

Vergaderjaar 2011–2012

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 175

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 16 april 2012

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de voorhangbrief van 21 februari 2012 inzake invoering prestatiebekostiging tweedelijns curatieve GGZ (Kamerstuk 25 424, nr. 160).

De op 19 maart 2012 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 13 april 2012 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

| | | |
|-----|--|----|
| I. | Vragen en opmerkingen vanuit de fracties | 2 |
| II. | Reactie van de minister | 14 |

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES**Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorhangbrief over prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg (cGGZ). Zij hebben nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de VVD-fractie steunen de minister in haar beleidslijn om prestatiebekostiging in de curatieve GGZ in te voeren en verzekeraars risicodragend te maken voor de curatieve GGZ. Met deze maatregelen wordt een gelijk speelveld gecreëerd en dynamiek en vernieuwing in het veld gestimuleerd. Deze leden zijn ervan overtuigd dat dit tot belangrijke voordelen kan leiden voor de patiënt en de kwaliteit van de zorg.

Het belonen van kwaliteit en doelmatigheid wordt mogelijk gemaakt. Dat is voor de leden van de VVD-fractie een belangrijk punt. Het belonen van kwaliteit en doelmatigheid is voor deze leden veel meer dan alleen onderscheid maken ten aanzien van zorgzwaarte. Juist het belonen van innovatieve aanbieders die zich op basis van betere of efficiëntere zorg aan hun patiënt onderscheiden van hun collega's moet mogelijk worden gemaakt. Dat vergt een bredere blik dan alleen zorgzwaarte. Zo kan een aanbieder juist op basis van bijvoorbeeld een innovatieve werkwijze betere zorg leveren voor minder geld, dan een andere aanbieder die een patiënt met eenzelfde zorgzwaarte behandelt. Genoemde leden vinden het belangrijk dat het systeem aanbieders juist stimuleert om op deze manier de zorg te verbeteren. Zij vernemen graag de visie van de minister op dit punt.

De minister geeft aan dat GGZ Nederland geen generiek transitie-model nodig acht, omdat alleen voor een handvol instellingen maatwerkoplossingen nodig kunnen zijn om de transitie goed door te kunnen komen. De leden van de VVD-fractie vragen de minister nader toe te lichten op welk type instellingen en op welke maatwerkoplossingen GGZ Nederland hier doelt.

De minister geeft aan in overleg met het veld en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te bekijken hoe een gedifferentieerd macrobeheersingsinstrument (MBI) op een effectieve, uitvoerbare en juridisch solide wijze kan worden vormgegeven. De leden van de VVD-fractie steunen deze inzet van de minister om tot een beter instrument te komen dan een generiek MBI. In de brief wordt een voorbeeld genoemd waarbij zorgaanbieders die zich aan hun contractafspraken hebben gehouden niet of minder worden gekort. In dit kader merken genoemde leden op dat een gedifferentieerd MBI wel nadrukkelijk een prikkel moet behouden, waardoor goede zorgaanbieders meer kunnen groeien dan minder goede zorgaanbieders.

Als bijlage bij de brief heeft de minister het rapport «Budgettaire beheersing bij invoering prestatiebekostiging cGGZ» meegestuurd. Kan de minister een reactie geven op het advies dat in dit rapport wordt gegeven?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

Algemeen

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorliggende brief van de minister. De minister is van plan om binnen de tweedelijns curatieve GGZ over te stappen op een systeem van prestatiebekostiging: betalen per handeling. Deze leden staan positief tegenover de ontwikkeling dat de burger meer te kiezen heeft, het zorgaanbod beter inspeelt op de wensen van de patiënt en de kwaliteit en kosten van de zorg meer inzichtelijk gemaakt worden. Genoemde leden moeten echter concluderen dat de invoering van prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve GGZ hier niet toe zal leiden. De invoering van de prestatiebekostiging gebeurt volgens deze leden zodanig dat het aanbod van zorg nu meer centraal komt te staan dan de vraag. Het is van groot belang voor de leden van de PvdA-fractie dat de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg prioriteit blijven houden en er geen eenzijdige verschuiving plaatsvindt naar een focus op financiële prikkels. Zij willen hun zorg uitspreken over het feit dat dit met de invoering van prestatiebekostiging helaas lijkt te gebeuren.

De leden van de PvdA-fractie concluderen dat door de invoering van prestatiebekostiging tezamen met het korten van het budget van de GGZ en de invoering van de eigen bijdrage voor patiënten er schadelijke effecten zullen optreden voor de stabiliteit van instellingen in de GGZ, voor de zorg voor de zeer kwetsbare groepen in de GGZ en voor de werkgelegenheid in de sector en zij vragen of er voldoende garanties zijn dat door dit beleid de juiste prikkels aan de sector worden afgegeven. Het jaarverslag VWS over 2010 liet al zien dat er vooral grote overschrijdingen zijn bij de medisch specialisten, apothekers, huisartsen, ziekenhuizen, de medische GGZ en de zelfstandige behandelcentra (zbc's). Bij deze groepen is juist ingezet op prestatiebekostiging. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) geeft al jaren aan dat er sprake is van overbehandeling door prestatiebekostiging. Al deze zorgaanbieders verdienen aan meer volume, dit leidt tot overschrijdingen die vervolgens opgevangen moeten worden door een hogere premie en een verkleining van het pakket. Vindt de minister het niet juist een stap in de goede richting om de relatie tussen inkomen van zorgaanbieders en productie door zorgaanbieders te verbreken? Waarom kiest de minister nu ook in de curatieve GGZ voor prestatiebekostiging, terwijl blijkt dat dat in de eerste lijn niet heeft geleid tot minder kostenoverschrijdingen?

Invoering prestatiebekostiging

De minister trekt terecht de conclusie dat de GGZ-sector zich ergens tussen een aanbodgeruleerd en een vraaggestuurd systeem bevindt. Gebudgetteerde instellingen worden nog steeds bekostigd via budgetsystematiek op basis van awbz-parameters, terwijl ze tegelijkertijd declareren op basis van diagnosebehandelingcombinaties (dbc's). Zij stelt dat er zo een ongelijk speelveld ontstaat voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. De leden van de fractie van de PvdA zijn het met deze conclusie eens. Deze leden stellen echter dat de oplossing die de minister biedt voor dit probleem niet de juiste is. Genoemde leden vragen hoe de minister op deze manier een gelijk speelveld tot stand gaat brengen. Hoe gaan de kosten in de curatieve zorg voorspeld worden? Hoe kunnen verzekeraars goed risicodragend worden wanneer de voorspelbare kosten nog niet helder zijn voor de curatieve GGZ? Hebben de zorgverzekeraars voldoende inzicht in de zwaarte van de individuele zorgvraag in relatie tot behandeling en kosten voor patiënten? Kan de minister inzicht geven in het voorspellen van de kosten voor een patiënt in de curatieve GGZ?

