



Nederlandse Vereniging voor Vrijgevestigde Psychotherapeuten  
t.a.v. de Voorzitter  
Maliebaan 50b  
3581 CS UTRECHT

Ons kenmerk CZ/CGG-2823219	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Onderwerp Overheveling ggz		Bijlage(n)	Uw brief 17 juli 2007

Dank voor de brief die u mij heeft gestuurd. Mijn antwoord heeft lang op zich laten wachten, aangezien ik de besprekingen in de Tweede Kamer in de beantwoording wilde meenemen. Bovendien ben ik in voortdurend overleg met partijen naarstig op zoek geweest naar oplossingen voor verschillende punten die u in uw brief heeft opgenomen.

In uw brief gaat u in op de spelregels die vanaf 2008 voor de curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz) gelden. Met ingang van 2008 maakt de curatieve ggz onderdeel uit van Zorgverzekeringswet (Zvw). U geeft aan verheugd te zijn over het definitieve besluit van deze overheveling. U heeft echter nog wel vraagtekens bij de uitvoering. Daarbij gaat u op vier specifieke punten in. In deze brief reageer ik op deze punten. Echter, niet dan nadat ik heb aangegeven dat ik u bijzonder erkentelijk ben voor de inzet die u de afgelopen jaren namens de NVVP heeft getoond.

Uw organisatie vertegenwoordigt een grote groep vrijgevestigde psychotherapeuten. Ook al waren de meningen niet altijd eensluidend waren tussen partijen en binnen partijen, toch zijn wij in staat geweest met elkaar overeen te komen om de curatieve ggz naar de Zvw over te hevelen en daarmee alle geneeskundige zorg onder één wet te brengen. Onder de Zvw wordt zorg op een andere wijze gefinancierd: er wordt over de prijs onderhandeld en vervolgens op basis van de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) gedeclareerd. Binnen de Zvw wordt op cliëntniveau gedeclareerd aan de hand van vergelijkbare zorgproducten welke zijn gedefinieerd aan de hand van DBC's.

#### **Automatisering en administratieve lasten**

Als eerste vraagt u in uw brief om compensatie voor de administratieve investeringen die uw leden hebben moeten plegen om met ingang van 2008 op basis van de DBC systematiek te kunnen declareren. Aan deze wens zal ik niet tegemoet komen. Allereerst omdat ik vind dat het goed op orde hebben van de registratie een standaardonderdeel is van een gezonde bedrijfsvoering anno 2007.

Voorts hebben verschillende partijen gevraagd om meer transparantie in de sector. In een meer transparantere sector kunnen cliënten en patiënten een weloverwogen keuze voor een hulpverlener maken en hebben zorgverzekeraars stevige handvatten om zorg in te kopen. Het creëren van transparantie vergt echter de nodige aanpassingen, met name in de administratie.

Vanaf 2008 geldt dat extra tijd en kosten die met de registratie gepaard gaan, meegenomen kunnen worden in de onderhandelingen met de zorgverzekeraar. De tijd die men kwijt is aan cliëntgebonden registratie kan op de DBC's van de cliënten en patiënten geschreven in de vorm van indirecte tijd. Er is nog zeker winst te behalen, maar ik ben ervan overtuigd dat het nieuwe systeem - mits goed geïnstalleerd en op het gebied van gebruiksvriendelijkheid verder verfijnd - uiteindelijk niet veel meer tijd hoeft te kosten dan voorheen.

### **Geen garanties**

U geeft aan dat instellingen een budgetgarantie hebben. Dat is niet het geval. Een instelling maakt afspraken met de zorgverzekeraar op basis van AWBZ-parameters. Voor de ambulante zorg gelden maximumtarieven die uitonderhandeld dienen te worden (voor de klinische parameters gelden vaste tarieven). In die zin is het speelveld voor ambulante zorg een gelijk speelveld. Zowel voor de vrijgevestigden als de instellingen gelden hier maximum (onderhandelbare) tarieven. Met het declareren van DBC's worden de productieafspraken die instellingen en verzekeraars hebben gemaakt, gevuld. Indien er sprake is van een lagere productie dan is afgesproken, krijgt de instelling hiervoor geen vergoeding. Indien er sprake is van een prijsverschil, dan worden de instellingen gecompenseerd via een verrekeningstarief. Dat kan zowel positief als negatief uitpakken.

