Aan de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ 's GRAVENHAGE

Diemen, 11 mei 2017

Geachte mevrouw Schippers,

In augustus 2015 heeft u de werkgroep 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen' ingesteld om te onderzoeken of er verbeteringen nodig zijn in de organisatie of bekostiging van de psychosociale zorg bij somatische aandoeningen die een grote impact hebben op het psychisch en/of sociaal functioneren (bijvoorbeeld kanker).

In oktober 2015 bracht de werkgroep een rapportage uit[1]. Kernpunt in de bevindingen van de werkgroep was dat psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen onderdeel uitmaakt van het somatische behandeltraject. De huidige wettelijke kaders en bekostigingssystemen bieden daarvoor weliswaar ruimte, maar tegelijkertijd is de praktijk weerbarstig. Er zijn verbeteringen nodig op een drietal vlakken, namelijk borging kwaliteit, borging betaalbaarheid en borging toegankelijkheid:

1. Er dient beter beschreven te worden wat goede psychosociale zorg is en op welke wijze die geleverd moet worden, met aandacht voor onderlinge samenwerking tussen professionals (kwaliteit);
2. Die beschrijving zou de basis moeten vormen voor de bekostiging van psychosociale zorg en voor het oplossen van knelpunten in deze bekostiging (betaalbaarheid);
3. De vindbaarheid van goede psychosociale zorg moet worden vergroot (toegankelijkheid).

De specifieke bevindingen van de werkgroep werden uiteengezet in 15 punten. Bij elk van deze punten waren acties geformuleerd waar partijen aan de slag konden gaan. De rapportage van de werkgroep was daarmee enerzijds bedoeld als eindrapportage van de onderzoeksfase, maar vormde anderzijds het startpunt voor vervolgacties van de werkgroepleden. Met deze brief willen wij u informeren over het verloop van deze vervolgacties, de huidige stand van zaken en onze visie op de toekomst van de werkgroep.

Wat is goede psychosociale zorg - vervolgacties en stand van zaken
Er is al veel geschreven over wat psychosociale zorg zou moeten inhouden, vooral in relatie tot kanker. Er bestaat echter behoefte aan ordening van de verschillende visies en aan het verbinden ervan zodat samenhang ontstaat. Partijen moeten het met elkaar eens worden over inhoud, duur en uitvoering van psychosociale zorg bij ernstige somatische aandoeningen. Dit zou moeten worden beschreven in een kwaliteitsstandaard, in de vorm van een zogeheten generieke (niet ziektespecifieke) module. Een dergelijke module kan vervolgens gekoppeld worden aan allerlei andere relevante, ziektespecifieke richtlijnen, zorgstandaarden en dergelijke.
Om partijen te ondersteunen bij het komen tot een eenduidige beschrijving in de vorm van een zorgmodule, heeft u het Kennisinstituut Medisch Specialisten subsidie verleend voor de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard psychosociale zorg bij (ingrijpende) somatische aandoeningen die namens de partijen aan Zorginstituut Nederland zal worden aangeboden voor opname in het Register. De kwaliteitsstandaard zal worden voorzien van

[1] Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen. Oktober 2015

patiënteninformatie, een implementatieplan een beperkte set (uitkomst)indicatoren. De oplevering hiervan is naar verwachting eind 2017, maar uiterlijk in januari 2018. De opname van deze kwaliteitsstandaard in het Register vormt echter niet het eindpunt, maar is niet meer dan het startsignaal voor een goede implementatie, die ertoe leidt dat de patiënt passende zorg ontvangt. In die implementatie moet aandacht zijn voor deskundigheidsbevordering van professionals en voor een samenhangende organisatie van zorg, waarin professionals elkaar goed weten te vinden en waarin relevante klinische informatie tussen de bij de behandeling betrokken professionals en instellingen wordt uitgewisseld. Zorgaanbieders zijn primair en samen met marktpartijen verantwoordelijk voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard, maar ook zorgverzekeraars zouden hieraan via de zorginkoop een bijdrage moeten leveren.

Bekostiging van psychosociale zorg
Onder leiding van de NZa hebben partijen de ervaren knelpunten rondom de bekostiging van de psychosociale zorg bij somatische problematiek verder opgepakt. De werkgroep heeft geïnventariseerd welke knelpunten worden ervaren ten aanzien van de bekostiging, kosten en financiering van psychosociale zorg bij somatische problematiek. De grootste ervaren knelpunten bleken in de medisch-specialistische zorg (dbc-systematiek) te liggen. Bij de ggz speelt wel de u bekende discussie rondom de toegang tot de zorg en het verzekerde pakket (aanpassingsstoornissen). Verder hebben ook inloophuizen een knelpunt aangedragen ten aanzien van de financiering.
De knelpunten die ziekenhuizen ervaren worden voor een groot deel veroorzaakt door onbekendheid met de huidige bekostigingsmogelijkheden. In ziekenhuizen wordt psychosociale zorg veelal als kostenpost gezien, omdat registratie van psychosociale zorg vaak niet direct leidt tot een 'duurder' dbc-zorgproduct en de opbrengsten ervan (zoals gezondheidswinst) slecht zichtbaar zijn. De kosten van psychosociale zorg kunnen wel verdisconteerd worden in het dbc-tarief. Door spreiding van psychosociale zorg over een groot aantal dbc-zorgproducten wordt de onderhandelpositie voor de medische psychologie echter wel als lastig ervaren. Ook wordt bekostiging als lastig ervaren op het moment dat een dbc-zorgproduct voor somatische klachten gesloten is. De bekostiging van psychosociale zorg dient dan via een opslag op bestaande dbc-zorgproducten te gebeuren. Er zijn dus wel mogelijkheden om psychosociale zorg op een adequate manier te financieren, maar in de praktijk wordt hier weinig gebruik van gemaakt.
Een ander knelpunt is dat de psychosociale zorg in het ziekenhuis niet via een verwijzing door de huisarts toegankelijk is. Dat is vooral lastig in situaties waarin geen dbc-zorgproduct voor de somatische klachten (meer) open staat. Het Zorginstituut heeft aangegeven dat binnen het huidige wettelijke kader rechtstreekse verwijzing van de huisarts naar de klinisch (neuro-)psycholoog in het ziekenhuis zonder dat sprake is van een psychische stoornis weliswaar mogelijk is, maar dat de kosten daarvan voor eigen rekening of voor de aanvullende verzekering zijn

De NZa heeft samen met partijen een aantal scenario's beschreven die mogelijk een oplossing kunnen zijn voor de ervaren knelpunten. Deze oplossingen omvatten onder andere het verduidelijken van de mogelijkheden voor de bekostiging van psychosociale zorg in de huidige bekostigingssystematiek en het aanscherpen van het naleven van richtlijnen via o.a. de contractering. Belangrijk aandachtspunt om de ervaren knelpunten te kunnen aanpakken, is dat de afbakening van de zorg helder is. Het advies is besproken in de werkgroep op 9 maart 2017 en is op 26 april 2017 definitief opgeleverd. U vindt het rapport in de bijlage bij deze brief.

Vergroten van de vindbaarheid van psychosociale zorg
Het vergroten van de vindbaarheid van psychosociale zorg vraagt enerzijds om bewustwording van patiënten en professionals, zodat zij alert zijn op psychosociale problematiek bij ernstige somatische aandoeningen en anderzijds om praktische hulp en ondersteuning bij het zoeken naar hulp voor deze problemen. Partijen in de werkgroep hebben hiervoor plannen ontwikkeld die tussen 1 februari en 1 april konden worden ingediend voor de Subsidieregeling Transparantie in de Zorg die Zorginstituut Nederland uitvoert voor uw Ministerie. Voor 2017 is

het thema van deze subsidieregeling Transparantie over de Kwaliteit van Zorg: 'Psychosociale gevolgen bij ingrijpende somatische aandoeningen'. De regeling is bedoeld voor projecten die gaan over informatie over (mogelijke) psychosociale gevolgen bij ingrijpende somatische aandoeningen. Hierbij staat aandacht voor de behoefte van patiënten en hun naasten om een diagnose en een daar op volgend zorgtraject in te passen in hun leven centraal.
In het kader van de Subsidieregeling zijn 28 projectvoorstellen ingediend voor een totaalbedrag van iets meer dan 8 miljoen euro. De projectvoorstellen worden momenteel getoetst. Het Zorginstituut zal begin juni bekend maken welke voorstellen voor subsidie in aanmerking komen. Mochten er meer projecten aan de gestelde subsidievoorwaarden voldoen dan er aan financiële ruimte beschikbaar is, dan zal de honorering van de aanvragen op grond van loting plaatsvinden. Hoewel de kans klein is dat tot loting moet worden overgegaan, hebben diverse werkgroepleden in de vergadering van 9 maart jongstleden hun zorgen hierover geuit. Het zou er namelijk toe kunnen leiden dat relevante projectvoorstellen alsnog buiten de boot vallen. Afgesproken is dat het Zorginstituut in dat geval zal aangeven welke van de 15 actiepunten uit het rapport "Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen" daardoor onvoldoende aandacht krijgen.

Conclusie
Met de drie in gang gezette trajecten (opstellen kwaliteitsstandaard door het KIMS, opstellen adviesrapport onder leiding van de NZa, uitvoering subsidieregeling door Zorginstituut) is opvolging gegeven aan de belangrijkste actiepunten uit het rapport 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen' dat de werkgroep in oktober 2015 uitbracht. Wij stellen daarom voor de werkgroep op te heffen. Natuurlijk verdient de psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen blijvende aandacht. Dit kan naar onze mening vanaf nu echter lopen via reguliere bestuurlijke kanalen. Daarnaast hebben de werkgroepleden onderling afgesproken om begin 2018 nog een keer informeel bij elkaar te komen om te bespreken wat er aan acties in gang is gezet en hoe deze lopen.

Met vriendelijke groet,

mw. prof. dr. Diana M.J. Delnoij,
onafhankelijk voorzitter van de werkgroep 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen'

p/a: Zorginstituut Nederland, Postbus 320, 1110 AH Diemen

Leden van de werkgroep:
- Federatie van Medisch Specialisten (FMS)
- GGZ Nederland (GGZNL)
- Inloophuizen en Psycho-oncologische centra, Samenwerking en Ondersteuning (IPSO)
- Landelijke Huisartsenvereniging
- Landelijke Vereniging van Medische Psychologie (LVMP)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisatie (NFK) (eerder: Leven met kanker)
- Nederlandse Federatie van UMC's (NFU)
- Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie (NVPO)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Patiëntenfederatie Nederland (eerder: NPCF)
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, afd. Oncologie (V&VN Oncologie)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Daarnaast namen het Ministerie van VWS, Zorginstituut Nederland (ZIN) en Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als adviseur deel aan de werkgroep.