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe zorgverzekeraars het risico op overschrijdingen gaan indekken. Als de zorgzwaarte en bijbehorende kosten voor behandeling niet helder zijn voor zorgverzekeraars, hoe zullen zij dan dit risico gaan bekostigen? Als de zorg in de curatieve GGZ meer gaat kosten dan van tevoren ingeschat was, hoe betalen de verzekeraars dan deze kosten? Zullen de hogere kosten worden doorberekend aan de verzekerden in de vorm van hogere zorgpremies? Daarbij zijn deze leden ook zeer benieuwd naar de verwachting van de minister als zij stelt dat zorgverzekeraars «ruim onder het huidige maximumtarief gaan zitten». Zij vragen of de minister hiermee de gang van zaken niet te rooskleurig voorstelt. Hoe gaat de minister garanderen dat patiënten de juiste zorg voor de juiste prijs krijgen? En dat zorg vraaggestuurd blijft?

De minister stelt dat door de invoering van prestatiebekostiging de juiste prikkels worden gegeven aan zorgaanbieders om meer samenhangende en doelmatige zorg te bieden. Wat zijn precies deze prikkels? De leden van de PvdA-fractie blijven bezorgd over de omzetting in de GGZ en de verantwoordelijkheid hiervoor. Hoe gaat de minister voorkomen dat zorgaanbieders financieel geprikkeld worden om meer en sneller zorg aan te bieden en dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg?

Genoemde leden kunnen zich vinden in de nadruk die er wordt gelegd op het transparanter maken van behandeluitkomsten en het stimuleren van zorgpaden. Deze leden vragen echter hoe de prikkels die de minister zegt uit te delen positieve invloed gaan hebben op meer transparantie en betere zorgpaden.

De overstap naar een speelveld waarop alleen sprake is van prestatiebekostigingszorg in de curatieve GGZ brengt de nodige problemen met zich mee, waarvan de leden van de PvdA-fractie zich afvragen of de minister hier wel bij stil heeft gestaan. De zorgverzekeraars geven aan dat zij het tempo waarin de minister de prestatiebekostiging in de GGZ wil invoeren «ambitieuze» vinden, terwijl de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) zelfs de angst uitspreekt voor een «harde landing». Deze leden vragen dan ook of de minister zich bewust is van dit bezorgde geluid vanuit de praktijk en of zij deze geluiden serieus neemt. Is de minister op de hoogte van de signalen uit het veld en hoe hebben deze signalen vorm gekregen in haar plan van aanpak voor de invoering van prestatiebekostiging in de curatieve GGZ?

De leden van de PvdA-fractie zijn kritisch over de oproep tot het vergaren van meer sturingsinformatie, gezien de administratieve druk die hieruit kan voortvloeien. Dit punt wordt ook onderschreven door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), welke spreekt over «onnodige administratieve lastenverzwaring». De lastenverzwaring kan eventueel ten koste gaan van de kwaliteit van zorg, vrezen deze leden.

Genoemde leden vragen ook wat de minister bedoelt wanneer zij stelt dat de productstructuur voldoende stabiel wordt geacht door de NZa. Zij zouden graag zien dat de minister dit argument nader onderbouwt en dat zij ingaat op de vraag wanneer een productstructuur «voldoende stabiel» is. Welke criteria zijn hierbij gehanteerd?

De leden van de PvdA-fractie hebben met zorg kennisgenomen van het feit dat een aantal instellingen niet binnen het door de minister voorgestelde systeem van prestatiebekostiging zal vallen. Deze leden vragen hoe deze instellingen dan wel gefinancierd zullen worden. Wil de minister uitzonderingsposities creëren voor deze instellingen? En zo ja, wordt hiermee dan niet alsnog haar doelstelling van een level playing field ondergraven?

Dbc's in de curatieve GGZ

De minister stelt dat zij voldoende vertrouwen in de productstructuur van de dbc's heeft om in 2013 de registratie van awbz-parameters volledig af te schaffen en sectorbreed prestatiebekostiging in te voeren. Alle zorgaanbieders worden dan bekostigd op basis van dbc's. De leden van de PvdA-fractie vragen waarop de minister haar vertrouwen baseert. Is er voor alle doelgroepen in de curatieve GGZ een passend dbc met bijpassend budget voor de cliënten? Wordt er rekening gehouden met de meervoudige problematiek van vele cliënten in deze sector? Waarop baseert de minister dat de productstructuur van de dbc's voldoende stabiel is? Welke criteria zijn hierbij gehanteerd? Hoe gaat de minister voorkomen dat er voor één cliënt meerdere dbc's door verschillende zorgaanbieders aangevraagd worden zoals nu ook in de eerstelijns GGZ te zien is?

De minister wil de huidige dbc-tarieven die nu gebaseerd zijn op gemiddelde kosten in 2013 vervangen door asymmetrische bandbreedte-tarieven. Volgens de minister maakt dit voor zorgverzekeraars het belonen van kwaliteit en doelmatigheid mogelijk. Zij stelt dat op deze wijze instellingen die zorg leveren aan gemiddeld zwaardere zorgvraag, meer ruimte hebben om met verzekeraars in onderhandeling te gaan over een passende vergoeding. De leden van de PvdA-fractie vragen of dit leidt tot een dekkende vergoeding voor zorgaanbieders. Hoe gaat de minister garanderen dat zorgaanbieders de juiste zorg aan alle patiënten in de doelgroep kunnen leveren?

De leden van de fractie van de PvdA hebben met interesse kennisgenomen van het feit dat de minister het dbc-systeem verder wil verbeteren, maar zij treffen hier geen concrete tijdsplanning of invulling voor aan. Wat vindt de minister dat er verbeterd zou moeten worden op langere termijn en hoe gaat zij hieraan invulling geven? Op welke termijn wil de minister deze verbeteringen doorvoeren?

Macrobeheersingsinstrument (MBI)

De minister pleit voor het invoeren van een MBI binnen de curatieve GGZ, dit als ultimum remedium bij overschrijdingen van het budgettair kader cGGZ. De leden van de PvdA-fractie zijn hierover erg kritisch. Deze leden denken dat het invoeren van een MBI aanzet tot overproductie, omdat de grootste overschrijders vervolgens niet evenredig gekort worden. Genoemde leden vinden dan ook dat er een verkeerde prikkel uitgaat van dit instrument. Zij wijzen ook op de reactie van GGZ Nederland, waarin gesteld wordt dat het (te snel) invoeren van een MBI leidt tot «kaalslag of oplopende wachtlijsten» en zij vragen hierop een reactie. Hoe reëel worden de door GGZ Nederland geschetste gevolgen geacht? Hoe zal worden voorkomen dat gevolgen uiteindelijk neerkomen bij cliënten in de vorm van wachtlijsten, minder zorg of hogere premies/eigen betalingen?

