



Advies Zorginstituut Nederland in een geschil over de uitvoering van de zorgverzekering

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 3 september 2020 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van gespecialiseerde GGZ.

Bij uw adviesaanvraag hebt u ook een kopie van het dossier gestuurd. Op 23 oktober 2020 heeft het Zorginstituut het voorlopig advies aan uw commissie verstuurd. Vervolgens heeft uw commissie op 4 maart 2021 het hoorzittingsverslag d.d. 16 december 2020 en aanvullende stukken aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek om een definitief advies.

In artikel 23.2 van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg omschreven. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zvw is bepaald.

Vooraf merkt het Zorginstituut nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit betekent dat het Zorginstituut twee vragen beantwoordt. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoeker op deze zorg is aangewezen. Dit laatste is een medische beoordeling. Het Zorginstituut baseert het advies op de beschikbare informatie in het toegezonden dossier.

Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Het voorlopig advies d.d. 23 oktober 2020 is als bijlage toegevoegd bij dit advies.

Definitief advies

Het geschil

Verzoeker kampte met een gokverslaving. Hij is in overleg met, en op verwijzing van de huisarts voor behandeling naar de Hervitas kliniek gegaan. De kosten hiervan zijn door Hervitas rechtstreeks gedeclareerd bij verweerder. Verweerder heeft aan Hervitas meegedeeld dat de ten behoeve van verzoeker gedeclareerde kosten niet worden vergoed. Verzoeker heeft over het niet vergoeden van de kosten van de behandeling een geschil aanhangig gemaakt.

Afwijsground verweerder

Verweerder stelt dat geen sprake is van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden. Verweerder voert hierbij aan dat de regiebehandelaar onvoldoende betrokken is geweest bij de behandeling, dat het behandelplan niet tijdens een MDO besproken is met de psychiater en medebehandelaars, bij het MDO er geen psychiater of klinisch psycholoog betrokken is en evaluatie van de behandeling niet plaats lijkt te vinden.



Voorlopig advies

In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut beoordeeld of de activiteiten en inzet van de regiebehandelaar zijn uitgevoerd overeenkomstig de professionele standaard, het Model-kwaliteitsstatuut ggz. Op basis van deze beoordeling en de beschikbare informatie in het dossier was het Zorginstituut van mening dat de behandeling van verzoeker in de Hervitas kliniek geneeskundige zorg is, zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden.

Aanvullende informatie

Verweerder heeft een uitgebreide reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut aangeleverd. Verweerder voert aan dat

- Het Zorginstituut niet aan de juiste c.q. niet alle toepasselijke normen heeft getoetst, althans deze onjuist heeft uitgelegd;
- Het Zorginstituut in haar oordeel feitelijke informatie niet heeft meegewogen;
- Het Zorginstituut daardoor geen inhoudelijke invulling heeft gegeven aan het begrip “wezenlijk aandeel” van de regiebehandelaar, waarbij ook aansluiting moet worden gezocht bij hetgeen in de markt gebruikelijk is, noch inhoudelijk invulling heeft gegeven aan de (op meerderlei fronten) noodzakelijke betrokkenheid van psychiater en klinisch psycholoog;
- Het Zorginstituut geen medische beoordeling heeft verricht.

Verweerder komt tot de conclusie dat er geen sprake is van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden en dat niet aan de polisvoorwaarden is voldaan.

Beoordeling

De aanvullende informatie is juridisch beoordeeld.

Plegen te bieden

Verweerder komt tot de conclusie dat er geen sprake is van zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. Verweerder legt hieraan ten grondslag dat de regiebehandelaar onvoldoende betrokken is geweest bij de behandeling, dat het behandelplan niet tijdens een MDO besproken is met de psychiater en medebehandelaars, dat bij het MDO geen psychiater of klinisch psycholoog is betrokken en evaluatie van de behandeling niet lijkt plaats te vinden.

Het Zorginstituut merkt op dat verweerder de vraag of sprake is van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden in feite beantwoordt via een beoordeling over *wie de zorg aan verzoeker heeft geleverd*, namelijk aan de hand van de inzet van de regiebehandelaar.

In het voorlopig advies legt het Zorginstituut met betrekking tot de inzet van de regiebehandelaar een relatie tussen zorg “zoals ... plegen te bieden” en de inhoud van het Model-kwaliteitsstatuut ggz. Hiermee wekt het Zorginstituut wellicht – onbedoeld – de indruk dat de beoordeling over het “wie” kan worden meegenomen in zijn oordeel of sprake is van zorg “zoals ... plegen te bieden”.