Bijlage: Adviesrapport Psychosociale zorg bij somatische problematiek

Adviesrapport

Psychosociale zorg bij somatische problematiek

Werkgroep kosten en bekostiging

April, 2017

Inhoud

Managementsamenvatting **4**

1. Inleiding **6**
1.1 Aanleiding 6
1.2 Doel rapport 6
1.3 Randvoorwaarde 7
1.4 Leeswijzer 7

2. Ervaren knelpunten **8**
2.1 Knelpunten in ziekenhuizen 8
2.2 Knelpunt in inloophuizen 9
2.3 Overige knelpunten in de psychosociale zorg 9

3. Oplossingsrichtingen **10**
3.1 Uitgangspunten 10
3.2 Mogelijke oplossingsrichtingen 11
3.2.1 Communiceren over de huidige bekostigingsmogelijkheden. 11
3.2.2 Afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder 11
3.2.3 De poortfunctie toekennen aan de klinisch (neuro)psycholoog 12
3.2.4 Het introduceren van overige zorgproducten (ozp's) voor psychosociale zorg 13
3.2.5 Zorgactiviteiten van psychosociale zorg typerend maken 14
3.2.6 Overige oplossingen 14

4. Oplossingsrichting per knelpunt **16**
4.1 Knelpunten in de ziekenhuizen 16
4.1.1 Psychosociale zorg wordt gezien als kostenpost 16
4.1.2 Zwevende zorgactiviteiten zorgen voor verminderde zichtbaarheid 16
4.1.3 Psychosociale zorg wordt niet altijd volgens de richtlijnen verleend 17
4.1.4 Rechtstreekse verwijzing naar klinisch (neuro)psycholoog is niet mogelijk 17
4.2 Knelpunt in inloophuizen 17
4.2.1 Financiële onzekerheid inloophuizen 17
4.3 Overige knelpunten 18
4.3.1 Geen vergoeding van aanpassingsstoornissen vanuit het basispakket 18

5. Advies **19**

Bijlage 1: Samenstelling werkgroep **23**

Bijlage 2: Begrippenlijst **24**

Bijlage 3: Memo Zorginstituut: Verwijzing voor psychosociale zorg bij ernstig somatische aandoening **26**

Managementsamenvatting

Aanleiding
In oktober 2015 is in opdracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een rapport opgeleverd over de bevindingen en knelpunten van de organisatie en bekostiging rondom psychosociale zorg bij somatische problematiek. Naar aanleiding van dit rapport heeft de werkgroep van VWS drie thema's onderscheiden die verdere uitwerking behoeven. In dit rapport is thema 2 'Kosten en bekostiging' verder uitgewerkt door de werkgroep Kosten en bekostiging

Ervaren knelpunten en oplossingsrichtingen
De werkgroep heeft geïnventariseerd welke knelpunten worden ervaren ten aanzien van de bekostiging, kosten en financiering van psychosociale zorg bij somatische problematiek. Hierbij is gekeken naar knelpunten die worden ervaren binnen de ziekenhuizen, knelpunten in de inloophuizen en knelpunten die niet direct door de bekostiging worden veroorzaakt, maar wel hieraan gelieerd zijn. Het gaat om de volgende knelpunten:

- Psychosociale zorg wordt in ziekenhuizen gezien als kostenpost
- Zwevende zorgactiviteiten psychsociale zorg veroorzaken verminderde zichtbaarheid
- In het kader van kostenreductie wordt psychosociale zorg niet op alle plaatsen volgens de richtlijnen verleend
- Rechtstreekse verwijzing vanuit de huisarts naar de klinisch (neuro)psycholoog in ziekenhuis is niet mogelijk
- Financiële onzekerheid inloophuizen
- Vergoeding van aanpassingsstoornissen bij ingrijpende somatische problematiek niet vanuit het basispakket

Bij de uitwerking van mogelijke oplossingsrichtingen heeft de werkgroep een aantal uitgangspunten benoemd, waarmee rekening is gehouden bij de uitwerking van de oplossingsrichtingen:

- Psychosociale zorg is integraal onderdeel van de behandeling van een complexe somatische zorgvraag en wordt in principe bekostigd uit het openstaande dbc-zorgproduct.
- De afbakening tussen de 1^{e} lijn, msz en ggz moet nader worden uitgewerkt
- De uitwerking van de oplossingsrichtingen moet aansluiten bij de wens om rust en stabiliteit
- Het beschikbaar zijn van een prestatie betekend niet per definitie dat de geleverde zorg ook in aanmerking komt voor vergoeding
- De Zorgverzekeringswet (Zvw) is leidend voor de aanspraak op psychosociale zorg

Vervolgens zijn diverse oplossingsrichtingen beschreven die één of meerdere knelpunten aanpakken. De oplossingsrichtingen kennen een aantal randvoorwaarden die essentieel zijn om de genoemde oplossingen mogelijk te maken. De oplossingsrichtingen, de mogelijkheden en beperkingen per oplossing en (indien van toepassing) de verschillende standpunten van de leden van de werkgroep zijn weergegeven in het rapport. Op basis hiervan doet de werkgroep een aantal aanbevelingen richting de werkgroep van VWS.

Aanbevelingen
Op basis van de bevindingen en de reacties van belanghebbenden, komt de werkgroep tot de volgende aanbevelingen:

1. *Duidelijke communicatie over mogelijkheden in de huidige bekostigingssystematiek*
   De NZa beschrijft de diverse mogelijkheden om psychosociale zorg bij somatische problematiek te registreren en te bekostigen. Vervolgens communiceren de branches dit richting de zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
2. *Psychosociale zorg zoals vastgelegd in richtlijnen uitvoeren en naleven.*
   Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen in de contractering afspraken maken over het naleven van de richtlijnen en eventueel extra afspraken maken zoals het vastleggen van kwaliteitseisen.
3. *Tripartiet ondertekende richtlijn aanpassingsstoornis bij kanker aanbieden aan Zorginstituut Nederland*
   De beroepsgroep moet zorgen dat de richtlijn tripartiet (patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars) worden ondertekend en worden aangeboden aan het Zorginstituut met het verzoek tot opname in het basispakket.
4. *Directe verwijzing naar de klinisch (neuro)psycholoog mogelijk maken.*
   Een verwijzing van de huisarts naar de klinisch (neuro)psycholoog in het ziekenhuis voor psychosociale zorg is wel mogelijk, maar de kosten daarvan zijn voor eigen rekening of aanvullende verzekering (zie in bijlage 3 een memo van het Zorginstituut). Over de verwijzing kunnen afspraken worden gemaakt die zorgverzekeraars in de polisvoorwaarden opnemen.
5. *Analyseren financieringsmogelijkheden voor inloophuizen en hoe daarvoor in aanmerking te komen.*
   IPSO inloophuizen gaat in samenwerking met VWS onderzoeken welke structurele financieringsmogelijkheden er zijn en of hier meer landelijk op gestuurd kan worden.

De aanbevelingen 1 t/m 5 worden ondersteund door de gehele werkgroep. Over de laatste aanbeveling bestaat geen uniformiteit binnen de werkgroep en dient nog verder te worden uitgewerkt.

6. *De psychosociale zorg in het ziekenhuis los declarabel maken als er geen somatisch dbc-zorgproduct open staat.*

De psychosociale zorg kan los declarabel worden gemaakt (na sluiting somatisch dbc-zorgproduct) door het introduceren van ozp's of door het toekennen van de poortfunctie aan de klinisch (neuro)psycholoog. ZN is geen voorstander van het los declarabel maken van de psychosociale zorg. De NIP, LVMP, NVZ en IPSO inloophuizen geven de voorkeur aan het toekennen van de poortfunctie voor de lange termijn en de ozp als tijdelijke oplossing voor de korte termijn. De NVZ neemt dit mee in het landelijke overleg 'Lange termijn visie toekomstige bekostiging MSZ'. IPSO-POC geeft de voorkeur aan de ozp optie en de NZa geeft aan dat de ozp oplossing alleen mogelijk is indien deze oplossing verder is uitgewerkt en aan bepaalde voorwaarden is voldaan. Hiervoor moeten de veldpartijen een wijzigingsverzoek indienen bij de NZa, zodat dit verder uitgewerkt kan worden.

Ten slotte is het van belang dat de afbakening van de zorg helder is om een wijziging in de bekostiging door te kunnen voeren. Het moet duidelijk zijn wanneer het somatische behandeltraject eindigt en psychosociale zorg daar geen onderdeel meer van is. De afbakening wordt uitgewerkt in de werkgroep van VWS die zich richt op thema 1: Afbakening, richtlijnen, samenwerking.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In oktober 2015 is in opdracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het rapport psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen opgeleverd.[1] Dit rapport beschrijft bevindingen en knelpunten van de organisatie en bekostiging rondom psychosociale zorg bij somatische problematiek. Naar aanleiding van dit rapport zijn drie thema's onderscheiden die verdere uitwerking behoeven:

- Thema 1: Afbakening, richtlijnen en samenwerking
- Thema 2: Kosten en bekostiging
- Thema 3: Bewustwording en vindbaarheid

In dit rapport is thema 2 verder uitgewerkt door de werkgroep Kosten en bekostiging (zie bijlage 1 voor samenstelling werkgroep).

Wat is psychosociale zorg?
Psychosociale zorg bij somatische problematiek is een koepelterm voor psychosociale ondersteuning en psychologische zorg. **Psychosociale ondersteuning** is gericht op emotionele en praktische ondersteuning bij (relatief eenvoudige) problemen van psychische en sociale aard. **Psychologische zorg** is vooral gericht op het diagnosticeren en behandelen van psychische problemen. Dit betekent dat psychosociale zorg varieert van ondersteunend tot specialistisch niveau. Dit rapport richt zich op psychosociale zorg bij somatische problematiek die een grote impact heeft op het psychisch en/of sociaal functioneren. Hierbij gaat het om psychosociale zorg ten tijde van het somatische behandeltraject en na afloop daarvan. De zorg wordt verleend en bekostigd via de huisartsenzorg, medisch specialistische zorg of geestelijke gezondheidszorg (ggz). Verder verlenen inloophuizen psychosociale ondersteuning die maatschappelijk wordt gefinancierd of door de gemeente.

Wie levert psychosociale zorg?
Psychosociale zorg kan worden geleverd door diverse beroepsbeoefenaren: medisch specialist, verpleegkundig specialist, gespecialiseerd verpleegkundige, maatschappelijk werker, geestelijk verzorger, GZ-psycholoog, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater, huisarts en/of praktijkondersteuner huisarts ggz. De klinisch (neuro)psycholoog valt, evenals de medisch specialist, onder artikel 14 van de wet BIG. De klinisch (neuro)psycholoog is geen medisch specialist conform het register van de KNMG, maar is een specialist conform het register van de FGzPt. De klinisch (neuro)psycholoog functioneert in de ggz als poortspecialist, maar in de overige werkvelden is dit (vooralsnog) niet het geval.

