

Consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein

Uitvoeringstoets



Update 7 maart 2023

Inhoudsopgave

1	Aanleiding en achtergrond	4
1.1	Aanleiding	4
1.2	Achtergrond	4
1.2.1	Standpunt ZIN consultatiefunctie	5
1.3	Definitie consultatiefunctie ggz	6
1.4	Het integraal zorgakkoord en de consultatiefunctie	8
1.5	Vraagstelling vanuit VWS	9
1.6	Landelijke werkgroep	10
2	Beschrijving consultatiefunctie	11
2.1	Inleiding	11
2.2	De consultatiefunctie binnen het stelsel	11
2.2.1	Prestatie- en tariefregulering	11
2.3	Overige uitvoeringsconsequenties	13
2.3.1	Eigen risico	13
2.3.2	Verwijzing naar consultatiefunctie ggz	13
2.3.3	Verwijzing naar gespecialiseerde ggz	13
2.3.4	Risicoverevening	14
2.4	Inkoopsystematiek en verantwoording	14
2.4.1	Inkoop	15
2.4.2	Regio's	16
2.4.3	Passende vergoeding	16
2.5	Controle en verantwoording	16
3	Beantwoording vragen uitvoeringstoets	17
3.1	Inleiding	17
3.2	Bekostiging en tariefsoort	17
3.2.1	Bekostigingswijzen	17
3.2.2	Tariefsoorten	20
3.3	Transparantie	22
3.4	Marktontwikkeling	22

3.4.1	Invloed op marktaanbod	23
3.4.2	Toetreding zorgaanbieders	23
3.4.3	Dynamiek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars	23
3.4.4	Zorginhoudelijk	24
3.5	Macrobudgettair effect	24
3.6	Uitvoeringsconsequenties en risico's	24
3.6.1	Toezicht op zorgaanbieders	25
3.6.2	Toezicht op zorgverzekeraars	25
3.6.3	Uitvoeringsconsequenties toezicht	26
3.6.4	Eigen risico	28
3.6.5	Administratieve lasten	28
3.7	Frauderisico en handhaving	29
3.8	Implementatietermijn	29
4	Conclusies uitvoerbaarheid	30
4.1	Doelstelling en reikwijdte in vogelvlucht	30
4.1.1	Doelstelling consultatiefunctie sociaal domein – ggz	30
4.1.2	Reikwijdte en definitie	30
4.1.3	Conclusies Nza	31
4.1.4	Aandachtspunten	32
4.1.5	Randvoorwaarden totstandkoming consultatiefunctie	33

1 Aanleiding en achtergrond

1.1 Aanleiding

In het hoofdlijnenakkoord GGZ 2019-2022 is opgenomen dat er behoefte is aan bekostiging van de consultatiefunctie ggz. Eén van de uitgangspunten is dat cliënten zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek krijgen. De transitie van gemeenten en zorgverzekeraars naar integrale en domeinoverstijgende zorg is nodig zodat partijen deze uitgangspunten kunnen waarmaken. Door stapsgewijs regionaal afspraken te maken over beleid en financiering ten aanzien thema's als brede triage, consultatie en de bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en sociaal domein, kunnen partijen hun verantwoordelijkheid nemen.

De NZa is erg positief over de beweging naar domeinoverstijgende zorg. De beweging die is ingezet onderschrijft het nut en de noodzaak om het sociaal domein laagdrempelig toegang te geven tot de beschikbare kennis en expertise in de ggz. Wij verwachten dat het hiermee mogelijk is de instroom in de ggz te beperken voor die gevallen waarin ggz zorg (nog) niet nodig is, en tegelijkertijd de gevallen waar juist wel ggz zorg nodig is eerder te signaleren. Uitgangspunt voor de NZa bij het vormgeven van nieuwe prestaties, zoals bij de consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein, is dat vanuit regulerings- en toezichtsperspectief wordt bijgedragen aan de toegevoegde waarde die nieuwe ontwikkelingen kunnen leveren. Nieuwe ontwikkelingen waarvan we als maatschappij veel verwachten, moeten daarom de ruimte krijgen om hun potentie te realiseren.

De afgelopen jaren heeft een landelijke werkgroep onder leiding van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gewerkt aan de invulling en uitwerking van de randvoorwaarden van de 'consultatiefunctie ggz' voor zowel de werking van de consultatie binnen het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw) als de randvoorwaarden voor macrobudgettaire beheersbaarheid. Er is een duiding aan het Zorginstituut gevraagd, een voorgestelde wijze van bekostiging bedacht en aan de uitwerking van de randvoorwaarden gewerkt. Daarop heeft het ministerie op 14 december 2022 de NZa gevraagd een uitvoeringstoets uit te voeren. Het ministerie heeft ons daarbij verzocht op een aantal specifieke vragen in te gaan.

1.2 Achtergrond

In het hoofdlijnenakkoord GGZ 2019-2022 is opgenomen dat er behoefte is aan bekostiging van een consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein: *'Er is behoefte aan bekostiging van de consultatiefunctie, 'kijk- en luistergeld' functie zoals benoemd in zorg op de juiste plek: brede triage, consultatie, en het realiseren van flexibel inzetbare nazorg vanuit de ggz. Om hier invulling aan te geven, zullen partijen met elkaar vaststellen wat hier precies onder wordt verstaan, onder welke omstandigheden hier behoefte aan is, en welke partij waarvoor verantwoordelijk is.'*

Naar aanleiding van het hoofdlijnenakkoord (HLA) hebben partijen de afgelopen jaren samengewerkt om deze afspraak vorm te geven. Mede als gevolg van de brede omschrijving van de consultatiefunctie in het HLA heeft de uitwerking lange tijd geduurd. In de praktijk blijkt de consultatie te gaan over uiteenlopende vragen voor verschillende doelgroepen en verschillende settings.

1.2.1 Standpunt ZIN consultatiefunctie

Afbakening van de consultatiefunctie is tot stand gekomen op basis van een duiding van het Zorginstituut Nederland (ZIN) waarin zij op basis van casuïstiek onderscheid maken tussen enerzijds bemoeizorg door de ggz en anderzijds consultatie van de ggz in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw), waarbij de consultatie niet hoeft te leiden tot een (nieuwe) verwijzing naar de ggz. In het 'Standpunt domeinoverstijgende consultatiefunctie ggz' (7 mei 2021) oordeelt het ZIN dat bemoeizorg niet tot het verzekerde pakket behoort, maar de consultatiefunctie ggz wél ten laste van de Zvw mag worden gebracht.

Bij consultatie van de ggz in het kader van de Zvw zijn twee situaties te onderscheiden, namelijk (1) de consultatie van de ggz door de huisarts/poh ggz of (2) consultatie van de ggz door een professional uit het sociaal domein. Voor de consultatie die wordt uitgevoerd de huisarts/poh ggz kan gebruik gemaakt worden van bestaande bekostigingsmogelijkheden (consultatieve raadpleging vanuit de Module Poh ggz en de prestatie 'Meekijkconsult' door de huisarts). Voor de consultatiefunctie sociaal domein – ggz is momenteel geen bekostigingsmogelijkheid vanuit de Zvw.

'Gezien de aard van de vragen constateert het Zorginstituut dat het voor een groot deel gaat om consultatievragen aan ggz-professionals, waarbij naar aard en inhoud sprake is van geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten (in casu de psychiater) en klinisch psychologen, die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Besluit zorgverzekering). Vanwege het grote belang van de consultatiefunctie voor de samenwerking tussen domeinen bij de behandeling en begeleiding van cliënten met ernstige psychiatrische problematiek en het feit dat er sprake is van geneeskundige zorg dan wel een grote verwevenheid daarmee, zijn wij van mening dat kosten van deze zorg in principe ten laste van de Zvw kunnen worden gebracht.'

In het licht van deze definiëring noemde het ZIN ook het geconstateerde knelpunt ten aanzien van de bekostiging van de consultatiefunctie. Namelijk, in het geval het consultatie betreft van cliënten of burgers die niet in zorg zijn bij de (gespecialiseerde) ggz. Ook werd het knelpunt genoemd dat de consultatie in geval van anonieme zorg niet naar een individu terug is te herleiden. Het ZIN en de NZa constateerden de noodzaak van nadere verkenning naar de wijze waarop deze zorg het beste kan worden bekostigd en wat hiervoor nodig is. Het resultaat van deze verkenning is te lezen in hoofdstuk 2.

Onderscheid bemoeizorg

Het ZIN maakt zoals gezegd in de duiding onderscheid tussen de consultatiefunctie en bemoeizorg. Bemoeizorg behoort niet tot de Zvw, maar valt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Bekostiging van bemoeizorg komt dan ook van gemeenten. Het ZIN schrijft over de afbakening met bemoeizorg:

*'Het gaat hierbij nadrukkelijk niet om zorgmijders die moeten worden toegeleid naar zorg (bemoeizorg/OGGZ), maar om cliënten die alleen in zorg zijn bij de huisarts en/of poh ggz en/of worden begeleid vanuit het sociaal domein en waarbij de beschikbaarheid van ggz expertise zwaardere zorg kan voorkomen.
Het is wel de vraag of het onderscheid tussen de consultatiefunctie en bemoeizorg in de praktijk scherp te trekken is. Bemoeizorg en consultatie worden – zeker in hybride teams – vaak binnen hetzelfde team geleverd.'*

Het standpunt van ZIN in combinatie met het vastgestelde bekostigingsvraagstuk zijn de aanleiding geweest voor verdere duiding van de reikwijdte. De definitie van de 'consultatiefunctie sociaal domein – ggz' is op basis hiervan in de volgende paragraaf beschreven.

1.3 Definitie consultatiefunctie ggz

De consultatiefunctie sociaal domein – ggz (hierna: consultatiefunctie ggz) voorziet erin dat professionals werkzaam in het sociaal domein andere professionals in de geneeskundige ggz kunnen consulteren (bevragen), met als doel zwaardere vormen van zorg te voorkomen. Het gaat hierbij om domeinoverstijgende samenwerking tussen professionals uit het sociaal domein en de ggz om cliënten de juiste zorg, ondersteuning en begeleiding te kunnen bieden. Het gaat om consultatie tussen twee professionals werkzaam in verschillende domeinen, waarbij de professional in het sociaal domein de ‘vrager’ is en de professional vanuit de gespecialiseerde ggz de ‘bevroegde partij’. Het gaat onder meer om diagnostische vragen, advies over verdere aanpak van begeleiding, advies ten aanzien van terugvalpreventie of hoe om te gaan met een cliënt in een bepaalde situatie.

De terminologie en reikwijdte van de consultatiefunctie ggz vragen hierbij ook om een toelichting. Onder de term ‘sociaal domein’ worden alle inspanningen verstaan die gemeenten verrichten rond werk, zorg voor jeugd en participatie en zelfredzaamheid. Deze taken en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in een aantal wetten; de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Participatiewet, Jeugdwet, Wet gemeentelijke schuldhulpverlening en de Nieuwe Wet inburgering. Ten aanzien van de terminologie rondom de consultatiefunctie ggz wordt in het verdere document gesproken wordt over ‘consulteren’ of ‘consultatie’, waarmee wordt bedoeld op de consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein, tenzij anders vermeld.

De consultatiefunctie ggz is van toepassing op de professionals in het gemeentelijk sociaal domein die deze wetten uitvoeren, met uitzondering van de Jeugdwet omdat de consultatie bedoeld is voor individuen boven 18 jaar. De ratio hierachter is dat het sociaal domein voor consultatievragen voor individuen onder 18 jaar de betreffende ggz-professional moet bevragen die onder de jeugdwet werkzaam is. Op basis van de duiding van het ZIN hebben betrokken partijen de reikwijdte als volgt gedefinieerd:

1. Het gaat om geneeskundige zorg, zoals huisartsen, medisch specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen, die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Besluit Zorgverzekering).
2. Het gaat bij de consultatie om het invoeren van ggz-expertise door het sociaal domein.
3. Het doel van de consultatie is dat het bijdraagt aan geïndiceerde en zorggerelateerde preventie: het is gericht op het voorkomen van zorg of het voorkomen van zwaardere zorg.
4. De consultatie is te herleiden naar een individu; dit kan een cliënt zijn die toestemming (bekende cliënt) of geen toestemming (onbekende cliënt) heeft gegeven voor de consultatie van de ggz-professional.
5. Het individu is 18 jaar of ouder (in verband met de betaaltitel in de Zvw).
6. Bij de consultatiefunctie gaan het niet om behandelconsulten aan het individu. Er is geen sprake van een verwijzing, er is geen sprake van een behandeling of van een behandelrelatie.

Een toelichting op deze zes kenmerken treft u onderstaand.

1. De consultatie betreft geneeskundige zorg, zoals huisartsen, medisch specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen, die plegen te bieden

Het Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft een uitspraak gedaan dat consultatie ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) mag worden gebracht omdat sprake is van geneeskundige zorg dan wel een grote verwevenheid daarmee (artikel 2.4, eerste lid, Besluit Zorgverzekering). In de bekostiging wordt een knelpunt ervaren als de cliënt niet (meer) in zorg is bij de gespecialiseerde ggz. Er is dan geen rechtstreekse, aan een cliënt gebonden betaaltitel die de ggz aanbieder kan declareren om de consultatie bekostigd te krijgen. In haar uitspraak heeft het Zorginstituut een onderscheid gemaakt

tussen de consultatiefunctie en bemoeizorg. Deze laatste valt onder de Wmo. Als de cliënt wel in zorg is bij de gespecialiseerde ggz is de reguliere ggz bekostiging van toepassing. In de dbc-systematiek zoals die tot 2022 in de ggz van toepassing was, kon indirecte tijd die een ggz-professional besteedde aan bijvoorbeeld consultatie door het sociaal domein over een bij hem in behandeling zijnde cliënt geschreven worden op de dbc van die betreffende cliënt. In de ZPM-bekostiging vanaf 2022 is indirecte tijd niet meer rechtstreeks declarabel maar wordt deze als normatieve opslag op de consulten vergoed.

2. Consultatie is het inroepen van ggz-expertise door het sociaal domein

Bij een consultatie besteden beide professionals tijd aan het overleg/consultatie, betreffende een cliënt of burger die begeleiding ontvangt vanuit het sociaal domein, maar geen curatieve ggz ontvangt. Beide professionals maken daarmee dus ook kosten in de vorm van tijdsbesteding. De kosten die de professional uit het sociaal domein maakt voor de consultatie, komen ten laste van het sociaal domein. Deze uitvoeringstoets gaat in op de bekostiging van de professional uit de (gespecialiseerde) ggz. Het betreft de bekostiging van de tijd die deze professional kwijt is met de consultatievragen vanuit het sociaal domein. Het gaat hier niet om de situatie dat het sociaal domein de huisarts dan wel poh ggz inschakelt voor consultatie van een professional. Deze consultatie is verdisconteerde in de module Poh ggz en de prestatie 'Meekijkconsult' door de huisarts.

3. De consultatie draagt bij aan geïndiceerde en zorggerelateerde preventie

Bij de consultatiefunctie gaat het om cliënten die niet (meer) in zorg zijn bij de gespecialiseerde ggz. De consultatie hoeft niet te leiden tot een (nieuwe) verwijzing naar de ggz. Het doel van de consultatie is juist gericht op het voorkomen van zwaardere zorg en draagt daarmee bij aan preventie.

In die gevallen dat de expertise van de ggz wordt geconsulteerd vanuit het sociaal domein en ook sprake is van ggz-behandeling vanuit de Zorgverzekeringswet, wordt de consultatie vergoed via de reguliere ggz bekostiging, het Zorgprestatie model (verder ZPM), en kan daarmee (al dan niet direct) ten laste gebracht worden van de zorgverzekeraar. We spreken in dit geval niet van consultatie, maar van intercollegiale afstemming rondom het behandelplan/zorgplan. De ggz-aanbieder krijgt deze afstemming vergoed door bij de zorgverzekeraar de reguliere consulten voor de betreffende cliënt (via het ZPM) in rekening te brengen. Deze indirecte tijd is reeds verdisconteerd in het tarief van het consult.

De prestatie 'Intercollegiaal overleg setting ambulant kwaliteitsstatuut sectie II (ggz)' voor de vrijgevestigde zorgaanbieders is overigens niet van toepassing omdat deze prestatie bedoeld is voor de tijd die besteed wordt door de *consulterende* zorgverlener voor patiënten van deze zorgverlener.

4. De consultatie is te herleiden naar een individu

Bij de consultatie door de professional uit het sociaal domein van de professional uit de gespecialiseerde ggz, gaat de vraag altijd over een individu. De consultatiefunctie is daarmee dus bijvoorbeeld niet bedoeld voor kennisoverdracht of kennisbevordering van de professional in het sociaal domein. Kosten voor een dergelijke kennisoverdracht of kennisbevordering dienen door gemeenten gedragen te worden. De cliënt kan toestemming hebben gegeven aan de professional uit het sociaal domein om privacygevoelige gegevens te delen met de ggz-professional maar het kan ook zijn dat de

cliënt de toestemming niet heeft gegeven.¹ Dan vindt anonieme consultatie plaats waarbij de professional uit het sociaal domein zijn/haar vraag aan de professional uit de gespecialiseerde ggz voorlegt zonder de naam van de cliënt te noemen of anderszins herleidbare gegevens te delen.

5. Het individu is 18 jaar of ouder

Onder de 18 jaar is de Jeugdwet van toepassing, waarbij de gemeente en ggz-aanbieders onderling afspraken maken over de financiering van consultatie.

De NZa constateert dat dit onderscheid wellicht soms moeilijk te maken is wanneer het consultatie betreft over problematiek die in een gezin speelt. Ook de reacties van partijen tijdens de consultatie van deze uitvoeringstoets maken duidelijk dat verdere verduidelijking van dit onderwerp wenselijk is.

6. Bij de consultatiefunctie gaat het niet om behandelconsulten aan het individu

Er kan bij het bieden van consultatie door de ggz-professional uit de specialistische ggz aan het sociaal domein sprake zijn van een huisbezoek aan de cliënt (direct contact) als het noodzakelijk is. Het doel is dan niet het in zorg krijgen van de cliënt (dit is bemoeizorg), maar het voorkomen van zorg of zwaardere zorg. Het doel is om de professional in het sociaal domein handvatten te bieden om diens taak goed te kunnen vervullen. De professional in het sociaal domein is de vrager.

1.4 Het integraal zorgakkoord en de consultatiefunctie

In september 2022 hebben verschillende partijen het Integraal zorgakkoord (IZA) ondertekend. Het IZA benoemt de opgaven waar de zorg in Nederland op dit moment voor staat. Het IZA probeert een beweging in te zetten naar passende zorg, zodat toegankelijke, goede en betaalbare zorg in de toekomst mogelijk blijft. Het IZA bevat afspraken die fundamenteel bijdragen aan deze opgaven. De focus ligt hierbij op de curatieve zorg, maar waar relevant worden ook de langdurige zorg, publieke gezondheid en het sociale domein betrokken.

Passende zorg is daarbij het uitgangspunt: *‘In 2040 draagt de zorg optimaal bij aan het gezond (samen)leven van alle mensen in Nederland, in het besef dat daarvoor niet meer mensen en middelen beschikbaar zijn dan nu en dat dit gepaard moet gaan met de laagst mogelijke impact op klimaat en milieu.’*

In 2020 hebben ZIN en NZa het adviesrapport “Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú, actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg” opgesteld. In dit adviesrapport is passende zorg omschreven als zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs. In ons collectieve en solidaire zorgstelsel is het overgrote deel van alle zorg verzekerd. Met elkaar betalen we daarvoor. Dit betekent dat we kritisch moeten zijn op verspilling door het (blijven) aanbieden van zorg die niet bijdraagt aan het functioneren van mensen of niet effectief is voor het individu. Of zorg waarvan we met elkaar vaststellen dat we de hoge kosten ervan niet kunnen dragen. Op basis hiervan definiëren we passende zorg als: gepast gebruik én passende organisatie van zorg. Tot nu toe zijn deze twee zaken veelal als losstaande onderwerpen behandeld. Volgens ons zijn het twee kanten van dezelfde medaille die elkaar versterken: passende zorg kan pas ontstaan als deze in samenhang met de organisatie ervan wordt benaderd.

¹Client heeft toestemming gegeven voor de consultatie (De richtlijn van het KNMG zegt hierover ‘Als een arts toestemming heeft van de patiënt, mag hij informatie over deze patiënt aan anderen verstrekken. De toestemming van de patiënt moet een vrije keuze zijn en hij moet de gevolgen ervan kunnen overzien.’).

De in het IZA beoogde verandering naar passende zorg is onderverdeeld in verschillende thema's met een werkagenda. Eén van de thema's is samenwerking sociaal domein en huisartsenzorg en ggz. De toenemende vraag naar hulp bij psychische klachten zet de ggz, huisartsenzorg en het sociaal domein onder grote druk. De toegankelijkheid van de ggz-zorg staat onder druk, vanwege wachttijden en knelpunten in het aanbod van cruciale en complexe zorg. Huisartsen zijn lang verantwoordelijk voor mensen met een complexe ggz-vraag. Dit vraagt om samenwerking en een betere organisatie van zorg en ondersteuning: dichtbij, digitaal en via zelfhulpmodules waar het kan, zo vroeg mogelijk en in samenhang. Deze maatregelen zijn bedoeld om mensen eerder de juiste ondersteuning en zorg te bieden, de zorgkwaliteit verder te verbeteren en de wachttijden terug te dringen.

Binnen dit thema is één van de doelen de samenwerking tussen het sociaal domein en de ggz te verbeteren. De consultatiefunctie ggz beoogt de integrale samenwerking te faciliteren. Het invoeren van de consultatiefunctie wordt in het IZA benoemd onder de afspraken over de wettelijke en financiële mogelijkheden domeinoverstijgende samenwerking: *'Voor de consultatiefunctie wordt toegewerkt naar een aparte declarabele prestatie voor de consultatiefunctie per 2024. In de komende maanden worden deze randvoorwaarden verder uitgewerkt.'*

1.5 Vraagstelling vanuit VWS

Het ministerie heeft ons een aantal vragen gesteld. In hoofdstuk 3 gaan we in op de specifieke vragen van het ministerie. Voordat de beantwoording van de vragen plaatsvindt wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op de feitelijke beschrijving van de consultatiefunctie ggz en de algemene uitvoeringsconsequenties, zoals die in de afgelopen periode door de landelijke werkgroep zijn uitgewerkt.

- Zou de tariefsoort 'vrij' volgens de NZa passend zijn bij een prestatiebeschrijving ten behoeve van de bekostiging van de consultatiefunctie ggz? [[paragraaf 3.2](#)]
Kan de NZa dit toelichten en daarbij in ieder geval ingaan op de volgende aspecten:
 - Of en waarom een vrij tarief passender is dan een maximumtarief? [[paragraaf 3.2.2](#)]
 - Het gedrag van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt: is er voldoende dynamiek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zodat er een reëel en aanvaardbaar tarief afgesproken kan worden? [[paragraaf 3.4](#)]
 - Het gedrag van zorgaanbieders op de zorgverleningsmarkt: Hoe ziet het aanbod er thans uit wanneer de ggz geconsulteerd wordt door een professional vanuit het sociaal domein? Wat zijn de toetredingsmogelijkheden tot de markt voor (andere) zorgaanbieders na introductie van een prestatie consultatiefunctie met vrij tarief? [[paragraaf 3.4](#)]
 - Verwacht de NZa dat met de lumpsum bekostiging met vrij tarief de consultatiefunctie sociaal domein tot stand komt (en daarmee ook domeinoverstijgende samenwerking)? [[paragraaf 3.2.3](#)]
 - Is er voldoende transparantie over de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de consultatiefunctie GGZ en deze in rekening wordt gebracht? [[paragraaf 3.3](#)]
 - Is er voldoende transparantie bij toepassing van de lumpsum bekostiging? [[paragraaf 3.3](#)]
 - Is adequaat toezicht en controle door de NZa en zorgverzekeraars mogelijk? [[paragraaf 3.6](#)]
- VWS acht het niet mogelijk om het verplicht eigen risico te laten gelden voor deze prestatiebeschrijvingen omdat het bij de consultatie niet gaat om tot het individu te herleiden collegiaal advies en daarom niet direct in rekening kan worden gebracht bij de verzekerde. Deelt de NZa de conclusie dat de declaraties buiten het systeem van eigen risico zullen blijven? [[paragraaf 3.6.4](#)]
- Kan eventueel afgeleid gebruik van prestatiebeschrijvingen, bijvoorbeeld ten behoeve van (risicoverevening en) informatievoorziening worden geborgd? [[paragraaf 2.3.4](#)]

- Kunt u inzicht geven in verwachte macrobudgettaire consequenties? Blijft inzicht ten aanzien van de kosten (op macroniveau) mogelijk? Wat zijn de geschatte kosten van het leveren van deze diensten? Wat is de geraamde opbrengst? Onder welk kader vallen de kosten en opbrengsten? [paragraaf 3.5]
- Wat zijn de (uitvoerings)consequenties voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders, bijvoorbeeld ten aanzien van administratieve lasten, inkoop en verantwoording? [paragraaf 3.6]
- Bestaan er risico's voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliënten; en zo ja, welke? Welke maatregelen kunnen worden getroffen? Kunt u bij deze risicoanalyse onder andere de volgende onderwerpen betrekken: lumpsum bekostiging, inkoop, verwijzing, contractvereiste en verantwoording. [hoofdstuk 3]

1.6 Landelijke werkgroep

De afgelopen jaren hebben diverse partijen in een gezamenlijke landelijke werkgroep de gemaakte afspraak uit het hoofdlijnenakkoord afgebakend, een duiding aan het Zorginstituut gevraagd, een voorgestelde wijze van bekostiging bedacht en aan de uitwerking van de randvoorwaarden gewerkt. Voor het schrijven van deze uitvoeringstoets hebben wij gebruik gemaakt van de documenten die de landelijke werkgroep de afgelopen jaren heeft opgeleverd. Op basis van deze nadere uitwerking is het mogelijk een inschatting te maken van de uitvoerbaarheid en het functioneren van de consultatiefunctie binnen het zorgstelsel. Het concept van de uitvoeringstoets is eveneens voorgelegd aan de landelijke werkgroep voor commentaar.

De landelijke werkgroep bestaat uit deelnemers vanuit het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse ggz (deNLggz), de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), het Zorginstituut (ZIN) en de NZa.

2 Beschrijving consultatiefunctie

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft de nadere invulling van de randvoorwaarden van de consultatiefunctie ggz zoals deze door landelijke werkgroep is bedacht. Het geeft een beschrijving van de wijze waarop de consultatiefunctie ggz binnen het stelsel vormgegeven kan worden.

We gaan achtereenvolgens in op de beschrijving van de consultatiefunctie ggz binnen het stelsel van de Zvw (paragraaf 2.2). Hierin komen de prestatie- en tariefregulering aan bod, waarna ingegaan wordt op overige uitvoeringsconsequenties binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) (paragraaf 2.3). In paragraaf 2.4 beschrijven wij de door partijen beoogde inkoopssystematiek. Ten slotte komt in paragraaf 2.5 de wijze van controle en verantwoording aan bod.

2.2 De consultatiefunctie binnen het stelsel

De consultatiefunctie ggz heeft als gevolg van de duiding van het ZIN een eigen plaats gekregen binnen ons zorgstelsel. Dit betekent overigens niet dat de aanspraken anders of ruimer zijn geworden na deze duiding. Het ZIN heeft duidelijkheid gegeven dat (en in welke gevallen) bij de consultatie van een ggz-professional door het sociaal domein de regulering op grond van de Zvw en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) van toepassing is. Dit betekent concreet dat de kosten gemoeid met deze consultatiefunctie ggz binnen de kosten voor Zvw-zorg behoren en daarmee dus via de prestatie- en tariefregulering van de NZa bekostigd moeten worden.

2.2.1 Prestatie- en tariefregulering

Gegeven de duiding van het ZIN, is de regulering op grond van de Zvw en de Wmg van toepassing op het vervullen van de consultatiefunctie door de ggz-professional. Voor wat betreft de prestatie- en tariefregulering betekent dit:

1. *Reikwijdte beleidsregel:* De consultatiefunctie door de ggz-professional valt onder de reikwijdte van de Wmg. Meer specifiek de Beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg (BR/REG-23139) en de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg (NR/REG-2313a) van de NZa.
2. *Omschrijving prestatie(s):* Als er een aparte prestatie voor moet komen voor de consultatiefunctie moet de prestatiebeschrijving beschrijven welke activiteiten eronder vallen. De prestatiebeschrijving specificeert ook hoe de prestatie in rekening wordt gebracht, namelijk, conform de voorkeur van partijen uit de landelijke werkgroep (deNLggz, VNG en ZN) in de vorm van een lumpsum (totaalbedrag) per periode. Partijen zijn van mening dat deze variant het gesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder beter faciliteert en het de transparantie ten goede komt.

De landelijke werkgroep heeft op basis hiervan de volgende werkschrijving opgesteld:

Consultatie tussen een professional vanuit het sociaal domein en een ggz-professional waarbij de professional vanuit het sociaal domein een vraag heeft over een specifieke cliënt in het sociaal domein (Zvw verzekerd) en hierover de ggz-professional consulteert. Als cliënt ouder is dan 18 jaar, geen sprake is van bemoeizorg en de cliënt niet in behandeling is bij de ggz, mag aanspraak gedaan worden op de consultatiefunctie.

- De cliënt is 18 jaar of ouder. Onder de 18 jaar is de Jeugdwet van toepassing, waarbij de gemeente en ggz aanbieders onderling afspraken maken over de financiering van consultatie.
- De cliënt is al bekend in het sociaal domein en men wil zonder tussenkomst van de huisarts ggz-expertise raadplegen. Ook als wijkteams contact hebben met een burger, maar nog verkend wordt of Wmo-begeleiding passende zorg is, mag gebruik gemaakt worden van de consultatiefunctie (afgegeven beschikking voor Wmo-begeleiding is geen vereiste).
- In geval de cliënt in behandeling is bij een ggz-aanbieder, mag geen gebruik worden gemaakt van de consultatiefunctie. De indirecte tijd zit dan verdisconteerd in het tarief voor het consult.
- De cliënt ontvangt geen bemoeizorg.

Hoe de werkschrijving vertaald kan worden in de door de NZa vast te stellen prestatiebeschrijving, moet nog verder uitgewerkt worden.

3. *Declaratievoorwaarden:* In de tariefbeschikking die de NZa op grond van de beleidsregel vaststelt, kunnen één of meerdere voorschriften of beperkingen worden verbonden aan het declareren en vergoeden van de prestatie(s). Een voorbeeld van zo'n mogelijk voorschrift is het zogenoemde contractvereiste: declareren en vergoeden van zorg mag dan alleen als hierover een schriftelijke overeenkomst is gesloten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Voor de consultatiefunctie willen partijen dat een contractvereiste gaat gelden.
4. *Tariefsoort:* Mogelijke tariefsoorten bij de prestatie(s) zijn vrije tarieven, maximumtarieven, minimumtarieven of vaste tarieven. De minister zal de tariefsoort bepalen middels de aanwijzing. De landelijke werkgroep heeft een voorkeur voor een vrij tarief. In de verdere uitwerking gaan wij uit van een vrij tarief.
5. *Hoogte gereguleerd tarief (eventueel):* Als de tariefsoort anders is dan een vrij tarief, dient de NZa deze tarieven te onderbouwen en vast te stellen. Dit is hier vooralsnog niet aan de orde.
6. *Nadere regels (eventueel):* Als de situatie daarom vraagt, kan de NZa eventueel nog nadere regels stellen aan zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar omtrent bijvoorbeeld administratie, registratie of transparantie. Aangezien de consultatiefunctie ggz onderdeel is van de reikwijdte van de beleidsregel voor de geneeskundige ggz, worden de daarbij horende registratie-, informatie en declaratieverplichtingen in principe ook van toepassing. Deze verplichtingen zijn beschreven in hoofdstuk 2 van de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg. Gezien de aard van de consultatiefunctie waarbij een groot deel van de in de Regeling beschreven reguliere informatie-elementen overbodig of niet van toepassing lijken te zijn, kan de NZa een aparte informatieverplichting opleggen (bijv. aantal consultaties door het sociaal domein, duur consultaties, aanvangstijdstip, gegevens over de professional ggz, gegevens over de professional sociaal domein). Dit vraagstuk moet nog verder uitgewerkt worden.

2.3 Overige uitvoeringsconsequenties

Op grond van de Zvw en Wmg zijn een aantal specifieke verplichtingen van toepassing. De consultatiefunctie ggz dient binnen deze kenmerken te kunnen functioneren. De landelijke werkgroep heeft een aantal verplichtingen in relatie tot de consultatiefunctie nader onderzocht, waaronder het eigen risico, de verwijzing en de risicoverevening. Onderstaand worden de uitvoeringsconsequenties van deze onderwerpen verder toegelicht.

2.3.1 Eigen risico

De consultatiefunctie betreft geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen die plegen te bieden (paragraaf 1.2.1). Het eigen risico is van toepassing op de consultatiefunctie ggz, omdat binnen de Zvw geen uitzondering gecreëerd is voor het eigen risico voor geneeskundige zorg zoals medisch specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen die plegen te bieden. De zorg zoals huisartsen die plegen te bieden is wel uitgesloten van het eigen risico.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en De Nederlandse ggz (deNLggz) zijn van mening dat het niet gewenst en uitvoerbaar is het eigen risico van toepassing te laten zijn op de consultatiefunctie. Bij de consultatiefunctie gaat het niet om behandeling van een cliënt, maar betreft het een adviesfunctie (onder meer diagnostische vragen, advies over verdere aanpak of terugvalpreventie). Bovendien behoort anonieme consultatie tot één van de mogelijkheden, waarbij de consultatie plaatsvindt zonder dat de cliënt hiervan op de hoogte is. Dit laatste maakt het onwenselijk en, in geval van anonieme consultatie, onmogelijk om een cliënt te belasten met het eigen risico. Op basis van deze constatering schetsen we in paragraaf 3.6.4 de mogelijkheden voor het uitsluiten van het eigen risico van deze verplichting.

2.3.2 Verwijzing naar consultatiefunctie ggz

De Zorgverzekeringswet (Zvw) gaat er vanuit dat geneeskundige zorg wordt verleend aan een verzekerde en herleidbaar is tot die verzekerde. Het wettelijk kader van de Zvw is gebaseerd op een verzekeringsovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de verzekerde. De verzekeringsnemer sluit een verzekering af bij de verzekeraar en in ruil voor de premiebetaling ontvangt de verzekeraar de nodige zorg of een vergoeding voor zorg.

Hieraan zitten een aantal wettelijke randvoorwaarden verbonden waar zowel verzekerde als verzekeraar aan gehouden zijn. Zo is in artikel 14 van de Zorgverzekeringswet bepaald dat een zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst opneemt dat medisch-specialistische zorg, behoudens acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door een wettelijk verwijzer (onder andere de huisarts). Deze bepaling komt voort uit de wens om zeker te stellen dat de verzekerde alleen geneeskundige zorg ontvangt na verwijzing en dat de rol van de eerstelijnszorgaanbieders in het algemeen en die van de huisarts in het bijzonder als poortwachter voor de toegang tot tweedelijnszorg blijft bestaan. Over dit onderwerp moet nog een definitieve keuze gemaakt worden hoe geregeld kan worden dat de verwijsplicht niet van toepassing is voor deze zorg.

2.3.3 Verwijzing naar gespecialiseerde ggz

Zoals eerder genoemd heeft het consulteren van een ggz-professional niet als primaire doelstelling de cliënt door te verwijzen naar de gespecialiseerde ggz. Het uitgangspunt van de consultatiefunctie is namelijk ggz-expertise beschikbaar te hebben voor professionals uit het sociaal domein ten behoeve van cliënten in het sociaal domein die niet (meer) bij de ggz in zorg zijn, en waarbij de consultatie niet per definitie hoeft te leiden tot een (nieuwe) verwijzing naar de ggz. De uitkomst van de consultatie kan echter wel zijn dat verwijzing naar gespecialiseerde ggz noodzakelijk is. In deze gevallen vindt via het

reguliere traject toeleiding naar de huisarts plaats, die als wettelijk verwijzer een verwijzing afgeeft voor diagnostiek dan wel behandeling in de ggz. Daarmee blijft de keuzevrijheid van de cliënt – voor een andere aanbieder dan degene die gecontracteerd is voor de consultatie – geborgd.

2.3.4 Risicoverevening

De kosten voor de consultatiefunctie zijn geduid als Zvw-kosten en mogen daarom in principe in de risicoverevening worden gebracht door zorgverzekeraars.

De ggz-zorg belandt op dit moment op 3 manieren in de risicoverevening:

1. De totale kosten (op macro- en op verzekeraarsniveau) worden gebruikt in ex-post maatregelen.
2. De zorgkosten op individuniveau worden gebruikt in de schatting van het model. Het risicovereveningsmodel bepaalt de bijdrage die verzekeraars krijgen met een regressiemodel. In dit regressiemodel worden de kosten van een individu verklaard aan de hand van zogenoemde vereveningskenmerken. Dit resulteert in normbedragen per vereveningskenmerk.
3. Het zorggebruik en de zorgkosten op individuniveau wordt gebruikt in het vaststellen van de vereveningskenmerken. Als een verzekerde wordt ingedeeld bij een vereveningskenmerk, ontvangt de zorgverzekeraar voor deze verzekerde het desbetreffende normbedrag.

Het Zorginstituut is voor elk van deze 3 manieren de lumpsum bekostigingsvariant voor de consultatiefunctie nagelopen. Zij heeft gekeken wat de implicaties van de consultatiefunctie zijn voor de risicoverevening en komt tot de volgende conclusies:

1. Totale kosten

Bij lumpsum bekostiging verantwoordt zorgverzekeraars deze kosten aan het Zorginstituut als bulkboeking. Het Zorginstituut neemt deze kosten dan mee bij de berekening van de totale kosten voor die verzekeraar en de landelijke totale kosten. De kosten voor de consultatiefunctie worden dan meegenomen in de risicoverevening en lopen op de gebruikelijke manier mee in ex-post maatregelen.

2. Zorgkosten op individu niveau

Doordat verzekeraars de kosten voor de consultatiefunctie niet op individu niveau registreren, worden deze kosten niet meegenomen in de schatting van de normbedragen. Dat betekent dat deze kosten niet bepalend zijn voor de vereveningsbijdrage en de normbedragen.

3. Zorggebruik en zorgkosten op individu niveau

Aangezien het gebruik van de consultatiefunctie niet op individuniveau geregistreerd wordt in het geval van lumpsum bekostiging, leidt het gebruik ook niet tot indeling in een vereveningskenmerk. Dit betekent dat verzekeraars dus geen compensatie ontvangen vanuit de risicoverevening voor de inzet van de consultatiefunctie.

Het ZIN concludeert dat compensatie vanuit de risicoverevening beperkt mogelijk is, omdat kosten en gebruik niet op individu niveau geregistreerd worden.

2.4 Inkoopsystematiek en verantwoording

Deze paragraaf beschrijft de wijze van inkoop en verantwoording van de consultatiefunctie, zoals de landelijke werkgroep deze voor ogen heeft.

2.4.1 Inkoop

Om de consultatiefunctie bij de ggz aanbieder in te kopen, is er een inkoopproces gemaakt. In het inkoopproces zijn grofweg drie stappen te onderscheiden.

Stap 1. Marktleider verzoekt zorgaanbieders een plan op te stellen.

De marktleider in een regio verzoekt een beperkt aantal zorgaanbieders, gedacht wordt aan twee, een offerte uit te brengen voor het uitvoeren van de consultatiefunctie ggz ten behoeve van het sociaal domein. Het betreft een gezamenlijk plan van de zorgaanbieders inclusief bijbehorende offerte. Redenen voor contractering bij een beperkt aantal partijen zijn de toegankelijkheid en doelmatigheid van de consultatiefunctie. De verwachting is dat bij een groter aantal zorgaanbieders de vindbaarheid en laagdrempeligheid voor het sociaal domein afneemt en leidt tot onduidelijkheden bij gemeenten waardoor de doelstellingen van de consultatiefunctie niet verzilverd worden. Daarnaast is de dienstverlening per zorgaanbieder beperkt, hetgeen niet wenselijk is voor zowel zorgaanbieders (hoe te organiseren?) en gemeenten (welke aanbieder heeft capaciteit?).

Stap 2. Zorgaanbieders stellen een plan en offerte op

De zorgaanbieders waarbij het verzoek is neergelegd, beschrijven gezamenlijk in het plan, inclusief bijbehorende offerte, waarbij gedacht wordt aan de volgende zaken:

- Doelgroep en kenmerken;
- Behoeft van gemeenten in de betreffende regio (o.a. expertises zoals crisis of verslaving, bestaande relaties met het sociaal domein);
- Te leveren diensten / activiteiten m.b.t. de consultatiefunctie;
- Hoeveelheid inzet die activiteiten vragen vanuit de ggz;
- Het aantal verwijzingen naar gespecialiseerde ggz dat naar verwachting wordt voorkomen door inzet van de consultatiefunctie en hoe dit gemeten wordt;
- De verwachte resultaten die geboekt worden ten aanzien van wachttijden-reductie en regionale samenwerking.

De samenwerkende zorgaanbieders splitsen de activiteiten in het plan uit zodat duidelijkheid is over activiteiten en verantwoordelijkheden. De zorgaanbieders stemmen dit plan af met de gemeentes uit de betreffende regio, zodat het aansluit op de lokale behoefte. Hierbij zijn zorgaanbieders gehouden aan de duiding van het ZIN.

Stap 3: Volgbeleid

Zorgverzekeraars hebben de intentie om volgbeleid te hanteren voor de inkoop van de consultatiefunctie, waarbij naar rato bijgedragen wordt aan de totale kosten van het plan. De achterliggende gedachte is hiermee dat zorgverzekeraars congruent gedrag vertonen in de inkoop. Gemaakte afspraken met de marktleider worden op inhoud en volume door de overige zorgverzekeraars gevolgd. Dit betekent dat zorgaanbieders richting verzekeraars duidelijk maken wat de gewenste bijdrage is aan het totale volume en kosten van het plan, naar rato van het marktaandeel (percentage verzekerden binnen de regio) van de betreffend verzekeraar. Op voorhand spreken zorgverzekeraars naar elkaar uit dat zij de intentie hebben naar rato van hun marktaandeel (in termen van % verzekerden van de totale bevolking in een regio) bij te dragen aan de totale kosten van het plan.

2.4.2 Regio's

Kenmerkend voor de inkoop is deze regionaal vorm te geven zodat de consultatiefunctie aansluit bij de behoefte in de regio en de behoefte van gemeenten binnen de regio. Zorgverzekeraars maken een keuze voor een regio-indeling. Waarschijnlijk kiezen zij hierbij voor een indeling die aansluit bij één van de bestaande regio indelingen, zoals bijvoorbeeld de acute ggz regio's (GMAP), de zorgkantoorregio's of de GHOR-regio's of op basis de regio-indeling gehanteerd in de Samenwerkingsagenda Gemeenten. Daarbij speelt een meer zorginhoudelijke vraag op welke manier je deze zorg/consultatie goed organiseert in de regio, en welke regio-indeling daarbij optimaal is (o.a. grootte van de regio speelt hierbij een rol). Zoals genoemd zijn de zorgverzekeraars voornemens per regio een beperkt aantal zorgaanbieders te contracteren.