Dit komt omdat het Zorginstituut voor de uitleg van het criterium plegen te bieden, in zijn voorlopig advies verwijst naar een passage uit het rapport "Betekenis en beoordeling criterium plegen te bieden" uit 2008.¹ In dat rapport is plegen te bieden gedefinieerd als "de zorg die de betreffende beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van zorg rekent, en die geleverd wordt op een wijze die door die beroepsgroep als professioneel juist wordt beschouwd". Deze begrippen worden in dat rapport echter ten onrechte exclusief gelieerd aan het criterium plegen te bieden. Het "aanvaarde arsenaal van zorg" is een verzamelbegrip voor plegen te bieden en stand van de wetenschap en de praktijk tezamen, als vertaling van het onder de Ziekenfondswet geldende gebruikelijkheidscriterium. Het "aanvaarde arsenaal van zorg" speelt bij beide beoordelingen een rol, maar op een andere manier.

In 2013 heeft de voorganger van het Zorginstituut de uitleg van het criterium "plegen te bieden" daarom deels genuanceerd. Bij deze nuancering heeft het Zorginstituut het volgende verduidelijkt over de betekenis van dit criterium. De term 'zoals ... plegen te bieden' uit artikel 2.4 lid 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) was bij de invoering van de Zvw noodzakelijk in verband met de functionele prestatieomschrijving, waarbij niet meer dwingend wordt voorgeschreven door welke zorgverlener de betreffende zorg moet worden verleend. Verzekerd is niet meer de zorg van bijvoorbeeld een huisarts, maar zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners wordt een nadere invulling gegeven aan de inhoud van de zorg en wat globaal het behandelaanbod inhoudt. Bij plegen te bieden gaat het om een domeinvraag, om het onderscheiden van de soorten zorg. Het plegen te bieden criterium is niet bedoeld om te beoordelen of specifieke behandelingen (interventies) aangeboden worden en als effectief beschouwd worden. Dan is het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' van toepassing.²

Het bovenstaande betekent dat het Zorginstituut in dit geschil moet beoordelen of de (soort) zorg die Hervitas aan verzoeker heeft geboden, behoort tot het domein van de Zvw. In dat verband merkt het Zorginstituut het volgende op. Verzoeker werd in de Hervitas kliniek behandeld voor verslavingsproblematiek, meer in het bijzonder zijn gokverslaving. Hervitas is een instelling voor gespecialiseerde GGZ en biedt behandelingen aan voor game- en gokverslavingen. De behandeling van verslavingsstoornissen behoort tot het domein van de geneeskundige GGZ. De behandeling valt onder geneeskundige zorg zoals medisch specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen die plegen te bieden.

De behandeling bestaat onder meer uit Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Community Reinforcement Approach (CRA). In de ZN-circulaire 'Therapieën GGZ'³ worden deze interventies geduid als interventies binnen de GGZ die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut gaat er daarom vanuit dat de vraag of de door Hervitas geleverde behandeling voldoet aan de stand van

¹ Zorginstituut Nederland, Rapport 'Betekenis en beoordeling criterium plegen te bieden', 17-11-2008. Te raadplegen via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2008/11/17/betekenis-en-beoordeling-criterium-plegen-te-bieden>

² Zie hiervoor de uitleg van het 'plegen te bieden-criterium' bijlage 2 bij het ZIN-Rapport 'Pakketbeheer in de Praktijk (deel 3)', 2013. Te raadplegen via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2013/10/18/pakketbeheer-in-de-praktijk-deel-3> (Dit is een nuancering op het rapport Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden' uit 2008)

³ ZN-circulaire Therapieën GGZ d.d. 5 februari 2021 (kenmerk ZN-21-250). Te raadplegen via: <https://www.zn.nl/336986125/publicaties?DossierIds=339148801>



de wetenschap en praktijk niet ter discussie staat. Het Zorginstituut concludeert dan ook dat de behandeling voor gokverslaving behoort tot de verzekerde zorg.

Polisvoorwaarden

Verweerder heeft in het kader van de functionele prestatie-omschrijving van artikel 2.4 Bzv gebruik gemaakt van zijn bevoegdheid om in de verzekeringsovereenkomst te concretiseren tot welk type zorgverlener de verzekerde zich voor gespecialiseerde GGZ dient te wenden, 'het wie'.

Zo geven de polisvoorwaarden aan dat er sprake moet zijn van een regiebehandelaar en welke verantwoordelijkheden de regiebehandelaar bij de behandeling heeft. Verweerder stelt dat bij de diagnostiek en behandeling in de gespecialiseerde GGZ de betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) nodig is en stelt voorwaarden ten aanzien van de inzet van hulppersoneel. Het geschil spitst zich toe op de vraag of in casu aan deze voorwaarden is voldaan.

In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut het geschil beoordeeld aan de hand van het Model kwaliteitsstatuut ggz, de veldnorm die is ingeschreven als kwaliteitstandaard in het Register van het Zorginstituut. Een nuancering van dit voorlopig advies is op zijn plaats nu verweerder in de verzekeringsovereenkomst nader heeft bepaald 'wie' er bij de behandeling betrokken dienen te zijn en de aard en omvang daarvan. De beoordeling van deze voorwaarden is niet aan het Zorginstituut. De adviestaak van het Zorginstituut is beperkt tot de vraag of sprake is van zorg die tot het basispakket behoort. Of de verzekeringsvoorwaarden over het 'wie' door partijen op de juiste wijze zijn toegepast is ter beoordeling van de SKGZ. Het Zorginstituut betreft de polisvoorwaarden daarom niet bij het definitieve advies.

Geen medische beoordeling

Verweerder stelt dat het Zorginstituut een medische beoordeling had moeten verrichten. De adviestaak van het Zorginstituut is beperkt tot de vraag of verzekerde aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Op grond van artikel 2.4 Bzv is verzekerd 'de geneeskundige zorg zoals o.a. medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden'. De inhoud en omvang van de zorg is verder afgebakend door het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' zoals omschreven in artikel 2.1 lid 2 Bzv. Als sprake is van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden en de zorg aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet, is de specifieke vorm van zorg of behandeling waar het om gaat als te verzekeren prestatie aan te merken. Hierbij spelen individuele omstandigheden geen rol.

Vervolgens dient beoordeeld te worden of een individuele verzekerde aanspraak heeft op de behandeling. Die beoordeling vindt plaats aan de hand van het indicatievereiste: de verzekerde moet redelijkerwijs op de behandeling zijn aangewezen, zoals omschreven in artikel 2.1 lid 3 Bzv. Dit is een medische beoordeling. Omdat het in onderhavig geschil alleen gaat over de vraag of sprake is van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden ziet het Zorginstituut geen aanleiding voor een medische beoordeling van het dossier van verzoeker.



Zorginstituut Nederland

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat behandeling van verslavingsstoornissen behoort tot de geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. Het is niet aan het Zorginstituut om te beoordelen of is voldaan aan de toepasselijke polisvoorwaarden.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

De behandeling van verzoeker maakt onderdeel uit van het basispakket.



Bijlage 1

Voorlopig advies

Situatie van verzoeker

Verzoeker kampte met een gokverslaving. Hij is in overleg met, en op verwijzing van de huisarts voor behandeling naar de Hervitas kliniek gegaan. De kosten hiervan zijn door Hervitas rechtstreeks gedeclareerd bij verweerder. Verweerder heeft aan Hervitas meegedeeld dat de ten behoeve van verzoeker gedeclareerde kosten niet worden vergoed. Verzoeker heeft over het niet vergoeden van de kosten van de behandeling een geschil aanhangig gemaakt.

Verweerder stelt dat geen sprake is van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. Verweerder voert hierbij aan dat de regiebehandelaar (een verslavingsarts) het behandelplan niet bespreekt tijdens een MDO met de psychiater en medebehandelaars, bij het MDO is geen psychiater of klinisch psycholoog betrokken en evaluatie van de behandeling lijkt niet plaats te vinden. Daarnaast voert verweerder aan dat het zwaartepunt van de behandeling tussen 7 januari 2019 en 25 januari 2019 ligt en in deze periode ziet de regiebehandelaar de cliënt éénmaal. De volledige behandeling wordt verder uitgevoerd door een GZ-vaktherapeut en een SPH-er. De totale betrokkenheid van de regiebehandelaar bedraagt 306 minuten op een totale behandeling van 4311 minuten (7,1%). Volgens verweerder is de betrokkenheid van de regiebehandelaar dermate laag, zowel qua absolute tijd maar ook met name qua frequentie, dat niet blijkt dat de regiebehandelaar de taken en verantwoordelijkheden heeft uitgeoefend die op hem rusten, zeker gelet op het feit dat het grootste gedeelte van de behandeling is gegeven door een GZ-vaktherapeut en een SPH-er en gelet op de complexiteit en intensiviteit van de behandeling.

Juridisch kader

Op grond van artikel 2.4, lid 1, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) omvat geneeskundige zorg, zorg zoals onder meer medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. 'Plegen te bieden' is een begrip om de inhoud en omvang van de te verzekeren geneeskundige zorg af te bakenen. 'Het Zorginstituut legt dit begrip als volgt uit: Plegen te bieden omvat de zorg die de beroepsgroep, in dit geval - de psychiater en klinisch psycholoog, rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt, op een kwaliteitsniveau dat volgens de betrokken beroepsgroepen is aangewezen. Deze beroepsgroepen hebben dit arsenaal van zorg en verlening hiervan op professioneel juiste wijze beschreven in documenten, zoals richtlijnen, standaarden, beroepsvisies, omschrijving deskundigheidsgebieden.

Beoordeling

De informatie in het dossier is juridisch beoordeeld.

Model-kwaliteitsstatuut GGZ

Als het gaat om de inzet van een regiebehandelaar in relatie tot het 'plegen te bieden-criterium' is het model-kwaliteitsstatuut van belang. Het model-kwaliteitsstatuut GGZ is een veldnorm die ingeschreven is als professionele standaard in het register van het Zorginstituut Nederland.⁴

⁴ <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-model-kwaliteitsstatuut-kwaliteitsstandaard>



Het model-kwaliteitsstatuut beschrijft wat zorgaanbieders moeten regelen op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve GGZ te mogen leveren.

Regiebehandelaar

Volgens het model-kwaliteitsstatuut kan een verslavingsarts KNMG regiebehandelaar zijn, tenzij sprake is van comorbiditeit met ernstige, complexe psychiatrische stoornissen. Verweerder betwist niet dat de verslavingsarts in deze casus regiebehandelaar kan zijn. Verweerder voegt hieraan toe dat een verslavingsarts regiebehandelaar kan zijn in een instelling binnen een MDO-constructie met een psychiater of klinisch psycholoog. Het is de vraag of een psychiater of klinisch psycholoog altijd deel moet nemen/betrokken moet zijn bij een MDO.

MDO

Verweerder stelt dat het behandelplan dat op 10 oktober 2018 is opgesteld niet is besproken met de psychiater of met de medebehandelaars middels een MDO. Het model-kwaliteitsstatuut zegt hierover het volgende. Bij GGZ-instellingen worden behandelingen binnen de gespecialiseerde GGZ gegeven vanuit multidisciplinaire teams. Er is altijd een psychiater of klinisch psycholoog lid van een multidisciplinair team. Verweerder vat dit kennelijk zo op dat een psychiater altijd deelneemt aan het MDO dan wel wordt geraadpleegd over het behandelplan. Deze voorwaarde blijkt echter niet klip en klaar uit het model-kwaliteitsstatuut. Duidelijk is, dat GGZ partijen het hier zelf niet over eens zijn, gezien de discussie die is ontstaan in het kader van de doorontwikkeling van het model-kwaliteitsstatuut over de 'status aparte' van de psychiater/klinisch psycholoog.

Het model-kwaliteitsstatuut stelt verder dat indien meerdere behandelaren betrokken zijn bij het zorgtraject, de regiebehandelaar er voor zorgdraagt dat de intakegegevens en het (voorlopige) behandelvoorstel worden afgestemd met alle betrokken behandelaren, bijvoorbeeld door middel van bespreking in het multidisciplinair team. Hieruit blijkt dat een behandelvoorstel niet per se moet worden besproken in een MDO, maar wel dat de regiebehandelaar verantwoordelijk is voor de afstemming van het behandelplan met de medebehandelaren.

De zorgverlener stelt dat er op 10 oktober 2018 twee intakegesprekken met verzoeker zijn gevoerd door de verslavingsarts en de SPH-er. Conform het intakeprotocol is er vervolgens een overleg geweest waarin de wederzijdse ervaringen zijn besproken. Ook is er op 9 januari 2019 – kort na de eerste behandelsessie – een MDO geweest waaraan alle behandelaren deelnamen. Hieruit kan niet worden geconcludeerd dat het behandelvoorstel onvoldoende zou zijn afgestemd met de medebehandelaren.

Evaluatie en nazorg

Volgens het model-kwaliteitsstatuut dient een instelling in zijn kwaliteitsstatuut aan te geven hoe men in de praktijk de evaluatie en afronding van de behandeling en de nazorg aan de cliënt vormgeeft. Ook de polisvoorwaarden stellen als voorwaarde dat de regiebehandelaar verantwoordelijk is voor de evaluatie van de behandeling en zo nodig het behandelplan moet bijstellen. Verweerder stelt dat het erop *lijkt* dat een evaluatie van de behandeling niet heeft plaatsgevonden.



Hervitas heeft in zijn kwaliteitsstatuut aangegeven hoe de evaluatie van de behandeling in de praktijk wordt vormgegeven.⁵ Ook is aangegeven waaruit de behandeling bestaat. De behandelvorm bestaat uit een groeps- en individuele behandeling en kent een duur van drie weken. De behandeling bestaat onder meer uit Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Community Reinforcement Approach (CRA) aangevuld met andere behandelmethodes.

De driewekelijkse behandeling van verzoeker heeft plaatsgevonden van 7 januari 2019 tot 25 januari 2019, waarbij op 23 januari een gesprek met de regiebehandelaar heeft plaatsgevonden. Volgens Hervitas is tijdens dit gesprek de behandeling geëvalueerd en zijn er vervolgafspraken gemaakt over de nazorg. Op basis van dit gesprek is er een eindverslag gestuurd naar de verwijzende huisarts. Het is onduidelijk waarop verweerder de stelling baseert dat het erop *lijkt* dat een evaluatie van de behandeling niet heeft plaatsgevonden.

Betrokkenheid regiebehandelaar

Verweerder stelt dat de behandeling volledig wordt uitgevoerd door een GZ-vaktherapeut en een SPH-er. In deze periode ziet de regiebehandelaar de cliënt éénmaal en er vindt tweemaal een MDO plaats. De totale betrokkenheid van de regiebehandelaar bedraagt volgens verweerder 7,1% van de behandeling en zou daarmee onvoldoende zijn. Dit is volgens verweerder niet toegestaan hetgeen ook zou blijken uit een circulaire van ZN. Welke circulaire dit is, wordt niet duidelijk en deze circulaire is ook niet in het dossier aangetroffen.

Polisvoorwaarden verweerder

Volgens de polisvoorwaarden van verweerder kan gebruik worden gemaakt van hulppersoneel. Hulppersoneel is bevoegd om een gedeelte van de behandeling onder supervisie van de regiebehandelaar uit te voeren. Uitsluitend zorgverleners die zijn opgenomen in de beroepentabel DBC-GGZ, zoals opgenomen in bijlage 3 bij de geldende Regeling gespecialiseerde GGZ van de NZa, kunnen taken als hulppersoneel vervullen. In de DBC-beroepentabel zijn die beroepen opgenomen, die bevoegd en bekwaam zijn om een rol te vervullen in de (individuele diagnosegerichte) behandeling van patiënten in de GGZ. De GZ-vaktherapeut en de SPH-er worden allebei vermeld in de beroepentabel DBC-GGZ. In de Regeling wordt niet gesproken over 'hulppersoneel', maar over 'behandelaar'.

Model-kwaliteitsstatuut GGZ

In het model-kwaliteitsstatuut wordt gesproken van regiebehandelaar en medebehandelaar. *Regiebehandelaar*: de zorgverlener die de regie voert over het zorgproces van een patiënt/cliënt. *Medebehandelaar*: alle behandelaren betrokken bij de behandeling van de patiënt, niet zijnde de regiebehandelaar.

Uit het model-kwaliteitsstatuut blijkt niet dat een regiebehandelaar de behandeling deels zelf moet uitvoeren en er is ook geen norm opgenomen met betrekking tot de totale betrokkenheid van de regiebehandelaar bij de gehele behandeling. Wel blijkt uit het model-kwaliteitsstatuut dat de regiebehandelaar verantwoordelijk is voor het (doen) vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt/cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt. Daarnaast draagt de regiebehandelaar er voor zorg dat het behandelplan wordt uitgevoerd en – wanneer de omstandigheden daartoe aanleiding geven – wordt bijgesteld. Uit het dossier blijkt

⁵ <https://hervitas.nl/kwaliteitsstatuut-hervitas/>



dat de regiebehandelaar zelf betrokken is geweest bij het stellen van de diagnose en het opstellen van het behandelplan. Tijdens de behandeling heeft tweemaal een MDO plaatsgevonden met de medebehandelaren en één afrondend gesprek met de cliënt.

Conclusie

Uit het dossier blijkt onvoldoende dat de activiteiten en inzet van de regiebehandelaar niet zijn uitgevoerd overeenkomstig de professionele standaard, te weten het model-kwaliteitsstatuut GGZ. Dat bij het opstellen van het behandelplan en het MDO een psychiater of klinisch psycholoog betrokken zouden moeten zijn, blijkt niet uit het model-Kwaliteitsstatuut en is ook niet als voorwaarde gesteld in de polisvoorwaarden van verweerder. Ook geldt er geen kwantitatieve norm wat betreft de betrokkenheid van een regiebehandelaar. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat de behandeling van verzoeker in de Hervitas kliniek geen geneeskundige zorg is zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden.

Het voorlopig advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Niet kan worden geconcludeerd dat geen sprake is van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden.



Advies Zorginstituut Nederland in een geschil over de uitvoering van de zorgverzekering

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 3 september 2020 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van gespecialiseerde GGZ.

Bij de adviesaanvraag heeft de SKGZ een kopie van het dossier gestuurd. Het Zorginstituut brengt een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting en/of aanvullende stukken nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

In artikel 23.2 van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg omschreven. Dit komt overeen met de Zvw.

Vooraf merkt het Zorginstituut nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit betekent dat het Zorginstituut twee vragen beantwoordt. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoeker op deze zorg is aangewezen. Dit laatste is een medische beoordeling. Het Zorginstituut baseert het advies op de beschikbare informatie in het toegezonden dossier.

Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Situatie van verzoeker

Verzoeker kampt met een gokverslaving. Hij is in overleg met, en op verwijzing van de huisarts voor behandeling naar de Hervitas kliniek gegaan. De kosten hiervan zijn door Hervitas rechtstreeks gedeclareerd bij verweerder. Verweerder heeft aan Hervitas meegedeeld dat de ten behoeve van verzoeker gedeclareerde kosten niet worden vergoed. Verzoeker heeft over het niet vergoeden van de kosten van de behandeling een geschil aanhangig gemaakt.

Verweerder stelt dat geen sprake is van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. Verweerder voert hierbij aan dat de regiebehandelaar (een verslavingsarts) het behandelplan niet bespreekt tijdens een MDO met de psychiater en medebehandelaars, bij het MDO is geen psychiater of klinisch psycholoog betrokken en evaluatie van de behandeling lijkt niet plaats te vinden. Daarnaast voert verweerder aan dat het zwaartepunt van de behandeling tussen 7 januari 2019 en 25 januari 2019 ligt en in deze periode ziet de regiebehandelaar de cliënt éénmaal. De volledige behandeling wordt verder uitgevoerd door een GZ-vaktherapeut en een SPH-er. De totale betrokkenheid van de regiebehandelaar bedraagt 306 minuten op een totale behandeling van 4311 minuten (7,1%). Volgens verweerder is de betrokkenheid van de regiebehandelaar dermate laag, zowel qua absolute tijd maar ook met name qua frequentie, dat niet blijkt dat de regiebehandelaar de taken en verantwoordelijkheden heeft uitgeoefend die op hem rusten, zeker gelet op het feit dat het grootste gedeelte van de behandeling is gegeven door een GZ-vaktherapeut en een SPH-er en gelet op de complexiteit en intensiviteit van de behandeling.



Juridisch kader

Op grond van artikel 2.4, lid 1, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) omvat geneeskundige zorg, zorg zoals onder meer medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. 'Plegen te bieden' is een begrip om de inhoud en omvang van de te verzekeren geneeskundige zorg af te bakenen. 'Het Zorginstituut legt dit begrip als volgt uit: Plegen te bieden omvat de zorg die de beroepsgroep, in dit geval - de psychiater en klinisch psycholoog, rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt, op een kwaliteitsniveau dat volgens de betrokken beroepsgroepen is aangewezen. Deze beroepsgroepen hebben dit arsenaal van zorg en verlening hiervan op professioneel juiste wijze beschreven in documenten, zoals richtlijnen, standaarden, beroepsvisies, omschrijving deskundigheidsgebieden.

Beoordeling

De informatie in het dossier is juridisch beoordeeld.

Model-kwaliteitsstatuut GGZ

Als het gaat om de inzet van een regiebehandelaar in relatie tot het 'plegen te bieden-criterium' is het model-kwaliteitsstatuut van belang. Het model-kwaliteitsstatuut GGZ is een veldnorm die ingeschreven is als professionele standaard in het register van het Zorginstituut Nederland.¹ Het model-kwaliteitsstatuut beschrijft wat zorgaanbieders moeten regelen op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve GGZ te mogen leveren.

Regiebehandelaar

Volgens het model-kwaliteitsstatuut kan een verslavingsarts KNMG regiebehandelaar zijn, tenzij sprake is van comorbiditeit met ernstige, complexe psychiatrische stoornissen. Verweerder betwist niet dat de verslavingsarts in deze casus regiebehandelaar kan zijn. Verweerder voegt hieraan toe dat een verslavingsarts regiebehandelaar kan zijn in een instelling binnen een MDO-constructie met een psychiater of klinisch psycholoog. Het is de vraag of een psychiater of klinisch psycholoog altijd deel moet nemen/betrokken moet zijn bij een MDO.

MDO

Verweerder stelt dat het behandelplan dat op 10 oktober 2018 is opgesteld niet is besproken met de psychiater of met de medebehandelaars middels een MDO. Het model-kwaliteitsstatuut zegt hierover het volgende. Bij GGZ-instellingen worden behandelingen binnen de gespecialiseerde GGZ gegeven vanuit multidisciplinaire teams. Er is altijd een psychiater of klinisch psycholoog lid van een multidisciplinair team. Verweerder vat dit kennelijk zo op dat een psychiater altijd deelneemt aan het MDO dan wel wordt geraadpleegd over het behandelplan. Deze voorwaarde blijkt echter niet klip en klaar uit het model-kwaliteitsstatuut. Duidelijk is, dat GGZ partijen het hier zelf niet over eens zijn, gezien de discussie die is ontstaan in het kader van de doorontwikkeling van het model-kwaliteitsstatuut over de 'status aparte' van de psychiater/klinisch psycholoog.

¹ <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-model-kwaliteitsstatuut-kwaliteitsstandaard>



Het model-kwaliteitsstatuut stelt verder dat indien meerdere behandelaren betrokken zijn bij het zorgtraject, de regiebehandelaar er voor zorgdraagt dat de intakegegevens en het (voorlopige) behandelvoorstel worden afgestemd met alle betrokken behandelaren, bijvoorbeeld door middel van bespreking in het multidisciplinair team. Hieruit blijkt dat een behandelvoorstel niet per se moet worden besproken in een MDO, maar wel dat de regiebehandelaar verantwoordelijk is voor de afstemming van het behandelplan met de medebehandelaren.

De zorgverlener stelt dat er op 10 oktober 2018 twee intakegesprekken met verzoeker zijn gevoerd door de verslavingsarts en de SPH-er. Conform het intakeprotocol is er vervolgens een overleg geweest waarin de wederzijdse ervaringen zijn besproken. Ook is er op 9 januari 2019 – kort na de eerste behandelsessie – een MDO geweest waaraan alle behandelaren deelnamen. Hieruit kan niet worden geconcludeerd dat het behandelvoorstel onvoldoende zou zijn afgestemd met de medebehandelaren.

Evaluatie en nazorg

Volgens het model-kwaliteitsstatuut dient een instelling in zijn kwaliteitsstatuut aan te geven hoe men in de praktijk de evaluatie en afronding van de behandeling en de nazorg aan de cliënt vormgeeft. Ook de polisvoorwaarden stellen als voorwaarde dat de regiebehandelaar verantwoordelijk is voor de evaluatie van de behandeling en zo nodig het behandelplan moet bijstellen. Verweerder stelt dat het erop *lijkt* dat een evaluatie van de behandeling niet heeft plaatsgevonden.

Hervitas heeft in zijn kwaliteitsstatuut aangegeven hoe de evaluatie van de behandeling in de praktijk wordt vormgegeven.² Ook is aangegeven waaruit de behandeling bestaat. De behandelvorm bestaat uit een groeps- en individuele behandeling en kent een duur van drie weken. De behandeling bestaat onder meer uit Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Community Reinforcement Approach (CRA) aangevuld met andere behandelmethodes.