1.2 Doel rapport

Het doel van dit rapport is inzicht geven in de ervaren knelpunten ten aanzien van de bekostiging van psychosociale zorg bij somatische problematiek en oplossingen aandragen voor deze knelpunten. Hierbij gaat het om de psychosociale zorg voor zowel volwassenen als voor kinderen. Daarnaast is ook aandacht besteed aan het knelpunt ten aanzien van vergoeding van aanpassingsstoornissen in de ggz. Het is

[1] Rapport oktober 2015 - psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen. https://www.kanker.nl/uploads/file_element/content/14427/Rapport__Psychosociale_zorg_bij_ingrijpende_somatische_aandoeningen__-_Definitief_-_21_okt_2015_-.pdf

wenselijk om de ervaren knelpunten op te lossen, omdat goede psychosociale zorg een essentiële voorwaarde kan zijn voor het bieden van kwalitatief verantwoorde zorgverlening bij complexe somatische aandoeningen. Daarnaast is het van belang om patiënten waarbij een psychosociale zorgvraag speelt, goed en tijdig in beeld te krijgen en de juiste behandeling te kunnen bieden. Door op tijd problemen te signaleren en te behandelen, wordt zwaardere zorg met hogere zorgkosten voorkomen en levert het mogelijk een macro voordeel op.

In dit rapport geven we advies over hoe en door wie de ervaren knelpunten in de kosten en bekostiging kunnen worden opgelost. Hierbij worden ook een aantal algemene uitgangspunten benoemd. Een aantal oplossingen moet nog nader worden uitgewerkt en ten aanzien van de één aanbeveling hebben de leden van de werkgroep geen overeenstemming bereikt en zijn de verschillende standpunten weergegeven.

1.3 Randvoorwaarde

Een belangrijk aandachtspunt is de afbakening van de psychosociale zorg bij somatische problematiek. Het is voor de bekostiging belangrijk om te bepalen wanneer het somatische behandeltraject én de flankerende psychosociale zorg eindigen. Na afronding van het traject ligt de verantwoordelijkheid voor de patiënt bij de huisarts of bij de ggz als de patiënt daar al in behandeling is of naar de ggz wordt overgedragen. In beide situaties is een andere bekostigingssystematiek en een ander macro budgettair kader van toepassing. De afbakening van de psychosociale zorg wordt verder uitgewerkt in de VWS werkgroep die zich bezighoudt met thema 1: Afbakening, richtlijnen, samenwerking.

1.4 Leeswijzer

In dit rapport zijn de ervaren knelpunten in de kosten en bekostiging van de psychosociale zorg bij somatische problematiek beschreven en zijn diverse oplossingsscenario’s uitgewerkt. Dit leidt tot een aantal aanbevelingen over hoe knelpunten kunnen worden aangepakt en door wie.

2. Ervaren knelpunten

Psychosociale zorg wordt geleverd binnen diverse zorgdisciplines, waaronder de huisartsenzorg, ggz, medisch specialistische zorg en maatschappelijke initiatieven. Deze verschillende disciplines kennen een eigen bekostigingssysteem. De veldpartijen ervaren een aantal, dat veroorzaakt worden door deze bekostigingssystemen. Daarnaast ervaren ze een aantal knelpunten in de kosten en financiering van de psychosociale zorg. De meeste knelpunten worden ervaren binnen ziekenhuizen, maar ook buiten ziekenhuizen en in de ggz worden knelpunten ervaren. De knelpunten zijn hieronder beschreven.

2.1 Knelpunten in ziekenhuizen

1. *Psychosociale zorg wordt in ziekenhuizen gezien als kostenpost*
   De psychosociale zorg in de ziekenhuizen staat onder druk doordat niet altijd zichtbaar is wat psychosociale zorg financieel opbrengt. Het wordt daardoor vaak zowel intern als extern als kostenpost gezien en wordt steeds vaker aan patiënten onthouden. De zichtbaarheid van psychosociale zorg in openstaande dbc-zorgproducten is beperkt, doordat de psychosociale zorg wordt geleverd bij diverse specialismes en diagnoses. Het financiële aandeel van psychosociale zorg binnen een dbc-zorgproduct is door deze spreiding vaak gering, wat het gesprek over de noodzaak van psychosociale zorg bemoeilijkt. De interne profilering en de beperkte financiële zichtbaarheid van psychosociale zorg binnen de ziekenhuizen, zorgt voor een minder sterke onderhandelingspositie.

2. *Zwevende zorgactiviteiten psychosociale zorg veroorzaken verminderde zichtbaarheid*
   Psychosociale zorg in het ziekenhuis wordt geregistreerd door zorgactiviteiten en bekostigd via somatische dbc-zorgproducten. Het komt echter regelmatig voor dat de somatische behandeling is afgerond en het dbc-zorgproduct is gesloten, terwijl nog flankerende psychosociale zorg (die vaak al start gedurende de somatische behandeling) nodig is voor de patiënt. De psychosociale zorg kan in deze gevallen wel geregistreerd worden, maar niet gekoppeld worden aan een dbc-zorgproduct en de zorgactiviteiten gaan zweven. De kosten van zwevende verrichtingen kunnen wel worden meegenomen in de dbc-zorgproducten, maar worden niet direct aan een specifieke dbc gekoppeld. Het is daardoor niet altijd direct inzichtelijk bij welke dbc-zorgproducten (en diagnoses) de zwevende activiteiten behoren. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat onduidelijk is hoeveel psychosociale zorgactiviteiten gaan zweven.

3. *In het kader van kostenreductie wordt psychosociale zorg niet op alle plaatsen volgens de richtlijnen verleend*
   Er zijn de afgelopen decennia zowel nationaal als internationaal vele mono- en multidisciplinaire richtlijnen voor psychosociale zorg opgesteld en aanvaard. Echter wordt psychosociale zorg soms te beperkt en mogelijk niet altijd volgens de richtlijnen aangeboden. Dit heeft negatieve gevolgen voor kwaliteit van zorg en op de kwaliteit van leven van de patiënt Op deze richtlijnen wordt nu niet gehandhaafd door zorgverzekeraars en de IGZ. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken hierover meestal geen afspraken tijdens de contractonderhandelingen.

4. *Rechtstreekse verwijzing vanuit de huisarts naar een klinisch (neuro)psycholoog in het ziekenhuis is niet mogelijk*
   In het huidige bekostigingssysteem kan een huisarts niet direct verwijzen naar de klinisch (neuro)psycholoog in het ziekenhuis. Dit komt doordat er binnen het dbc-systeem geen zelfstandig te declareren prestaties zijn voor de psychosociale zorg.
   Om de psychosociale zorg toch te kunnen declareren wordt de patiënt nu via een medisch specialist naar de klinisch (neuro)psycholoog in het ziekenhuis verwezen of helemaal niet verwezen. Dit brengt onnodige zorgkosten met zich mee. Het Zorginstituut heeft aangegeven dat een verwijzing van de huisarts naar de klinisch (neuro)psycholoog in het ziekenhuis voor psychosociale zorg wel mogelijk is, maar de kosten daarvan zijn voor eigen rekening of aanvullende verzekering (zie bijlage 3).

2.2 Knelpunt in inloophuizen

5. *Financiële onzekerheid inloophuizen.*
   Er zijn diverse maatschappelijke initiatieven opgezet voor het leveren van psychosociale ondersteuning. Voorbeelden hiervan zijn de inloophuizen, Alzheimercafés en patiëntenverenigingen. Inloophuizen zijn vrijwilligersorganisaties die jaarlijks 76.000 bezoeken registreren van mensen met kanker en hun naasten. Ze bieden psychosociale ondersteuning in het (na)zorgtraject van een somatische behandeling. De jaarlijkse lasten van inloophuizen worden gefinancierd door middel van fondsen, sponsoring, subsidies, donaties en andere activiteiten. Tot op heden is er onvoldoende tot geen bekostiging vanuit gemeenten via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en ontbreekt een andere wettelijk kader waarbinnen structurele financiering geborgd wordt. Hierdoor dreigt de psychosociale ondersteuning die wordt geleverd door inloophuizen te verdwijnen.

2.3 Overige knelpunten in de psychosociale zorg

6. *Vergoeding van aanpassingsstoornissen bij ingrijpende somatische problematiek niet vanuit het basispakket*
   Psychische stoornissen (DSM-classificatie) kunnen worden behandeld in de ggz. Enkele stoornissen zijn door de wetgever uitgesloten van verzekerde aanspraak. Dit betreft onder andere de behandeling van DSM diagnose aanpassingsstoornissen. Dit besluit is vastgelegd in artikel 2.1 van de Regeling Zorgverzekering. Hierdoor wordt patiënten met ingrijpende somatische aandoeningen, die een daaraan gerelateerde aanpassingsstoornis hebben, mogelijk een behandeling onthouden.

3. Oplossingsrichtingen

De werkgroep heeft een aantal uitgangspunten benoemd waarmee rekening is gehouden bij de uitwerking van de oplossingsrichtingen. Vervolgens zijn een aantal oplossingsrichtingen bedacht die hieronder zijn beschreven.

3.1 Uitgangspunten

Een van de uitgangspunten is dat psychosociale zorg integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een complexe somatische zorgvraag. Dat betekent dat als een dbc-zorgproduct open staat, de psychosociale zorg door middel van de zorgactiviteiten voor psychosociale zorg geregistreerd en bekostigd wordt via het openstaande dbc-zorgproduct. Dit uitgangspunt sluit aan bij de principes van het dbc-bekostigingssysteem, waarbij integraliteit van zorg centraal staat.

Een ander uitgangspunt is dat enkel psychosociale zorg noodzakelijk in verband met de behandeling van een complexe somatische zorgvraag bekostigd mag worden via de medisch-specialistische zorg. Het is echter nog onvoldoende duidelijk wanneer het somatische behandeltraject eindigt en psychosociale zorg daar geen onderdeel meer van is. Als er sprake is van een DSM-benoemde stoornis die onder de verzekerde zorg valt, is verwijzing naar de geneeskundige ggz op alle momenten van de somatische behandeling mogelijk.
Duidelijkheid over deze 'afbakening' is een randvoorwaarde voor diverse oplossingsrichtingen om dubbele of onjuiste bekostiging te voorkomen. De afbakening wordt uitgewerkt in de werkgroep van VWS die zich richt op thema 1: Afbakening, richtlijnen, samenwerking.