### **Bevoorschotting**

Het is inderdaad juist dat er vanaf 2008 een bekostigingssystematiek wordt gebruikt, waarbij zorgaanbieders eerst de volledige behandeling afronden, vervolgens met een afgesloten DBC de geleverde zorg bij de verzekeraar declareren en tot slot de geleverde zorg krijgen uitbetaald. Het is onjuist te veronderstellen dat vrijgevestigden het eerste halve jaar van 2008 zonder inkomsten zouden zitten. Vanaf 1 januari 2008 kunnen DBC's (die in 2007 zijn gestart) worden afgesloten en gedeclareerd. Hierbij geldt dat de activiteiten in 2007 nog door het zorgkantoor, vanuit het AWBZ-regime, worden betaald. Bij deze zogenaamde 'overloop'-DBC's worden de inkomsten uit 2007 uiteraard verrekend met het tarief van de volledige DBC. Het restantbedrag kan dan in 2008 bij de verzekeraar worden gedeclareerd.

Een mogelijkheid om het tijdelijk wegvallen van liquiditeit te ondervangen, is het maken van bevoorschottingsafspraken. Mochten deze afspraken ontbreken, dan bestaat er een beleidsregel voorschotten en rentevergoeding onderhanden DBC's GGZ (CA-200) die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft opgesteld. Rentekosten die een zorgaanbieder moet betalen voor een krediet bij een bank, kunnen aan de zorgverzekeraar worden doorberekend. De NZa stelt vast wat een reëel rentepercentage voor ggz-aanbieders is. Daarbij maakt de NZa een onderscheid tussen instellingen en vrijgevestigden. De beleidsregel is van tijdelijke aard: gericht op een zachte landing in de overgangsfase naar de nieuwe systematiek.

Tot slot ben ik samen met partijen aan het bekijken op welke wijze eventuele liquiditeitsproblemen, die veroorzaakt worden door falende ICT-systemen, voorkomen kunnen worden. Hiervoor heb ik een werkgroep ingesteld die onderzoekt welke noodscenario's er te hanteren zijn. De NVVP is daar ook bij betrokken.

### **Eigen bijdrage psychotherapie**

In uw brief geeft u aan dat u tegen de eigen bijdrage per zitting psychotherapie bent. Ik zie mij toch genoodzaakt deze eigen bijdrage te handhaven. Bij aanvang is besloten de overheveling van de geneeskundige ggz pakket- en budgetneutraal te laten verlopen. Ik vind het dan ook onwenselijk om het remeffect van de eigen bijdrage in 2008 weg te nemen en de inkomsten van de eigen bijdrage aan het budget te onttrekken.

Uw opvatting dat de eigen bijdrage in zijn huidige vorm niet in de DBC systematiek past, deel ik. Om die reden overweeg ik voor 2009 een ander systeem van eigen betalingen voor de curatieve ggz in te voeren. Daarbij denk ik aan een percentage van de gemaakte zorgkosten. Bij de invoering van een dergelijk systeem vervalt de eigen bijdrage per zitting psychotherapie, in zijn huidige vorm. Aan de Tweede Kamer heb ik aangegeven voor de zomer van 2008 te komen met een voorstel voor de verdere invulling hiervan.

### **Tot slot**

Ik deel uw opvatting niet dat de overheveling een sanering van de sector betekent. Wel kan ik mij voorstellen dat professionals die al overwogen te stoppen met de eigen praktijk of waarvan het einde van hun loopbaan in zicht is, opzien tegen een geheel nieuwe investering.

Verder wordt 2008 inderdaad een spannend jaar. Om zonodig te kunnen bijsturen en onvolkomenheden voor het jaar 2009 vroegtijdig te signaleren en op te lossen, stel ik met alle partijen een monitor in. Daarvoor bent u ook uitgenodigd.

Ik wil u danken voor uw brief en ook al kan ik niet aan al uw wensen tegemoet komen, u vooral danken voor de constructieve samenwerking van de afgelopen jaren die deze belangrijke stap in de ggz mogelijk heeft gemaakt.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink