

Vergaderjaar 2012–2013

24 077

Drugbeleid

Nr. 308

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 februari 2013

Op 21 december 2012 heeft u mij gevraagd om een reactie op het DSW-rapport inzake verslavingszorg. DSW heeft mede naar aanleiding van de gestegen zorgkosten in de verslavingszorg nadere controles gedaan bij nieuwe toetreders in deze sector. Het rapport in kwestie biedt een overzicht van de constatering van DSW over het declaratiegedrag van deze instellingen in de verslavingszorg. Ik ben DSW zeer erkentelijk voor het inzichtelijke rapport. Ik ben blij dat DSW actief nagaat of bij haar ingediende declaraties terecht zijn, of de geleverde zorg doelmatig is en dat zij daar consequenties aan verbindt. Mijns inziens vervult DSW hiermee precies de rol die de zorgverzekeraar bij de inrichting van het stelsel toebedacht werd.

De constatering van DSW gaven eerder aanleiding tot het bericht «verslavingszorg zelf ontspoord» in de Telegraaf van 22 november 2012. Met brieven van 29 januari 2013 (Aanhangsel Handelingen II 2012/13, nrs. 1136 en 1139) heb ik de vragen van het Kamerlid Van Veen en het Kamerlid Kuzu over dit artikel beantwoord. Voor die beantwoording heb ik mede gebruik gemaakt van het rapport van DSW, dat DSW desgevraagd ook naar mij verzonden heeft. In mijn antwoorden heb ik daarmee al op veel punten uit het rapport gereageerd. In deze brief zal ik op die punten niet nogmaals ingaan, maar mij concentreren op de conclusies die DSW op basis van haar constatering trekt.

Toelatingen

DSW stelt dat het eenvoudig is om een toelating te krijgen voor medisch specialistische zorg, en daarmee om een GGZ-instelling te beginnen die verzekerde zorg kan leveren.

DSW doelt hier op de toelating in het kader van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Bij het toetsen van de toelating wordt gekeken of er een transparante bestuursstructuur en bedrijfsvoering aanwezig is, of

een winsttoegmerk is toegestaan en of voldaan is aan de eisen die gesteld zijn aan de spreiding van bepaalde typen zorg.

Zoals aangekondigd in mijn strategische agenda zal ik een apart wetsvoorstel indienen ter vervanging of aanpassing van de WTZi. Vraagsturing, de noodzaak van innovatie en dynamiek en een sterkere positie van verzekeraars zijn ontwikkelingen die nopen tot een heroverweging van het instrument van de toelating. In het wetsvoorstel ter vervanging of aanpassing van de WTZi zullen de conclusies dienaangaande worden neergelegd.

Aanspraken

Volgens DSW zijn de aanspraken voor verzekerde zorg binnen de curatieve GGZ niet duidelijk. Deze constatering onderschrijf ik. Ik heb een aantal acties in gang gezet om hier verbetering in te brengen. De rood-groen kleuring van de ggz dbc's, die vanaf 2013 geldt, maakt het onderscheid tussen verzekerde zorg en onverzekerde zorg voor zorgverzekeraars beter inzichtelijk.

Daarnaast heb ik het CVZ gevraagd om een advies uit te brengen over het verzekerde GGZ pakket. Het eerste deel van dit rapport is op 6 april 2012 verschenen. Het tweede deel van het rapport is zoals u weet nog in voorbereiding. Zodra ik het definitieve rapport heb ontvangen zal ik u hier nader over informeren.

Verwijzing naar de tweede lijn

DSW stelt dat verwijzingen naar de tweedelijns curatieve ggz vaak niet geïndiceerd zijn, of onvoldoende onderbouwd. Net als in de curatieve somatische zorg is de huisarts de verwijzer naar de tweede lijn. Daarbij is in het Bestuurlijk Akkoord GGZ ingezet op een versterking van de POH-GGZ functie. Vanaf 2014 wordt de huisarts via een flexibilisering van deze functie de mogelijkheid geboden om een psychiater of psychotherapeut te consulteren, de screeningsfunctie te verbeteren of e-healthbehandelingen aan te bieden. Hiermee kan de huisarts patiënten indien nodig meer adequaat verwijzen. In maart komt de NZa met een advies over de precieze vormgeving van deze ondersteuningsmodule. Daarnaast betoogt DSW dat een zorgaanbieder zelf bepaalt welk zorgtraject wordt ingezet. De hoofdbehandelaar, die weliswaar in de meeste gevallen werkzaam zal zijn bij de instelling in kwestie maar een eigen professionele autonomie heeft, bepaalt wat de inhoud van de behandeling zal zijn. Dit is vergelijkbaar met de rol van de medisch specialist in het ziekenhuis. Juist bij de complexe zorgvragen die kenmerkend zijn voor specialistische zorg moet de hoofdbehandelaar de professional zijn die het best geëquipeerd is om vast te stellen welke behandeling het meest effectief is. Zie verder ook hieronder («dbc's» en «hoofdbehandelaarschap»).

DBC's, wet- en regelgeving, controle

Volgens DSW biedt het huidige bekostigingsstelsel voor de curatieve ggz zorgverzekeraars onvoldoende instrumenten. Ik ben het er mee eens dat op dit gebied nog veel verbetering mogelijk is. Gelukkig komt die verbetering er ook. De productstructuur voor verblijf is in 2012 al aangepast, waardoor de tarieven nu direct gerelateerd zijn aan de daadwerkelijk verleende zorg, en de lange tijdsranges plaats hebben gemaakt voor een tarief per dag. De NZa heeft van mij opdracht gekregen om de geldende publiekrechtelijke regelgeving over het declareren aan te scherpen en eenduidiger te maken. Per 2013 heeft de NZa al een paar eerste stappen gezet (zie ook «hoofdbehandelaarschap»), in 2014 zal dit

naar verwachting een stevig vervolg krijgen. Maar misschien het belangrijkste zijn de afspraken die in het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ zijn gemaakt om verzekeraars beter in staat te stellen te sturen op de prijs en kwaliteit van zorg. Daarvoor verwijs ik u korthedshalve naar mijn beantwoording van de Kamervragen van Kuzu, vraag 6. Ik verwacht dat door al deze verbeteringen ook een snelle en efficiënte controle door zorgverzekeraars makkelijker zal worden.

Hoofdbehandelaarschap

DSW stelt dat er binnen de GGZ-sector onduidelijkheid heerst over wie als hoofdbehandelaar binnen specialistische GGZ mag fungeren. Dit knelpunt is onderkend. De IGZ is bezig met een advies ten behoeve van een veldnorm over het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns curatieve ggz (zie ook TK 29 689, nr. 418). Daarnaast is in de regelgeving van de NZa vastgelegd dat uitsluitend zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in het BIG-register en die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de DSM IV en die als enige directe tijd mogen schrijven, hoofdbehandelaar mogen zijn. Voor het overige van mijn reactie verwijs ik u naar mijn beantwoording van de Kamervragen van Van Veen, vraag 3.

«Opting out»

DSW besteedt in het memo enige aandacht aan het verschijnsel van «opting out», dat wil zeggen dat een instelling een nieuwe rechtspersoon opricht om «onder het budget uit te komen.» Dit probleem behoort met de overgang naar prestatiebekostiging tot het verleden. In 2013 geschiedt de inkoop van zorg bij de zogenaamde oude instellingen in de tweedelijns curatieve ggz nog eenmaal op basis van het representatiemodel, maar vanaf 2014 wordt alle zorg in de tweedelijns curatieve ggz door de individuele zorgverzekeraars ingekocht voor hun eigen verzekerden.

Dossiercontrole

Tot slot constateert DSW dat het controleren van gedeclareerde zorg een arbeidsintensieve dossiercontrole vereist, omdat op de declaratie noodzakelijke diagnosegegevens ontbreken, en dat afwijzing van declaraties lastig is omdat de nota dan vaak bij de verzekerde wordt neergelegd. Hierboven heb ik al toegelicht dat de ontwikkelingen op het gebied van de dbc's en de regelgeving wat dat betreft in de toekomst een snelle en efficiënte controle makkelijker zal worden. Echter, het zal altijd noodzakelijk blijven om ook materiële controles uit te voeren. Alleen door dossieronderzoek kan achterhaald worden of hetgeen gedeclareerd wordt overeenkomt met de daadwerkelijk geleverde zorg, hetgeen inderdaad een arbeidsintensief proces is. Zoals DSW terecht opmerkt, is het van belang dat de privacy van de verzekerde daarbij zo min mogelijk in het geding komt. De zorgverzekeraar moet zich daarom bij het uitvoeren van een controle aan strikte regels houden. De controle is zo ingericht dat de persoonlijke levenssfeer van verzekerden zo weinig mogelijk wordt belast. Detailcontrole (dossierinzage) kan pas als minder ingrijpende instrumenten onvoldoende resultaat hebben.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers