



LANDELIJKE VERENIGING VAN
VRIJGEVESTIGDE PSYCHOLOGEN
& PSYCHOTHERAPEUTEN

Memo

Aan: Ministerie van VWS
van: Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP)
Auteur: drs. Judith M. Veenendaal, directeur
Datum: 27 oktober 2016
Betreft: Consultatie Wtza

Inleiding

Op 30 september 2016 is de consultatie over de Wet toetreding zorgaanbieder (Wtza) gestart. Onderstaand treft u de reactie aan van de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP).

Uitgangspunten LVVP

Bij de beoordeling van het wetsontwerp toetst de LVVP op de volgende uitgangspunten:

- Administratieve lasten;
- Aansluiting op de bestaande praktijk en regelgeving;
- Positie van de vrijgevestigde BIG-geregistreerde aanbieder (in de ggz).

Algemeen

De LVVP ondersteunt het belang van goede wetgeving die toetreding tot de gezondheidszorg reguleert. De Wtza wil hierin voorzien middels een meldplicht voor nieuwe aanbieders en een vernieuwde vergunningsprocedure voor:

- instellingen die medisch-specialistische zorg (doen) verlenen;
- instellingen die in de regel door meer dan tien personen zorg of een dienst (doen) verlenen als omschreven bij of krachtens de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet.

Administratieve lasten

Juist omdat het cruciaal is om de kwaliteit van de zorg te waarborgen, hebben partijen in de ggz een kwaliteitsstatuut ontwikkeld voor alle ggz-aanbieders in de Zvw. De verplichting tot het voeren van een kwaliteitsstatuut is inmiddels verankerd in de Wkkgz.

In het wetsontwerp Wtza wordt de verplichting tot het hebben van een kwaliteitsstatuut feitelijk alleen maar genoemd en getoetst bij die instellingen die vergunningsplichtig zijn volgens de Wtza. Dit is niet correct. Het hebben van een kwaliteitsstatuut zou al bij de meldplicht opgenomen kunnen worden. En juist om de administratieve lasten tot een minimum te beperken zou zowel voor de melding (meldplicht) alsook voor de vergunningsaanvraag (vergunningplichtigen) gebruik moeten worden gemaakt van de portal waar deze kwaliteitsstatuten staan geregistreerd. Op deze wijze hoeven aanbieders niet steeds dezelfde handelingen uit te voeren.

Aansluiting op de bestaande praktijk

Bij het opstellen van het kwaliteitsstatuut kwamen de betrokken partijen tot de conclusie dat er ten aanzien van de governance een groot verschil is tussen vrijgevestigde aanbieders en instellingen. Dit heeft ook geresulteerd in sectie II en sectie III van het kwaliteitsstatuut. Het kwaliteitsstatuut waarborgt hiermee de kwaliteit in zowel de vrijgevestigde praktijk alsook de instelling.

Het wetsontwerp Wtza creëert opnieuw mist in de afbakening instelling en vrijgevestigde. Naar wij begrijpen gaat de Wtza uit van de definitie van een instelling zoals die gehanteerd wordt binnen de

Wkkgz. In de Wkkgz is het zo, dat zodra er sprake is van een loondienstverband, de zorgaanbieder een instelling wordt genoemd. Echter, de Wtza erkent wel dat er sprake moet zijn van een bepaalde grootte wil er sprake zijn van governanceproblemen die mogelijk van invloed kunnen zijn op de kwaliteit van de geleverde zorg. De oplossing die de Wtza daarvoor dan biedt, is dat er bij een bepaalde grootte een vergunningsplicht geldt.

In de toelichting op de Wtza wordt gezegd dat er afstand wordt gedaan van het onderscheid 'van rechtswege toegelaten' en een 'Wtzi-erkenning'. Wij moeten constateren dat er onder de Wtza drie partijen zullen bestaan, te weten de kleine aanbieder /pure solist, instellingen zonder vergunningsplicht en instellingen met vergunningsplicht. Dit creëert opnieuw ruis, omdat het niet aansluit bij de bestaande praktijk. Het idee dat een vrijgevestigde zorgaanbieder als een pure solist zou moeten werken, is achterhaald. Uiteraard komt dit vaak voor, maar even zo vaak zijn vrijgevestigde praktijken groepspraktijken, waarin BIG-geregistreerde zorgaanbieders nevensgeschikt met elkaar samenwerken en waarbij evenwel ook sprake kan zijn van een loondienstverband. Het verdient aanbeveling om in nieuwe wetgeving niet meer met achterhaalde concepten te werken, maar aansluiting te zoeken bij de bestaande praktijk.

In dit kader adviseren wij om aansluiting te zoeken bij de Mededingingswet die uitgaat van 8 FTE BIG-geregistreerde zorgaanbieders en een jaaromzet van € 1 miljoen, alvorens over te gaan tot toetsing. De Wtza koppelt omvang aan kwaliteit. Zij redeneert namelijk dat bij een bepaalde grootte governance een issue kan worden die een effect kan hebben op de kwaliteit. De Mededingingswet hanteert ook de idee dat schaalgrootte bepaalde ongewenste effecten kan hebben en om die reden getoetst moet worden. Aansluiting is dan ook logisch.

Op deze wijze resteren dan twee categorieën aanbieders, te weten: vrijgevestigden en instellingen. Voor deze laatste categorie zou dan een vergunningsplicht gelden.

Op deze wijze vindt niet alleen aansluiting plaats op de bestaande praktijk, het kwaliteitsstatuut, maar wordt ook de contractering met zorgverzekeraars vereenvoudigd, omdat er zodoende een eenduidig concept ontstaat van een vrijgevestigde praktijk en een instelling. Het veld geeft al langer aan dat hier grote behoefte aan is.

Positie van de vrijgevestigde BIG-geregistreerde zorgaanbieder

Binnen de Wtza zou een vergunningplicht gelden voor:

- instellingen die medisch-specialistische zorg (doen) verlenen;
- instellingen die in de regel door meer dan tien personen zorg of een dienst (doen) verlenen als omschreven bij of krachtens de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet.

De exacte afbakening van deze beide definities is niet helder en roept vragen op.

Instellingen die medisch-specialistische zorg (doen) verlenen

In de ggz onderscheiden we de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz. Vrijgevestigde BIG-geregistreerde psychologen en psychotherapeuten leveren zorg in beide echelons. Is het zo dat vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten die gespecialiseerde ggz bieden onder deze definitie vallen? Houd bij de beantwoording van deze vraag in gedachte dat het hier naast solisten ook vrijgevestigde groepspraktijken betreft, die niet aan de pure definitie van een solist voldoen en daarmee een instelling zijn volgens de Wtza. Indien dit het geval is, zou dat om meerdere redenen bijzonder onwenselijk zijn. Een en ander leidt ten behoeve van de vergunningsaanvraag namelijk tot een extra administratieve last voor een groepspraktijk die in de eerste verte niet het administratieve apparaat heeft van een echte instelling. Daarbij zal het een potentieel gevaar zijn voor de toekomstige afbakening in het kwaliteitsstatuut, waarin we wellicht het idee hebben om sectie III open te stellen voor die instellingen die vergunningsplichtig zijn. Deze groepspraktijken zullen dan mogelijk onder sectie III van het kwaliteitsstatuut gaan vallen en daarmee administratieve

verplichtingen gaan krijgen die niet meer zijn op te brengen voor professionals die hun eigen praktijk voeren en niet beschikken over een administratief apparaat. De toetreding tot de zorg voor vrijevestigden zal daarmee onmogelijk worden gemaakt.

Instellingen die in de regel door meer dan tien personen zorg of een dienst (doen) verlenen als omschreven bij of krachtens de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet

Deze definitie roept veel vragen op. Gaat het hier alleen om BIG-geregistreerde zorgverleners of ook om ondersteunend hulppersoneel, zoals testassistenten, etcetera?

Verder is het zo dat binnen het kwaliteitsstatuut in de ggz de zorgverlener zijn of haar professionele netwerk moet beschrijven. Dit zijn allemaal zorgverleners en instanties die mogelijk bij de zorg aan de patiënt worden betrokken. Een professioneel netwerk is veelal groter dan het aantal van tien zoals genoemd in de Wtza. Vrijgevestigde zorgaanbieders zullen dan al snel een instelling zijn die vergunningsplichtig is. Bij de afbakening van medisch-specialistische zorg hebben wij de consequenties hiervan in termen van toetreding tot de zorg voor vrijevestigden en de administratieve lasten uitgebreid beschreven. Ik volsta met een verwijzing hiernaar.

In dit kader wijzen wij er nogmaals op dat het aanbeveling verdient om in de afbakening aan te sluiten bij de Mededingingswet. Op deze wijze houdt men twee categorieën aanbieders over, te weten vrijevestigden en instellingen. Voor deze laatste categorie zou dan een vergunningsplicht gelden.

Resterende vragen

Hoe denkt de Wtza om te gaan met die aanbieders die waarnemen? Vallen ook niet-gevestigde / waarnemende aanbieders onder de werking van de wet? Niet-gevestigde aanbieders kunnen niet aantonen dat zij aan de “de randvoorwaarden voor het leveren van goede zorg” voldoen, aangezien zij, in het belang van patiënt en kwaliteit van zorg, de interne kwaliteitsprocedures volgen van de vrijevestigde praktijk dan wel instelling vanuit welke zij zorg verlenen. Dit verandert echter continu en kunnen waarnemers niet aantonen voor zij starten als waarnemer.