Bij de uitwerking van de oplossingsrichtingen dient de grootte van het probleem en de impact bepaald te worden. Op verzoek van de branchepartijen (waaronder NVZ, NFU, ZKN, FMS en ZN) zijn afspraken gemaakt over rust in de regels en stabiliteit in de productstructuur van de medisch-specialistische zorg tot 2020. Met behulp van het toetsingskader dbc-systeem wordt door de NZa en veldpartijen een afweging gemaakt tussen de wenselijkheid van een wijziging en bijbehorende impact. Dat betekent dat tot 2020 alleen nog strikt noodzakelijke wijzigingen worden doorgevoerd.

Verder is het van belang dat het beschikbaar zijn van een prestatietitel niet per definitie betekend dat de geleverde zorg ook in aanmerking komt voor vergoeding uit de basisverzekering. De Zvw is daarin leidend. Op grond van de Zvw geldt dat zorg, die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, niet verzekerd is (met andere woorden, de zorg moet bewezen effectief zijn). Daarnaast geldt dat verzekerde redelijkerwijs op de zorg aangewezen moet zijn. Het Zorginstituut en zorgverzekeraars bepalen vervolgens welke zorg onder de verzekerde aanspraak valt. In bijlage 3 is een memo van het Zorginstituut met een nadere toelichting toegevoegd.

Tot slot wordt het uitgangspunt gehanteerd dat enkel medisch specialisten poortspecialist kunnen zijn. De NZa baseert de poortspecialismen in haar regelgeving op de medisch specialismen uit het register van de KNMG. De klinisch (neuro)psycholoog is geen medisch specialist en daarmee ook geen poortspecialist.

3.2 Mogelijke oplossingsrichtingen

De werkgroep onderscheidt de volgende oplossingsrichtingen:
1. Communiceren over de huidige bekostigingsmogelijkheden
2. Afspraken maken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder
3. De poortfunctie toekennen aan de klinisch (neuro)psycholoog
4. Het introduceren van overige zorgproducten (ozp's) voor psychosociale zorg
5. Het typerend maken van de zorgactiviteiten voor psychosociale zorg
6. Overige oplossingen

De oplossingsrichtingen kennen een aantal randvoorwaarden. Deze randvoorwaarden zijn essentieel om genoemde oplossingen mogelijk te maken. Hieronder beschrijven we de oplossingsrichtingen, de mogelijkheden en beperkingen per oplossing en (indien van toepassing) de verschillende standpunten van de leden van de werkgroep.

3.2.1 Communiceren over de huidige bekostigingsmogelijkheden.

Het huidige bekostigingssysteem biedt mogelijkheden om psychosociale zorg te bekostigen. Er zijn zorgactiviteiten beschikbaar die de psychosociale zorg voldoende beschrijven. Registratie van deze zorgactiviteiten binnen een openstaand dbc-zorgproduct leidt ertoe dat er direct kosten toegerekend kunnen worden aan de geleverde psychosociale zorg. Daarnaast zijn voor de kindergeneeskunde, epilepsie en hart-long revalidatie de zorgactiviteiten voor psychosociale zorg typerend. Dat betekent dat registratie van deze zorgactiviteiten mogelijk zorgen voor de afleiding naar een (duurder) dbc-zorgproduct.

Als er geen dbc-zorgproduct open staat, maar het zorgtraject van de patiënt is nog niet afgerond, dan kan de psychosociale zorg nog steeds worden geregistreerd en worden bekostigd. Het is dan niet mogelijk om de zorgactiviteiten direct aan een dbc-zorgproduct te koppelen. De geleverde psychosociale zorg kan in dat geval bekostigd worden door een opslag op de tarieven van dbc-zorgproducten af te spreken. Deze systematiek wordt ook gehanteerd voor andere vormen van zorg die gaan zweven. Er is dus geen sprake van gemiste kosten, maar van een verminderde zichtbaarheid van psychosociale zorg.
Hierbij gelden twee aandachtpunten:
- de directe relatie tussen de geleverde zorg en de opslag op tarieven ontbreekt tijdens de onderhandelingen
- een ziekenhuis heeft bij een juiste en volledige registratie echter wel inzicht in bij welke aandoeningen psychosociale zorg wordt geleverd en welk deel van de zorg gaat zweven.

Niet iedereen is voldoende op hoogte van de bekostigingsmogelijkheden en daarom moet hier een goede communicatie over komen. Dit punt kan worden opgepakt door de werkgroep met thema 3 'Bewustwording en vindbaarheid'.

3.2.2 Afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder

De zorgverzekeraar en zorgaanbieder kunnen in de onderhandeling afspraken maken die het belang van psychosociale zorg benadrukken en de bekostiging mogelijk maken zowel binnen als buiten een ziekenhuis. De zorgverzekeraars kunnen consequenties hangen aan niet nagekomen afspraken, waardoor de positie van de psychosociale zorg mogelijk sterker wordt.

3.2.3 De poortfunctie toekennen aan de klinisch (neuro)psycholoog

Het toekennen van de poortfunctie aan de klinisch (neuro)psycholoog maakt het mogelijk dat na sluiten van het dbc-zorgproduct voor de somatische problematiek, de klinisch (neuro)psycholoog zelfstandig een dbc-zorgproduct kan declareren. Voor het kunnen declareren van een eigen dbc-zorgproduct binnen de medisch-specialistische zorg geldt de voorwaarde dat de klinisch (neuro)psycholoog aangewezen moet worden als beroepsgroep die de poortfunctie kan uitoefenen.

Binnen het huidige beleid zijn de volgende twee mogelijkheden om de poortfunctie te verkrijgen:

- beroepsbeoefenaren die erkend zijn als medisch specialist door het College Geneeskundig Specialismen (CGS) kunnen de poortfunctie aanvragen
- als sprake is van taakherschikking is door VWS de mogelijkheid geboden om de poortfunctie aan te vragen. Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken en verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen in de medisch specialistische zorg. Er is alleen sprake van taakherschikking als een beroepsgroep volledig zelfstandig en volledig onder eigen verantwoordelijkheid medisch specialistische zorg levert.

De klinisch (neuro)psycholoog kan geen gebruik maken van deze mogelijkheden, omdat niet is voldaan aan de voorwaarden. Zoals beschreven in de uitgangspunten is de klinisch (neuro)psycholoog geen medisch specialist. Ook voldoet de klinisch (neuro)psycholoog niet aan de huidige definitie van taakherschikking zoals hierboven beschreven. De psychosociale zorg wordt geleverd als onderdeel van een dbc-zorgproduct en als onderdeel van een somatische zorgvraag. Het gaat niet om het structureel herverdelen van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende categorieën van beroepsbeoefenaren. De psychosociale zorg wordt geleverd ter ondersteuning van de somatische zorgvraag. Dat betekent dat er geen sprake is van taakherschikking en dit dus ook niet als reden aangewezen kan worden voor het toekennen van de poortfunctie aan de klinisch (neuro)psycholoog.

Om, onder andere voorwaarden, de poortfunctie mogelijk te maken voor de klinisch (neuro)psycholoog is een beleidswijziging nodig. Hieronder worden een aantal voor- en nadelen van het toekennen van de poortfunctie aan de klinisch (neuro)psycholoog beschreven.

Voordelen:

- De financiële zichtbaarheid van de psychosociale zorg verbetert. Een klinisch (neuro)psycholoog kan dan na sluiting van een somatisch dbc-zorgproduct zelfstandig een dbc-zorgproduct declareren.
- Een aparte declaratietitel is beter herkenbaar voor patiënten. De kans dat een patiënt betaalt voor de zorg die hij daadwerkelijk heeft ontvangen is groter als er aparte declaraties zijn voor psychosociale zorg, dan wanneer er een algemene opslag wordt berekend op de somatische dbc-zorgproducten.
- Door het beschikbaar komen van een aparte declaratietitel is een rechtstreekse verwijzing naar de klinisch (neuro)psycholoog technisch mogelijk.

Nadelen

- Deze oplossing past niet binnen de huidige beleidslijnen. Het wijzigen van de beleidslijnen zal een uitbreiding van de poortfunctie betekenen die ook impact kan hebben op andere beroepsbeoefenaren zonder poortfunctie.
- Dit brengt een lastig vraagstuk met zich mee, namelijk dat moet worden bepaald wanneer sprake is van een eigen zorgvraag en wanneer niet.
- Het registreren van dbc-zorgproducten betekent een wijziging in de bestaande wijze van registreren en bekostigen. Dit brengt administratieve lasten met zich mee.
- Het doorvoeren van deze wijziging heeft technisch een grote impact.
- Om dubbele bekostiging te voorkomen, moet de dbc-zorgproducten geschoond worden voor de verrichtingen die apart declarabel worden.

Belangrijke uitgangspunten bij dit voorstel zijn de integraliteit en de afbakening van de zorg. De meeste leden van de werkgroep vinden dat de voordelen opwegen tegen de nadelen en zijn voorstander van deze oplossing. Zij willen dat de poortfunctie per 2020 toegankelijk wordt voor de klinisch (neuro)psycholoog. Om deze beleidswijziging door te voeren moet een nieuwe voorwaarde worden gecreëerd om het toekennen van een poortfunctie breder beschikbaar te maken. Gezien de impact hiervan en de eerder genoemde rust en stabiliteit, is deze oplossingsrichting in ieder geval niet eerder te realiseren dan per 2020.
Voor ZN wegen de nadelen echter zwaarder dan de voordelen en ZN geeft daarom aan deze oplossingsrichting niet te willen doorvoeren. De NZa heeft ook geen voorkeur voor deze oplossing, omdat zij een andere oplossing prefereert met een kleinere beleidsmatige impact. Daarbij moet opgemerkt worden dat de NZa bereid is om deze oplossingsrichting te bespreken in het kader van de lange termijn doorontwikkeling van de dbc-systematiek. Voorwaarde is wel dat aan de eerder genoemde uitgangspunten is voldaan.

Om te bepalen of invoering vanaf 2020 mogelijk en/of wenselijk is, zal de impact hiervan nader moeten worden onderzocht. De NZa verwacht echter dat deze wijziging niet eerder dan 2025 uitgevoerd kan worden, aangezien met de landelijke branche verenigingen is afgesproken om ook in de periode van 2020 en 2025 geen grote wijzigingen in de dbc-systematiek door te voeren.

3.2.4 Het introduceren van overige zorgproducten (ozp's) voor psychosociale zorg

Een ozp is een los declarabele prestatie binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde een dbc-zorgproduct. Door het aanmaken van overige zorgproducten kan de psychosociale zorg zelfstandig gedeclareerd worden door de klinisch (neuro)psycholoog. Dit mag echter alleen als er geen openstaand dbc-zorgproduct is waaraan de zorgactiviteiten voor psychosociale zorg kunnen worden gekoppeld.

