het hanteren van vaste parameters – ertoe kan leiden dat de zorgaanbieder een budget krijgt dat op voorhand niet voldoende is voor een normale exploitatie. Dit wordt ondervangen door een systeem van voor- en nacalculatie. Ik stem in met het voorstel van de NZa om na drie jaar te evalueren en daarin de implementatie van de generieke module, de werking van de markordening en de vormgeving van het bekostigingsmodel mee te nemen.

De NZa adviseert verder om de inkoop van crisisbehandeling en crisisopname na de 72 uur door individuele zorgverzekeraars in te laten kopen en patiëntgebonden prestaties (crisis-DBC's en verblijfsprestaties) te behouden met een maximumtarief. Bij deze patiëntgebonden prestatie kan geen beschikbaarheidscomponent worden afgesproken en gedeclareerd.

In het advies geeft de NZa in het kort het beschikbaar houden van crisisbedden door overige aanbieders en de positie van de SEH binnen de keten van acute psychiatrie aan. Het is bij de nadere uitwerking van het advies belangrijk dat de NZa aandacht heeft voor de bekostiging van deze aanbieders en uitwerkt in hoeverre deze aanbieders kunnen terugvallen op de mogelijkheden binnen hun huidige bekostiging.

De NZa haalt in haar advies het belang aan van de inschrijving van de generieke module Acute psychiatrie in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut voor 1 januari 2019, de vorming van regio's en de formulering van een regioplan conform de generieke module. Dit is de basis waarop de NZa komt tot haar bekostigingadvies. Ik zal in de aanwijzing aansluiten bij de stappen die van belang zijn om ervoor zorg te dragen dat de na te streven organisatie van deze acute zorg daadwerkelijk tot stand komt. Ik vertrouw erop dat betrokken partijen een en ander tijdig hebben gerealiseerd.

### **Zakelijke inhoud van de aanwijzing**

Ik ben voornemens de NZa op grond van artikel 7 van de Wmg een aanwijzing te geven om de NZa in staat te stellen met ingang van 1 januari 2019 een vast tarief en prestatiebeschrijvingen vast te stellen alsmede om een grens en vereffeningbedrag te hanteren met het oog op de aanpassing van de bekostiging van de acute ggz. De NZa heeft in haar advies onder andere de organisatorische stappen benoemd die gezet

moeten worden voor de invoering van het bekostigingsmodel. De aanwijzing zal hierop aansluiten.

### **Tot slot**

De betrokken partijen hebben samen met de NZa intensief gewerkt aan dit advies om de acute ggz in staat te stellen zich te verbeteren en te vernieuwen en de patiënt daardoor beter te helpen. Ik heb hier waardering voor. Partijen hebben hun verantwoordelijkheid genomen en dit traject eensgezind en constructief opgepakt.

Ik heb begrepen dat alle betrokken partijen het advies inhoudelijk ondersteunen en daarmee vertrouw ik erop dat zij elkaar ook in de nadere uitwerking weten te vinden.

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