

Vergaderjaar 2013–2014

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 505

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 maart 2014

Naar aanleiding van het bericht van 16 december 2013 in diverse regionale kranten dat de succesvolle opvoedpoli's in zwaar weer zitten heeft u mij gevraagd om een brief. In deze brief vraagt u uitleg over wat er speelt bij de Opvoedpoli en wilt u een reactie op uw vraag over het contracteren van innovatieve zorg door zorgverzekeraars.

Laat ik voorop stellen dat voor vernieuwende en innovatieve (vormen van) zorg ruimte moet zijn in ons zorgsysteem. Zeker daar waar innovatieve zorg(vormen) de kwaliteit en doelmatigheid bevorderen is het wenselijk dat deze (vormen van) zorg de weg naar de cliënt en verzekeraar weten te vinden. Innovatieve zorg kan daarbij zowel door bestaande aanbieders, als door nieuwe aanbieders geleverd worden. Gelukkig is die ruimte er, en voor zover het nieuwe aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (ggz) betreft, wordt die ruimte ook genomen: uit de Marktscan GGZ van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en uit cijfers van Vektis¹ blijkt dat het aantal nieuwe aanbieders sinds 2008 gestaag toeneemt, evenals het aandeel van deze aanbieders binnen de totale uitgaven aan curatieve geestelijke gezondheidszorg.

Het beleid van afgelopen jaren was er ook mede op gericht een gelijk speelveld te creëren tussen de diverse aanbieders en de prikkels voor verzekeraars voor een doelmatige zorginkoop te versterken, om zo ruimte te creëren voor innovatief aanbod. Wat betreft de creatie van een gelijk speelveld is de meest in het oog springende ontwikkeling dat per 2013 in de geneeskundige ggz sectorbreed dbc-bekostiging (diagnosebehandelingcombinaties) is ingevoerd (via een overgangsmodel dat per 2014 afloopt). Tot 2013 werden de meeste ggz-instellingen bekostigd op basis van budgetten (gebaseerd op oude AWBZ-parameters) terwijl nieuwe aanbieders (per 2008) al op basis van diagnosebehandelingcombinaties

¹ <http://www.vektis.nl/index.php/nieuws/cijfers-en-feiten/363-verschuiving-binnen-de-ggz-van-gebudgetteerde-aanbieders-naar-niet-gebudgetteerde-aanbieders>

(dbc's) werden gefinancierd. Dat betekende ook dat de meeste ggz-instellingen in het contracteerproces te maken hadden met één (regionaal dominante) representerende verzekeraar, terwijl nieuwe aanbieders zaken deden met individuele verzekeraars. Met ingang van 2013 zijn de verschillen in de bekostiging komen te vervallen en met ingang van 2014 ook de verschillen in de organisatie van de zorginkoop.

In de bestuurlijke akkoorden geestelijke gezondheidszorg is afgesproken dat de maximale beschikbare macrogroei voor 2014 1,5% bedraagt. Dit betekent dus dat er ten opzichte van 2013 1,5% meer ruimte is in het macrobudget voor curatieve GGZ. Van bezuinigingen is dus geen sprake. Dat wil echter niet zeggen dat iedere aanbieder recht heeft op 1,5% groei. Alle partijen – ook de koepels van aanbieders en verzekeraars – hebben toegezegd zich tot het uiterste te zullen inspannen voor het realiseren van de doelstelling van een landelijk lagere macrogroei. Het gezamenlijk streven van partijen om deze doelstelling te realiseren heeft tot stevige onderhandelingen op lokaal niveau geleid. Dit blijkt ook uit het recente onderzoek naar contractering in de ggz² waaruit naar voren is gekomen dat nieuwe aanbieders inderdaad moeilijker een contract krijgen dan «gevestigde instellingen». Dat is niet per definitie ongewenst of gewenst: het is immers niet alleen de bedoeling dat verzekeraars zorgaanbieders met interessant innovatief aanbod contracteren, maar ook dat verzekeraars zich kritisch opstellen. Dat past bij de rol van de zorgverzekeraar in het stelsel.

Het is aan zorgverzekeraars hoe, waar en in welke mate zij zorg inkopen en welke keuzes zij daar bij maken. Leidend daarbij zijn de zorgplicht die zij hebben jegens verzekerden en de kwaliteit en doelmatigheid van geleverde zorg. Dit kan betekenen dat zorgverzekeraars mogelijk initieel afwachtend zullen zijn bij nieuwe vormen van zorg of nieuwe aanbieders. Nieuwe aanbieders moeten zich bewijzen, zowel richting (potentiële) cliënten als richting de zorgverzekeraars.