De driewekelijkse behandeling van verzoeker heeft plaatsgevonden van 7 januari 2019 tot 25 januari 2019, waarbij op 23 januari een gesprek met de regiebehandelaar heeft plaatsgevonden. Volgens Hervitas is tijdens dit gesprek de behandeling geëvalueerd en zijn er vervolgspraken gemaakt over de nazorg. Op basis van dit gesprek is er een eindverslag gestuurd naar de verwijzende huisarts. Het is onduidelijk waarop verweerder de stelling baseert dat het erop *lijkt* dat een evaluatie van de behandeling niet heeft plaatsgevonden.

Betrokkenheid regiebehandelaar

Verweerder stelt dat de behandeling volledig wordt uitgevoerd door een GZ-vaktherapeut en een SPH-er. In deze periode ziet de regiebehandelaar de cliënt éénmaal en er vindt tweemaal een MDO plaats. De totale betrokkenheid van de regiebehandelaar bedraagt volgens verweerder 7,1% van de behandeling en zou daarmee onvoldoende zijn. Dit is volgens verweerder niet toegestaan hetgeen ook zou blijken uit een circulaire van ZN. Welke circulaire dit is, wordt niet duidelijk en deze circulaire is ook niet in het dossier aangetroffen.

² <https://hervitas.nl/kwaliteitsstatuut-hervitas/>



Polisvoorwaarden verweerder

Volgens de polisvoorwaarden van verweerder kan gebruik worden gemaakt van hulppersoneel. Hulppersoneel is bevoegd om een gedeelte van de behandeling onder supervisie van de regiebehandelaar uit te voeren. Uitsluitend zorgverleners die zijn opgenomen in de beroepentabel DBC-GGZ, zoals opgenomen in bijlage 3 bij de geldende Regeling gespecialiseerde GGZ van de NZa, kunnen taken als hulppersoneel vervullen. In de DBC-beroepentabel zijn die beroepen opgenomen, die bevoegd en bekwaam zijn om een rol te vervullen in de (individuele diagnosegerichte) behandeling van patiënten in de GGZ. De GZ-vaktherapeut en de SPH-er worden allebei vermeld in de beroepentabel DBC-GGZ. In de Regeling wordt niet gesproken over 'hulppersoneel', maar over 'behandelaar'.

Model-kwaliteitsstatuut GGZ

In het model-kwaliteitsstatuut wordt gesproken van regiebehandelaar en medebehandelaar. *Regiebehandelaar*: de zorgverlener die de regie voert over het zorgproces van een patiënt/cliënt. *Medebehandelaar*: alle behandelaren betrokken bij de behandeling van de patiënt, niet zijnde de regiebehandelaar.

Uit het model-kwaliteitsstatuut blijkt niet dat een regiebehandelaar de behandeling deels zelf moet uitvoeren en er is ook geen norm opgenomen met betrekking tot de totale betrokkenheid van de regiebehandelaar bij de gehele behandeling. Wel blijkt uit het model-kwaliteitsstatuut dat de regiebehandelaar verantwoordelijk is voor het (doen) vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt/cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt. Daarnaast draagt de regiebehandelaar er voor zorg dat het behandelplan wordt uitgevoerd en – wanneer de omstandigheden daartoe aanleiding geven – wordt bijgesteld. Uit het dossier blijkt dat de regiebehandelaar zelf betrokken is geweest bij het stellen van de diagnose en het opstellen van het behandelplan. Tijdens de behandeling heeft tweemaal een MDO plaatsgevonden met de medebehandelaren en één afrondend gesprek met de cliënt.

Conclusie

Uit het dossier blijkt onvoldoende dat de activiteiten en inzet van de regiebehandelaar niet zijn uitgevoerd overeenkomstig de professionele standaard, te weten het model-kwaliteitsstatuut GGZ. Dat bij het opstellen van het behandelplan en het MDO een psychiater of klinisch psycholoog betrokken zouden moeten zijn, blijkt niet uit het model-Kwaliteitsstatuut en is ook niet als voorwaarde gesteld in de polisvoorwaarden van verweerder. Ook geldt er geen kwantitatieve norm wat betreft de betrokkenheid van een regiebehandelaar. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat de behandeling van verzoeker in de Hervitas kliniek geen geneeskundige zorg is zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Niet kan worden geconcludeerd dat geen sprake is van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden.