



Onderzoeksnotitie

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
T.a.v. mevrouw C. Helder
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Behandeld door

Telefoonnummer
030 296 81 11

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
476375/1507376

Datum
13 december 2023

Onderwerp

Verkenning n.a.v. motie cruciale ggz

Geachte mevrouw Helder,

Naar aanleiding van het tweeminutendebat GGZ-Suicidepreventie van 16 mei jongstleden is een motie van lid Agema (PVV) door de Tweede Kamer aangenomen¹. Deze motie verzoekt de regering de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te laten onderzoeken of een beschikbaarheidsbijdrage een duurzame oplossing biedt voor de aanhoudende, onvoldoende beschikbaarheid van cruciale ggz voor de zwaarste cliënten. Op 3 augustus 2023² heeft de NZa de opdrachtbrief voor het uitvoeren van een verkenning ontvangen. In deze brief worden twee onderzoeksvragen aan de NZa gesteld:

- 1. In hoeverre is een beschikbaarheidsbijdrage een passende oplossing in een scenario dat het zorgverzekeraars niet lukt om tot passende financiering te komen, waardoor er onvoldoende cruciale ggz-zorg beschikbaar is voor patiënten met een hoog complexe zorgvraag?*
- 2. Hoe verhoudt dit zich tot de passendheid van andere oplossingsrichtingen binnen de bekostiging en zorginkoop om beschikbaarheid te borgen?*

Voordat wij ingaan op de beantwoording van uw vragen willen wij benadrukken belang te hechten aan het in stand houden van die ggz-zorg die als kwetsbaar te noemen is. Dit is zorg voor een beperkt aantal specifieke doelgroepen. Juist door het lage volume en een hoge organisatiegraad loopt deze specifieke zorg het risico niet meer beschikbaar te zijn. Een risico waar wij eerder onze zorgen over hebben gedeeld in onze rode draden-analyse bevindingen controlebezoeken ggz-casuïstiek afbouw klinische ggz³. Om deze reden is het dus zeer noodzakelijk dat de gemaakte afspraken in de handreiking cruciale ggz spoedig door de betrokken partijen worden gerealiseerd.

¹ Kamerstuk 25424, nr. 652

² Brief van 3627261-1050395-CZ

³ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_717159_22/1/

In deze verkenning geven wij eerst een korte weergave van het lopende proces met betrekking tot cruciale ggz, waarna we dieper ingaan op de (on)mogelijkheden in het reguliere contracteerproces en de (on)mogelijkheden binnen de bekostiging. Ten slotte sluiten we af met onze conclusies en de antwoorden op de gestelde onderzoeksvragen.

De samenvatting van ons antwoord op de gestelde onderzoeksvragen is dat wij op dit moment geen harde conclusies kunnen trekken of een beschikbaarheidsbijdrage een passende oplossing is in een scenario dat het zorgverzekeraars (al dan niet gezamenlijk) niet lukt om tot passende financiering in de inkoop te komen. Daarmee kunnen wij ook niet beantwoorden hoe zich dit verhoudt tot passendheid van de beschikbaarheidsbijdrage in relatie tot andere oplossingsrichtingen binnen de bekostiging en zorginkoop om beschikbaarheid van cruciale ggz te borgen. Reden hiervoor is dat het begrip cruciale ggz-zorg daar op dit moment nog niet voldoende scherp en landelijk eenduidig voor gedefinieerd is.

Onze hoofdboodschap is dat wij vinden dat het primair aan de zorgverzekeraars is om te beoordelen wanneer de definitie van cruciale ggz scherp en eenduidig genoeg is om via de zorginkoop de beschikbaarheid van deze zorg te borgen. Het proces is ingezet om cruciale ggz te definiëren. Het is vervolgens aan zorgverzekeraars dat zij via hun zorginkoop de beschikbaarheid borgen. Het is hierbij van belang dat dit snel leidt tot aantoonbaar resultaat. Wij verwachten dan ook van partijen dat zij hiernaar handelen en volgens de tijdsplanning in de handreiking cruciale ggz opvolging geven aan de gemaakte procesafspraken. De NZa houdt het lopende proces nauwlettend in de gaten.

