

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP DEN HAAG
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
193401-116623-J

Bijlagen

Datum 19 maart 2014
Betreft Kamervragen

Uw brief
21 januari 2014

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Keijzer (CDA) over het bericht op de site van de VNG waarin een handleiding aan gemeenten wordt aangereikt ten behoeve van de inkoop van (specialistische) jeugdzorg (2014Z00838).

Hoogachtend,
de Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn

Antwoorden op kamervragen van het Kamerlid Keijzer (CDA) over het bericht op de site van de VNG waarin een handleiding aan gemeenten wordt aangereikt ten behoeve van de inkoop van (specialistische) jeugdzorg . (ingezonden 21 januari 2014) (2014Z00838)

Ons kenmerk
193401-116623-J

1

Bent u bekend met de handleiding op de site van de VNG over de inkoop van (specialistische) jeugdzorg? 1) Is hierover overleg met u gepleegd?

1

Ik heb kennis genomen van het initiatief van vijf grote gemeenten, die het voortouw hebben genomen bij het opstellen van deze handleiding. Dit om gemeenten te helpen bij de stappen die zij in 2014 moeten zetten. De partijen hebben samenwerking gezocht met de transitiebureaus VWS/VNG Jeugd en Wmo en uiteraard is inhoudelijk meegelezen vanuit Transitiebureaus/VWS en VNG.

2

Deelt u de mening dat deze handleiding zich primair richt op de financiële sturing en bekostigingsprikkel? Dienen gemeenten zich, naast kostenbeheersing en sturing aan de poort, ook op kwaliteit en samenwerking te richten?

2

Deze handleiding beoogt gemeenten richting te geven bij het inrichten van het stelsel voor Wmo en Jeugd. Uitgangspunt is dat de keuzes die gemaakt worden rond sturing en bekostiging moeten aansluiten bij het beleid van gemeenten, waar ook kwaliteit en samenwerking onder vallen. Door deze keuzes in samenhang te bezien kunnen gemeenten de publieke belangen beschikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid waarborgen.

3

Heeft u kennisgenomen van hoofdstuk 6, waarin het toegangsbesluit tot de tweedelijns hulp zoveel mogelijk neergelegd wordt bij generalistische, sociale wijkteams, en waarbij opgemerkt wordt dat zo voorkomen kan worden dat andere basisvoorzieningen in het gemeentelijke domein (lees: de jeugdarts) naar de tweede lijn verwijzen? Heeft u gezien dat daarin geadviseerd wordt dat het sociale wijkteam altijd toestemming moet geven, alvorens de tweedelijns aanbieder betaald wordt? Deelt u de mening dat dit in strijd is met uw toelichting op de wet, waarin u tijdens de plenaire behandeling van de Jeugdwet aangaf dat een gemeente een verwijzing door een huisarts niet mag weigeren? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat gaat u er aan doen?

4

Heeft u kennisgenomen van paragraaf 8.2.2, waarin het toekomstplaatje geschetst wordt waarin het sociale wijkteam toegang geeft tot alle specialistische hulp? Deelt u de mening dat in de praktijk, en ingevolge de Jeugdwet zoals die nu bij de Eerste Kamer ligt, jeugdigen ook worden verwezen naar de (gespecialiseerde) jeugd-ggz door de huisarts/jeugdarts of een andere medisch specialist? Is het waar dat dit in de Handleiding als een risico wordt gezien, en dat daarom wordt geadviseerd met zorgverzekeraars afspraken te maken, zodat verzekeraars bij de inkoop de huisarts kunnen binden aan verwijfsafspraken die aansluiten bij de beleidsdoelen van de gemeente? Deelt u de mening dat dit in

strijd is met uw toelichting op de wet, zoals door u gegeven tijdens de plenaire behandeling van de Jeugdwet met betrekking tot de professionele standaard die de huisarts, jeugdarts en medisch specialisten bij verwijzing hanteren? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat gaat u er aan doen?

3 en 4

In de Jeugdwet is opgenomen dat een jeugdige via twee wegen toegang kan krijgen tot jeugdhulp: via de gemeentelijke toegangspoort zoals het sociaal wijkteam, en via de huisarts, jeugdarts of medisch specialist, een verwijzing geeft direct toegang tot jeugdhulp.

Vervolgens bepaalt de jeugdhulpverlener welke behandeling de jeugdige nodig heeft. De gemeente moet een passend jeugdhulpaanbod ingekocht hebben dat daaraan tegemoet komt.

Sturing zal plaats vinden op een meer geaggregeerd niveau door middel van zorginkoop en afspraken over het leveren van spiegelinformatie en benchmarkgegevens tussen de gemeenten en de zorgaanbieders. Dit is vergelijkbaar met zoals nu door verzekeraars gedaan wordt binnen de Zvw.

De handreiking, die zowel voor het domein van de Wmo als voor het domein van de Jeugdwet is opgesteld, geeft op dit punt onvoldoende duidelijk aan dat bij de doorverwijzing door een huisarts het Sociaal Wijkteam (SWT) "niet" als tussenschakel door een cliënt moet worden doorlopen. Ik heb daarom de stellers gevraagd de tekst (par. 6.3.2.) in de handreiking te wijzigen in de volgende passage:

6.3.2 De rechtstreekse toegang via de huisarts, de medisch specialist en de jeugdarts

In de wet is opgenomen dat de huisarts, de medisch specialist en de jeugdarts direct kunnen doorverwijzen naar jeugdhulp en dat gemeenten hier met deze artsen en zorgverzekeraars afspraken over maken. De gemeente kan hier niet interveniëren door er een extra stap tussen te zetten bijvoorbeeld in de vorm van een diagnostisch team. De gemeente heeft invloed door duidelijke afspraken bij de inkoop te maken met jeugdhulpaanbieders over de voorwaarden waaronder zij jeugdhulp mogen verlenen en hoe/wanneer zij afstemmen met het SWT.

Daarnaast is het voor alle (zowel verwijzende als behandelende) partijen van belang dat zij onderling afspraken maken over de uitvoering volgens het 1-gezin, 1-plan, 1-regisseursprincipe. Ook is het belangrijk dat de huisarts, medisch specialist en jeugdarts weten wat de gemeente heeft ingekocht, en dat zij dus inzicht hebben in de zogenaamde 'sociale kaart'. De gemeente moet hierbij voorzien in een passend aanbod. Voor benodigde jeugdhulp die de gemeente niet heeft ingekocht geldt dat de gemeente dit alsnog kan inkopen of een pgb beschikbaar kan stellen. Specifiek bij de huisarts kan de gemeente ook afspraken maken over de inzet van een praktijkondersteuner voor jeugd. Dit kan een goede verbinding tussen huisarts en gemeentelijke toegang bevorderen.

Daarnaast wordt de volgende passage in par. 6.2.2 geschrapt.: *het uitgangspunt is dat er toestemming moet zijn vanuit het SWT voordat een 2^e-lijn betaald wordt.*

Het feit dat de gemeente geen directe invloed kan uitoefenen op de verwijzing door de professional, wil niet zeggen dat de gemeente geen afspraken dient te maken met de huisarts en zorgverzekeraar. Enerzijds betreffen deze afspraken bijvoorbeeld de samenwerking tussen huisarts en sociaal wijkteam, anderzijds

kunnen zij op basis van spiegelinformatie het gesprek voeren over patronen in de doorverwijzing.

De gemeente kan zelf de huisarts vragen benchmarkgegevens te registreren, maar ook afspraken met de huisarts maken om inzicht te krijgen in de geanonimiseerde gegevens die de huisarts op verzoek van verzekeraars ook al registreert. Een belangrijke parameter waar de zorgverzekeraar de huisarts op beoordeelt, is zijn doorverwijsgedrag. Verwijzingen inzake de jeugd-ggz maken daar nu ook deel van uit. Met deze benchmarkgegevens kan de gemeente verwijsgedrag van huisartsen vergelijken met het aantal doorverwijzingen van andere huisartsen.

Bij grote verschillen kan de gemeente met de huisarts in gesprek gaan over de mogelijke oorzaak hiervan. Hieruit kan bijvoorbeeld blijken dat de populatie van deze huisarts zodanig is dat de doorverwijzingen daardoor verklaard kunnen worden, dat in deze buurt eventueel meer inzet op preventie gewenst is, of dat de huisarts onvoldoende inzicht heeft in het gemeentelijke aanbod.

De gemeente kan er als dat nodig is voor kiezen de huisarts ondersteuning te bieden vanuit samenwerking met een sociaal wijkteam of een praktijkondersteuner.

De verzekeraar is en blijft de financier van de huisarts. De gemeente kan daarover het gesprek met de zorgverzekeraar aangaan. Zo wordt in de nieuwe huisartsenbesteding ook aandacht besteed aan het leveren van samenhangende zorg in de wijk. De verzekeraar kan de huisarts voor hoge kwaliteit van deze samenwerking extra belonen, de gemeente kan hierbij aansluiten. Ook over de inzet van de POH-GGZ, die Zvw-gefinancierd blijft, kunnen aanvullende afspraken worden gemaakt.

De in deze vragen genoemde passages uit de handreiking doelen op dit type afspraken. De stellers van de handreiking hebben de bovenstaande zienswijze bij navraag vanuit mijn departement bevestigd: "Onze passage heeft geenszins de bedoeling gehad om de onafhankelijke positie van de huisarts te betwisten." Met de genoemde aanpassingen is beter recht gedaan aan deze bedoeling.

5

Is het waar dat verzekeraars voor de jeugd-ggz ondersteuning gaan bieden bij de inkoop gedurende drie jaar? Hoe staat het momenteel met de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten bij de inkoop van de jeugd-ggz in de jaren 2015-2017? Welke stappen onderneemt u in deze om de beoogde transitie per 1 januari 2015 te realiseren?