De leden van de fractie van de PvdA zijn ook benieuwd wie er bepaalt of een overschrijding van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) daadwerkelijk het gevolg is geweest van het naleven van de zorgplicht, dus bovencontractuele groei, of het gevolg is geweest van het slecht letten op het macrobudget door de zorgverzekeraars. Deze leden vragen of het verstandig is veldpartijen zelf te laten onderhandelen, zonder dat de minister grip heeft op de financieringsstromen van de zorgverzekeraars naar de zorgaanbieders. Hierdoor kan er na een boekjaar sprake zijn van overfinanciering bij ziekenhuizen of overschrijding van het BKZ, waardoor de minister zichzelf gedwongen ziet achteraf in te grijpen met het macrobeheersingsinstrument. Genoemde leden vragen waarom de minister niet expliciet kiest voor een systeem waarin in de loop van het jaar de productieaf-

spraken worden vastgelegd zodat al gedurende dat jaar beoordeeld kan worden of de gezamenlijke productieafspraken binnen het voor dat jaar vastgestelde budgettaire kader blijven. Kan binnen dat systeem niet gewerkt worden met een zogenaamd early warning model waardoor tijdig kan worden vastgesteld of er sprake is van dreigende overschrijdingen? Dit zou het grootste terugkerende probleem in de Nederlandse zorgsector, namelijk dat pas (te) laat de overschrijdingen bekend zijn, voor een belangrijk gedeelte oplossen.

Het transitiemodel

De minister stelt dat de invoering van de prestatiebekostiging verantwoord en behoedzaam moet gebeuren en dat abrupte veranderingen in opbrengsten voorkomen moeten worden. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de minister hiervoor zorg gaat dragen terwijl er tegelijk gekort wordt op het budget van de GGZ in 2012. De minister stelt een licht transitiemodel voor om de instellingen in de curatieve GGZ in tijden van bezuinigingen te ontlasten. In dit model maken representerende verzekeraars éénmalig dubbele productieafspraken voor 2012 met de huidige gebudgetteerde instellingen in termen van zowel awbz-parameters als in termen van dbc's op basis van bandbreedtetarieven. Waarop baseert de minister de keuze voor de termijn van één jaar? Deze leden vragen of deze termijn voldoende is. Zij achten het niet onwaarschijnlijk dat deze periode te kort is en dat er geen ruimte wordt gelaten voor de mogelijkheid van onvoorziene problemen bij het invoeren van prestatiebekostiging.

Er kan ook in het transitiemodel al over de prijs van de dbc's onderhandeld worden. De leden van de fractie van de PvdA vragen wat voor gevolgen dit gaat hebben voor de aangeboden zorg aan patiënten, vooral aan die patiënten met een zwaardere zorgvraag. Hoe gaat de minister garanderen dat de patiënten nog de zorg krijgen die zij nodig hebben? Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken de gemaakte productieafspraken bekend aan de NZa in termen van awbz-parameters en in termen van dbc's. De NZa berekent ultimo 2012 het verschil tussen beide afspraken en bepaalt een transitiebedrag op basis van 70% van dit verschil. Het bedrag is positief als de dbc-afspraken minder opleveren dan de afspraken in de budgetparameters zouden opleveren, het bedrag is negatief als de dbc-afspraken meer opleveren dan de afspraken in budgetparameters zouden opleveren. Per 2013 vervalt deze mogelijkheid en worden zorgaanbieders afgerekend op basis van de gerealiseerde productie in termen van dbc's. De zorgaanbieders krijgen dan het door de NZa vastgestelde transitiebedrag uitgekeerd, of in rekening gebracht. Hoe kunnen zorgaanbieders van tevoren inzicht verwerven in de mogelijke verschillen tussen de berekening op basis van awbz-parameters, respectievelijk dbc's? Als de zorginstellingen het transitiebedrag in rekening gebracht krijgen, hoe wordt dit dan door de zorgaanbieder gefinancierd? Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat dit niet ten koste gaat van te leveren zorg aan patiënten?

De leden van de PvdA-fractie zijn hierbij ook benieuwd wat de minister zal aanvangen met alle instellingen die er niet in slagen om de omslag te maken naar een systeem van prestatiebekostiging, wanneer zij bijvoorbeeld tot de groep instellingen behoren die niet gefinancierd kunnen worden volgens dit systeem.

Individuele budgetcomponenten en crisiszorg

De leden van de PvdA-fractie zouden de minister willen vragen om zich duidelijk uit te spreken over de crisiszorg. Hoe wordt deze exact bekostigd en hoe wordt de vergoeding van de overige producten ingepast binnen

het systeem van prestatiebekostiging? Deze leden zijn ook sceptisch als het gaat om het voornemen om de huidige individuele budgetcomponenten via «alternatieve financieringen» te regelen. Graag zouden genoemde leden deze wijze van financiering nader uitgewerkt willen zien, zodat inzichtelijk wordt op welke wijze deze budgetcomponenten in de toekomst gefinancierd zullen worden.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het voornemen van de minister om vanaf 2013 prestatiebekostiging in te voeren bij de tweedelijns curatieve GGZ. Deze leden zien het huidige probleem van de dubbele administratie en het ongelijke speelveld voor GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars en het is goed dat hier een einde aan komt. Genoemde leden hebben begrepen dat ook Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en GGZ Nederland achter de invoering van de prestatiebekostiging staan. Daarom blijft er voor de leden van de PVV-fractie nog een vraag over. Is bij de invoering naar prestatiebekostiging ook gekeken naar het belang en de gevolgen voor de patiënt? De patiënt is nogal onderbelicht gebleven in de brief van de minister. Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting op de positie en gevolgen voor de GGZ-patiënt.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het voornemen van de minister om per 2013 over te gaan tot prestatiebekostiging in de geestelijke gezondheidszorg. Om van aanbodssturing naar vraagsturing te komen is prestatiebekostiging een goede methode: men betaalt voor wat men krijgt in plaats van een budgetgefinancierd systeem. De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat de minister de goede richting is ingeslagen en dat in principe ook de motor in de curatieve GGZ-sector gestart moet worden om deze weg in te slaan. Dat is nodig om op tijd en zorgvuldig in 2013 de prestatiebekostiging te kunnen invoeren.

Met de knip die de minister maakt kunnen de kosten (lees volumestijging) enorm stijgen zonder dat iemand daar verantwoordelijkheid voor draagt. Prestatiebekostiging is namelijk een openeindfinanciering. Allereerst vragen deze leden hoe de volumegroei in bedwang gehouden kan worden.

De minister gaat hier zelf op in door te pleiten voor een gedifferentieerd macrobeheersingsinstrument. De minister lijkt al gelijk een slag om de arm te houden door aan te geven dat als dit niet de geëigende weg is een generieke kortingsmaatregel noodzakelijk is. Hoe beoordeelt de minister in dit licht de opmerking van de NZa in haar advies «Implementatieplan prestatiebekostiging cGGZ» dat het opleggen van het macrobeheersingsinstrument voor alle aanbieders in de curatieve geestelijke gezondheidszorg onuitvoerbaar is? Dit omdat in de curatieve geestelijke gezondheidszorg in vergelijking tot de ziekenhuiszorg er te veel aanbieders zijn en er daardoor meer dynamiek is. De NZa merkt op dat het invoeren van het MBI voor de curatieve GGZ alleen uitvoerbaar is als de individuele zorgaanbieders, al dan niet georganiseerd in groepspraktijken, daar niet onder gaan vallen. De leden van de CDA-fractie vragen dan ook of de invoering van het macrobeheersingsinstrument voldoende waarborgen biedt om de volumegroei in bedwang te houden. De minister geeft ook aan dat zij wil werken met de contracteerruimte van verzekeraars. Hoe gaat het in zijn werk als verzekeraars uiteindelijk minder zorg gebruiken dan ingekocht is? Ligt het risico van de gedeerde inkomsten dan bij de verzekeraar of de gecontracteerde zorginstelling?

Daarnaast vragen deze leden of de plannen van de minister ertoe gaan leiden dat het vergoeden van zorg op basis van de restitutieplicht straks niet langer mogelijk is. Zij verwijzen hierbij naar een opmerking van de NZa dat de minister een strenger contracteerbeleid van de NZa gepaard moet doen gaan met de plicht voor verzekeraars om alleen de gedeclareerde zorg van gecontracteerde zorgverleners te vergoeden en ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) te mogen brengen.

De leden van de CDA-fractie zijn het met het de minister eens, dat de invoering van prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve GGZ één van de voorwaarden is voor de ontwikkeling van de juiste prikkels om samenhangende en doelmatige zorg rondom de patiënt te organiseren. De minister merkt op dat dit ook goed is vanuit het streven om mensen die vanwege psychische klachten uitvallen op hun werk, zo snel mogelijk terug te leiden naar de arbeidsmarkt. Op welke wijze verwacht de minister dat de prestatiebekostiging hieraan een actieve bijdrage levert? Genoemde leden hechten er namelijk belang aan, dat mensen op de werkvloer ook adequate psychische zorg krijgen.

De sector bevindt zich inderdaad in het slechtste van twee werelden: tussen een aanbodgeruleerd en vraaggestuurd systeem in. De minister kiest er terecht voor om tot een behoedzame overgang te komen. Daarbij stelt de minister onder meer voor om tot asymmetrische bandbreedtetarieven, in de vorm van een zogenaamd max-max tarief te komen. Dit maakt het voor zorgverzekeraars mogelijk om kwaliteit en doelmatigheid te voorkomen.

De NZa geeft aan dat de huidige dbc-systematiek over het algemeen goed aansluit bij zorg voor patiënten met een relatief zware zorgvraag, maar dat er toch een aantal instellingen is dat – wegens hun kleine omvang en specifieke cliëntenpopulatie – niet uit kan komen met de huidige dbc-tarieven en behoefte heeft aan de mogelijkheid om een prijs te bedingen die boven het huidige vaste dbc-tarief ligt. Hierbij denken de leden van de CDA-fractie bijvoorbeeld aan de specialistische topklinische zorg. De minister erkent dit ook. De NZa stelt een bandbreedte voor. De minister volgt dit. Er is echter ook de suggestie gedaan dat voor circa 3 tot 7 zeer gespecialiseerde cGGZ-aanbieders met veel doorverwezen patiënten een hogere bovengrens van maximaal 50% zou moeten gelden. De schatting is dat het hierbij gaat om ongeveer 10 à 15 miljoen euro. Waarom heeft de minister deze suggestie van de NZa niet overgenomen, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Daarnaast vragen de leden van de CDA-fractie of er al voldoende voorspellende waarden in de risicoverevening zijn. Juist de geestelijke gezondheidszorg laat nog de grootste afwijking in de voorspellende waarde in de kosten van de behandeling zien. Hoe kan de voorspellende waarde in de risicoverevening de komende periode verbeterd worden? Deze leden willen in de geest van de Zorgverzekeringswet risicoselectie voorkomen. Ziek en gezond, oud en jong dienen met elkaar solidair te zijn voor de basisverzekering. Hoe schat de minister het gevaar voor risicoselectie in?

De minister geeft aan dat met de introductie van prestatiebekostiging ook per 2013 alle andere zogenaamde individuele budgetcomponenten vervallen. Dit zijn budgetcomponenten die enkele instellingen ontvangen voor bepaalde specifieke activiteiten, functies en/of voorzieningen. De NZa heeft gevraagd om alternatieve financiering te regelen voor de componenten bestendig beleid, bijzonderheid organisatie, oorlogsslachtoffers en vluchtelingen/asielzoekers. De leden van de CDA-fractie ondersteunen deze oproep. Overigens vragen zij of onder de bijzondere component oorlogsslachtoffers zowel oorlogsgetroffenen op basis van de wetgeving

oorlogsgetroffenen als veteranen op basis van de Veteranenwet worden bedoeld. De zorg voor veteranen is nu bijvoorbeeld ook gebundeld in het Landelijk Zorgsysteem Veteranen. Daarnaast vragen deze leden aan de minister te motiveren waarom de andere individuele budgetcomponenten zoals lichamelijk gehandicapten en repatrianten niet een speciale regeling behoeven.

Tevens vragen deze leden waarom er binnen de geestelijke gezondheidszorg niet een dbc consultatie is. Een dergelijke dbc kan bijdragen aan het inroepen van expertise uit de geestelijke gezondheidszorg door de eerste lijn zoals de huisarts en de psycholoog. Dit kan ervoor zorgen dat de samenwerking tussen de eerste lijn en tweede lijn geborgd blijft.

De minister stelt tevens voor om over te gaan op de normatieve huisvestingscomponent om de kapitaallasten op te nemen in de zorgprestaties. Hoe gaat dit uitwerken voor instellingen in de geestelijke gezondheidszorg die zowel zorg verlenen op basis van de AWBZ als op basis van de Zvw?

Uit de marktscan geestelijke gezondheidszorg valt het de leden van de CDA-fractie op dat de omzet voor ambulante behandelingen de afgelopen drie jaar met 400 miljoen euro is toegenomen. Op basis van deze waarneming zou men verwachten dat dit tot een afname van de bedden in de instellingen heeft geleid. Opvallend is echter dat de klinische omzet over de jaren vrijwel gelijk gebleven is. Hieruit kan worden geconcludeerd dat relatieve ambulantisering plaatsvindt. Meer ambulante behandelingen die niet zorgen voor een afname in budgetparameters van de klinische omzet. Hoe beoordeelt de minister deze ontwikkeling vanuit de door deze leden gedragen wens om ook tot een verantwoorde afbouw van bedden in de geestelijke gezondheidszorg te komen? Welke positieve effecten verwacht de minister van de invoering van de prestatiebekostiging op deze ontwikkeling?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de voorhangbrief van de minister waarin zij aankondigt over te willen gaan op prestatiebekostiging. Deze leden wijzen dit voorstel af. Zij vragen de minister een analyse te geven waar de prestatiebekostiging positief uitpakt voor de patiënt.

Het valt de leden van SP-fractie op dat de positie van de zorgvrager of patiënt in de voorhangbrief niet of nauwelijks wordt belicht. Zij vragen de minister waar de menselijke maat is gebleven en op welke wijze de patiënt centraal staat. Genoemde leden vragen hoe de prestatiebekostiging zich verhoudt tot de ervaring met de invoering van de keten-dbc's waarbij de patiënt juist niet meer centraal staat, ondanks de bedoeling daarvan.

Zorgvragers

De leden van de SP-fractie maken zich grote zorgen over de positie van de zorgvrager of patiënt, omdat de inkoop een zaak is tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Deze leden vragen hoe de positie van de zorgvrager en/of patiëntenorganisaties versterkt wordt door de prestatiebekostiging. Kan de minister garanderen dat de zorgvrager geen speelbal wordt van commerciële prikkels zoals die verwoord worden in de voorhangbrief?

De leden van de SP-fractie vernemen graag welke onderliggende evaluatie de keuze van de minister rechtvaardigt om van ziekten of problemen «producten» te maken waarop geconcurrereerd dient te worden. De vraag die leeft bij deze leden is dan ook hoe de minister ervoor gaat zorgen dat alle mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben deze kunnen krijgen. Welke bewijzen kan de minister voorleggen om te laten zien dat ook mensen met zware en complexe problemen niet geweerd worden door zorginstellingen en/of zorgverzekeraars omdat zij als te (financieel) risicovol worden bestempeld aangezien zij bijvoorbeeld meerdere opnames nodig blijken te hebben?

Bovendien willen genoemde leden de garantie dat de zeggenschap van de zorgvrager niet wordt aangetast of wordt verslechterd door de prestatiebekostiging, en welke bewijzen aan het antwoord van de minister ten grondslag liggen. Zij vragen tevens op welke wijze de privacy van de patiënt in het systeem van prestatiebekostiging wordt gegarandeerd.

Daarnaast vernemen de leden van de SP-fractie graag op welke wijze de vrijheid van de zorgvrager om een behandelaar te kiezen verbeterd wordt, omdat G. Westert in «Zorgbalans 2010» nog aangeeft dat «goede en structurele informatie over de kwaliteit in de gezondheidszorg ontbreekt». ¹ Blijft de vrije keuze bestaan als mensen geweerd worden door zorgverzekeraars of als instellingen sommige patiënten liever niet behandelen omdat zij een te groot risico zijn om een kostenpost te worden, is de vraag die genoemde leden graag beantwoord zien. Bovendien kan er niets gezegd worden over de behandel eenheden, de programma's of de locaties. Deze leden verzoeken de minister om een toelichting.

Kan de minister uitleggen op welke wijze een persoon, die een zelfmoordpoging heeft overleefd, gebaat is bij het feit dat deze als consument kan worden gezien (door de verzekeraar en/of de aanbieder) waaraan verdiend kan worden, of juist als kostenpost omdat het ziektebeeld onvoorspelbaar en risicovol is, zo vragen de leden van de SP-fractie.

Behandelrelatie

Een centrale waarde binnen de gezondheidszorg is vertrouwen. De leden van de SP-fractie vragen de minister om toe te lichten op welke wijze het vertrouwen tussen de behandelaar (professional) en de patiënt kan worden versterkt door een wijze van financieren die uitgaat van concurrentie en winst maken. Deze leden vragen om een analyse of een bewijs dat de prestatiebekostiging geen schade aanricht aan de behandelrelatie.

De leden van de SP-fractie willen ervoor waarschuwen dat de behandelrelatie en het vertrouwen tussen de zorgvrager en de professional juist geschaad kan worden. De zorgvrager weet immers dat de professional meer geld kan verdienen naarmate de stoornis of aandoening erger is en er langer behandeling nodig blijkt. Zij vragen de minister hierop in te gaan, zowel vanuit het oogpunt van de zorgvrager, als van de professional.

Tevens vragen de leden van de SP-fractie op welke manier een goede behandelrelatie tot uitdrukking kan komen in de verschillende manieren van bekostiging van de GGZ.

¹ RIVM, Zorgbalans 2010, mei 2010.

Overgangsjaar 2013

De leden van de SP-fractie vragen de minister waarom er is gekozen voor de datum van 1 januari 2013 om over te gaan tot prestatiebekostiging. Op basis van welke feiten kan de minister vaststellen dat de GGZ-sector klaar is voor deze stap en dat er voldoende draagvlak is voor prestatiebekostiging? De minister stelt immers zelf dat 2012 al «een zwaar jaar» is vanwege de genomen maatregelen en dat de invoering van een nieuw systeem beheerst en behoedzaam moet gebeuren. Genoemde leden vragen de minister om een toelichting op deze drie punten.

De leden van de SP-fractie vernemen graag waarom er gekozen is voor een overgang van één jaar. Tevens vragen zij om een uitleg hoe de overgang er uit komt te zien, met daarbij de voor- en nadelen benoemd voor de zorgvrager, de zorgaanbieder, de hulpverlener en de zorgverzekeraar.

In 2013 zullen alle zorgaanbieders werken met de dbc-systematiek. De leden van de SP-fractie vragen de minister op welke wijze dbc's bijdragen aan de transparantie, de keuzevrijheid en de doelmatigheid, omdat uit onderzoek blijkt dat zorgprofessionals dit niet vinden.¹

In het blad Psy staat een artikel genaamd «Die DBC's moeten weg».² Deze uitspraak is van de minister en stemde de leden van de SP-fractie tevreden. De vraag is dan waarom diezelfde minister nu overall dbc's gaat invoeren. Tevens vernemen zij graag de lessen die er getrokken zijn uit de invoering van de dbc-systematiek waardoor er miljarden euro's extra nodig waren en op basis van welke evaluatie de minister dan een verdere invoering van dbc's gerechtvaardigd acht.

In de brief lezen genoemde leden dat de huidige dbc-tarieven die gebaseerd zijn op gemiddelde kosten in 2013 vervangen gaan worden door «asymmetrische bandbreedtetarieven». Zij vragen om een uitleg van dit begrip en vragen tevens of de kosten niet zullen toenemen door deze maatregel en de invoering daarvan. Welke gevolgen zullen er zijn voor GGZ-instellingen die zowel in 2013 als in 2014 van financieringssysteem moeten veranderen?

De leden van de SP-fractie vragen de minister of het juist is dat en zo ja hoeveel geld van de AWBZ overgeheveld wordt naar de Zorgverzekeringswet en of dit uitgesplitst kan worden naar de verschillende soorten aanbieders met het bijbehorende budget.

Verschillende financieringsmogelijkheden

De leden van de SP-fractie zijn het met de minister eens dat de bureaucratie moet en kan verminderen. De vraag rijst dan of de minister andere bekostigingssystemen heeft onderzocht dan de prestatiebekostiging waarin de administratieve lasten worden verminderd. Deze leden vragen de minister om voorbeelden hiervan te noemen en daarbij een motivatie waarom voor deze vormen niet is gekozen. Wanneer de minister niet heeft gekeken naar andere financieringsmogelijkheden dan vragen genoemde leden de minister alsnog te onderzoeken welke andere opties er zijn en daarbij ook de optie zonder marktwerking te betrekken.

Graag vernemen de leden van de SP-fractie een uiteenzetting van de verschillende financieringsmogelijkheden met daarbij de voor- en nadelen benoemd voor de zorgvrager, de zorgaanbieder, de hulpverlener en de zorgverzekeraar.

¹ L. Tummers, Erasmus Universiteit, oktober 2010.