Voor overige zorgproducten gelden vrijwel dezelfde voor- en nadelen als bij het toekennen van de poortfunctie. Er zit wel een verschil in de administratieve lasten tussen de twee oplossingsrichtingen. De registratie lasten bij een ozp zijn lager dan bij de poortfunctie, omdat dit beter aansluit bij de huidige wijze van registreren. Het grootste verschil tussen de poortfunctie en ozp's is dat de ozp oplossing beter binnen de huidige beleidslijnen past. Deze oplossing heeft echter ook een technische impact en past om deze reden (net zoals de poortfunctie) niet binnen het bestaande toetsingskader dat van toepassing is tot 2020. De

technische impact en uitvoeringsconsequenties van het toekennen van ozp's zijn wel minder groot dan bij het toekennen van de poortfunctie, terwijl dezelfde knelpunten worden opgelost.
Een nadeel van de ozp's ten opzichte van de poortfunctie is dat er in de onderhandeling over meerdere prestaties tariefafspraken moeten worden gemaakt. Daarnaast past het toekennen van losse prestaties minder goed in het integrale karakter van het dbc systeem.

De mening van de werkgroep over deze oplossingsrichting is verdeeld. De NZa is terughoudend voor de ozp oplossing, maar geeft wel de voorkeur voor de oplossing van ozp's ten opzichte van het toekennen van de poortfunctie. Het aanmaken van ozp's past beter binnen de huidige beleidslijnen en heeft technisch minder impact. Er moet wel eerst meer duidelijkheid komen over het aantal zwevende verrichtingen voordat ozp's kunnen worden geïntroduceerd. De IPSO-POC ziet de ozp's vooral als oplossing voor het knelpunt van de zwevende verrichtingen. De NVZ, LVMP, NIP en ZN geven niet de voorkeur aan de ozp oplossing, omdat deze niet past binnen de het integrale karakter van de dbc-systematiek, namelijk declaratie van gemiddelde (integrale) zorgvragen. ZN is van mening dat deze optie helemaal niet wenselijk is, omdat door de invoering van ozp's een incompleet beeld van de omvang van de psychosociale zorg kan ontstaan. Het deel dat via de ozp's wordt gedeclareerd is slechts een fractie van het totaal en het risico bestaat dat hier verkeerde conclusies aan gekoppeld kunnen worden. De NVPO ziet dit risico ook en geeft aan dat dit risico verkleind moet worden door een betere registratie en handhaving hierop.
De NVZ, LVMP en NIP zijn daarin genuanceerder. Zij geven de voorkeur aan het toekennen van de poortfunctie. Indien deze oplossing echter niet per 2020 ingevoerd kan worden, dan vinden deze partijen het doorvoeren van de ozp oplossing wel wenselijk voor de korte termijn.

3.2.5 Zorgactiviteiten van psychosociale zorg typerend maken

Zorgactiviteiten kunnen een grotere rol spelen in de afleiding naar een dbc-zorgproduct door deze typerend te maken. Dat betekent dat als deze zorgactiviteiten worden vastgelegd, deze zorgactiviteiten mede bepalend zijn voor het dbc-zorgproduct waar naar afgeleid wordt. Randvoorwaarde hierbij is dat de inzet een aanzienlijk kostenbeslag kent. Gezien de beperkte financiële impact van psychosociale zorg in dbc-zorgproducten ziet de werkgroep geen toegevoegde waarde in het typerend maken van zorgactiviteiten voor psychosociale zorg. Het typerend maken van de zorgactiviteiten voor psychosociale zorg lost de knelpunten daardoor slechts minimaal op.

3.2.6 Overige oplossingen

Er zijn nog een aantal oplossingen aangedragen die niet direct de bekostigingsstructuur raken. Het gaat hier om oplossingen zoals het analyseren van financieringsmogelijkheden buiten de Zvw en faciliteren van het maken van afspraken met de lokale overheid voor de inloophuizen. Vanuit het ministerie van VWS is aan IPSO de opdracht gegeven om binnen de regionale oncologische zorgketen de verbinding tussen formele en informele zorg tot stand te brengen. Een onderdeel van deze opdracht is dat inloophuizen structureel deel gaan uitmaken van de zorgketen. Om dit te kunnen realiseren is het van belang dat er een structurele basis financiering komt voor deze maatschappelijke initiatieven. Hierbij kan gedacht worden aan het ontwikkelen van een regeling zoals bij hospicezorg. Daarnaast kan onderzocht worden op welke manier financiering mogelijk is vanuit de Zvw op basis van substitutiezorg en/of semiprofessionele mantelzorg.

Verder is het vaststellen, uitvoeren en naleven van (kwaliteits-) richtlijnen als oplossing aangedragen. Wat betreft het naleven van de richtlijnen ligt een taak voor de toezichthouders zoals de IGZ.

4. Oplossingsrichting per knelpunt

In dit hoofdstuk wordt per knelpunt beschreven welke oplossingsrichting(en) het best passend is en/of zijn voor het betreffende knelpunt.

4.1 Knelpunten in de ziekenhuizen

4.1.1 Psychosociale zorg wordt gezien als kostenpost

In ziekenhuizen leeft de perceptie dat psychosociale zorg een kostenpost is. Om dit knelpunt op te lossen is allereerst van belang dat ziekenhuizen bewust worden van het feit dat psychosociale zorg een integraal onderdeel is van de somatische behandeling en in het belang is van de patiënt. Dit is volgens de werkgroep één van de belangrijkste punten om dit knelpunt op te lossen. Het kan helpen als de zorgverzekeraar en zorgaanbieder tijdens de onderhandelingen afspraken maken die het belang van psychosociale zorg benadrukken. De zorgverzekeraar kan vervolgens consequenties verbinden aan het niet nakomen van afspraken.

Daarnaast is het van belang dat ziekenhuizen zich bewust worden van de financieringsmogelijkheden van psychosociale zorg die het huidige bekostigingssysteem biedt. Er kunnen immers kosten toegerekend worden aan de zorgactiviteiten voor psychosociale zorg die geregistreerd worden binnen een openstaand dbc-zorgproduct. Na sluiting van het dbc-zorgproduct kan psychosociale zorg bekostigd worden middels een opslag op het tarief van een dbc-zorgproduct.

Om de zichtbaarheid van psychosociale zorg na sluiting van een dbc-zorgproduct in ziekenhuizen te vergroten is het daarnaast mogelijk om de klinisch (neuro)psycholoog zelfstandig declaratierecht te geven. Dit kan door het introduceren van ozp's voor psychosociale zorg, of door het toekennen van de poortfunctie aan de klinisch (neuro)psycholoog.

Het typerend maken van de zorgactiviteiten voor psychosociale zorg zal dit knelpunt slecht gedeeltelijk oplossen, vooral gezien de beperkte financiële impact van psychosociale zorg in dbc-zorgproducten. Het typerend maken van zorgactiviteiten voor psychosociale zorg is volgens de werkgroep daarom geen oplossing.

4.1.2 Zwevende zorgactiviteiten zorgen voor verminderde zichtbaarheid

Het zweven van zorgactiviteiten is één van de kenmerken van het dbc-systeem. Binnen het huidige bekostigingssysteem is het mogelijk om zwevende verrichtingen te bekostigen middels een opslag op de dbc-zorgproducten. Zorgaanbieders en zorgaanbieders kunnen hierover afspraken maken tijdens de onderhandelingen.

Dit knelpunt kan ook opgelost worden door de klinisch (neuro)psycholoog zelfstandig declaratierecht te geven door het introduceren van ozp's voor psychosociale zorg of het toekennen van de poortfunctie aan de klinisch (neuro)psycholoog.

4.1.3 Psychosociale zorg wordt niet altijd volgens de richtlijnen verleend

Er zijn de afgelopen decennia zowel nationaal als internationaal vele mono- en multidisciplinaire richtlijnen voor psychosociale zorg opgesteld en aanvaard. Het is van belang hierover optimaal gecommuniceerd wordt en dat ook aan deze richtlijnen wordt voldaan. Om implementatie van evidence based richtlijnen te ondersteunen en de kwaliteit van zorg te verbeteren, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierover afspraken maken tijdens de onderhandelingen. Er kunnen bijvoorbeeld afspraken worden gemaakt over het vastleggen van specifieke kwaliteitseisen. Daarnaast is het de taak van de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de IGZ om toe te zien op naleving van de richtlijnen. De zorgverzekeraar kan vervolgens nog consequenties verbinden indien een zorgaanbieder de zorg niet conform de geldende richtlijnen verleend. Belangrijk hierbij is dat zowel patiënten als zorgverleners op de hoogte zijn van deze afspraken voortkomend uit richtlijnen en kwaliteitseisen. De bekendmaking hiervan is een taak van zowel de betrokken beroepsverenigingen als van ziekenhuizen en patiëntenverenigingen.

4.1.4 Rechtstreekse verwijzing naar klinisch (neuro)psycholoog is niet mogelijk

Om rechtstreekse verwijzing vanuit de huisarts naar klinisch (neuro)psycholoog in ziekenhuis mogelijk te maken, moet er zijn voldaan aan twee voorwaarden:

1. De zorgverzekeraar moet de klinisch (neuro)psycholoog opnemen in de polisvoorwaarden als rechtstreekse verwijzer.
2. Er met een declaratietitel beschikbaar zijn voor de klinisch (neuro)psycholoog in het ziekenhuis.

Het is van belang dat de zorgverzekeraar in de polisvoorwaarden opneemt dat een verwijzing vanuit de huisarts naar de klinisch (neuro)psycholoog in het ziekenhuis is toegestaan. De werkgroep benadrukt dat hiervoor in samenwerking met de professionals een goed kader moet worden opgesteld op basis waarvan een eerstelijns zorgverlener direct mag verwijzen naar de tweedelijns zorgverlener.

Om aan voorwaarde twee te voldoen, moet de klinisch (neuro)psycholoog zelfstandig declaratierecht krijgen. Dit kan door het introduceren van ozp's voor psychosociale zorg, of door het toekennen van de poortfunctie aan de klinisch (neuro)psycholoog.

Pas als aan deze voorwaarden is voldaan, is rechtstreekse verwijzing mogelijk. Het Zorginstituut heeft daarnaast een memo geschreven over de te verzekeren zorg binnen de huidige wettelijke kaders.

4.2 Knelpunt in inloophuizen

4.2.1 Financiële onzekerheid inloophuizen

De inloophuizen kennen een onzekere financiering. Deze onzekere financiering kan op diverse manieren worden aangepakt.
De ondersteuning die inloophuizen bieden kan aangemerkt worden als substitutiezorg. Bij de zorginkoop kunnen de zorgverzekeraars sturen op substitutie en dit stimuleren. Hierdoor kunnen patiënten die behoefte hebben aan psychosociale ondersteuning, maar niet onder de doelgroep voor verwijzing naar een POC of ggz-instelling vallen en dus een andere zorgbehoefte hebben, terecht bij de inloophuizen. Binnen de mix van formele en informele psychosociale zorg kan worden toegewerkt naar een stepped-care model waarbij door goede screening bepaald kan

worden welke mate van zorg en ondersteuning nodig is. Substitutie levert mogelijk een doelmatigheidswinst en op macroniveau kan het bijdragen aan het beheersbaar houden van de zorgkosten.
Verder kan worden geanalyseerd of er meer structurele financieringsmogelijkheden zijn en hoe inloophuizen daarvoor in aanmerking kunnen komen. Hierbij kan worden onderzocht of er een wettelijk kader moet komen om tot een structurele financiering te komen. Mogelijk kan VWS een rol spelen in het stellen van aanvullende voorwaarden voor bekostiging binnen de Wmo. Daarnaast kunnen er op landelijk niveau afspraken worden gemaakt die gebruikt kunnen worden voor het maken van afspraken met de gemeentes over financieringsmogelijkheden.

4.3 Overige knelpunten

4.3.1 Geen vergoeding van aanpassingsstoornissen vanuit het basispakket

De behandeling van aanpassingsstoornissen is uitgesloten van verzekerde aanspraak in de Regeling Zorgverzekering. Er is dus een wetswijzing noodzakelijk om de aanpassingsstoornis op te nemen in het basispakket. VWS kan eventueel op advies van het Zorginstituut tot een wetwijziging overgaan. Een randvoorwaarde is dat de richtlijn tripartiet (patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars) aan het Zorginstituut wordt aangeboden. Het is dus van belang om de richtlijnen tripartiet af te stemmen en vervolgens een verzoek tot opname in het basispakket in te dienen bij het Zorginstituut. Het tripartiet aanbieden van richtlijnen aan het Zorginstituut biedt overigens geen garantie dat zij de minister positief zullen adviseren tot opname van de behandeling van aanpassingsstoornissen in het pakket. Het gaat er om dat de in de richtlijnen beschreven behandelingen bewezen effectief zijn.

5. Advies

Op basis van onze bevindingen, analyses en de reacties van belanghebbenden en partijen komt de werkgroep tot de volgende aanbevelingen:

1. Duidelijke communicatie over mogelijkheden in de huidige bekostigingssystematiek
2. Psychosociale zorg zoals vastgelegd in richtlijnen uitvoeren en naleven.
3. Tripartiet ondertekende richtlijn aanpassingsstoornis aanbieden aan het Zorginstituut Nederland
4. Directe verwijzing naar de klinisch (neuro)psycholoog mogelijk maken.
5. Analyseren financieringsmogelijkheden voor inloophuizen en hoe daarvoor in aanmerking te komen.
6. De psychosociale zorg in het ziekenhuis los declarabel maken als er geen somatisch dbc-zorgproduct open staat.

De aanbevelingen 1 t/m 5 worden ondersteund door de gehele werkgroep. De overige aanbevelingen worden die niet door de hele werkgroep ondersteund en behoeven daarom nog verdere uitwerking.

Aanbevelingen van de hele werkgroep

Aanbeveling 1: Duidelijke communicatie over mogelijkheden in de huidige bekostigingssystematiek

Binnen de huidige bekostigingssystematiek zijn er al diverse mogelijkheden om de zorg te registreren en te bekostigen. Het is mogelijk om kosten toe te rekenen aan de zorgactiviteiten voor psychosociale zorg, zodat deze in het tarief van een somatisch dbc-zorgproduct terugkomen. Deze mogelijkheden moeten duidelijk worden gecommuniceerd richting de zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

- Wie: Individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen hierover afspraken maken. Daarnaast kan dit punt worden meegenomen in de werkgroep met thema 3 'Bewustwording en vindbaarheid'.
- Wanneer: Per direct. Dit is een oplossing die geen impact heeft op de bekostigingsstructuur en daardoor direct kan worden uitgevoerd.
- Hoe: De NZa schrijft een korte notitie met daarin de mogelijkheden in de huidige bekostigingssystematiek. Deze notitie stuurt de NZa naar de koepels (NVZ, LVMP, NIP en IPSO) en naar werkgroep met thema 3. De koepels verspreiden de notitie naar de leden in aanloop naar de contractering 2018.

Aanbeveling 2: Psychosociale zorg zoals vastgelegd in richtlijnen uitvoeren en naleven.

De bestaande richtlijnen voor en kwaliteitsafspraken rond psychosociale zorg moeten worden nageleefd. Hier mag alleen beargumenteerd van worden afgeweken. De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van deze richtlijnen en kwaliteitsafspraken ligt primair bij de zorgaanbieder. De aanbeveling is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de contractering afspraken maken over het naleven van de richtlijnen en eventueel extra afspraken maken zoals het vastleggen van bepaalde kwaliteitseisen. Om een en ander te kunnen controleren, moeten uitkomstmaten rond psychosociale zorg in landelijke databases worden opgenomen. De zorgverzekeraar kan toezien op de naleving van de afspraken en vervolgens consequenties verbinden aan het niet naleven van richtlijnen voor een zorgaanbieder. De IGZ dient de naleving van de richtlijnen ook te toetsen.

- Wie: Beroepsgroep, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en IGZ
- Wanneer: Per direct
- Hoe: De beroepsgroep werkt de richtlijnen uit zodat deze in een aanbevelingsnotitie kunnen worden opgenomen. VWS moet de IGZ, zorgverzekeraars en zorgaanbieders actief wijzen op het belang van toetsen en zo nodig consequenties verbinden aan uitvoering/ naleving van de richtlijnen.

Aanbeveling 3: Tripartiet ondertekende richtlijn aanpassingsstoornis bij kanker aanbieden aan het Zorginstituut
Wat betreft de oncologische zorg is de richtlijn Aanpassingsstoornis bij kanker ontwikkeld. Deze richtlijn moet tripartiet (patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars) worden ondertekend. Vervolgens kan deze worden aangeboden aan het Zorginstituut met het verzoek tot opname in het basispakket.

- Wie: De beroepsgroep moet ervoor zorgen dat de richtlijn tripartiet wordt vastgesteld en dat er een verzoek bij het Zorginstituut wordt neergelegd voor opname van aanpassingsstoornissen in het basispakket
- Wanneer: Per direct
- Hoe: De beroepsgroep legt de richtlijn bij de koepels van verzekeraars en aanbieders. Zij beoordelen deze en vervolgens kan de richtlijn in overleg worden vastgesteld. Deze kan tripartiet worden voorgelegd aan het Zorginstituut.

Aanbeveling 4: Directe verwijzing naar de klinisch (neuro)psycholoog mogelijk maken.
Een verwijzing van de huisarts naar de klinisch (neuro)psycholoog in het ziekenhuis voor psychosociale zorg is wel mogelijk, maar de kosten daarvan zijn voor eigen rekening of aanvullende verzekering (zie bijlage 3, memo van het Zorginstituut).
De zorgverzekeraars kunnen vervolgens in de polisvoorwaarden opnemen dat verwijzing vanuit de huisarts naar een klinisch (neuro)psycholoog is toegestaan. De werkgroep wil dat hiervoor een goed kader wordt opgesteld op basis waarvan een eerstelijns zorgverlener direct mag verwijzen naar de klinisch (neuro)psycholoog in het ziekenhuis.
- Wie: Zorgverzekeraars, NIP en LVMP
- Wanneer: In de polisvoorwaarden meenemen (op zijn vroegst per 2018).
- Hoe: Het nut en noodzaak van deze aanpassing in de polisvoorwaarden moet in een aanbevelingsnotitie worden verwerkt waar de verzekeraars op kunnen reageren. De NVZ kan dit onderwerp ook actief meenemen in de contractering.
- Randvoorwaarde: Er moet een aparte declaratietitel beschikbaar zijn voor de psychosociale zorg in het ziekenhuis. Daarnaast moet het uitgangspunt van integraliteit behouden blijven en moet dit passen binnen de wettelijke kaders.

Aanbeveling 5: Analyseren financieringsmogelijkheden voor inloophuizen en hoe daarvoor in aanmerking te komen
Allereerst kan de ondersteuning die inloophuizen bieden, worden aangemerkt als substitutiezorg. Bij de zorginkoop kunnen de zorgverzekeraars sturen op substitutie en/of substitutie stimuleren. Hierdoor kunnen patiënten die behoefte hebben aan psychosociale ondersteuning, maar niet onder de doelgroep voor verwijzing naar een POC of ggz-instelling vallen en dus een andere zorgbehoefte hebben, terecht bij de inloophuizen. Verder kan worden geanalyseerd of er meer structurele financieringsmogelijkheden zijn en hoe inloophuizen daarvoor

in aanmerking kunnen komen. Hierbij kan onderzocht worden of er een wettelijk kader moet komen tot een structurele financiering te komen. Daarnaast kunnen er op landelijk niveau afspraken worden gemaakt die gebruikt kunnen worden voor het maken van afspraken met de gemeentes over financieringsmogelijkheden. Over de mogelijke oplossingsrichtingen moet een vervolg overleg worden gepland met IPSO, ZN en VWS.
- Wie: IPSO inloophuizen in samenwerking met VWS.
- Wanneer: Per direct starten

Aanbevelingen van de NZa, NVZ, NIP, NVPO, LVMP en IPSO
Aanbeveling 6: De psychosociale zorg in het ziekenhuis los declarabel maken als er geen somatisch dbc-zorgproduct open staat.
De psychosociale zorg die wordt geleverd door de klinisch (neuro)psycholoog in het ziekenhuis kan los declarabel worden gemaakt (na sluiting somatisch dbc-zorgproduct) door het introduceren van ozp's of door het toekennen van de poortfunctie aan de klinisch (neuro)psycholoog. Beide opties dragen bij aan het oplossen van de volgende ervaren knelpunten:

- psychosociale zorg wordt gezien als kostenpost,
- zwevende zorgactiviteiten zorgen voor verminderde zichtbaarheid, en
- rechtstreekse verwijzing naar de klinisch (neuro)psycholoog is niet mogelijk (alleen als aan genoemde punten is voldaan zoals omschreven bij aanbeveling 4).

ZN is geen voorstander van het los declarabel maken van de psychosociale zorg. ZN geeft de voorkeur aan de huidige mogelijkheden waarbij een opslag op de dbc-zorgproducten kan worden afgesproken voor de psychosociale zorg binnen ziekenhuizen.
De NZa adviseert ook om de huidige mogelijkheden binnen het bekostigingssysteem te gebruiken om de knelpunten op te lossen. De NZa ziet het los declarabel maken van de zorgactiviteiten van de klinisch (neuro)psycholoog enkel als mogelijke oplossingsrichting als meer duidelijkheid komt over het aantal zwevende verrichtingen ' en de afbakening.
De NIP, LVMP, NVZ en IPSO inloophuizen geven de voorkeur aan het toekennen van de poortfunctie boven de ozp oplossing. Daarbij geven ze aan dat als de poortfunctie niet per 2020 kan worden toegekend aan de klinisch (neuro)psycholoog, de ozp's als tijdelijke oplossing kunnen dienen. IPSO-POC geeft de voorkeur aan de ozp oplossing.

Om ozp's te kunnen introduceren, moet er een wijzigingsverzoek worden ingediend bij de NZa om de zorgactiviteiten voor psychosociale zorg los declarabel te maken als ozp. Vervolgens zal de NZa dit wijzigingsvoorstel toetsen aan het toetsingskader en kan het verzoek verwerkt worden in de productstructuur. Aantallen die de grootte van het probleem duiden zijn noodzakelijk voor de beoordeling. De ozp's zullen op zijn vroegst per 2019 kunnen worden verwerkt in de productstructuur. Gezien het stringente toetsingskader, wordt dit mogelijk 2020. Ook kan 2019 mogelijk niet worden gehaald, omdat de afbakening van invloed kan zijn op de vormgeving van de ozp's. Deze afbakening wordt uitgewerkt in thema 1.

Binnen de huidige beleidslijnen is het niet mogelijk om de klinisch (neuro)psycholoog de poortfunctie toe te kennen. Dat betekent dat dit op zijn vroegst kan worden uitgewerkt in de productstructuur van 2020. Om te bepalen het toegankelijk maken van de poortfunctie voor de klinisch (neuro)psycholoog vanaf 2020 mogelijk en/of wenselijk is, zal de impact hiervan nader moeten worden onderzocht aangezien met de landelijke brancheverenigingen is afgesproken om ook in de periode van 2020 en

2025 geen grote wijzigingen in de dbc-systematiek door te voeren. Een eventuele wijziging dient daarom nader te worden uitgewerkt en te worden bezien vanuit een breder perspectief.

- Wie: De veldpartijen dienen een wijzigingsverzoek in bij de NZa. Vervolgens zal de NZa dit wijzigingsverzoek verder uitwerken. Daarnaast plaatst de NVZ het uitbreiden van de poortfunctie op de agenda van het landelijke overleg 'Lange termijn visie toekomstige bekostiging MSZ'.
- Wanneer: Een wijzigingsverzoek dient uiterlijk 1 juni 2017 te worden ingediend om wijziging in de productstructuur van 2019 mogelijk te maken.
Het verbreden van de poortfunctie kan in 2017 op de agenda worden geplaatst. Als hier wordt besloten dat de poortfunctie ook van toepassing kan zijn voor de klinisch (neuro)psycholoog, kan dit op zijn vroegst worden uitgewerkt in de productstructuur van 2020.

Aandachtspunten:
- Afbakening: Het is voor de bekostiging belangrijk om te bepalen wanneer het somatische behandeltraject eindigt en psychosociale zorg daar geen onderdeel meer van is. De afbakening van de psychosociale zorg wordt verder uitgewerkt in thema 1: Afbakening, richtlijnen, samenwerking.
- Nadere uitwerking oplossingsrichtingen: Bij een aantal aanbevelingen moet nog een nadere uitwerking plaatsvinden. Aangezien deze werkgroep ophoudt te bestaan, zijn voor de nadere uitwerking een aantal verantwoordelijken aangewezen.

Bijlage 1: Samenstelling werkgroep

Werkgroep thema 2: Kosten en bekostiging

Voorzitter:

- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Leden:

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Landelijke Vereniging Medische Psychologie (LVMP)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie (NVPO)
- Inloophuizen en Psycho-oncologische centra Samenwerking en Ondersteuning (IPSO)
- Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Federatie Medisch Specialisten (FMS)

Agendaleden:

- Ministerie van VWS
- Zorginstituut Nederland

Bijlage 2: Begrippenlijst

Dbc-zorgproduct
Een diagnose behandeling combinatie (dbc) zorgproduct is een declarabele prestatie, die het resultaat is van (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt.

Geestelijke gezondheidszorg (ggz)
Geestelijke gezondheidszorg richt zich op het behandelen van psychische klachten. De huisarts is het eerste aanspreekpunt en kan de klachten behandelen, eventueel samen met de poh-ggz. De huisarts verwijst patiënten met psychische stoornissen naar de generalistische basis-ggz of bij meer ingewikkelde stoornissen naar de gespecialiseerde ggz. De langdurige ggz is voor mensen met ernstige aandoeningen die meer dan drie jaar zorg nodig hebben.

Integraal tarief
Tarief waarin alle vergoedingen zijn opgenomen voor kosten die een zorgverlener in rekening mag brengen in verband met het leveren van een prestatie.

Medisch psychologische zorg
Omvat het werkveld van de psychologie in het ziekenhuis, uitgevoerd door klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen, GZ-psychologen en hun ondersteuners.

Ondersteunend specialist
Een specialist die niet als poortspecialist fungeert en die medisch specialistische zorghandelingen uitvoert in het kader van een zorgtraject van een poortspecialist. Een ondersteunend specialist heeft dus geen eigen zorgtraject.

Overig zorgproduct (ozp)
Een declarabele prestatie binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde een dbc-zorgproduct. Overige zorgproducten zijn onderverdeeld in vier hoofdcategorieën: supplementaire producten, eerstelijnsdiagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek, en overige verrichtingen.

Poortfunctie
Typering van een zorgaanbieder die een zorgtraject voor medisch specialistische zorg kan starten. De poortfunctie kan uitgevoerd worden door de poortspecialist en de volgende ondersteunende specialisten: interventie-radioloog (0362), anesthesist als pijnbestrijder (0389) en klinisch geneticus (0390). Daarnaast kan de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: arts-assistent, klinisch fysicus audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist en physician assistant.

Poortspecialist
De medisch specialist van het poortspecialisme waarnaar een patiënt wordt verwezen voor medisch-specialistische zorg. Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: oogheelkunde (0301), KNO (0302), heelkunde/chirurgie (0303), plastische chirurgie (0304), orthopedie (0305), urologie (0306), gynaecologie (0307), neurochirurgie

(0308), dermatologie (0310),inwendige geneeskunde (0313), kindergeneeskunde/neonatologie (0316), gastro-enterologie/mdl (0318), cardiologie (0320), longgeneeskunde (0322), reumatologie (0324), allergologie (0326), revalidatie (0327), cardio-pulmonale chirurgie (0328), consultatieve psychiatrie (0329), neurologie (0330), klinische geriatrie (0335), radiotherapie (0361) en sportgeneeskunde.

Psychosociale zorg
Psychosociale zorg is een koepelterm, het bestaat uit psychosociale ondersteuning en psychologische zorg. Psychosociale ondersteuning is vooral gericht op emotionele en praktische ondersteuning bij (relatief) eenvoudige problemen van psychische en sociale aard. Psychologische zorg is vooral gericht op het diagnosticeren en behandelen van psychische problemen.

Typerende zorgactiviteit
Een typerende zorgactiviteit telt mee in de afleidingscriteria en is daarmee medebepalend voor in welk dbc-zorgproduct je terecht komt. De zorgactiviteit wordt ergens in de afleiding uitgevraagd.

Zorgactiviteit
De bouwstenen van het dbc-zorgproduct die gezamenlijk het profiel van een dbc-zorgproduct vormen. Zorgactiviteiten bepalen in combinatie met het geregistreerde subtraject welke prestatie is geleverd en welk dbc-zorgproduct kan worden gedeclareerd. Daarnaast vormt de onderverdeling in zorgactiviteiten de basis voor overige zorgproducten.

Zorgtraject
Het geheel van prestaties van een zorgverlener, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de zorgverlener consulteert. Een zorgtraject is geen declarabele prestatie, maar bestaat uit één of meerdere declarabele subtrajecten.

Zorginstituut Nederland

Werkgroep psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

memo

Verwijzing naar klinisch (neuro-)psycholoog voor psychosociale zorg bij een ingrijpende somatische aandoening

Datum
25 april 2017

Onze referentie
2017002788

Inleiding

Op 27 oktober 2015 heeft de minister het rapport 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen' naar de Tweede Kamer[2] gestuurd. De conclusie van het rapport is duidelijk. Psychosociale zorg is een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling van een ernstige somatische aandoening. Ook wat betreft de financiering. Er is brede overeenstemming hoe de psychosociale zorg er in het huidige zorgstelsel en binnen de huidige wettelijke kaders en bekostigingssystemen uit dient te zien[3].

Het rapport is een startpunt voor het verbeteren van de psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen. Het ministerie van VWS is in het najaar 2015 een vervolgtraject gestart om samen met partijen de in het rapport geformuleerde bevindingen en de daaruit voorvloeiende acties op te pakken. Daarbij zijn de huidige wettelijke kaders en bekostigingssystemen leidend.

Afgelopen najaar heeft de NZa – namens de Werkgroep psychosociale zorg met het thema 'kosten en bekostiging' – het Zorginstituut de vraag voorgelegd of rechtstreekse verwijzing naar de klinisch (neuro-)psycholoog voor psychosociale zorg binnen het kader van de Zorgverzekeringswet mogelijk is. De rol van het Zorginstituut in dit traject is beperkt tot het uitleggen van wat tot de verzekerde zorg behoort binnen het huidige wettelijke kader.

Vraag

Kan de huisarts bij psychische klachten die samenhangen met een ingrijpende somatische aandoening – naast verwijzing naar de somatisch medisch specialist – ook verwijzen naar de klinisch (neuro-)psycholoog voor psychosociale zorg in het kader van de somatisch medisch specialistische zorg? Voor het antwoord op deze vraag is allereerst van belang te bepalen in hoeverre psychosociale zorg tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet behoort.

Wet- en regelgeving

Een essentiële voorwaarde voor het eenduidig uitvoeren van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is dat duidelijk is wat wel en wat niet tot de te verzekeren zorg behoort.

[2] Rapport 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen', oktober 2015'
[3] Kamerbrief 'Psychosociale zorg bij somatische aandoeningen' d.d. 27 oktober 2015, (kenmerk 857703-143216-CZ)

Artikel 10, onder a, Zvw bepaalt dat het te verzekeren risico onder andere de behoefte aan geneeskundige zorg is. Artikel 11, derde lid, geeft aan dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering (Bzv).

Wat de zorg inhoudt, wordt bepaald door het domein van de Zvw. Uit de considerans van de Zvw blijkt dat de wet specifiek is bedoeld voor compensatie van de gevolgen van de behoefte aan geneeskundige zorg. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch–psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Bzv). De verzekerde heeft slechts recht op een zorgvorm voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen (artikel 2.1, derde, Bzv). En verder geeft de wet aan dat de inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk (artikel 2.1, tweede, Bzv). Er moet dus sprake zijn van effectieve zorg.