2.4.3 Passende vergoeding

Zoals in paragraaf 2.2.1 is toegelicht, hebben partijen (deNLggz, ZN en VNG) op basis van de door de NZa voorgestelde mogelijkheden geadviseerd binnen de tariefregulering uit te gaan van een vrij tarief. Het is aan de marktleider en de aanbieders om tot een passende vergoeding te komen voor het uitvoeren van de consultatiefunctie. Om tot een passende vergoeding te komen vraagt de verzekeraar de aanbieder(s) een plan op te stellen hoe de consultatiefunctie wordt vormgegeven en daarbij een offerte uit te brengen. De offerte is de basis om tot een vergoeding te komen.

2.5 Controle en verantwoording

De gecontracteerde zorgaanbieders verantwoorden de uitgevoerde activiteiten en de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de verleende lumpsum bekostiging. Dit doen zorgaanbieders door te verantwoorden hoeveel van de in het plan omschreven activiteiten uiteindelijk ook zijn uitgevoerd en in welke vorm. Een controleplan dat opgesteld wordt door de zorgverzekeraars biedt hierin houvast. De controle op rechtmatigheid betreft de feitelijke levering, de controle op passendheid is complexer. Dit laatste betreft de vraag of de consultatie nodig en doelmatig was. De exacte invulling van de controle op rechtmatigheid is mede afhankelijk van de door de NZa te ontwikkelen prestatie en bijbehorende registratie-eisen.

Zorgaanbieders en de leidende zorgverzekeraar maken vooraf afspraken over de verantwoording en streven ernaar om aan te sluiten bij het Zorgprestatie-model. De onderlinge afspraken bepalen hoe deze verantwoording eruit komt te zien. Daar waar minder tijd aan de consultatiefunctie is besteed dan opgenomen in het plan is de intentie van de verzekeraars, de inkoopafpraak naar beneden aan te passen.

3 Beantwoording vragen uitvoeringstoets

3.1 Inleiding

Mede aan de hand van de beschrijving in hoofdstuk 2 worden in dit hoofdstuk de specifieke vragen van het ministerie beantwoord. De beantwoording volgt in paragrafen 3.2 tot en met 3.8. We starten dit hoofdstuk met de bekostiging en tariefsoort (paragraaf 3.2), omdat ons inziens de kernvraag van het ministerie samenhangt met de wijze van bekostiging. Nadat we de bekostigingswijze hebben toegelicht komen de overige vragen aan de orde.

De kernvraag die het ministerie ons stelt is: *'Verwacht de NZa dat met de lumpsum bekostiging met vrij tarief de consultatiefunctie sociaal domein – ggz tot stand komt (en daarmee ook de domeinoverstijgende samenwerking)?'*.

3.2 Bekostiging en tariefsoort

Het ministerie heeft de NZa gevraagd of de tariefsoort 'vrij' passend is bij een prestatiebeschrijving ten behoeve van de bekostiging van de consultatiefunctie ggz? De NZa is gevraagd dit toe te lichten en daarbij in ieder geval in te gaan op een aantal aspecten:

- Of en waarom is een vrij tarief passender dan een maximumtarief?
- Het gedrag van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt: is er voldoende dynamiek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zodat er een reëel en aanvaardbaar tarief afgesproken kan worden?
- Het gedrag van zorgaanbieders op de zorgverleningsmarkt: Hoe ziet het aanbod er thans uit wanneer de ggz geconsulteerd wordt door een professional vanuit het sociaal domein? Wat zijn de toetredingsmogelijkheden tot de markt voor (andere) zorgaanbieders na introductie van een prestatie consultatiefunctie met vrij tarief?
- Verwacht de NZa dat met de lumpsum bekostiging met vrij tarief de consultatiefunctie sociaal domein tot stand komt (en daarmee ook de domeinoverstijgende samenwerking)?
- Is er voldoende transparantie over de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de consultatiefunctie ggz en deze in rekening wordt gebracht? Is er voldoende transparantie bij toepassing van de lumpsum bekostiging?
- Is adequaat toezicht en controle door de NZa en zorgverzekeraars mogelijk?
- Is de verwachting dat met de lumpsum bekostiging met vrij tarief de consultatiefunctie tot stand komt?

3.2.1 Bekostigingswijzen

Om met name de eerste en laatste vraag te kunnen beantwoorden starten wij met een analyse van de bekostigingsmogelijkheden. Drie mogelijkheden worden toegelicht inclusief voor- en nadelen.

Mogelijke bekostigingswijzen:

1. Via een opslag op de reguliere tarieven in het Zorgprestatie-model (ZPM);
2. Individuele prestaties ('naam en rugnummer');
3. Lumpsum bekostiging.

1. Via een opslag op de reguliere tarieven in het Zorgprestatie­model (ZPM)

Alle consulten binnen het ZPM kennen maximumtarieven. Hierbinnen kunnen ggz-aanbieder en zorgverzekeraar een tarief overeenkomen. Via de contractering kan de zorgverzekeraar een hoger tarief geven voor consulten aan de ggz-aanbieder die de consultatiefunctie uitvoert in een regio, eventueel gebruik makend van het max-max tarief. Deze optie komt erop neer dat de ggz-aanbieder zijn vergoeding voor de consultaties vanuit het sociaal domein ontvangt via de tarieven van de gedeclareerde consulten. Daarnaast is het zo dat als de NZa een kostenonderzoek uitvoert in principe alle kosten landen in de tarieven, dus ook die voor consultatie (o.a. in de vorm van minder productie). Dit gaat er echter wel vanuit dat de consultatie functie in het peiljaar daadwerkelijk wordt geleverd. Ook zal de opslag dan in alle tarieven zitten ongeacht of de functie wordt uitgevoerd. De bekostiging van de consultatiefunctie verloopt door verdiscontering van de kosten voor consultatie via de bestaande prestaties en tarieven. Alle Zvw-patiënten die worden behandeld binnen de ggz van deze aanbieder 'bekostigen' daarmee indirect de consultatiefunctie die deze aanbieder vervult. In principe is dit van toepassing op alle settings, beroepen, op zowel behandeling als diagnostiek en op alle tijdsranges. In deze variant is het ook een optie de bekostiging van de consultatie gericht toe te rekenen aan bepaalde settings en beroepen. Dit kan door bijvoorbeeld in de setting hoogspecialistisch of outreachend voor bepaalde beroepen rekening te houden met een lagere productiviteit omdat die beroepen in die settings (soms) ook de consultatie uitvoeren voor het sociaal domein.

Deze optie vraagt in principe niet om extra (bekostigings)regelgeving vanuit VWS en/of NZa, omdat geen aparte declareerbare prestatie noodzakelijk is. Ook zijn er – wat betreft NZa-regelgeving voor de ggz – geen extra administratieve lasten verbonden aan deze variant omdat gebruik gemaakt wordt van de huidige prestatie-indeling van het ZPM. Vraagstukken omtrent het eigen risico, verwijzing en risicoverevening spelen in deze variant niet.

De bekostiging van de consultatiefunctie 'verdwijnt' echter wel binnen de totale bekostiging van prestaties binnen het ZPM. Daarmee is er geen transparantie in de kosten op macro-, verzekeraars- en aanbiedersniveau. Het bedrag dat voor de consultatiefunctie in de reguliere tarieven moet worden opgenomen kan generiek landelijk bepaald worden (via bijvoorbeeld een kostprijs­onderzoek) om daarna als opslag in alle tarieven verwerkt te worden. Het wordt dan aan de lokale onderhandelingstafel overgelaten of verdere individuele afspraken nodig zijn. Daarmee wordt de bekostiging van de consultatiefunctie afhankelijk van het volume aan totaal gedeclareerde consulten en is de vraag of de functie goed tot stand komt? Met andere woorden, verdiscontering in het tarief van gedeclareerde consulten heeft tot gevolg dat de consultatiefunctie 'betaald' wordt door de patiënten waarvoor ggz-consulten worden gedeclareerd (evt. via het eigen risico, hoewel de landelijke werkgroep de kans hierop klein acht). Ten aanzien van de inkoop zijn eventuele afspraken over aanvullende vergoeding of afslag in de tarieven ter dekking van de kosten voor de consultatiefunctie onderdeel van de onderhandelingen. De afstemming rondom de inkoop en bijbehorende regeldruk tussen verzekeraars en de geselecteerde zorgaanbieders per regio is complexer. In het geval de keuze valt op de variant waarbij de consultatie toegerekend wordt naar setting en/of beroep, vraagt dit in de inkoopcycli bovendien extra aandacht. Voor de individuele zorgverzekeraar is een voordeel dat er geen aparte verdeelsleutel nodig is om de kosten in de risicoverevening te brengen.

2. Individuele prestaties ('naam en rugnummer')

Een andere mogelijkheid voor de bekostiging van de consultatiefunctie is deze te laten verlopen via een nieuwe individuele prestatie in het ZPM met een maximum tarief. De Zvw is zo ingericht dat alle zorg wordt toegerekend aan een individuele patiënt. De bekostiging op 'naam en rugnummer' is hierin gebruikelijk. De geconsulteerde ggz-professional brengt via deze prestatie zijn tijd rechtstreeks in rekening bij de verzekeraar van de cliënt waarover de consultatie gaat. Een voorbeeld hiervan zou kunnen zijn een prestatie 'consultatie door sociaal domein 10 minuten' met een maximum tarief van 25

euro. Verschil met optie 3 'lumpsum bekostiging' is dat bij de individuele prestatie deze op het niveau van de individuele zorgvraag van één patiënt ziet terwijl de lumpsum bekostiging op het niveau van alle individuele zorgvragen in een maand zit en daarmee op veel meer patiënten.

Voordelen van deze variant is dat deze bekostigingsmethode volledig in lijn is met de reguliere bekostiging van Zvw-zorg. Daarmee is het eenvoudig in te passen in het stelsel. Het kan op reguliere wijze worden ingebracht in de risicoverevening en het is mogelijk te controleren of cliënt Zvw-verzekerd is (verantwoording).

Nadeel bij deze variant is dat bij consultatie de ggz-professional geen (directe) zorg verleent aan de cliënt en de cliënt in principe niet is ingeschreven bij de zorgaanbieder. Bekostiging op 'naam en rugnummer' is alleen mogelijk wanneer de aanbieder de betreffende cliënt, die niet in zorg is, bekend is bij de declarerende zorgaanbieder. Om te kunnen declareren in het ZPM heeft de aanbieder de volgende persoonsgegevens nodig: naam, geboortedatum, BSN, verzekerdennummer en de UZOVI code van de zorgverzekeraar. Daarnaast hebben partijen aangegeven dat vanwege de niet-directe zorg aan cliënten, het niet wenselijk is het eigen risico toe te passen op de consultatiefunctie (paragraaf 2.3.1). Ook behoort anonieme consultatie tot één van de mogelijkheden, waarbij de consultatie plaatsvindt zonder dat de cliënt hiervan op de hoogte is. Dit laatste maakt het onwenselijk en, in geval van anonieme consultatie, onmogelijk om een cliënt te belasten met het eigen risico. In deze variant kan anonieme consultatie niet bekostigd worden.

Op basis van bovenstaande bevindingen is niet verder onderzocht hoe en of bovenstaande binnen de privacywetgeving mogelijk is.

3. Lumpsum bekostiging

De bekostiging kan ook verlopen via een nog te creëren lumpsum prestatie. De (gecontracteerde) ggz-aanbieder brengt in dat geval één prestatie in rekening voor alle consultaties die hij in bijvoorbeeld een maand heeft geleverd. Het tarief per verzekeraar is de uitkomst van de afspraak tussen de marktleider en de aanbieder(s), afhankelijk van het marktaandeel van de verzekeraars in de desbetreffende regio. Voorwaarde voor een lumpsum bekostiging is dat alle zorgverzekeraars zich committeren aan de afspraken die de marktleider maakt met de zorgaanbieder(s). Er is echter geen contracteerplicht voor zorgverzekeraars, maar wel een zorgplicht. In paragraaf 3.6.3 wordt nader ingegaan op de zorgplicht.

Voordelen van deze optie zijn de toename in transparantie van de kosten en het feit dat één/enkele zorgaanbieders verantwoordelijk worden voor het uitvoeren van de consultatiefunctie in een regio, hetgeen domeinoverstijgende zorg ten goede zou moeten komen. Daarbij is het in deze optie ook mogelijk om anoniem te consulteren, op initiatief van het sociaal domein.

Een mogelijk gevolg van het introduceren van een aparte prestatie voor het leveren van een consultatie aan het sociaal domein, en deze prestatie alleen in te kopen bij een enkele zorgaanbieder, is dat andere zorgprofessionals (van niet-gecontracteerde zorgaanbieders) niet worden gestimuleerd eventuele consultatie/advisering uit te voeren. Dit terwijl het ZIN de activiteit 'geconsulteerd worden' wel geduid heeft als zorg die ggz-professionals plegen te bieden. Juridisch is dit mogelijkwerijs een risico. Andere zorgverleners kunnen zich (wellicht met succes) beroepen op het feit dat ook voor hen de consultatiefunctie onderdeel is van hun reguliere werk en daarmee ook declarabel moet zijn via een aparte prestatie. We schatten dit risico in als beperkt, omdat het deels ondervangen wordt door de knelpunten die momenteel spelen rondom consultatie. Zo zou het sociaal domein momenteel de ggz moeilijk weten te vinden voor consultatie.

In vergelijking met de bovenstaande twee opties zijn voor deze bekostigingswijze de administratieve lasten, voornamelijk rondom inkoop, hoger voor de betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars (zie

ook paragraaf 3.6.5). Een bijkomend nadeel is dat, voornamelijk voor de NZa maar ook voor gecontracteerd zorgaanbieders, verschillende bekostigingssystematieken binnen de curatieve (geneeskundige ggz) een kostprijsonderzoek ingewikkelder maken.

Conclusie bekostigingswijze

Zoals aangegeven in paragraaf 2.2.1. is het oordeel van ZN, deNLggz en VNG dat lumpsum bekostiging met vrij tarief en contractvereiste het gesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder beter faciliteert en de transparantie ten goede komt. Bij deze vorm van bekostiging kan alle zorg in één keer in rekening gebracht worden per periode. Dit in tegenstelling tot de meer gebruikelijke prestatie die per zorglevering aan een patiënt (of diens verzekeraar) in rekening wordt gebracht. Wel geeft lumpsum bekostiging spanningen als geconstateerd in hoofdstuk 2.4 op het gebied van het eigen risico, de verwijzing, de zorgplicht en de individuele inkoop door een zorgverzekeraar. De lumpsum bekostiging staat qua kenmerken daarmee enigszins op gespannen voet met de Wmg en de Zvw. Dit vanwege het feit dat bij de lumpsum niet gedeclareerd wordt met 'naam en rugnummer' van de verzekerde, terwijl met name de Zvw in haar verplichtingen uitgaat van een individuele verzekerde. Een bekostiging op 'naam en rugnummer' past veel beter in het huidige stelsel van individueel concurrerende zorgverzekeraars met individuele verzekeringen met een individuele aanspraak. Dit sluit echter, als gezegd, niet aan op de aard en inhoud van de consultatiefunctie ggz. In dit traject is geconstateerd dat een prestatie per zorglevering aan een cliënt niet haalbaar is omdat anonieme consultatie ook tot de mogelijkheden moet behoren. Vanwege deze randvoorwaarde zien wij lumpsum bekostiging (bekostigingsvariant 3 in dit hoofdstuk) verder als gegeven.

3.2.2 Tariefsoorten

Het ministerie heeft de NZa gevraagd waarom een vrij tarief passender is dan een maximumtarief. Voor de beantwoording van de vraag van het ministerie gaan we hierna in op de verschillende tariefsoorten die mogelijk zijn bij een lumpsum bekostiging.

De Wmg kent een vijftal verschillende tariefsoorten: vrij tarief, vast tarief, maximumtarief, minimumtarief en bandbreedtetarief. Onder een vrij tarief wordt verstaan een tarief dat niet door de NZa hoeft te worden goedgekeurd of vastgesteld. Een vast tarief is een tarief waarvan niet mag worden afgeweken. Bij een maximumtarief is een bedrag dat ten hoogste als tarief in rekening mag worden gebracht. Een minimumtarief is een bedrag dat tenminste als tarief in rekening dient te worden gebracht. Een bandbreedtetarief is tenslotte een tarief dat ligt tussen of gelijk is aan het bedrag dat tenminste en het bedrag dat ten hoogste als tarief in rekening mag worden gebracht. Een minimumtarief en een bandbreedtetarief zijn hier als opties niet relevant omdat deze tariefsoorten voor marktomstandigheden bestemd zijn die zich hier niet voordoen. Om deze reden laten we deze twee tariefsoorten verder buiten beschouwing.

Als we breder kijken naar de mogelijkheden binnen de kaders van de Wmg voor de tariefsoort bij een lumpsum bekostigingswijze, zien wij drie opties:

1. Individueel vast tarief per aanbieder;
2. Landelijk maximumtarief per aanbieder;
3. Vrij tarief.

1. Individueel vast tarief per aanbieder

Ten eerste is het mogelijk een individueel vast tarief per zorgaanbieder vast te stellen. In zo'n geval brengt de zorgaanbieder bijvoorbeeld een vast tarief van €25.000 per maand in rekening bij de zorgverzekeraar voor het leveren van de consultatiefunctie in zijn regio voor die betreffende maand. Het tarief kan per zorgaanbieder verschillen. Als een individueel vast tarief per zorgaanbieder moet worden

vastgesteld (zonder onderliggende budgetbekostiging), dan moet dit tarief op een of andere wijze gekoppeld worden aan het aantal consultaties, de tijd per consultatie en het beroep dat de consultatie uitvoert. In de praktijk wordt een individueel vast tarief per zorgaanbieder alleen toegepast in combinatie met een budgetbekostiging. De echte onderhandelingen zitten dan rondom de vaststelling van het budget. Het (individuele vaste) tarief voor die zorgaanbieder fungeert dan als budget dat (deels) gevuld wordt met inkomsten uit de zorgverlening (al dan niet via prestaties per patiënt). Dergelijke modellen zijn van toepassing in bijvoorbeeld de ambulancezorg en de acute ggz, met een substantiële rol voor de NZa en met forse administratieve lasten voor zorgaanbieders en verzekeraars. In een recente uitspraak over de acute ggz heeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) daarbij geconcludeerd dat ook in het geval van een budget, de NZa moet kunnen motiveren dat dit budget redelijkerwijs kostendekkend is. Dit vergt een dusdanig grote administratieve last voor zowel zorgaanbieder, verzekeraar als de NZa dat wij concluderen dat een dergelijk model voor de huidige casus geen meerwaarde heeft.

2. Landelijk maximumtarief per aanbieder

Ten tweede zou op basis van de Wmg een landelijk maximumtarief vastgesteld kunnen worden voor de lumpsum prestatie. In dit geval brengt iedere zorgaanbieder hetzelfde maximumtarief van bijvoorbeeld €25.000 per maand in rekening bij de zorgverzekeraar voor het leveren van de consultatiefunctie in zijn regio voor die betreffende maand. Het vaststellen van een landelijk maximumtarief per lumpsum prestatie is naar de mening van de NZa op dit moment niet mogelijk. Er bestaat geen uniform (kwaliteits)kader dat inzicht geeft in hoe de consultatie regionaal moet worden ingericht. De wijze waarop de consultatie tussen de verschillende regio's wordt georganiseerd zal wisselen. Ook geldt bij deze optie dat het aantal consultaties waarschijnlijk per regio, en dus per zorgaanbieder uiteen zal lopen en vooraf moeilijk vast te stellen is. De verschillen in kosten die een zorgaanbieder vervolgens maakt voor het organiseren van de consultatiefunctie kunnen gelet op het voorgaande groot zijn. Doordat de kosten verschillen groot zijn is het voor de NZa niet mogelijk hier (juridisch houdbaar) één landelijk tarief voor vast te stellen.

3. Vrij tarief

Tenslotte kan gekozen worden voor een vrij tarief. Een vrij tarief geeft de ruimte voor regionaal maatwerk waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke kenmerken van een aanbieder en de regionale organisatie. De NZa verwacht dat het mogelijk is een contractvereiste als voorwaarde te stellen aan het in rekening brengen van deze lumpsum bekostiging met vrij tarief. Een contractvereiste is om meerdere redenen gewenst. Ten eerste zodat maatwerkafspraken tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de prestatie-inhoud (mogelijk) worden gemaakt. Daarnaast bestaat het risico dat bij een vrij tarief zonder contractvereiste de betaalbaarheid van deze zorg in gevaar komt. Bovendien komt de keuzevrijheid van een verzekerde niet in het gedrang, aangezien een verzekerde de consultatiefunctie niet afneemt. De verzekerde wordt dus niet gehinderd in de keuze voor een aanbieder. Een ggz zorgverlener die geen contract heeft maar wel geconsulteerd wordt door het sociaal domein bestaat heeft geen bekostigingsmogelijkheid meer, omdat de systematiek van kostprijsonderzoeken op termijn tot gevolg heeft dat de kosten gemoeid met consultatie door het sociaal domein uit de reguliere tarieven zullen verdwijnen. De NZa verwacht niet dat het vereiste van een contract als onevenredig bezwarend voor de zorgverlener zal worden gezien. Hierbij moet wel geaccepteerd en vermeld worden dat het contractvereiste wel een negatief effect zal hebben op de bereidheid van een (niet gecontracteerde) ggz-professional om het sociaal domein van advies te voorzien.

Conclusie tariefsoort

De belangrijkste vraag die u ons inziens stelt is of wij verwachten dat de consultatiefunctie ggz tot stand komt met een lumpsum bekostiging met vrij tarief. Primair concluderen wij dat lumpsum bekostiging met

vrij tarief en contractvoorwaarde bezien vanuit zorgperspectief de enige reële optie is, maar dat een dergelijke vormgeving wel lastiger in de Zvw-systematiek is in te passen. Lumpsum bekostiging met vrij tarief en contractvoorwaarde een bekostigingsalternatief is die op een relatief eenvoudige wijze oplossing kan bieden aan de huidige problemen ten aanzien van consultatie en biedt de mogelijkheid tot regionale maatwerkafspraken te komen. Hierbij kan rekening worden gehouden met de specifieke kenmerken van een aanbieder en de regionale organisatie. Wel geeft het de zorgaanbieders en zorgverzekeraar (marktleider) de uitdaging om tot reële tariefafspraken te komen. Een generiek inkoopkader kan hierin richting geven en het mogelijk maken offertes te vergelijken. Verder is een contractvereiste is gewenst zodat maatwerkafspraken tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de prestatie-inhoud (mogelijk) worden gemaakt en om de betaalbaarheid van de zorg niet in gevaar te laten komen. De NZa verwacht niet dat het vereiste van een contract als onevenredig bezwarend voor de zorgverlener kan worden gezien.

3.3 Transparantie

De transparantie over de wijze waarop de consultatiefunctie in rekening wordt gebracht, wordt groter met een lumpsum bekostiging dan dat dit het geval is in de huidige situatie waarin het leveren van de consultatie geacht wordt te zijn verdisconteerd in de reguliere prestaties en tarieven (door dat de NZa in een kostenonderzoek in principe alle kosten voor Zvw meeneemt).

De transparantie over de wijze waarop de activiteiten of diensten ten behoeve van de consultatiefunctie ggz wordt geleverd en in rekening wordt gebracht, is met een bekostiging via een aparte prestatie (ad 2 en 3 in paragraaf 3.2.1) voldoende geborgd. De bekostiging van consultatie is op dit moment niet transparant omdat deze verdisconteerd zit in de tarieven van de cliënten waarvoor ggz-consulten worden gedeclareerd. Voor zorgverzekeraars wordt die transparantie groter nu zij rechtstreeks met het sociaal domein afspraken maken. Bij het invoeren van een betaaltitel voor de consultatiefunctie kunnen zorgverzekeraars hiermee aantonen dat de consultatiefunctie is ingekocht. Zorgaanbieders zien expliciet dat zij bekostigd worden voor het uitvoeren van de consultatiefunctie. Voor deelnemende zorgprofessionals en cliënten waarvoor consultatie plaatsvindt, is de transparantie niet anders dan in de reguliere situatie zonder aparte declareerbare prestatie. Aangezien de betaaltitel niet op naam van de verzekerde wordt ingediend, verschijnt het niet op zorgoverzicht van de verzekerde, bijvoorbeeld in de 'mijnomgeving'.

3.4 Marktontwikkeling

Het ministerie heeft de NZa gevraagd naar de te verwachten ontwikkelingen in de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt in relatie tot de consultatiefunctie. Onderstaand wordt ingegaan op het gedrag van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt en het gedrag van zorgaanbieders op de zorgverleningsmarkt. De volgende vragen worden beantwoord:

- Het gedrag van zorgaanbieders op de zorgverleningsmarkt:
 - Hoe ziet het aanbod eruit wanneer de ggz geconsulteerd wordt door een professional vanuit het sociaal domein?
 - Wat zijn de toetredingsmogelijkheden tot de markt voor (andere) zorgaanbieders na introductie van een prestatie consultatiefunctie met vrij tarief?
- Het gedrag van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt: Is er voldoende dynamiek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zodat er een reëel en aanvaardbaar tarief afgesproken kan worden?

3.4.1 Invloed op marktaanbod

Zorgverzekeraars zijn van plan per regio een beperkt aantal zorgaanbieders te vragen om de consultatiefunctie uit te voeren. Gedacht wordt aan twee zorgaanbieders per regio omdat het dan mogelijk is tot een complementaire, brede expertise te komen. Een voorbeeld hiervan is dat één van de twee zorgaanbieders gespecialiseerd is in verslavingszorg. Anderzijds is een beperkt aantal zorgaanbieders overzichtelijk voor gemeenten die gebruik gaan maken van de consultatie.

3.4.2 Toetreding zorgaanbieders

Na introductie van de prestatie consultatiefunctie ggz met vrij tarief is het mogelijk voor zorgaanbieders om toe te treden tot de markt. Dit verloopt zoals eerder beschreven via de zorgverzekeraar die marktleider is in de betreffende regio. De toetreding van een zorgaanbieder in de contracteringsfase kent daarmee een drempel, aangezien zorgaanbieders benaderd worden door een zorgverzekeraar (marktleider) en daarnaast omdat zorgaanbieders gezamenlijk een plan en offerte op dienen te stellen.

Toetreding tot de 'markt' voor consultatie voor nieuwe of kleinere zorgaanbieders zal in de praktijk een hoge toetredingsdrempel kennen. Allereerst omdat een contractvoorwaarde gaat gelden voor de betaaltitel. Deze voorwaarde maakt het onmogelijk voor andere zorgaanbieders de consultatiefunctie in rekening te brengen zonder een contract met de zorgverzekeraar daarvoor te hebben. Zorginhoudelijk mogen ze de consultatiefunctie aan het sociaal domein wel leveren alleen kunnen ze daar niets voor in rekening brengen. Hierdoor is de verwachting dat deze aanbieders de consultatie niet of minder gaan uitvoeren. Kleine zorgaanbieders zijn op voorhand niet uitgesloten van het krijgen van een contract, hoewel de verwachting is dat deze aanbieders niet de eerst zijn die de zorgverzekeraar gaat vragen.

Als de NZa een prestatiebeschrijving vast stelt voor de consultatiefunctie ggz staat deze prestatiebeschrijving open voor alle zorgaanbieders die daarvoor een contract afsluiten met de marktleider. De waarschijnlijkheid van toetreding is afhankelijk van de 'ruimte' die de markt biedt.

3.4.3 Dynamiek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Naar aanleiding van de constatering dat toetreding tot de markt een hoge(re) toetredingsdrempel kent, roept dit ook de vraag op of een reëel (en aanvaardbaar) tarief tot stand gaat komen? U stelt hierover de volgende vraag: *'Is er voldoende dynamiek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zodat er een reëel en aanvaardbaar tarief afgesproken kan worden?'*

Wij zien een risico dat zorgaanbieders en de verzekeraar niet tot afspraken kunnen komen over de hoogte van het prijs voor de consultatiefunctie. Dit risico baseren wij op onze ervaringen uit de acute ggz waarin, net als bij de consultatiefunctie, in het eerste jaar aan zorgaanbieders werd gevraagd een offerte op te leveren. Deze offertes toonden grote variatie tussen zorgaanbieders, zonder dat dit kon worden verklaard vanuit organisatorische verschillen. Ook bij de consultatiefunctie voorzien wij het risico dat de plannen die de zorgaanbieders maken en de daarbij behorende offertes grote variatie gaan vertonen, mede door het ontbreken van een (kwaliteits)kader. Zeker bij de start zal het lastig zijn om vast te stellen hoeveel consultaties er uitgevoerd gaan worden in een jaar en hoeveel tijd er per consultatie nodig is. Zorgaanbieders zullen verschillende aannames en uitgangspunten gaan hanteren bij het opstellen van het plan. Het volgebeleid dat verzekeraars hanteren versterkt mogelijk het risico. Bij volgebeleid bestaat de behoefte van verzekeraars om dezelfde uitgangspunten te hanteren in de inkoop. Het vaststellen van een uniform kader van uitgangspunten (inkoopkader) vermindert dit risico.

Wij adviseren ZN en deNLggz dan ook van te voren de zorgaanbieders en zorgverzekeraars handvatten mee te geven voor het opstellen van het plan en de offerte. Op basis van bovenstaande verwacht de NZa dat in de praktijk de (inkoop)gesprekken tussen zorgaanbieders en verzekeraars voldoende tot stand zullen komen. Met andere woorden, zij weten elkaar te vinden. Ondanks de verwachting dat de dynamiek voldoende aanwezig is tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, hoeft dit niet automatisch te leiden tot consensus over een reëel en aanvaardbaar tarief. We adviseren daarom in de verdere implementatie duidelijk zorginkoopbeleid te ontwikkelen aangevuld met een richtlijn voor het beoordelen van offertes, op basis waarvan vergelijking van offertes mogelijk wordt.

3.4.4 Zorginhoudelijk

Naast een inkoopkader lijkt ons een zorginhoudelijk kader voor sociaal domein en zorgaanbieder ook noodzakelijk. Wanneer moet er doorverwezen worden naar de ggz voor behandeling? Wanneer begint de behandelrelatie als het om een niet anonieme cliënt gaat? Kan de ggz-professional vragen aan het sociaal domein om de anonimiteit van de cliënt op te heffen? En wat mag/moet daarop het antwoord zijn van het sociaal domein? Dat partijen hebben geconstateerd dat de ggz-professional ook op huisbezoek kan gaan bij de cliënt in het sociaal domein, onderschrijft de noodzaak voor een duidelijke(re) grens tussen consultatie in het sociaal domein en behandeling in de ggz. Het is aan zorgaanbieders en het sociaal domein, in afstemming met zorgverzekeraars, dit kader vorm te geven.

3.5 Macrobudgettair effect

Aan de NZa is gevraagd of inzicht kan worden gegeven in de verwachte macrobudgettaire consequenties en of inzicht ten aanzien van de kosten (op macroniveau) mogelijk is en blijft. Daarnaast vraagt het ministerie: *‘Wat zijn de geschatte kosten van het leveren van deze diensten? Wat is de geraamde opbrengst? Onder welk kader vallen de kosten en opbrengsten?’*.

Op dit moment vindt ook – zij het in mindere mate – consultatie plaats tussen sociaal domein en de ggz. Zonder dat er een (expliciete) betaaltitel voor is. De overgang naar de nieuwe situatie leidt naar verwachting van de NZa tot een beperkte toename van het macrobudget (ggz-kader), doordat deze reeds bestaande uitgaven van de zorgverzekeraars zichtbaar worden als Zvw-uitgaven. Indien een aparte prestatiebeschrijving voor de consultatiefunctie wordt vastgesteld, is inzicht van de kosten in de toekomst mogelijk. De verwachte beperkte toename van het macrobudgettaire kader hangt samen met de betere vindbaarheid van de consultatiemogelijkheid en verbetering van de domeinoverstijgende samenwerking. Mogelijke opbrengsten vallen in hetzelfde macrobudgettaire kader. Het doel van de consultatiefunctie is dat het bijdraagt aan geïndiceerde en zorggerelateerde preventie: het is gericht op het voorkomen van zorg of het voorkomen van zwaardere zorg. Een goed werkende consultatiefunctie zal daarmee zorgen voor minder instroom in de curatieve ggz. Het is vooralsnog niet mogelijk dit uit te drukken in een geraamde opbrengst. Ondanks dat we momenteel niet kunnen vaststellen wat de geschatte kosten zijn, deelt de NZa de opvatting van partijen dat het een zeer klein percentage betreft van het totale ggz-kader.

3.6 Uitvoeringsconsequenties en risico's

De NZa is gevraagd wat de (uitvoerings)consequenties voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van administratieve lasten, inkoop en verantwoording. Daarnaast is de NZa gevraagd of er risico's bestaan voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders (en cliënten) en welke dit zijn. Het ministerie wil daarbij inzicht in de maatregelen die ten aanzien van de risico's getroffen kunnen worden.

Onderstaand gaan we allereerst in algemene zin in op de toezichts- en reguleringsaspecten die voortvloeien uit de Zvw en Wmg en van toepassing zijn op de consultatiefunctie ggz. Dit betreft zowel het toezicht op zorgaanbieders als het toezicht op zorgverzekeraars (paragrafen 3.6.1 en 3.6.2). Vervolgens komen de uitvoeringsconsequenties aan de orde die antwoord geven op de vragen van het ministerie (paragrafen 3.6.3 t/m 3.6.5).

3.6.1 Toezicht op zorgaanbieders

De NZa houdt op verschillende manieren toezicht op zorgaanbieders. Een belangrijk thema hierin is goed bestuur en professionele bedrijfsvoering.

Goed bestuur en professionele bedrijfsvoering

Goed bestuur en professionele bedrijfsvoering zijn voorwaarden om passende zorg te kunnen bieden aan patiënten en cliënten. Daarom hebben Inspectie Gezondheidszorg (IGJ) en NZa in 2016 samen het kader Goed Bestuur uitgebracht. Het ondersteunen van zorg is in het geval van de consultatiefunctie ook zorg. De NZa ziet erop toe dat geleverde zorg goed wordt geregistreerd en gedeclareerd en dat zorgaanbieders hun financiële bedrijfsvoering op orde hebben en daarover verantwoording afleggen. We monitoren onder andere of het ZPM leidt tot onder meer transparantie en betere verdeling en besteding van zorggelden.

Uitgangspunt voor de NZa bij het vormgeven van toezicht op nieuwe terreinen, zoals bij de consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein, is dat zoveel als mogelijk vanuit het toezicht een bijdrage geleverd wordt aan de toegevoegde waarde die de onder toezicht staande zorgaanbieders kunnen leveren aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van passende zorg. Nieuwe ontwikkelingen waarvan we als maatschappij veel verwachten moeten de ruimte krijgen om hun potentie te realiseren. Hier kan wel een spanningsveld liggen met het bewaken van de rechtmatigheid van zorgdeclaraties, de administratieve last en eventueel ongewenst gedrag van aanbieders. Toezicht moet vanzelfsprekend oog hebben voor het streng bewaken van rechtmatigheid, maar moet tegelijkertijd (waar mogelijk) meedenken met partijen zodat deze partijen zo optimaal mogelijk de betreffende toegevoegde waarde te kunnen leveren.

3.6.2 Toezicht op zorgverzekeraars

De NZa houdt op verschillende wijzen toezicht op zorgverzekeraars. In het algemeen betreft dit de volgende twee thema's:

Verantwoording en risicoverevening

Op grond van de Zvw leggen zorgverzekeraars verantwoording af over hun Zvw-schadelast, en verschaffen ze informatie die nodig is voor het systeem van risicoverevening. Voor de risicoverevening moet er een declaratietitel zijn, en de betreffende prestatie moet geoormerkt zijn als verzekerde zorg.

Zorgplicht

De wettelijke zorgplicht van zorgverzekeraars (artikel 11 Zvw).

Deze thema's vormen het kader voor het beoordelen van een aantal van de uitvoeringsconsequenties van de consultatiefunctie ggz voor toezicht op de zorgverzekeraars (paragraaf 3.6.3).

3.6.3 Uitvoeringsconsequenties toezicht

Met de duiding door het ZIN dat de consultatiefunctie ggz ten laste kan komen van de Zvw wordt ook expliciet gemaakt dat de zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraars voor deze activiteiten onder het toezicht van de NZa vallen. Toezichtaspecten die voortvloeien uit de Zvw en Wmg zijn hierop van toepassing. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars krijgen op drie thema's te maken met toezicht:

- a. Goed bestuur en professionele bedrijfsvoering zorgaanbieders;
- b. Verantwoording en risicoverevening;
- c. Zorgplicht.

a. Goed bestuur en professionele bedrijfsvoering zorgaanbieders

Goed bestuur en professionele bedrijfsvoering in de zorg zijn voorwaarden voor passende zorg. De NZa ziet erop toe dat geleverde zorg goed wordt geregistreerd en gedeclareerd en dat zorgaanbieders hun financiële bedrijfsvoering op orde hebben en daarover verantwoording afleggen. Waar nodig sturen we bij door het toezicht houden op en indien nodig interveniëren richting zorgaanbieders bij onjuistheden.

Wanneer er een aparte lumpsum prestatie voor de prestatie consultatiefunctie ggz wordt ingevoerd zien we vanuit dit thema een consequentie en dus aandachtspunt voor ons toezicht. De prestatie consultatiefunctie ggz wordt los van individuele verzekerden gedeclareerd door zorgaanbieders bij zorgverzekeraars. Hierdoor zijn controlerende instanties, de zorgverzekeraars en de NZa, beperkt in de controlemogelijkheden op de rechtmatigheid. Declaraties zijn niet direct herleidbaar naar een verzekerde, waardoor er op het moment van declareren geen zicht is of de gedeclareerde zorg overeenkomt met de daadwerkelijk geleverde zorg (de consultatie).

Dit is echter deels te ondervangen doordat uitsluitend gecontracteerde zorgaanbieders de consultatiefunctie mogen declareren. De gecontracteerde zorgaanbieders verantwoorden de uitgevoerde activiteiten en de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de verleende lumpsum vergoeding. Dit doen zorgaanbieders door te verantwoorden hoeveel van de in het plan omschreven activiteiten uiteindelijk ook zijn uitgevoerd en in welke vorm. Goede afspraken en eisen over de wijze van controle en verantwoording gedurende het contracteerproces (zoals een door zorgverzekeraars opgesteld controleplan) zijn dus van belang. De NZa ziet dan ook op het gebied van controle en verantwoording van de consultatiefunctie ggz een belangrijke rol voor de zorgverzekeraars. Om te borgen dat alle zorgverzekeraars goede en uniforme afspraken maken met zorgaanbieders, pleiten wij voor eenduidige kaders op het gebied van zowel inkoopbeleid als controle en verantwoording van de consultatiefunctie ggz.

b. Verantwoording en risicoverevening

Voor de risicoverevening moet er in eerste instantie aan twee voorwaarden worden voldaan. Er moet een declaratietitel zijn, en de betreffende prestatie moet geoormerkt zijn als verzekerde zorg. Aan deze beide basisvoorwaarden zal bij invoering zijn voldaan.

Indien de prestatie met een lumpsum bekostiging in rekening wordt gebracht, kunnen de kosten niet direct in de risicoverevening ten laste van specifieke verzekerden worden gebracht. Hiervoor is een verdeelsleutel nodig. Het Zorginstituut (ZIN) oordeelt dat op dit moment geen logische verdeelsleutel is vast te stellen. In feite is de consultatiefunctie mede bedoeld om ggz-zorg te voorkomen en is het daarmee niet wenselijk de kosten van de consultatiefunctie te verdelen over ggz-cliënten. Tegelijkertijd is het ook onlogisch om deze kosten over mensen te verdelen die geen ggz-kosten hebben. Dit is een dusdanig groot deel van de verzekerden, dat met zekerheid kan worden vastgesteld dat voor de meesten van hen geen beroep gedaan zal worden op de consultatiefunctie.

Een logische verdeelsleutel is alleen mogelijk wanneer wordt geregistreerd om welke patiënten het gaat. Na vaststelling van de NZa-regelgeving omtrent onder meer prestatie en tariefsoort, zal het ZIN bepalen hoe de inzet van de consultatiefunctie door zorgverzekeraars moet worden verantwoord en ingebracht in de risicoverevening. Dit wordt vastgelegd in het Handboek Informatie Zorgverzekeringwet en de Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringwet en Wet langdurige zorg. Tijdens dit traject van het ontwikkelen en vaststellen van regelgeving zal nader onderzocht worden of een logische verdeelsleutel alsnog vast te stellen is, bijvoorbeeld op basis van de informatieverplichting. Uitvoerbaarheid zal daarbij een criterium zijn.

c. Zorgplicht

Zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht. Dat betekent dat zij voldoende zorg uit het basispakket moeten inkopen voor naturaverzekerden. Het doel van die zorgplicht is dat iedereen in Nederland tijdig toegang heeft tot zorg uit de basisverzekering. En dat die zorg bovendien goed bereikbaar is en van goede kwaliteit. De NZa houdt er toezicht op dat zorgverzekeraars aan deze zorgplicht voldoen. De normen voor de zorgplicht zijn vastgelegd in de Beleidsregel toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025). Deze beleidsregel is verder geconcretiseerd in handvatten voor zorgverzekeraars.

De zorgplicht is in eerste instantie een resultaatsverplichting van de zorgverzekeraar tegenover zijn individuele verzekerde. Met resultaatsverplichting wordt bedoeld dat er een contractuele verplichting bestaat om het aangeboden product of dienst ook daadwerkelijk te realiseren (resultaat). Wat die verplichting precies inhoudt is afhankelijk van de manier waarop verzekerde prestaties worden aangeboden:

- Een zorgverzekeraar die een zorgverzekering aanbiedt en uitvoert met prestaties in natura is gehouden zijn individuele verzekerden de zorg te leveren waar zij recht op hebben en behoefte aan hebben. Doet de zorgverzekeraar dat niet, dan schendt hij zijn zorgplicht.
- Een zorgverzekeraar die een zorgverzekering aanbiedt en uitvoert met prestaties in restitutie is gehouden de kosten van de zorg aan elk van zijn individuele verzekerden te vergoeden. De zorgverzekeraar kan worden aangesproken op het geleverde resultaat: de vergoeding van kosten van zorg. Verder heeft de zorgverzekeraar bij het bemiddelen naar zorg een inspanningsverplichting. Hier kan een zorgverzekeraar niet worden aangesproken op het resultaat, maar op de inspanning die hij heeft geleverd om de zorg of dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft te behalen.

De consultatiefunctie ggz heeft betrekking op Zvw-zorg en valt daarmee onder de zorgplicht. Dat betekent dat zorgverzekeraars deze zorg voldoende moeten inkopen (bij een naturapolis) of vergoeden (bij een restitutiepolic), zodat voor iedere verzekerde waarbij dat nodig is de professional uit het sociaal domein de ggz-professional kan consulteren. Het is niet de vraag óf zorgverzekeraars het gaan inkopen, aangezien het de plicht is van zorgverzekeraars deze in te kopen of te vergoeden. Het is aan de betrokken partijen (zorgverzekeraar en zorgaanbieder) om in te vullen wat 'tijdig' is, maar onwenselijk is wanneer een cliënt in het sociaal domein lang moet wachten totdat de consultatie heeft plaatsgevonden. Uitgangspunt hierbij is het hoofdlijnenakkoord dat stelt dat cliënten zo snel mogelijk begeleiding of behandeling moeten kunnen krijgen. De reisafstand is bij de consultatiefunctie minder relevant. Of een zorgverzekeraar voldoende zorg heeft ingekocht dan wel vergoed is moeilijker vast te stellen wanneer geen verzekerde bekend is die niet of niet tijdig de benodigde zorg heeft ontvangen.

3.6.4 Eigen risico

Het ministerie acht het niet mogelijk om het verplicht eigen risico te laten gelden voor deze prestatiebeschrijvingen omdat het bij de consultatie niet gaat om tot het individu te herleiden collegiaal advies en daarom niet direct in rekening kan worden gebracht bij de verzekerde. De NZa wordt gevraagd of het de conclusie deelt dat de declaraties buiten het systeem van eigen risico zullen blijven.

Het eigen risico geldt voor bijna alle zorg die valt onder de Zvw. Enkele vormen van zorg zijn echter uitgesloten van het eigen risico (artikel 2.17 Besluit zorgverzekering). Op dit moment gaat het om de volgende zorg: zorg voor kinderen tot 18 jaar, behandelingen door de huisarts, verloskundige zorg en kraamzorg, ketenzorg, wijkverpleging, zorg die direct verband houdt met orgaandonatie bij leven, reiskosten van een donor bij orgaandonatie, gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) en stoppen-met-roken programma. De consultatiefunctie staat nu niet bij de vormen van zorg die zijn uitgesloten van het eigen risico zoals geformuleerd in artikel 2.17 Besluit zorgverzekering. De NZa adviseert VWS daarom te overwegen het besluit hierop aan te passen, al dan niet door een generieke uitzondering te creëren voor de toepassing van het eigen risico bij lumpsum bekostiging – mede in het licht van toekomstige ontwikkelingen. Een andere overweging is de mogelijkheid te onderzoeken waarbij verzekeraars de consultatiefunctie uitsluiten van het eigen risico via de modelovereenkomst.

Als gevolg van de lumpsum bekostigingssystematiek is het niet mogelijk om de consultatiefunctie ten laste van het eigen risico te laten komen. De zorgverzekeraar heeft geen inzicht welke van zijn verzekerden 'gebruik' heeft gemaakt van de consultatiefunctie. Declaraties zullen bij lumpsum bekostiging vanzelf buiten het systeem van eigen risico blijven. De NZa deelt de conclusie van VWS en de andere betrokken partijen dat de declaraties buiten het systeem van het eigen risico zouden moeten blijven.

3.6.5 Administratieve lasten

Waar de wijze van organiseren van de consultatiefunctie ggz door middel van lumpsum bekostiging met vrij tarief en contractvoorwaarde voordelen biedt voor cliënten, uitvoerende zorgaanbieder en sociaal domein, is het voor de NZa en zorgverzekeraars moeilijk te controleren. Indien een prestatiebeschrijving met een hoog abstractieniveau wordt vastgesteld, zoals hier het geval gaat zijn, zijn de controlemogelijkheden beperkt. Ondanks een gebrek aan controlemogelijkheden zal altijd behoefte zijn aan een zekere mate van zekerheid dat de uitgaven doelmatig en rechtmatig zijn. Bij een verdere uitwerking van bijvoorbeeld de informatieverplichtingen en de controle en verantwoordingseisen zal de balans gezocht moeten worden op het gebied van zekerheden en administratieve lasten.

Zoals aangegeven is de consultatiefunctie onderdeel van de reikwijdte van de beleidsregel voor de geneeskundige ggz, worden de daarbij horende registratie-, informatie en declaratieverplichtingen in principe ook van toepassing. Gezien de aard van de consultatiefunctie waarbij een groot deel van de in de regeling beschreven reguliere informatie-elementen overbodig of niet van toepassing lijken te zijn, is het advies een aparte informatieverplichting op te leggen (bijv. aantal consultaties door het sociaal domein, duur consultaties, aanvangstijdstip, gegevens over de ggz-professional, gegevens over de professional sociaal domein).

In vergelijking met de huidige situatie (geen/zeer beperkte consultatie ggz) neemt de administratieve belasting voor zorgaanbieder en zorgverzekeraar logischerwijs toe. Echter op dit moment worden de zorginhoudelijke doelstellingen niet bereikt. Dit maakt een toename van administratieve lasten volgens ons proportioneel. Voornamelijk rondom de inkoop verwachten wij hogere administratieve lasten voor de betrokken zorgaanbieder. Uitgaande van een aparte informatieverplichting, verwachten wij in de uitvoering van de consultatie door de zorgaanbieder ook een beperkte toename van administratieve

lasten. Ten aanzien van zorgverzekeraars schatten wij in dat bij congruent handelen tussen zorgverzekeraars op basis van volgreid, hetgeen het voornemen is, er sprake is van een geringe toename aan administratieve lasten.

3.7 Frauderisico en handhaving

De NZa is gevraagd in te gaan op eventuele frauderisico's bij de introductie van de bekostigingssystematiek van de consultatiefunctie ggz. In paragraaf 3.6.3 is beschreven dat controlerende instanties zoals de zorgverzekeraars en de NZa beperkt worden in het controleren van de rechtmatigheid van declaraties. Reden hiervoor is dat het declareren van de prestatie consultatiefunctie ggz, een lumpsum bekostigingswijze betreft en niet terug te voeren is naar een individuele verzekerde. Vanuit deze beperking komen enkele (nieuwe) risico's op fouten en fraude voort:

- De lumpsum bekostiging kent het risico dat de vergoeding voor de consultatiefunctie ook door zorgaanbieders gebruikt wordt *voor andere activiteiten* dan consultatie. Meer specifiek activiteiten in het kader van bemoeizorg of algemene kennisoverdracht.
- De lumpsum bekostiging kent het risico dat de vergoeding voor de consultatiefunctie ook door zorgaanbieders wordt gebruikt voor consultaties *voor andere cliënten* die niet onder de reikwijdte vallen, zoals minderjarigen of onverzekerden.

Zoals eerder vermeld worden deze risico's deels ondervangen doordat uitsluitend gecontracteerde zorgaanbieders de consultatiefunctie mogen declareren. De gecontracteerde zorgaanbieders verantwoorden de uitgevoerde activiteiten en de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de verleende lumpsum vergoeding. Dit doen zorgaanbieders door te verantwoorden hoeveel van de in het plan omschreven activiteiten uiteindelijk ook zijn uitgevoerd en in welke vorm. De controle hierop ligt in eerste instantie bij de zorgverzekeraar. Zij zullen moeten vastleggen hoe zij invulling geven aan de controle op de rechtmatigheid en passendheid.

3.8 Implementatietermijn

De adviesaanvraag gaat uit van implementatie van de consultatiefunctie per 1 januari 2024. Om dit te realiseren is het noodzakelijk dat aan het volgende tijdpad wordt voldaan:

1	Randvoorwaarden realiseren	VWS / ZN / deNLggz	Uiterlijk 1 mei 2023
2	Prestatiebeschrijving ontwikkelen	NZa	Uiterlijk 1 juni 2023
3	Besluit Ministerie van VWS op basis van uitvoeringstoets	VWS	Uiterlijk 1 juni 2023
4	Aanwijzing van Minister van VWS aan de NZa	VWS	Uiterlijk 1 juni 2023
5	Vaststelling van NZa-regelgeving	NZa	Uiterlijk 1 juli 2023
6	Publicatie zorginkoopleidraad door ZN en deNLggz	ZN / deNLggz	Uiterlijk 1 juli 2023
7	Vaststelling van ZIN-regelgeving (Handboek Informatie Zorgverzekeringwet 2024)	ZIN	Uiterlijk 1 okt 2023

4 Conclusies uitvoerbaarheid

4.1 Doelstelling en reikwijdte in vogelvlucht

4.1.1 Doelstelling consultatiefunctie sociaal domein – ggz

In het hoofdlijnenakkoord GGZ 2019-2022 is, naar aanleiding van signalen uit de praktijk, opgenomen dat behoefte is aan de organisatie en bekostiging van de ‘consultatiefunctie sociaal domein – ggz’. Eén van de uitgangspunten in het hoofdlijnenakkoord is dat cliënten zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Onderdeel hiervan is de transitie van gemeenten en zorgverzekeraars naar meer integrale en domeinoverstijgende zorg met regionale afspraken over beleid en financiering. De consultatiefunctie ggz is in lijn met deze transitie en heeft de doelstelling domeinoverstijgende samenwerking te bewerkstelligen tussen het sociaal domein en de geneeskundige ggz, en zwaardere vormen van zorg te voorkomen. De consultatiefunctie ggz (hierna: consultatiefunctie) voorziet erin dat professionals werkzaam in het sociaal domein gemakkelijker professionals in de geneeskundige ggz kunnen consulteren.

De NZa is positief over deze beweging naar domeinoverstijgende zorg door de consultatiefunctie sociaal domein. Voor het sociaal domein wordt het mogelijk om laagdrempelig toegang te krijgen tot de beschikbare kennis en expertise in de ggz. Wij verwachten dat het hiermee mogelijk is de instroom in de ggz te beperken voor die mensen waarvoor ggz zorg (nog) niet nodig is, en tegelijkertijd de mensen waar juist wel ggz zorg voor nodig is, eerder te signaleren. Uitgangspunt voor de NZa bij het vormgeven en oordelen over nieuwe prestaties, zoals bij de consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein, is dat vanuit regulerings- en toezichtsperspectief wordt bijgedragen aan de toegevoegde waarde die nieuwe ontwikkelingen kunnen leveren. Nieuwe ontwikkelingen waarvan we als maatschappij veel verwachten, moeten daarom de ruimte krijgen om hun potentie te realiseren.

4.1.2 Reikwijdte en definitie

Afbakening van de consultatiefunctie is tot stand gekomen op basis van een duiding van het Zorginstituut Nederland (ZIN) in mei 2021. Het ZIN constateerde dat de consultatiefunctie in bepaalde omstandigheden ten laste van de Zvw kan worden gebracht omdat sprake is van geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden (artikel 2.4. Besluit zorgverzekering) dan wel een grote verwevenheid daarmee. In het standpunt oordeelde het ZIN ook dat bemoeizorg niet tot het verzekerde pakket behoort maar onderdeel is van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg onder de Wmo.

In het licht van deze definiëring is de definitie en reikwijdte verder uitgewerkt door partijen, hetgeen neerkomt op:

De ‘consultatiefunctie sociaal domein – ggz’ betreft consultatie van een professional in de geneeskundige ggz door een professional vanuit het sociaal domein. Het gaat om de beschikbaarheid van ggz-expertise ten behoeve van individuele cliënten in het sociaal domein, die niet (meer) bij de ggz in zorg zijn, en waarbij de consultatie niet per definitie hoeft te leiden tot een

(nieuwe) verwijzing naar de ggz. Randvoorwaarden om aanspraak te kunnen maken op de consultatiefunctie is dat cliënt ouder is dan 18 jaar, Zvw verzekerd is, geen sprake is van bemoeizorg en de cliënt niet in behandeling is bij de ggz.

De cliënt is bekend in het sociaal domein, of er vindt verkenning plaats of Wmo-begeleiding passend is (afgegeven beschikking voor Wmo-begeleiding is geen vereiste). Ook als wijkteams contact hebben met een cliënt en zich nog aan het oriënteren zijn op passende zorg, mag gebruik gemaakt worden van de consultatiefunctie. Belangrijke uitgangspunten van de functie zijn dat anonieme consultatie tot de mogelijkheden moet behoren, het niet wenselijk is wanneer aanspraak gedaan wordt op het eigen risico en geen wettelijke verwijzing noodzakelijk is alvorens consultatie kan plaatsvinden.

Betrokken partijen (ZN, VNG en de Nederlandse ggz) hebben hun voorkeur uitgesproken voor een lumpsum bekostiging met een vrij tarief en een contractvereiste. Partijen zijn van mening dat deze variant het gesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder beter faciliteert en het de transparantie ten goede komt. Daarnaast hebben zorgverzekeraars de intentie uitgesproken dat zij regionaal willen inkopen en per regio ongeveer twee zorgaanbidders willen contracteren voor de consultatiefunctie. Verspreiding van de functie over veel zorgaanbidders leidt namelijk tot onduidelijkheid bij gemeenten en tot een beperkt volume per zorgaanbieder. De gecontracteerde zorgaanbidders dienen een gezamenlijk plan in waarin onder andere de doelgroep, de geleverde diensten en de behoefte van de gemeenten wordt omschreven. Zorgverzekeraars hebben de intentie om volgebeleid te hanteren voor de inkoop van de consultatiefunctie ggz, waarbij zij de intentie hebben naar rato bij te dragen aan de totale kosten van het plan. De gecontracteerde zorgaanbidders verantwoordt de uitgevoerde activiteiten en hoe invulling wordt gegeven aan de verleende lumpsum vergoeding.

4.1.3 Conclusies Nza

De belangrijkste vraag van het ministerie is of wij verwachten dat met lumpsum bekostiging met vrij tarief de consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein tot stand komt, en daarmee ook domeinoverstijgende samenwerking.

Bekostigingswijze en tariefsoort

We concluderen dat lumpsum bekostiging met vrij tarief en contractvereiste in dit geval de voorkeur heeft ten opzichte van aansluiting op de reguliere organisatie van de Zvw-systematiek (prestaties op 'naam en rugnummer'). Vanuit zorgperspectief is het de beste bekostigingswijze om de beweging te stimuleren naar domeinoverstijgende samenwerking tussen het sociaal domein en de ggz. Alleen dan kan ook anonieme consultatie, waarbij consultatie plaatsvindt zonder dat de cliënt hiervan op de hoogte is, via een declarabele prestatie worden bekostigd. Bovendien gaat het niet om individueel te herleiden collegiaal advies en wordt de consultatie hiermee niet direct in rekening gebracht bij de verzekerde. De kanttekening die wij hierbij maken is dat vanuit bekostigingsperspectief bezien, de bekostiging van individuele prestaties op 'naam en rugnummer' beter past in het huidige stelsel van individueel concurrerende zorgverzekeraars met individuele verzekerden. De Zvw-systematiek (o.a. het ZPM) is namelijk zo ingericht dat alle zorg wordt toegerekend aan een individuele patiënten, hetgeen hier van toepassing is. Daardoor is de bekostiging van individuele prestaties eenvoudig in te passen in het stelsel en kan het op reguliere wijze worden ingebracht in de risicoverevening. Een groot nadeel van dit alternatief is echter dat bij consultatie geen directe zorg aan de cliënt wordt verleend en deze cliënt niet is ingeschreven bij de ggz-zorgaanbieder.

De NZa concludeert naar aanleiding van bovenstaande dat het zorginhoudelijke perspectief, en daarmee de toegevoegde waarde die deze nieuwe ontwikkeling kan brengen, de voorkeur heeft ten opzichte van aansluiting op de organisatie van de Zvw-systematiek (prestaties op 'naam en

rugnummer'). De lumpsum bekostiging – met vrij tarief en contractvereiste – vormt een bekostiging die op relatief eenvoudige wijze oplossing kan bieden aan de problemen die aanleiding waren voor de behoefte aan de consultatiefunctie. Het biedt een praktische bekostigingswijze die relatief eenvoudig georganiseerd kan worden tussen aanbieder en zorgverzekeraar. Ook concluderen we dat de tariefsoort 'vrij tarief' met contractvereiste de enig reële tariefsoort is die bijdraagt aan de doelstellingen van de consultatiefunctie ggz.

Een contractvereiste is gewenst zodat maatwerkafspraken tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de prestatie-inhoud (mogelijk) worden gemaakt en om de betaalbaarheid van de zorg niet in gevaar te laten komen. De NZa verwacht niet dat het vereiste van een contract als onevenredig bezwarend voor de zorgverlener kan worden gezien.

Transparantie

De NZa oordeelt positief over de mate van transparantie bij de toepassing van de lumpsum bekostiging. In de huidige situatie, waarbij eventuele consultatie verdisconteerd is in de tarieven van de betaaltitels in het Zorgprestatie-model, is geen sprake van transparantie. Bij een lumpsum bekostiging is sprake van transparantie vanuit het perspectief van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zij maken onderling afspraken over de uit te voeren activiteiten en de wijze waarop deze verantwoord dienen te worden. Vanuit het perspectief van de verzekerde is in beide gevallen geen sprake van transparantie, omdat de consultatie niet op naam van de verzekerde wordt ingediend en deze niet op het zorgoverzicht van de verzekerde verschijnt, of omdat deze consultatie anoniem heeft plaatsgevonden.

4.1.4 Aandachtspunten

De keuze voor het vormgeven van de consultatiefunctie middels een lumpsum bekostiging met vrij tarief en contractvereiste heeft op een aantal thema's aandachtspunten. We adviseren partijen met de onderstaande aandachtspunten rekening te houden bij het verdere implementatietraject.

- **Controle en verantwoording**

Cliënten buiten reikwijdte definitie

Een aantal van de in de reikwijdte genoemde kenmerken van de consultatiefunctie kennen risico's als het gaat om de controle en verantwoording. Deze kenmerken zijn onderdeel van de reikwijdte en bepalen in hoeverre de consultatiefunctie van toepassing is. Tegelijkertijd ziet de NZa risico's als het gaat om de controleerbaarheid van deze kenmerken, aangezien een lumpsum bekostiging het onmogelijk maakt de consultatie terug te herleiden naar een individu. Het heeft tot gevolg dat niet gecontroleerd kan worden of een cliënt 18 jaar of ouder is en of het om een verzekerde gaat. Laatstgenoemde wordt echter wel genoemd als randvoorwaarde, maar hieraan kan dus niet voldaan worden. Het risico bestaat dat de vergoeding voor de consultatiefunctie ook door zorgaanbieders wordt gebruikt voor consultaties voor *andere cliënten* die niet onder de reikwijdte vallen, zoals minderjarigen of onverzekerden. We adviseren daarom een duidelijk zorginhoudelijk kader mee te geven aan het sociaal domein en gecontracteerde zorgaanbieders zodat het risico op (onbewuste) inschattingfouten ten aanzien van de reikwijdte beperkt zijn (zie randvoorwaarden). Daarnaast kan in de nog op te stellen informatieverplichting rekening gehouden worden met elementen die de controle hierop vereenvoudigen (zie randvoorwaarden).

Rol zorgverzekeraars

De NZa ziet op het gebied van controle en verantwoording van de consultatiefunctie ggz een belangrijke rol voor de zorgverzekeraars. In paragraaf 3.6 oordelen we dat lumpsum bekostiging resulteert in beperking van controlerende instanties zoals zorgverzekeraars en voornamelijk de

NZa. Declaraties zijn niet terug te herleiden naar individuen waardoor controle op rechtmatigheid wordt bemoeilijkt. Op het moment van declareren is geen inzicht of de gedeclareerde zorg overeenkomt met de daadwerkelijk geleverde zorg (de consultatie). Dit kan slechts gedeeltelijk worden ondervangen. Het is daarom essentieel dat controlemogelijkheden door zorgverzekeraars worden ingebouwd en wordt vastgelegd hoe invulling wordt geven aan de controle of de rechtmatigheid en passendheid, zoals een door zorgverzekeraars opgesteld controleplan. Bijkomend risico ten aanzien van de controlemogelijkheden van de NZa is dat verzekerden geen controle kunnen uitvoeren. Aangezien zij de consultatie niet zullen terugvinden in hun declaratieoverzicht, is het niet mogelijk voor de NZa te varen op signalen van burgers en wordt ook het toezicht op de zorgplicht bemoeilijkt.

- **Risicoverevening**

Het ZIN concludeert dat compensatie vanuit de risicoverevening beperkt mogelijk is, omdat kosten en gebruik niet op individu niveau geregistreerd worden. Bij lumpsum bekostiging kunnen de kosten niet direct in de risicoverevening ten laste van specifieke verzekerden worden gebracht. Hiervoor is een verdeelsleutel nodig, die op basis van het oordeel van het ZIN op dit moment nog niet vast te stellen is. Afhankelijk van de regelgeving (o.a. prestatie – en tariefomschrijving) kan het ZIN in een later stadium bepalen hoe de inzet van de consultatiefunctie door zorgverzekeraars moet worden verantwoord en ingebracht in de risicoverevening. Hierin zal nader onderzocht worden of een logische verdeelsleutel alsnog vast te stellen is, bijvoorbeeld op basis van de informatieverplichting.

- **Geen toepassing van eigen risico**

Bij de consultatiefunctie gaat het niet rechtstreeks om behandeling van een cliënt, maar betreft het een zorginhoudelijk gesprek dat plaatsvindt tussen twee professionals maar die uiteindelijk de wel de cliënt ten goede komt. Bovendien behoort anonieme consultatie tot één van de mogelijkheden. Bij de keuze voor lumpsum bekostiging is het niet mogelijk de consultatiefunctie ten laste van het eigen risico te laten komen. De zorgverzekeraar heeft namelijk geen inzicht welke van zijn verzekerden 'gebruik' heeft gemaakt van de consultatiefunctie. Er zijn in dit geval geen kosten die naar individuen toegerekend kunnen worden, waarmee het buiten het systeem van het eigen risico blijft. De NZa sluit zich aan bij het standpunt van betrokken partijen dat het onwenselijk en, in geval van anonieme consultatie, onmogelijk is om een cliënt te belasten met het eigen risico. Binnen de Zvw geldt echter wel de verplichting van het eigen risico. Enkele vormen van zorg zijn uitgesloten van het eigen risico, maar dat geldt niet voor de consultatiefunctie. De NZa adviseert VWS te overwegen om het eigen risico uit te sluiten door artikel 2.17 Besluit zorgverzekering uit te breiden. Dit al dan niet door een generieke uitzondering te creëren in dit artikel voor de toepassing van het eigen risico bij lumpsum bekostiging.

4.1.5 Randvoorwaarden totstandkoming consultatiefunctie

De NZa komt tot de conclusie dat aan een aantal randvoorwaarden moet worden voldaan alvorens de doelstellingen van de consultatiefunctie bereikt kunnen worden. Het merendeel van deze randvoorwaarden is noodzakelijk om laagdrempelige consultatie mogelijk te maken, met voldoende controlemogelijkheden, zoals genoemd onder aandachtspunten. We adviseren deze randvoorwaarden te realiseren voorafgaand aan de implementatie.

- **Geen verwijsplicht voor consultatie**

Artikel 14 van de Zorgverzekeringswet stelt dat een zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst opneemt dat medisch-specialistische zorg, behoudens acute zorg, slechts toegankelijk is na

verwijzing door een wettelijk verwijzer (onder andere de huisarts). Vooralsnog betekent het dat consulteren van ggz-expertise alleen toegankelijk is na verwijzing door een wettelijk verwijzer. De NZa deelt het standpunt van de landelijke werkgroep dat het noodzakelijk is hiervoor een oplossing te vinden, alvorens de consultatiefunctie geïmplementeerd wordt. Als dit niet geregeld is, wordt de vraag of zorgverzekeraars de kosten gemoeid met consultatie door het sociaal domein rechtmatig in kunnen brengen in de risicoverevening, aangezien ze feitelijk dan niet voldoen aan artikel 14 van de Zvw. Om te komen tot een uitvoerbare consultatiefunctie ten laste van de Zvw, adviseren wij VWS een keuze te maken over de wijze waarop geregeld kan worden dat de verwijsplicht niet van toepassing is voor deze zorg.

- **Gebalanceerde informatieverplichting**

Ondanks een gebrek aan controle mogelijkheden zal altijd behoefte zijn aan een zekere mate van zekerheid dat de uitgaven doelmatig en rechtmatig zijn. Bij een verdere uitwerking van de informatieverplichtingen zal daarom de balans gezocht moeten worden op het gebied van zekerheden en administratieve lasten, zodat in voldoende mate gecontroleerd kan worden op doelmatigheid en rechtmatigheid. De consultatiefunctie is onderdeel van de reikwijdte van de beleidsregel voor de geneeskundige ggz, waarbij de bijhorende registratie-, informatie en declaratieverplichtingen in principe ook van toepassing zijn. Gezien de aard van de consultatiefunctie waarbij een groot deel van de in de regeling beschreven reguliere informatie-elementen overbodig of niet van toepassing lijken te zijn, is ons advies een aparte informatieverplichting op te leggen. Wij denken daarbij o.a. aan het aantal consultaties door het sociaal domein, duur consultaties, aanvangstijdstip, gegevens over de professional ggz en gegevens over de professional sociaal domein. Op basis van het besluit van VWS, zal de NZa met partijen verder uitwerken aan welke informatie-elementen behoefte is, zodat controle op feitelijke levering en passendheid mogelijk is. Zorgverzekeraars kunnen dit vervolgens opnemen in het controleplan.

Ten slotte ziet de NZa meerwaarde in het meetbaar maken van de uitkomsten, zodat achteraf inzicht is of en hoe de consultatiefunctie ggz bijdraagt aan de vooraf gestelde doelstellingen. We adviseren partijen hier vooraf over na te denken.

- **Keuze regio-indeling**

Kenmerkend voor de inkoop is deze regionaal vorm te geven zodat de consultatiefunctie aansluit op de behoefte in de regio én de behoefte van gemeenten binnen de regio. Voorwaarde voor de implementatie is de keuze voor een regio-indeling, die door zorgverzekeraars dient te worden gemaakt. De NZa ziet hierbij een onderliggende zorginhoudelijke vraag op welke manier deze zorg goed georganiseerd kan worden in de regio, en welke regio-indeling daarbij optimaal aansluit op de behoeften. In de afweging zijn ook aspecten als 'praktische uitvoerbaarheid' en 'omvang van regio's' belangrijk.

- **Ontwikkelen inkoopkader en controleplan**

Zorgverzekeraars hebben de intentie om volgreed te hanteren voor de inkoop van de consultatiefunctie, waarbij naar rato bijgedragen wordt aan de totale kosten van het plan. De achterliggende gedachte is hiermee dat zorgverzekeraars congruent gedrag vertonen in de inkoop. De NZa ziet dan ook op het gebied van controle en verantwoording van de consultatiefunctie ggz een belangrijke rol voor de zorgverzekeraars. Goede afspraken en eisen over de wijze van controle en verantwoording gedurende het contracteerproces (zoals een door zorgverzekeraars opgesteld controleplan) zijn van belang. Het is daarom essentieel dat controle mogelijkheden door zorgverzekeraars worden ingebouwd en wordt vastgelegd hoe invulling wordt gegeven aan de controle en rechtmatigheid, zoals een door zorgverzekeraars

opgesteld controleplan. Ook zijn goede afspraken over de uitvoering van het contracteerproces van belang, hetgeen kan worden vormgegeven in een inkoopkader.

We verwachten dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars elkaar rondom de consultatiefunctie weten te vinden. Dit hoeft echter niet automatisch te leiden tot consensus over een reëel en aanvaardbaar tarief. Om de gesprekken bij de zorginkoop goed te laten verlopen acht de NZa het noodzakelijk dat vooraf een leidraad voor de inkoop wordt opgesteld, waarin onder meer richting wordt gegeven op basis van welke criteria de aanbieders worden geselecteerd om offerte te doen (o.a. wat de kwalificaties moeten zijn van de ggz-professional, wat de eisen zijn aan de bereikbaarheid, voor welke zorg de consultatiefunctie is, wie de vraagstellers uit het sociaal domein kunnen zijn). Naast de ontwikkeling van een inkoopkader zien wij meerwaarde van een richtlijn voor het beoordelen van offertes, op basis waarvan vergelijking van offertes mogelijk wordt.

- **Ontwikkelen zorginhoudelijk kader**

Naast een inkoopkader zien wij de noodzaak van een zorginhoudelijk kader voor zowel professionals uit het sociaal domein als de zorgaanbieders. In dit nog op te stellen zorginhoudelijk kader wordt verder ingevuld voor welke type vragen de consultatie bedoeld is. Ook de reikwijdte dient dusdanig concreet te zijn dat voor partijen helder is wanneer geconsulteerd kan worden, bijvoorbeeld door het onderscheid te beschrijven tussen bemoeizorg, consultatie van de huisarts/poh ggz en de consultatiefunctie ggz. De reacties op de consultatieronde van deze uitvoeringstoets maken ook duidelijk dat verdere afbakening en verduidelijking van het zorginhoudelijk kader wenselijk is (o.a. onderscheid Jeugdwet bij gezinsproblematiek en uitvoering door Wmo- dan wel andere professionals in sociaal domein). Een belangrijk criterium hierbij is de uitvoerbaarheid in de praktijk.

Ten slotte adviseren wij de betrokken partijen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders en sociaal domein) in het licht van de wettelijke zorgplicht, in het zorginhoudelijk kader invulling te geven aan wat 'tijdige' zorg is. Andere vragen die het kader kan beantwoorden zijn: Wanneer begint de behandelrelatie als het om een niet anonieme cliënt gaat. Kan de ggz-professional vragen aan het sociaal domein om de anonimiteit van de cliënt op te heffen? En wat mag/moet daarop het antwoord zijn van het sociaal domein? Wanneer moet worden doorverwezen naar de ggz voor specialistische behandeling? Dat partijen hebben geconstateerd dat de ggz-professional ook op huisbezoek kan gaan bij de cliënt in het sociaal domein onderschrijft de noodzaak voor een duidelijke grens tussen consultatie in het sociaal domein en behandeling in de ggz. Het is aan zorgaanbieders en het sociaal domein, in afstemming met zorgverzekeraars, dit gezamenlijk kader vorm te geven.