Lopende proces

Het lopende proces vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) is er op gericht om de toegankelijkheid van cruciale ggz te borgen door te verkennen hoe de benodigde samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vormgegeven kan worden.

Een onderdeel van het lopende proces houdt in dat er eind 2022 een handreiking cruciale ggz⁴ is vastgesteld. Randvoorwaardelijk aan dit onderdeel van het proces is dat er een gedragen duidelijke omschrijving wat cruciale ggz is en wat niet. In de handreiking is de volgende werkdefinitie van het begrip cruciale ggz opgenomen: *ggz met een hoge logistiek (zorgaanbod) en een inhoudelijke (zorgvraag) complexiteit, waarbij cliënten/patiënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen wanneer deze zorg (tijdelijk) niet meer beschikbaar is.* In de handreiking wordt gesteld dat de werkdefinitie nog verdere uitwerking en aanscherping nodig heeft om lokaal tot afspraken te kunnen komen. Concreet wordt genoemd dat het begrip cruciale ggz onder andere dynamisch is, afhankelijk van de context van de regio en tijdelijk van aard is. Dit betekent ook dat de NZa hier onvoldoende basis in vindt om de onderzoeksvragen definitief te beantwoorden.

De zorgkantoorregio's hebben ieder voor zich aan de hand van een inventarisatiemodel uit de genoemde handreiking geïnventariseerd welke ggz-zorg zij regionaal, bovenregionaal en landelijk als cruciaal beschouwen. Een volgende stap is om te bepalen wat het noodzakelijke zorgaanbod moet zijn en waar dit aanbod het beste georganiseerd kan worden. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders krijgen gedurende dit proces ook steeds beter zicht op het beschikbare zorgaanbod. Zij kunnen hierdoor sneller en beter dan voorheen met elkaar in gesprek komen indien de zorgvraag het beschikbare aanbod overtreft om te voorkomen dat de zorgplicht van zorgverzekeraars in het geding dreigt te komen.

Contractering

Het huidige zorgstelsel kenmerkt zich onder andere door gereguleerde marktwerking en concurrentie tussen private zorgverzekeraars. Concurrentie maakt dat zorgverzekeraars een eigen visie en strategie hanteren met eigen speerpunten en ook in de zorginkoop van elkaar verschillende accenten (kunnen)

⁴ <https://www.dejuistezorgopdejuistestreek.nl/actueel/nieuws/handreiking-cruciale-ggz-voor-het-goede-gesprek-en-inventarisatie/>

leggen. Daarnaast kunnen verschillen bestaan op het gebied van de specifieke polisvoorwaarden, premiestelling en dienstverlening. In het IZA is dit uitgangspunt nog eens bevestigd: *"Het grootste deel van de zorg binnen de Zorgverzekeringswet wordt concurrentieel ingekocht en individueel gecontracteerd. Dat is en blijft het uitgangspunt van ons zorgstelsel."*

De beschikbaarheidsbijdrage vormt de grootste uitzondering op bovenstaande uitgangspunt. Bij de beschikbaarheidsbijdrage heeft de zorgverzekeraar namelijk geen rol in de inkoop en de bekostiging van de betreffende zorg. Andere uitzonderingen op zuivere concurrentieel inkoop zijn gelijkgericht inkopen, inkoop in volgsbeleid en inkoop in representatie.

Vanwege de zorgplicht die op zorgverzekeraars rust, dienen zorgverzekeraars de beschikbaarheid van zorg in Nederland te borgen waarbij (premie)concurrentie niet in de weg mag staan om gezamenlijk afspraken te mogen maken om de beschikbaarheid te borgen. Concurrentieel zorginkoop is het uitgangspunt, maar daar kan beargumenteerd van worden afgeweken, bijvoorbeeld wanneer samenwerking van belang is om de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te borgen. In het kader van de Mededingingswet is daarvoor van belang dat aan een aantal grondbeginselen wordt voldaan om af te kunnen wijken van concurrentieel zorginkoop. Allereerst moeten de mededingingsbeperkende afspraken over een langere periode netto voordelen hebben. Ten tweede moeten de voordelen, in ieder geval voor een groot deel, ten goede komen aan de patiënt (kwaliteit of toegankelijkheid) en verzekerde (betaalbaarheid). Ten derde moet de mededingingsbeperking beperkt blijven tot dat wat nodig is voor het behalen van de voordelen. Ten vierde moet voldoende concurrentie, overblijven zodat er ook met de gemaakte afspraken enige tegenmacht en disciplinerende restert. Hierbij is het goed om op te merken dat concurrentieel inkoop en samenwerking geen tegenstellingen zijn, maar een glijdende schaal. Onderstaand worden drie maatregelen om in samenwerking in te kopen besproken.

Gelijkgerichtheid

In ons zorgstelsel is er ruimte voor zowel concurrentie als gelijkgerichtheid. Met gelijkgerichtheid wordt bedoeld dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in hun individuele handelen en in contractafspraken dezelfde transformatie van zorg nastreven, en daar tijdens het lopende proces proactief op sturen. In een concurrerend stelsel is het van belang na te gaan waar gelijkgerichtheid mogelijk en nodig is en kritisch de gevolgen te monitoren. Gelijkgerichtheid is geen doel op zich, er moet duidelijkheid zijn welk doel het dient en welk probleem het oplost. Deze nuance is relevant, omdat anders de voordelen van concurrentie teniet gedaan kunnen worden als in te veel situaties sprake is van gelijkgericht handelen. Het is daarmee balanceren tussen de voordelen van gelijkgericht handelen versus de (eventuele) nadelen van de gevolgen van concurrentiebeperking.

In het IZA is de afspraak gemaakt dat zorgverzekeraars voor "impactvolle transformaties naar passende zorg" gelijkgericht (mogen) contracteren. De twee grootste zorgverzekeraars in de regio zijn hierbij aan zet. De overige zorgverzekeraars handelen congruent en volgen de twee dominante zorgverzekeraars. Via individuele inkoopafspraken wordt dezelfde transformatie gestimuleerd.

Gelijkgerichte afspraken volgen bij goedgekeurde transformatieplannen en gelden voor de duur van deze regionale of landelijke transformatieplannen. Daarbuiten blijft concurrentieel inkoop het uitgangspunt. Tijdens de duur van het IZA kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders beroep doen op de transformatiegelden voor impactvolle transformaties.

Volgsbeleid

De inkoopvorm tussen gelijkgerichtheid en inkoop in representatie is volgsbeleid. Deze mogelijkheid houdt in dat een zorgaanbieder andere zorgverzekeraars verzoekt om de afspraken die zij hebben gemaakt met een specifieke zorgverzekeraar te volgen. Deze vorm van zorginkoop vindt momenteel plaats in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

Hierbij neemt de verzekeraar in zijn kernwerkgebied de leiding om met zorgaanbieders tot een contracteerbeleid te komen. Deze verzekeraar biedt aan de betreffende zorgaanbieders in zijn kernwerkgebied een gelijksoortig contract aan. Wanneer de zorgaanbieder dit aanbod accepteert, kan hij ervoor kiezen ditzelfde contract ook aan te bieden aan de overige verzekeraars. Vanwege de Mededingingswet hebben de overige zorgverzekeraars de keuze om wel of niet op het volgorzoek in te gaan en de mogelijkheid op onderdelen (zoals tarieven) af te wijken.

Representatie

Inkoop in representatie is een samenwerkingsafspraken tussen zorgverzekeraars en betreft de jaarlijkse inkoopafspraken. Sinds 2020 wordt acute ggz bijvoorbeeld niet meer op concurrentiële wijze ingekocht, maar in representatie. Dat betekent dat de verantwoordelijke zorgaanbieder zorgverkoopgesprekken met één zorgverzekeraar voert. Deze zorgverzekeraar voert de gesprekken ook namens de andere zorgverzekeraars. Hiermee is de inkoop van de acute ggz losgetrokken van de individuele zorginkoop (zie hiervoor ook het onderstaande kader waarin de bekostiging van de acute ggz verder wordt toegelicht). De concurrentie tussen zorgverzekeraars mag voor de overige (reguliere) ggz niet door deze inkoop in representatie worden beperkt. Het inkopen in representatie betekent niet dat de zorgplicht voor de niet-inkopende partijen in een regio vervalt. Als de zorgplicht in het geding is, kan de NZa de individuele zorgverzekeraar hierop aanspreken. Overigens is het zonder scherpe definitie voor cruciale ggz ook niet mogelijk specifiek op de zorgplicht voor cruciale ggz toezicht te houden door de NZa.

De bekostiging van de acute ggz verloopt via een beschikbaarheidsbekostiging met een budgetsystematiek en is gebaseerd op een vergoeding voor de benodigde capaciteit in een regio. Het budget wordt aangevraagd door zorgaanbieder en zorgverzekeraar op basis van het benodigde personeel (fte) en beschikbaarheid van bedden berekend. De budgetvaststelling gebeurt door de NZa. De budgetbekostiging is beperkt tot de eerste drie dagen na het inschakelen van de acute ggz. Voor de behandeling en opname van crisispatiënten na deze drie dagen moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders individuele inkoopafspraken maken. Voor deze manier van bekostiging is gekozen om de beschikbaarheid van de acute ggz te garanderen, ook op de momenten dat er geen vraag is. Tegelijkertijd was de uitdrukkelijke wens de zorginkooprol bij de zorgverzekeraar te laten liggen. Om deze laatste reden is er ook bewust niet gekozen voor de beschikbaarheidsbijdrage, omdat bij de beschikbaarheidsbijdrage de zorginkooprol in feite bij de NZa ligt. Nadeel van deze budgetsystematiek is dat het een administratief bewerkelijk proces is met voor- en nacalculatierondes.

Subconclusie

Het zorgstelsel biedt verschillende mogelijkheden voor zorgverzekeraars om samen te werken ten behoeve van het borgen van de beschikbaarheid van cruciale ggz. Zorgverzekeraars mogen namelijk binnen de Mededingingswet onderling afspraken maken om tot voldoende aanbod te komen en dit op termijn ook te borgen. Ook als de cruciale ggz naar aard en omvang in de tijd verandert of per regio verschillend is. Randvoorwaarde is dat de definitie van cruciale ggz voldoende scherp en helder is om gelijkgerichtheid mogelijk te maken. De NZa vindt het in de eerste plaats aan zorgverzekeraars om te beoordelen of de definitie van cruciale ggz scherp genoeg is en welke manier van zorginkoop daar het beste bij past. Het proces is ingezet om cruciale ggz te definiëren. Het is vervolgens aan zorgverzekeraars dat zij via hun zorginkoop de beschikbaarheid borgen. Het is hierbij van belang dat dit proces snel leidt tot aantoonbaar resultaat. Wij verwachten dan ook van partijen dat zij hiernaar handelen en volgens de tijdsplanning in de handreiking cruciale ggz opvolging geven aan de gemaakte procesafspraken. De NZa houdt het lopende proces nauwlettend in de gaten.

Bekostiging ggz

In de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zijn prestaties en tarieven het leidende uitgangspunt om zorg te bekostigen. De zorg wordt primair betaald door opbrengsten van bij zorgverzekeraars in rekening gebrachte, door de NZa vastgestelde, prestaties en (al dan niet gereguleerde) tarieven. Naast bekostiging

van de zorg door de reguliere prestaties en tarieven, waaronder budgetbekostiging, is er bekostiging mogelijk via de beschikbaarheidsbijdrage. De beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie op grond van artikel 56a Wmg en kan alleen onder specifieke voorwaarden worden ingezet.

Eén van de voorwaarden voor de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage waaraan voldaan moet zijn, is dat er sprake is van een marktverstoring. Het is aan de NZa (in opdracht van VWS) om hierover uitspraak te doen op basis van onderzoek. De (werk)definitie van cruciale ggz in de handreiking cruciale ggz is op dit moment echter niet scherp genoeg om harde conclusies te trekken over marktverstoring of over de bekostiging middels prestatie en tarieven. Daarbij hebben we in voorgaande paragraaf geconcludeerd dat er voldoende mogelijkheden in het reguliere contracteerproces zijn om de cruciale ggz adequaat in te kopen. Hieronder lichten wij onze bevindingen voor wat betreft de bekostiging toe.

Zorgprestatiemodel (zpm)

Alvorens een antwoord te geven op de vraag of de beschikbaarheidsbijdrage een duurzame oplossing biedt voor de bekostiging van cruciale ggz is het belangrijk om eerst te schetsen hoe de huidige bekostiging werkt. Immers als de huidige bekostiging passend is voor de cruciale ggz komt een beschikbaarheidsbijdrage überhaupt niet in beeld. Eén van de redenen om per 2022 het zpm te introduceren waren de lange wachttijden in de ggz. De beschikbaarheid van met name ggz-zorg voor de zwaarste cliënten staat al langere tijd onder druk en juist hier zit een raakvlak/overlap met de cruciale ggz op grond van de huidige definitie daarvan. De NZa helpt de toegang tot ggz-zorg te verbeteren met de recent geïntroduceerde nieuwe bekostigingssystematiek en door inzicht te creëren in de zorgvraag en het zorgaanbod. De zorgprestaties weerspiegelen de daadwerkelijk geleverde zorg en zijn herkenbaar en controleerbaar voor de patiënt. De bijbehorende zorgvraagtypering helpt een verband te leggen tussen zorgvraag en inzet van zorg. Zorgaanbieders die patiënten met een complexe zorgvraag behandelen, krijgen door het zpm beter betaald, omdat de behandelkosten beter dan voorheen zijn verdeeld met het nieuwe systeem. Op deze manier stimuleren we de behandeling van patiënten met complexe problemen, waardoor hun wachttijd korter wordt.

Het zpm is in nauwe samenwerking met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere relevante stakeholders vormgegeven. Belangrijk ontwerpcriterium hierbij was dat de prestaties de daadwerkelijk geleverde zorg weerspiegelen en dat de tarieven hiervoor aansluiten bij de geleverde behandelinzet. Om dit te bereiken, zijn prestaties in het zpm gedifferentieerd naar beroep dat de zorg levert en de setting waarin dat gebeurt. Daarbij bieden de facturen in het zpm meer inzicht voor de zorgverzekeraar en zijn ze makkelijk te controleren door de patiënt. Deze kan precies zien op welke datum en met wie hij/zij een consult heeft gehad, en hoe lang dat duurde.

De prestaties bepalen de vergoeding die een zorgaanbieder ontvangt voor geleverde ggz-zorg. In het zpm wordt onderscheid gemaakt tussen acht functioneel omschreven settingen. Die settingen zijn gebaseerd op kenmerken van de organisatie en uitvoering van zorg. In de beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg (BR/REG-24145)⁵ is per setting uiteengezet wat de prestatiebeschrijving is en welke kosten gedekt worden door de tarieven. Prestaties zijn: consulten, verblijfsdagen, toeslagen en overige prestaties. Het zpm is de bekostigingssystematiek voor alle ggz en fz zorg. Dit is in de regelgeving vastgelegd door de zpm prestaties en tarieven van toepassing te laten zijn op:

- de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- de forensische zorg als omschreven bij of krachtens artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg (Wfz).

⁵ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_744373_22/1/

De tarieven voor het zpm (inclusief kosten voor cruciale ggz) zijn gebaseerd op een kostprijsonderzoek uit 2019. In dit kostprijsonderzoek zijn alle kosten voor ggz en fz meegenomen als kosten waarvoor de zpm-tarieven dekking moeten bieden. Kosten voor niet-ggz en fz-activiteiten zijn geschoond en niet meegenomen in de zpm-tarieven. Alle gerealiseerde kosten voor cruciale ggz voor zover die kwalificeren als Zvw-kosten zitten daarmee in de huidige zpm-tarieven.

Als we de cruciale ggz conform de huidige werkdefinitie uit de handreiking naast de prestaties in het zpm leggen, is niet een op een aan te wijzen welke prestaties/settings/beroepen nu specifiek de cruciale ggz moeten dekken. De huidige definitie van cruciale ggz biedt binnen de prestatie- en productstructuur van het zpm geen houvast om onderscheid te maken naar cruciale ggz (bijvoorbeeld door bepaalde prestaties/settings/beroepen te koppelen aan cruciale ggz). Dat cruciale ggz minder goed te koppelen is aan één of meerdere zpm-prestaties/settings/beroepen betekent niet dat de kosten hiervoor niet zijn meegenomen in de tarieven. Het betekent wel dat deze niet als zodanig te identificeren zijn in het geheel tussen andere kostprijselementen. In het kostprijsonderzoek uit 2019 zijn alle kosten uitgevraagd voor ggz en fz, en meegenomen als kosten waarvoor de zpm-tarieven dekking moeten bieden. Daarmee is het wel zo dat de cruciale ggz, voor zover die kwalificeert als ggz conform definitie van de Zvw, bekostigd wordt of kan worden via de ggz-prestaties en -tarieven. Daarbij is er in het zpm de mogelijkheid voor zorgaanbieder en zorgverzekeraar om een max-maxtarief overeen te komen waardoor het maximumtarief met 10% verhoogd kan worden. Mocht er bij de inkoop dus blijken, al dan niet als gevolg van het leveren van cruciale ggz, dat er een hoger tarief noodzakelijk is dan de reguliere maximumtarieven, dan biedt de huidige zpm-bekostiging daar dus de ruimte voor. In het verlengde hiervan is het voor de NZa op dit moment ook niet goed mogelijk conclusies te trekken of er andere aanpassingen in de bekostiging voor cruciale ggz op zijn plek zijn. Denk hierbij aan maatregelen/aanpassingen in tariefsoort, verruiming van de max-maxruimte, budgetbekostiging of transparantieverplichtingen. Ook voor conclusies of dergelijke aanpassingen in wijze van bekostigen voor de cruciale ggz toegevoegde waarde heeft, is het op dit moment te vroeg.

Beschikbaarheidsbijdrage

Naast bekostiging van de zorg via reguliere prestaties en tarieven is bekostiging mogelijk via de beschikbaarheidsbijdrage. Met een beschikbaarheidsbijdrage worden kosten van functies vergoed die noodzakelijk worden geacht, maar die anders door geen enkele zorgaanbieder zouden worden aangeboden. De beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie op grond van artikel 56a Wmg en komt alleen voor die vormen van zorg in aanmerking waarvan de kosten niet, of niet geheel, zijn toe te rekenen naar tarieven in de zin van de Wmg. Of waarvan de bekostiging bij een toerekening aan tarieven marktverstoring zou werken. Bij de beschikbaarheidsbijdrage vervult de NZa feitelijk plaatsvervangend de rol van de zorgverzekeraar als inkoper. Om deze verantwoordelijkheid waar te kunnen maken moet duidelijk gedefinieerd zijn wat cruciale ggz is. Om een beschikbaarheidsbijdrage goed vorm en kostendekkend vorm te kunnen geven, is het daarnaast nodig dat de definitie in de tijd niet kan veranderen. Iets wat in de handreiking cruciale ggz wel wordt genoemd.

Subconclusie

De NZa kan de vraag niet beantwoorden of bekostiging via de reguliere prestaties en tarieven (het zpm in de ggz en fz) van cruciale ggz zou leiden tot een marktverstoring en een beschikbaarheidsbijdrage daarmee in beeld komt. Reden hiervoor is dat de definitie van cruciale ggz niet scherp genoeg is om harde conclusies te trekken.

Belangrijk om te realiseren, is dat het feit dat cruciale ggz minder goed te koppelen is aan één of meerdere zpm prestaties/settings/beroepen nog niet betekent dat de kosten hiervoor niet zijn meegenomen in de tarieven. Alle gerealiseerde kosten inclusief de kosten voor cruciale ggz zijn in 2019 (voor zover die kwalificeren als Zvw kosten) uitgevraagd, meegenomen in het kostenonderzoek en zitten in de huidige zpm-tarieven. Daarbij is er in het zpm de mogelijkheid voor zorgaanbieder en zorgverzekeraar om een max-maxtarief overeen te komen waardoor het maximumtarief met 10% verhoogd kan worden. Mocht er

bij de inkoop dus blijken, al dan niet als gevolg van het leveren van cruciale ggz, dat er een hoger tarief noodzakelijk is dan de reguliere maximumtarieven dan biedt de huidige zpm-bekostiging daar dus de ruimte voor.

Conclusie


Omdat een heldere definitie van cruciale zorg ontbreekt, concludeert de NZa voor wat betreft de onderzoeksvragen dat wij op dit moment geen harde uitspraken kunnen doen of een beschikbaarheidsbijdrage een passende oplossing is in een scenario dat het zorgverzekeraars niet lukt om tot passende financiering in de inkoop te komen. Daarmee kunnen wij ook niet de vraag beantwoorden hoe zich dit verhoudt tot passendheid van de beschikbaarheidsbijdrage in relatie tot andere oplossingsrichtingen binnen de bekostiging en zorginkoop om beschikbaarheid van cruciale ggz te borgen. Op basis van onze verkenning geven we vanuit de NZa wel het volgende mee:

- Er zijn momenteel verschillende mogelijkheden in het reguliere contracteerproces om de cruciale ggz adequaat in te kopen en te bekostigen binnen het zpm. De kansen en mogelijkheden om de toegankelijkheid voor cruciale ggz te borgen, dienen wat de NZa betreft uit het lopende proces voort te komen. Randvoorwaarde is dat de definitie van cruciale ggz voldoende scherp en helder is. Het is aan zorgverzekeraars om gezamenlijk met zorgaanbieders hier inhoud aan te geven. Wij achten ook dat zorgverzekeraars binnen de huidige mogelijkheden van de Mededingingswet onderling tot afspraken kunnen komen om tot voldoende aanbod te komen en dit te borgen. Ook als de cruciale ggz naar aard en omvang in de tijd verandert of per regio verschillend is.
- Qua bekostiging komt de NZa tot de conclusie dat de werkdefinitie van cruciale ggz in de handreiking op dit moment niet scherp genoeg is om harde conclusies te trekken over marktverstoring en bekostiging van cruciale ggz. Het is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk om scherp af te bakenen wat cruciale zorg inhoudt en te identificeren welke (bekostiging)knelpunten worden ervaren om deze zorg voldoende te kunnen organiseren. Alle gerealiseerde kosten voor cruciale ggz in 2019 (voor zover die kwalificeren als Zvw-kosten) zijn meegenomen in de huidige zpm-tarieven. Daarbij is er in het zpm de mogelijkheid voor zorgaanbieder en zorgverzekeraar om een max-maxtarief overeen te komen waardoor het maximumtarief met 10% verhoogd kan worden. Mocht er bij de inkoop dus blijken, al dan niet als gevolg van het leveren van cruciale ggz, dat er een hoger tarief noodzakelijk is dan de reguliere maximumtarieven dan biedt de huidige zpm-bekostiging daar dus de ruimte voor.

Om in het vervolg hardere conclusies te kunnen trekken, is het belangrijk dat eerst voldoende scherp en duidelijk is wat er precies onder cruciale ggz wordt verstaan. Wij volgen de uitkomsten van het lopende proces vanuit het IZA en de handreiking cruciale ggz. Op basis hiervan kan de NZa desgewenst nogmaals naar dit vraagstuk kijken.

Ik vertrouw erop u met deze notitie voldoende te hebben geïnformeerd. Vanzelfsprekend ben ik graag bereid tot het geven van een nadere toelichting.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,


mw. mr. drs. K. Raaijmakers
wnd. voorzitter Raad van Bestuur