

Vergaderjaar 2013–2014

**25 424**

**Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 242**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 februari 2014

In het ordedebat van 22 januari jongstleden zijn vragen gesteld over het bericht dat aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor zorg die geboden is in 2014, niet eerder dan vanaf 1 juli declaraties kunnen indienen bij zorgverzekeraars (2014Z00991). In deze brief ga ik op deze vragen in.

**Wijzigingen declaratiesysteem en (potentiële) knelpunten**

Met ingang van dit jaar is de inrichting van de ggz aangepast: het onderscheid tussen eerstelijns psychologische zorg en tweedelijns ggz is komen te vervallen en in plaats daarvan is per 1 januari 2014 sprake van een onderscheid tussen basis-ggz en gespecialiseerde ggz.

De gespecialiseerde ggz maakt vanaf 1 januari gebruik van het declaratiesysteem dat voorheen ook voor de tweedelijns ggz gold (en waaraan jaarlijks onderhoudswerkzaamheden plaatsvinden): het bekende systeem van diagnosebehandelingcombinaties (dbc's). Voor de basis-ggz is een nieuw declaratiesysteem geïntroduceerd, namelijk een systeem met zorgvraagzwaarteproducten. Hoewel zowel aanbieders van (voorheen) tweedelijns ggz als (voorheen) eerstelijns psychologische zorg met dit nieuwe systeem te maken krijgen, heeft deze overgang in het bijzonder voor aanbieders van (voorheen) eerstelijns psychologische zorg tot gevolg dat zij – om puur technische redenen – te maken kunnen krijgen met een (tijdelijke) dip in hun inkomstenstroom.

Dit heeft twee oorzaken:

Ten eerste declareerden aanbieders van eerstelijns psychologische zorg tot en met 2013 losse consulten met een vrij tarief. Consulten konden *direct* na het leveren van het consult gedeclareerd worden, ook als het behandeltraject nog gaande was. Deze aanbieders ontvingen dus al tijdens het behandeltraject hun inkomsten voor geleverde zorg. De

zorgprestaties die in de basis-ggz kunnen worden gedeclareerd (de al genoemde zorgvraagzwaarteproducten) zijn daarentegen integrale zorgprestaties die het hele behandeltraject omvatten. Deze integrale zorgprestaties kunnen in principe alleen worden gedeclareerd als het behandeltraject is afgerond. Het duurt voor deze groep psychologen daardoor langer dan voorheen voordat zij een declaratie kunnen indienen en de bijbehorende inkomsten ontvangen VWS zal voor de doorlooptijd van de declarabele zorgprestaties in de ggz (dbc's en zorgvraagzwaarteproducten) aansluiten bij de maatregel in de medisch-specialistische zorg (verkorting dbc-duur). De impact hiervan is in de basis-ggz overigens geringer dan in de medisch-specialistische zorg, omdat de zorgvraagzwaarteproducten in de basis-ggz doorgaans (veel) eerder worden gesloten. Een voordeel van integrale zorgprestaties is dat hiermee transparanter wordt welke zorgtrajecten cliënten ontvangen, waardoor het bij de zorginkoop beter mogelijk wordt om afspraken te maken over passende en doelmatige zorg.

Ten tweede is de ICT-declaratiestandaard, die voor 2014 voor de basis-ggz en de gespecialiseerde ggz gezamenlijk geldt, dit jaar pas per 1 juli beschikbaar. Dat komt door de vele beleidswijzigingen (met impact op het declaratieproces) die met ingang van dit jaar van kracht zijn geworden en de tijd die nodig was om deze beleidsmatig (in overleg met veldpartijen) voor te bereiden, vast te stellen en vervolgens in de declaratiesoftware te verwerken. Alleen met die standaard kunnen declaraties worden ingediend voor in 2014 gestarte behandeltrajecten. De periode waarin aanbieders voor deze zorg (geheel) geen declaraties kunnen indienen bij zorgverzekeraars is hierdoor een half jaar. De inspanningen van alle betrokkenen zijn er op gericht deze situatie volgend jaar te voorkomen. Het feit dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uiterlijk 1 juli van dit jaar (dat is veel vroeger dan voorheen) de relevante beleidsregels voor 2015 zal vaststellen, draagt hier duidelijk aan bij.

Voor aanbieders van (voorheen) tweedelijns ggz, levert het voorgaande overigens (veel) minder problemen op dan voor aanbieders van (voorheen) eerstelijns psychologische zorg. Aanbieders van (voorheen) tweedelijns ggz werken al meerdere jaren met dbc's, die, net als de producten in de basis-ggz, pas na afronding van het behandeltraject (of na maximaal 1 jaar) kunnen worden gedeclareerd. Wat dat betreft is de impact van de veranderingen voor hen kleiner. Omdat het dbc-systeem blijft bestaan, kunnen deze aanbieders in de periode vóór 1 juli 2014 bovendien nog gewoon dbc's blijven declareren van behandelingen die in 2013 zijn gestart. Aangezien de doorlooptijd van de gemiddelde dbc in de tweedelijns ggz circa 8 maanden is, is de eventuele inkomstendip waar zij mee te maken krijgen, daardoor veel kleiner dan bij aanbieders van (voorheen) eerstelijns psychologische zorg. Daarnaast maken aanbieders van gespecialiseerde ggz en verzekeraars vaak afspraken over bevoorschotting (dit betreft het al bestaande, reguliere bevoorschottingsbeleid van verzekeraars).

Navraag bij de NZa leert dan ook dat er geen signalen bij de NZa zijn binnengekomen over ggz-instellingen die in de gevarenzone zijn gekomen of dreigen te komen als gevolg van liquiditeitsproblemen in verband met te laat kunnen declareren.

### **Noodbevoorschotting door verzekeraars**

De hiervoor beschreven problematiek, die samenhangt met de invoering van het declaratiesysteem voor de basis-ggz, werd vorig jaar al voorzien. Daarom is toen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) afgesproken dat verzekeraars hiervoor een (nood)voorschotregeling zouden treffen. Naar

aanleiding daarvan hebben zorgverzekeraars inmiddels een noodvoorschotregeling ter beschikking gesteld voor vrijgevestigden in de basis-ggz. De uniforme uitgangspunten daarvoor zijn in ZN-verband vastgesteld. Alle zorgverzekeraars hebben bepaald dat er geen zeer kleine voorschotten zullen worden verleend (bagatelregeling; er is sprake van een minimum-omvang) en dat zij niet de volledige omzet van een vrijgevestigde zullen bevoorschotten maar hier een (redelijk) maximum aan zullen stellen. Daarnaast geldt voor de gespecialiseerde ggz het (hiervoor genoemde) reguliere bevoorschottingsbeleid.

De feitelijke uitvoering van beide bevoorschottingsregelingen valt onder het individuele bedrijfsbeleid van de verzekeraar. Vrijgevestigden kunnen contact opnemen met verzekeraars om na te gaan hoe zij een verzoek tot (nood)bevoorschotting kunnen indienen. Veelal hebben verzekeraars de details rond deze (nood)bevoorschottingsregeling inmiddels op hun website geplaatst.

Ik verwacht dat vrijgevestigde ggz-aanbieders, door gebruik te maken van de mogelijkheid tot noodbevoorschotting, de voorziene tijdelijke dip in hun inkomsten (die samenhangt met de overgang naar het nieuwe declaratiesysteem in de basis-ggz) kunnen opvangen. Omdat de regeling nog maar net in het leven is geroepen, kan ik nog niet (zoals de Tweede Kamer vraagt) ingaan op de praktische ervaringen die met de regeling zijn opgedaan. Wel vinden er regelmatig ambtelijke en bestuurlijke overleggen plaats met alle partijen die het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2014–2017 hebben ondertekend. Daarin kunnen – voor zover deze zich voordoen – diverse knelpunten rond de implementatie van het bestuurlijk akkoord worden ingebracht en besproken, inclusief eventuele knelpunten rond de bevoorschotting. Op die manier hou ik vinger aan de pols of (potentiële) problemen in relatie tot de invoering van het declaratiesysteem voor de basis-ggz, met de noodbevoorschottingsregeling adequaat worden ondervangen.

Ik hoop u op deze wijze voldoende te hebben geïnformeerd.

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