Geneeskundige zorg wordt gedefinieerd als zorg gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische of somatische aandoening[4]. Deze omschrijving van geneeskundige zorg geeft aan dat het domein van de Zvw zich beperkt tot waar er sprake is van ziekte. Met andere woorden: de Zvw is bedoeld voor zorg bij ziekte en niet voor hulp bij problemen die niet tot ziekte gerekend kunnen worden.

Psychosociale zorg

> Rapporten 'Geneeskundige GGZ (deel 1 en 2)[5,6]

In onze rapporten geneeskundige GGZ (deel 1 en deel 2) hebben wij ten aanzien van psychosociale hulp het volgende standpunt ingenomen. Hulpverleningsactiviteiten die niet geneeskundig van aard zijn, vallen niet onder de Zorgverzekeringswet. Een voorbeeld hiervan is de psychosociale hulp. Psychosociale hulp bestaat vooral uit praktische en sociaal maatschappelijke interventies. Deze hulp behoort tot de activiteiten van het Algemeen Maatschappelijk Werk (Wmo). De hulp is gericht op het verbeteren van de sociale positie van de cliënt in financieel, maatschappelijk en emotioneel opzicht. Bij deze hulp is geen sprake van een stoornis (ziekte), waarvoor geneeskundige zorg nodig is. Psychosociale hulp is geen te verzekeren zorg, behalve als de zorg onderdeel uitmaakt van de huisartsenzorg of somatisch medisch specialistische zorg.

In haar brief aan de Tweede Kamer van 15 juni 2012[7] reageert de minister van VWS op enkele pakketadviezen van het Zorginstituut, waaronder het rapport 'Geneeskundige GGZ (deel 1)'. In haar reactie beaamt de minister dat psychosociale hulp geen verzekerde geneeskundige GGZ is.

> Rapport 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen'[2]

In het rapport 'psychosociale zorg bij ingrijpende somatisch aandoeningen' van oktober 2015 wordt de volgende definitie van psychosociale zorg gebruikt.

---

[4] In de regelgeving, zowel in de AWBZ als Zvw, staat het begrip psychische aandoening. Met een psychische aandoening of psychische stoornis is hetzelfde bedoeld (GGZ-Kompas 2008).

[5] CVZ-rapport Geneeskundige GGZ (deel 1); Wat is nu verzekerde zorg en wat niet?, 6 april 2012 https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2012/04/06/geneeskundige-ggz-deel-1---wat-is-nu-verzekerde-zorg-en-wat-niet

[6] CVZ-rapport Geneeskundige GGZ (deel 2): Op weg naar een toekomstbestendige GGZ, 10 juli 2013

[7] Brief 15 juni 2012 'Reactie op enkele CVZ-adviezen,…', kenmerk Z-3119697

"Psychosociale zorg is een koepelterm; het bestaat uit psychosociale ondersteuning en psychologische zorg. Psychosociale ondersteuning is vooral gericht op emotionele en praktische ondersteuning bij (relatief) eenvoudige problemen van psychische en sociale aard. Psychologische zorg is vooral gericht op het behandelen van psychische problemen."

Hoe verhoudt zich deze definitie nu met het standpunt dat wij in onze eerdere rapporten[6,6] hebben ingenomen?

Psychosociale zorg in de vorm van *'psychosociale ondersteuning'* bestaande uit praktische en sociaal maatschappelijke interventies liggen niet op het terrein van geneeskundige zorg, maar op dat van het Algemeen Maatschappelijk Werk. De huisarts kan hiernaar verwijzen, voor zover beschikbaar. Ook kan de huisarts verwijzen naar inloophuizen. Deze inloophuizen bieden, naast informatie, activiteiten en de gelegenheid tot lotgenotencontact.

Psychosociale zorg in de vorm van *'psychologische zorg'* ter behandeling van psychische problemen kan worden geboden als onderdeel van de huisartsenzorg of somatisch medisch specialistische zorg. De huisarts kan deze klachten behandelen, zo nodig met ondersteuning van de praktijkondersteuner GGZ. De huisarts kan de hulpvrager ook wijzen op diverse mogelijkheden om zelf oplossingen te zoeken, bijvoorbeeld zelfhulpprogramma's, al dan niet via internet, of het regionale aanbod van cursussen, bijvoorbeeld mindfulness. Dergelijke oplossingen vallen buiten het verzekerde pakket.

Psychosociale zorg in de vorm van *'psychologische zorg'* ter behandeling van psychische problemen kan ook in de algemene ziekenhuizen worden geboden als onderdeel van een behandeling voor een ingrijpende somatische aandoening. Hiervoor zijn consultatief psychiaters en klinisch psychologen beschikbaar. Op deze wijze wordt daar waar nodig integrale zorg geleverd van soma en psyche.

Somatisch medisch specialistische zorg
In de somatische zorg is een en ander zo afgebakend dat van iedere hulpverlener in de zorg verwacht wordt dat hij oog heeft voor psychosociale problematiek. Iedere hulpverlener krijgt dit ook in zijn opleiding mee. Van huisarts, tot medisch specialist en paramedicus. In de huisartsenzorg en de medisch specialistische zorg is hier ruimte voor in de bekostiging (zo nodig via de POH-GGZ en via de opslag in de DBC's voor de psychologische zorg bij de somatiek). Deze psychosociale zorg valt onder de zorg zoals huisartsen en somatisch medisch specialisten die plegen te bieden (artikel 2.4, Besluit zorgverzekering). In ziekenhuizen wordt deze zorg vaak door een andere hulpverlener dan de medisch specialist verleend, namelijk door klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen (specialisten in het kader van de wet BIG, art. 14) binnen de afdeling medische psychologie. Deze zorg maakt integraal onderdeel uit van de somatisch medisch specialistische behandeling.

Ook uit de brief die de minister van VWS op 27 oktober 2015 aan de Tweede Kamer[3] zond, blijkt dat zij van mening is dat psychosociale zorg een onlosmakelijk deel uitmaakt van de behandeling van een ingrijpende somatische aandoening. Ook wat betreft de financiering. In deze brief is aangegeven dat onderzocht moet worden hoe lang psychosociale (na)zorg onderdeel van het somatisch behandeltraject blijft.

Wij zijn van mening dat – zolang het (somatisch) medisch behandeltraject nog niet is afgerond – psychosociale zorg kan worden verleend als onlosmakelijk onderdeel van de behandeling van de somatisch medisch specialist. Dit is het geval zolang de behandeling nog niet is overgedragen aan de huisarts. Een verwijzing door de huisarts naar de klinisch (neuro-)psycholoog voor psychosociale zorg is dan niet nodig. Immers de patiënt heeft al een verwijzing voor medisch specialistische zorg, waarvan de psychosociale zorg integraal onderdeel uitmaakt.

Op het moment dat medische overdracht heeft plaatsgevonden naar de huisarts, omdat de somatisch medisch specialistische behandeling is afgerond, komt er ook een einde aan de psychosociale zorg vanuit het ziekenhuis. De psychologische zorg maakt immers onlosmakelijk deel uit van de behandeling van de somatische aandoening. Vanaf dat moment dient de patiënt zich voor behandeling van psychische klachten te wenden tot de huisarts/POH GGZ, het Algemeen Maatschappelijk Werk, inloophuizen en/of lotgenotencontact. Een verwijzing van de huisarts naar de klinisch (neuro-)psycholoog in het ziekenhuis zonder dat sprake is van een psychische stoornis is mogelijk, maar de kosten daarvan zijn voor eigen rekening of aanvullende verzekering. Het somatisch medisch behandeltraject is afgerond en er is geen sprake van een stoornis (ziekte), waarvoor geneeskundige zorg nodig is.

Geneeskundige GGZ
Geneeskundige GGZ is zorg gericht op de behandeling van een psychische stoornis. Het gaat hierbij om zorg zoals medisch specialisten (in dit geval psychiaters) en klinisch psychologen plegen te bieden (artikel 2.4, Besluit zorgverzekering). In Nederland gebruiken we de DSM classificatie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) bij de uitleg van de aanspraak op verzekerde geneeskundige GGZ. Alleen psychische *stoornissen* kunnen worden behandeld in de geneeskundige GGZ. Indien de huisarts vermoedt dat bij een cliënt sprake is van een psychische stoornis kan de cliënt worden doorverwezen naar de geneeskundige GGZ, met uitzondering van de aanpassingsstoornis omdat die wettelijk is uitgesloten (artikel 2,1, onder h, Regeling zorgverzekering).

Behandeling van psychische problemen – zonder dat sprake is van een (vermoeden van een) psychische stoornis volgens de DSM-5 – valt niet onder de geneeskundige GGZ. Zoals eerder vermeld kan de behandeling van deze klachten wel worden vergoed binnen de huisartsenzorg, zonodig met ondersteuning van de praktijkondersteuner GGZ of door de somatisch medisch specialist bij ingrijpende somatische aandoeningen als onderdeel van de somatisch medisch specialistische zorg.

Conclusie
Psychosociale zorg in de vorm van *'psychosociale ondersteuning'* bestaande uit praktische en sociaal maatschappelijke interventies liggen niet op het terrein van geneeskundige zorg, maar op dat van het Algemeen Maatschappelijk Werk. Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische problematiek in de vorm van *'psychologische zorg'* voor diagnose en behandeling van psychische problemen kan worden geboden als onderdeel van de huisartsenzorg of somatisch medisch specialistische zorg.

De huisarts kan verwijzen naar de klinisch (neuro-)psycholoog als sprake is van (een vermoeden van een) psychische stoornis. De behandeling van deze stoornis komt in dat geval ten laste van de basisverzekering, met uitzondering van de behandeling van aanpassingsstoornissen omdat die wettelijk is uitgesloten.

Als sprake is van een somatische behandeling/aandoening, dan kan de huisarts doorverwijzen naar de (somatisch) medisch specialist. Psychosociale zorg maakt onlosmakelijk deel uit van de behandeling van een ingrijpende somatische aandoening door de (somatisch) medisch specialist.

Op het moment dat de patiënt is uitbehandeld en medische overdracht heeft plaatsgevonden naar de huisarts, komt er ook een einde aan de psychosociale zorg vanuit het ziekenhuis. Vanaf dat moment dient de patiënt zich voor behandeling van psychische klachten te wenden tot de huisarts/POH GGZ, het Algemeen Maatschappelijk Werk, inloophuizen en/of lotgenotencontact.
Een verwijzing van de huisarts naar de klinisch (neuro-)psycholoog in het ziekenhuis zonder dat sprake is van een psychische stoornis is mogelijk, maar de kosten daarvan zijn voor eigen rekening of aanvullende verzekering. Het somatisch medisch behandeltraject is afgerond en er is geen sprake van een stoornis (ziekte), waarvoor geneeskundige zorg nodig is.