5

Zoals blijkt uit de brief die ik op 10 februari naar uw kamer heb gestuurd (Kamerstuk 31 839, nr. 344) hebben de VNG en Zorgverzekeraars Nederland afspraken gemaakt over de zachte landing van de jeugd-GGZ in het nieuwe stelsel. De kern van deze afspraken houdt in dat:

- Gemeenten zijn inhoudelijk en budgettair eindverantwoordelijk voor de inkoop van de totale Jeugd GGZ vanaf 1 januari 2015.
- Gemeenten voeren de inkoop zelf uit en worden daarbij ondersteund door de zorgverzekeraars.
- Bij deze afspraak gelden de volgende randvoorwaarden:

- gemeenten gaan in ieder geval tot en met 2017 verder met de huidige productstructuren (zorgzwaarte-prestaties voor de generalistische basis-ggz en DBC's voor de gespecialiseerde ggz).
- Binnen deze periode van drie jaar wordt overwogen of de huidige productstructuur gecontinueerd wordt of dat voor een ander bekostigingssysteem gekozen wordt.
- De VNG bekijkt of het voor de afhandeling van administratie en facturatie van de jeugd-ggz mogelijk is om aan te sluiten bij het huidige Vecozo portaal van de verzekeraars.
- Tenslotte hebben de gemeenten toegezegd aan te sluiten bij de inhoudelijke ambities uit het bestuurlijk akkoord GGZ.
- Actieve kennisuitwisseling in de regio, tussen gemeenten en zorgverzekeraars, vormt een belangrijk element.
- Om dit te stimuleren richt de VNG een ondersteuningsprogramma in.

Ik acht deze gezamenlijke afspraak een belangrijke stap in het proces. Het vervolg op deze stap zal ik blijven volgen.

6

Is het waar dat uit de handreiking voortvloeit dat de bekostiging van de toegang (het sociale wijkteam) in de komende jaren doorontwikkeld zal moeten worden tot een model van populatiebekostiging, met financiële prikkels voor sociale wijkteams om toegangsbesluiten te nemen op kwaliteit en gepaste zorg? Is populatiebekostiging ook geschikt voor kleinere doelgroepen met een specialistische zorgbehoefte? Zo ja, hoe ziet u dit dan? Is de schaal van de samenwerkingsregio's hier geschikt voor, of is deze eigenlijk te klein?

6

In de handreiking zijn systematisch alle relevante sturings- en bekostigingsvraagstukken van de decentralisaties AWBZ en Jeugd bij het zetten van de benodigde stappen voor de inrichting, aansturing en bekostiging van specialistische ondersteuning in nauwe samenhang met de nulde- en eerstelijns verkend en uitgediept. Dit om gemeenten te helpen bij de stappen die zij in 2014 moeten zetten. Populatiebekostiging is daarbij genoemd als een van de mogelijkheden, waarvan de voor- en nadelen zijn geschetst. Populatiebekostiging is bijvoorbeeld in theorie een geschikte oplossing als de aanbieders van tweedelijnszorg een rol krijgen bij het verlenen van toegang, dit geldt ook voor kleinere doelgroepen met een specialistische zorgbehoefte. Het overzicht met voor- en nadelen helpt gemeenten bij het maken van de juiste keuzes over financiële prikkels en de inrichting van het opdrachtgeverschap.

7

Bent u ervan op de hoogte dat tijdens de najaarsledenvergadering van de VNG bindende afspraken zouden worden gemaakt tussen gemeenten, bijvoorbeeld via een representatieafspraken, voor specialistische zorg voor die inwoners die zorg nodig hebben die door de desbetreffende gemeenten niet gecontracteerd is? Is dit inmiddels gebeurd? Zo ja, hoe zien deze er uit? Hoe kunnen burgers daar een beroep op doen?

7

Tijdens de najaarsledenvergadering van de VNG zijn er afspraken gemaakt over randvoorwaardelijke functies, die apart gefinancierd worden zoals de

Kindertelefoon. De afspraken over specialistische zorg die niet door de betreffende gemeente is ingekocht, bijvoorbeeld de representatie-afspraken, worden in VNG-verband nader afgestemd met de branche-organisaties. Besluitvorming hierover vindt plaats in de bestuurlijke commissie Jeugd van de VNG.

Ons kenmerk
193401-116623-J

8

Past het naar uw mening bij de doelgroep van kwetsbare kinderen en gezinnen, dat de handreiking de nadruk legt op marktprikkels, kostenbeheersing en sturing aan de poort? Zo nee, wat gaat u doen om gemeenten te overtuigen dat de focus alleen op marktprikkels en kostenbeheersing bij de inkoop een te beperkte is?

8

Zie mijn antwoord op vraag 6.

9

Kunt u deze vragen voor 10 februari 2014 beantwoorden, in verband met de behandeling van de Jeugdwet in de Eerste Kamer?

9

De beantwoording is helaas vertraagd.

1) <https://www.vng.nl/files/vng/publicaties/2013/20131126-handreiking-sturing-en-bekostiging-tweede-lijn-jeugdwet-wmo.pdf> aan de staatssecretaris van VWS