Vanzelfsprekend moeten die aanbieders wel een eerlijke kans krijgen en is het wenselijk dat (nieuwe) aanbieders die doelmatiger zijn en/of betere zorg leveren dan andere aanbieders voet aan de grond krijgen. Zoals al aangegeven is het beleid dat de afgelopen jaren is ingezet, er mede op gericht om een gelijk speelveld te creëren tussen de diverse aanbieders. Het (verder) ontwikkelen van een gelijk speelveld is ook een belangrijk onderdeel van de bestuurlijke akkoorden. In het reguliere overleg dat gevoerd wordt over de uitwerking daarvan zullen alle partijen evalueren hoe het in- en verkoopproces over 2014 is verlopen en welke lessen daaruit getrokken kunnen worden voor 2015. Op het thema gelijk speelveld houdt de Minister extra vinger aan de pols.

Wat betreft de Opvoedpoli kan ik u als volgt berichten. Volgens de krantenberichten zou 2014 een lastig jaar worden voor de Opvoedpoli omdat de vergoedingen door verzekeraars worden beperkt en omdat de Jeugdwet nog niet van kracht is. Daarnaast zouden enkele verzekeraars weigeren declaraties uit te betalen alvorens inzage wordt verschaft in enkele dossiers.

Voor de Opvoedpoli geldt dat deze zorgaanbieder de laatste jaren flink is gegroeid. Volgens de krantenberichten zou de groei met ingang van dit jaar gestuit zijn. Zoals ik al schreef is het geen vanzelfsprekendheid dat een nieuwe zorgaanbieder altijd zal kunnen blijven groeien, zeker niet in een periode waarin het streven is de kosten van de zorg te beheersen.

² Kamerstuk 25 424, nr. 239

Eerder heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd³ dat zorgaanbieders die de vraag van het kind centraal stellen soms niet passen binnen de kaders van één specifiek stelsel. De versnippering van deze zorg over verschillende stelsels betekent dat aanbieders die zorg leveren die niet binnen de kaders van één van de stelsels valt, alle zeilen bij moeten zetten om de zorg gefinancierd te krijgen. Ik ben daarom verheugd met de komst van de Jeugdwet per 1 januari 2015. Een integrale aanpak van de hulpvraag van kind en gezin, zoals de Opvoedpoli die biedt, wordt dan makkelijker. Een van de doelen van de nieuwe Jeugdwet is immers om versnippering tegen te gaan, en om de vraag van het kind centraal te stellen. Doordat ook de jeugd-ggz in de nieuwe Jeugdwet wordt ondergebracht verwacht ik dat het eenvoudiger wordt om integrale zorg te bieden.

Dit neemt niet weg dat de Opvoedpoli en andere zorgaanbieders zich aan de regels moeten houden die gelden binnen het huidige stelsel. De NZa ziet daarop toe. Ik heb u in mijn brief inzake de Tweede Voortgangsrapportage fraudebestrijding in de zorg geïnformeerd over het toezichtonderzoek binnen de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg⁴. Ik wil u er op attenderen dat de NZa in het bij de voortgangsrapportage gevoegde *Rapport toezichtonderzoek cGGZ, vervolg Europsyche*, ook aandacht besteedt aan de last onder dwangsom aan de Opvoedpoli om medewerking te verlenen aan de controles van de administratie door zorgverzekeraar DSW.

Een deel van de problemen die in het nieuwsbericht worden genoemd heeft te maken met het feit dat Opvoedpoli lange tijd niet wilde meewerken aan de controle door zorgverzekeraar DSW. DSW had indicaties die naar het oordeel van de NZa een detailcontrole proportioneel maakt. Inmiddels heeft de Opvoedpoli voldaan aan de door de NZa opgelegde last onder dwangsom⁵ en zodoende de informatie geleverd waar zorgverzekeraar DSW om vroeg. Het leveren van de gevraagde informatie stelt DSW nu in staat haar controle uit te kunnen voeren. De NZa blijft het onderzoek van DSW volgen.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn

³ Kamerstuk 29 689, nr. 454

⁴ Kamerstuk 28 828, nr. 54

⁵ <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Amsterdamse-Opvoedpoli-leeft-last-onder-dwangsom-na/>