² Psy, 2012, nr. 1.

Een goede, zuivere afweging van opties is pas mogelijk wanneer er gelijkheid bestaat in de mate van onderzoek naar de verscheidene opties. In de voorhangbrief wordt het «gelijke speelveld» door de minister immers belangrijk geacht. Deze redenering kan doorgetrokken worden naar de verschillende financieringsmogelijkheden en de afweging van het parlement ter zake. Daarom zien de leden van de SP-fractie een toelichting hierop graag tegemoet.

De leden van de SP-fractie vragen waarom de minister denkt dat het invoeren van prestatiebekostiging een besparing met zich meebrengt en hoeveel geld er nodig is voor het overgangsjaar en de invoering van een financieringsvorm.

Budgetcomponenten

In de voorhangbrief lezen de leden van de SP-fractie dat de individuele budgetcomponenten komen te vervallen per 2013. Deze leden vernemen graag op welke wijze dit wordt ondervangen voor de componenten die niet in een dbc-tarief zitten. De NZa heeft advies uitgebracht over een alternatieve regeling hiervoor. Zij vragen een uitleg over deze alternatieve regeling en of het klopt dat er naast de prestatiebekostiging dan nog steeds een ander systeem aanwezig is.

Ook vragen de leden van de SP-fractie hoe een kostenexplosie voorkomen gaat worden wanneer de minister de budgetten loslaat. Bovendien vragen zij waarom de minister kiest voor een bekostiging met een beschikbaarheidsbijdrage op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Deze leden vragen de minister tevens om een toelichting op dit punt.

Zorgverzekeraars

Kan de minister aan de leden van de SP-fractie uitleggen hoe de markt van de zorgverzekeraars past bij de prestatiebekostiging in de GGZ, omdat de zorgverzekeraarsmarkt gedomineerd wordt door vier grote concerns. Tevens vragen zij waarom de minister deze markt geschikt acht voor prestatiebekostiging, omdat de Nederlandse Zorgautoriteit in 2009 nog stelde dat deze markt «weinig dynamisch» was.

Zorgverzekeraars Nederland stellen dat er pas sprake kan zijn van een prestatiebekostiging als er een akkoord komt met daarin afspraken over randvoorwaarden. De leden van de SP-fractie vragen de minister om een toelichting; over welke randvoorwaarden gaat het precies en hoe verschillen zij van de randvoorwaarden zoals in 2009 geformuleerd door de minister?

Risicoverevening

De leden van de SP-fractie willen weten of het systeem van risicoverevening adequaat genoeg is om «cherry-picking» te voorkomen en tegelijkertijd de verzekeraar aanspoort om doelmatig in te kopen, zoals de minister graag wil.

De leden van de SP-fractie vragen wat de budgettaire gevolgen zijn van de maatregelen rondom de risicoverevening en hoe dat zich verhoudt tot de onverzekerbare zorg, zoals de GGZ dat kan zijn.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het voornemen van de minister om vanaf 2013 te starten met prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve GGZ. Deze leden streven naar een goede, doelmatige en toegankelijke zorg voor de patiënt. Invoering van prestatiebekostiging kan daaraan bijdragen doordat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen zorg in te kopen op basis van de kwaliteit en prijs van een behandeling. Instellingen worden zo geprikkeld de kwaliteit en effectiviteit van een behandeling te verbeteren. Invoeren van deze nieuwe vorm van bekostiging dient echter wel op verantwoorde wijze plaats te vinden. De patiënt mag niet de dupe worden van een systeemverandering. De leden van de D66-fractie hebben daarom nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de D66-fractie wijzen erop dat de GGZ-sector momenteel in het slechtste van twee werelden leeft. Enerzijds worden instellingen nog steeds bekostigd via de budgetsystematiek. Anderzijds declareren ze ook op basis van diagnosebehandelingcombinaties. De minister voorziet dat de overgang naar een eenduidig systeem van prestatiebekostiging de administratieve lasten reduceert. Deze leden vernemen graag welke mate van administratieve reductie de minister precies voorziet.

Naar de mening van de leden van de D66-fractie mag het niet zo zijn dat de systeemverandering ertoe leidt dat bepaalde (kleine) instellingen deze niet aankunnen. Deze leden uiten hun zorgen dat de wijzigingen op instellingsniveau te abrupte gevolgen kunnen hebben. Kan de minister nader uiteenzetten welke maatregelen zij neemt om dit op te vangen?

De NZa geeft met betrekking tot de budgettaire beheersbaarheid aan dat een gedifferentieerd MBI niet ontwikkeld kan worden voor individuele zorgaanbieders. In hoeverre onderschrijft de minister deze conclusie? De leden van de D66-fractie vragen in dit kader op welke wijze de minister de budgettaire beheersbaarheid dan voor zich ziet. De minister geeft aan als ultimatum remedium terug te moeten vallen op een «generieke» kortingsmaatregel. Wanneer kan zij hierover uitsluitsel geven? Een ander aandachtspunt is de uitwerking van de voorgestelde max-max tarieven die vanaf 2013 gaan gelden. Gelet op het macrokader zal het overeenkomen van een hoger maximum gecompenseerd moeten worden door lagere tarieven elders. Hoe ziet de minister dat voor zich?

De leden van de D66-fractie zijn het met de minister eens dat de verschillen in zorgvraagzwaarte beter in het dbc-systeem verwerkt dienen te worden. Deze leden vragen in dit kader in hoeverre de minister denkt dat de voorgestelde max-max tarieven een oplossing bieden voor het feit dat de kostprijs van een behandeling in de tweede of derde lijn naar alle waarschijnlijkheid hoger zal liggen dan de kostprijs van een behandeling bij de anderhalve lijn. De minister heeft aangegeven een doorontwikkelagenda op te stellen voor het dbc-systeem. Kan de minister specifieker zijn over de termijn waarbinnen deze ontwikkeling vorm moet krijgen? Kan de minister een datum aangeven waarop kan worden bezien of de doorontwikkeling van het dbc-systeem, en dan specifiek met het oog op de zorgzwaarte, geslaagd is?

De leden van de D66-fractie uiten hun zorgen over de verdere ontwikkeling van de dbc's. De koppeling van routine outcome measurement (ROM) en de dbc's levert volgens hen op dit moment nog problemen op. In hoeverre heeft de minister bij het opstellen van het tijdspad van invoering van de prestatiebekostiging rekening gehouden met het feit dat

de koppeling tussen ROM en dbc's prematuur is? Hoe gaat zij dit verbeteren?

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Reactie op de vragen van de VVD-fractie

Volgens de VVD-fractie vergt het belonen van kwaliteit en doelmatigheid een bredere blik dan alleen zorgzwaarte. Juist het belonen van innovatieve aanbieders die zich op basis van betere of efficiëntere zorg aan hun patiënt onderscheiden van hun collega's moet mogelijk worden gemaakt. De VVD-fractie vindt het belangrijk dat het systeem aanbieders stimuleert om op deze manier de zorg te verbeteren en verneemt graag mijn visie op dit punt.

Ik ben het met de VVD-fractie eens dat het belonen van kwaliteit en doelmatigheid beter mogelijk moet worden en dat daarvoor meer nodig is dan alleen zicht op de zwaarte van de zorgvraag van cliënten. Het is belangrijk dat verzekeraars niet alleen de zwaarte van de zorgvraag van cliënten en de (kosten van) de gegeven behandelingen met elkaar kunnen vergelijken, maar ook de behandelresultaten van verschillende zorgaanbieders. Een belangrijk hulpmiddel daarbij zijn outcomedata. GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland hebben afspraken gemaakt over de uitwisseling – op geaggregeerd niveau – van Routine Outcome Monitoring (ROM) gegevens. Het wordt daarmee mogelijk voor zorgverzekeraars om verschillen te meten in het effect van behandelingen. Als door een innovatieve werkwijze aanbieder X een depressie goedkoper maar met beter effect kan behandelen dan aanbieder Y, wordt dat voor een verzekeraar inzichtelijk door de vergelijking van ROM-data.

De VVD-fractie wijst erop dat ik in mijn brief aangeef dat GGZ Nederland geen generiek transitie-model nodig acht, omdat alleen voor een handvol instellingen maatwerkoplossingen nodig kunnen zijn om de transitie goed door te kunnen komen. De VVD-fractie vraagt mij om nader toe te lichten op welk type instellingen en op welke maatwerkoplossingen GGZ Nederland hier doelt.

Het betreft hier een beperkt aantal instellingen (circa vijf) waarvan ook de NZa verwacht dat die – ondanks het vergroten van de tariefvrijheid door het invoeren van bandbreeddetarieven – hun begroting over 2013 mogelijk niet sluitend kunnen krijgen in verband met de overstap naar dbc-bekostiging. Het gaat hier om instellingen met een sterk specialistisch aanbod en patiënten met een zware zorgvraag.

Deze instellingen zullen gewoon onder het systeem van prestatiebekostiging blijven vallen. De NZa adviseert voor deze problematiek om geen aparte regeling te treffen, maar zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierover eerst zelf onderhandelingen te laten voeren. Pas als is komen vast te staan dat die onderhandelingen niet tot een aanvaardbare oplossing hebben geleid, kan de NZa gevraagd worden gebruik te maken van haar zogenaamde inherente afwijkingsbevoegdheid op grond van Art. 4.84 ABW. Er moet dan sprake zijn van bijzondere omstandigheden en onevenredige gevolgen bij onverkorte toepassing van het NZa-beleid.

Van belang in dit kader is dat ik wel heb besloten tot de invoering van een generiek transitie-model. Dat is ook op de genoemde instellingen van toepassing. Dit model zal een matigende werking hebben op de transitie-problematiek waar deze instellingen mogelijk mee te maken krijgen. De kans is daarmee veel kleiner dat deze instellingen daadwerkelijk een

beroep zullen doen op de zogenaamde inherente afwijkingsbevoegdheid van de NZa.

De VVD-fractie verwijst naar het rapport «Budgettaire beheersing bij invoering prestatiebekostiging cGGZ» dat het onderzoeksbureau Zorgmarktadvies heeft uitgevoerd in opdracht van de NZa en vraagt om een reactie op het advies dat in dit rapport wordt gegeven.

In het rapport van Zorgmarktadvies wordt geadviseerd een bestuurlijk akkoord af te sluiten met alle betrokken partijen over – onder andere – de macro-uitgavenontwikkeling. Daarin zouden ook afspraken moeten worden gemaakt over de contractvorm die zorgverzekeraars en cGGZ-aanbieders hanteren tijdens de transitie naar prestatiebekostiging. Daarnaast adviseert Zorgmarktadvies om de financiële prikkels voor verzekeraars te versterken door de ex post compensaties voor verzekeraars per 2013 volledig af te bouwen. De aanpak die Zorgmarktadvies voorstelt is dus gericht op het voorkómen van overschrijdingen.

In lijn met het rapport van Zorgmarktadvies is het ook mijn uitgangspunt dat overschrijdingen in de cggz zo veel mogelijk moeten worden voorkomen. Het maken van bestuurlijke afspraken met de sector en het versterken van de prikkels voor verzekeraars zijn twee sporen waarlangs ik deze «beheersing van macro-uitgaven vooraf» wil bereiken.

Voor het jaar 2012 heb ik al met verzekeraars afgesproken dat zij de beschikbare financiële kaders leidend laten zijn bij het aangaan van hun inkooponderhandelingen en het afsluiten van contracten (rekening houdend met een reële hoeveelheid ongecontracteerde zorg). De naleving van deze afspraken wordt gemonitord door de NZa. Verzekeraars zullen er door VWS op worden aangesproken als hun contractering niet in lijn is met de vooraf afgesproken uitgangspunten. Deze afspraken bieden alle betrokkenen zo veel mogelijk zekerheid vooraf. Ik wil deze afspraken doortrekken naar 2013 en latere jaren – en waar nodig verder aanscherpen – en ben daarover in gesprek met de sector. Ik vind het daarbij een zaak van verzekeraars en aanbieders welke contractvorm zij willen gebruiken.

In 2012 is al een flinke stap gezet in de afbouw van de ex post compensaties door de afschaffing van de macronacalculatie en het verlagen van het nacalculatiepercentage in de bandbreedteregeling en bij de hogekostencompensatie. De prikkels voor verzekeraars zijn daarmee aanzienlijk versterkt. Het ex ante risicovereveningsmodel zal worden geoptimaliseerd en ex post compensaties zullen conform het regeerakkoord worden afgebouwd. In de hoofdtekst van het Regeerakkoord wordt in dit kader gesproken over «het in verantwoord tempo afschaffen van de ex postcompensaties». De tekst uit de financiële paragraaf licht dit nader toe, de tekst hier luidt: «Als laatste wordt in de GGZ volledige risicodragendheid van verzekeraars voor de curatieve GGZ inclusief invoering van prestatiebekostiging ingevoerd en wordt de macronacalculatie voor de geneeskundige GGZ uiterlijk in 2015 afgeschaft.» Jaarlijks, in september, neem ik een besluit over de maatvoering van de afbouw in het volgende jaar en stel ik de Tweede Kamer in kennis van dit besluit. Ik kan nu nog geen uitspraken doen over de te nemen stap per 2013.

Mochten er – ondanks de bovengenoemde maatregelen – zich onverhoopt toch macro-overschrijdingen voordoen, blijft het mogelijk om – bij wijze van *ultimum remedium* – achteraf kortingsmaatregelen te nemen bij zorgaanbieders. Mijns inziens is dit – anders dan Zorgmarktadvies stelt – zeker in de transitieperiode naar een voldragen systeem verenigbaar met een model waarin cggz-aanbieders zich onderling met elkaar meten op het gebied van prijs en kwaliteit. Immers het achteraf nemen van

kortingsmaatregelen laat onverlet dat individuele verzekeraars en individuele aanbieders binnen de grenzen van het macrokader onderling afspraken kunnen maken over de prijs, hoeveelheid en kwaliteit van de te leveren zorg.

Reactie op de vragen van de PvdA-fractie

De PvdA-fractie concludeert dat door de invoering van prestatiebekostiging tezamen met het korten van het budget van de GGZ en de invoering van de eigen bijdrage voor patiënten er schadelijke effecten zullen optreden voor de stabiliteit van instellingen in de GGZ, voor de zorg voor de zeer kwetsbare groepen in de GGZ en voor de werkgelegenheid in de sector. Zij vraagt mij of er voldoende garanties zijn dat door dit beleid de juiste prikkels aan de sector worden afgegeven.

Ik ben me er van bewust dat 2012 voor veel instellingen een zwaar jaar is. Teneinde een evenwichtig beleid ten aanzien van de ggz te ontwikkelen voor de toekomst, werk ik samen met de veldpartijen aan het formuleren van een brede beleidsagenda. De invoering van prestatiebekostiging maakt daar deel van uit. Dit maakt het voor instellingen mogelijk om te anticiperen op de toekomst.

Ook de invoering van prestatiebekostiging wil ik zorgvuldig laten plaatsvinden. De afgelopen jaren hebben instellingen al kunnen wennen aan het werken met het dbc-systeem. Ik heb er omwille van de zorgvuldigheid voor gekozen om een licht transitie-model in te stellen. Dit heeft, zoals ik in mijn brief heb aangegeven, op instellingsniveau en op macroniveau een dempend effect op opbrengstmutaties die puur het gevolg zijn van de technische aspecten van de systeemovergang.

Ik ben er van overtuigd dat mijn beleid de juiste prikkels aan de sector geeft. Juist door invoering van prestatiebekostiging ontstaat een gelijk speelveld in de tweedelijns curatieve ggz, met ruimte voor dynamiek en gericht op het belonen van prestaties, waardoor de sector de noodzakelijke impulsen krijgt om kwalitatief goede en doelmatige zorg rondom de patiënt te organiseren. In reactie op latere vragen zal ik dat nog verder toelichten.

De PvdA-fractie wijst erop dat het jaarverslag VWS over 2010 liet zien dat er vooral grote overschrijdingen zijn bij de medisch specialisten, apothekers, huisartsen, ziekenhuizen, de medische GGZ en de zelfstandige behandelcentra (zbc's). Bij deze groepen is juist ingezet op prestatiebekostiging. De fractie vraagt of het niet juist een stap in de goede richting zou zijn om de relatie tussen inkomen van zorgaanbieders en productie door zorgaanbieders te verbreken.

Ik ben het met de PvdA-fractie eens dat het beheersen van de macro-uitgaven in de zorg de afgelopen jaren een grote uitdaging is gebleken, dat geldt zeker ook voor de cggz. Dat blijft ook zo in de toekomst. De PvdA-fractie merkt op dat in de sectoren waar zich in de afgelopen jaren grote overschrijdingen hebben voorgedaan juist ook stappen naar prestatiebekostiging zijn gezet. Ik vul hier echter op aan dat zowel de medisch-specialistische zorg als de curatieve ggz de afgelopen jaren nog voor het overgrote deel zijn bekostigd op basis van een budgetsystematiek (in de medisch specialistische zorg voor 66%, de zogenaamde «oude instellingen» in de curatieve ggz voor 100%). De kern van het probleem van de macrobudgettaire beheersbaarheid in de zorg van de afgelopen jaren is daarom niet het ene of het andere bekostigings-

systeem, maar juist dat er zowel qua sturing als bekostiging sprake is van een hybride situatie. Dit was ook de conclusie van de ambtelijke commissie heroverwegingen die uitgebreid naar dit probleem heeft gekeken.¹

Beide sectoren (de medisch-specialistische zorg en de curatieve geestelijke gezondheidszorg) bevinden zich de afgelopen jaren ergens halverwege tussen een aanbodgeruleerd en vraaggestuurd systeem, waardoor als het ware het slechtste van twee werelden werd gecombineerd. Aan die situatie maak ik langs de lijnen zoals geschetst in de voorhangbrief een einde, waardoor er een budgettair beheersbaar systeem ontstaat met prikkels voor doelmatige, effectieve en patiëntgerichte zorg en de mogelijkheid om als ultimum remedium kortingsmaatregelen te nemen bij zorgaanbieders.

De PvdA-fractie vraagt mij of het nu niet juist een stap in de goede richting zou zijn om de relatie tussen inkomen van zorgaanbieders en de productie van zorgaanbieders te verbreken. Dit zou naar mijn mening een onverstandige stap zijn. De wenselijkheid van een bekostigingssysteem dat aanbieders prikkelt om effectieve en efficiënte zorg te leveren werd door de ambtelijke commissie heroverwegingen gezien als een no regret stap. Een bekostigingssysteem dat stimuleert tot het leveren van effectieve en doelmatige zorg is noodzakelijk als we de zorg ook in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit willen houden. Het dbc-systeem voor de tweedelijns curatieve ggz is – in tegenstelling tot het huidige bekostigingsmodel op basis van awbz-parameters dat gebaseerd is op losse verrichtingen – een patiëntgebonden bekostigingssysteem. Dit maakt de bekostiging van instellingen afhankelijk van hoe wordt omgegaan met de wensen en noden van de patiënt. Er ontstaan ook meer prikkels en mogelijkheden voor zorgaanbieders om informatie over behandeling en behandeluitkomsten te registreren en uit te wisselen met verzekeraars en patiënten en hier afspraken over te maken. Dit komt zowel de kwaliteit als doelmatigheid van zorg ten goede.

De PvdA-fractie is het met mijn conclusie eens dat er in de ggz-sector een ongelijk speelveld bestaat voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Zij stelt echter dat de oplossing die ik voor dit probleem bied niet de juiste is. Zij vraagt hoe ik op deze manier een gelijk speelveld tot stand ga brengen.

Door invoering van prestatiebekostiging worden alle zorgaanbieders per 2013 op dezelfde wijze bekostigd (dbc's met bandbreedtetarieven) en kopen individuele zorgverzekeraars de zorg van hun verzekerden zelf in. Na de transitiefase van 1 jaar zal vanaf 2014 het representatiemodel ophouden te bestaan. Vanaf dan kopen individuele verzekeraars alle cggz voor hun eigen verzekerden in. Daardoor is er in de bekostiging niet langer een onderscheid tussen de gebudgetteerde instellingen en de overige zorgaanbieders.

Het afschaffen van het representatiemodel en de invoering van eenzelfde bekostiging voor alle aanbieders creëert ook voor de zorgverzekeraars een meer gelijk speelveld. Nu koopt de representerende zorgverzekeraar op regiobasis zorg in voor alle verzekerden die gebruik maken van door gebudgetteerde instellingen geleverde tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. De representerende zorgverzekeraars hebben daardoor een andere positie in de betreffende regio dan de andere verzekeraars van wie verzekerden in die regio tweedelijns geestelijke gezondheidszorg genieten. Die laatste groep heeft minder invloed op de prijs, kwaliteit en doelmaticheid van de ingekochte zorg dan de representerende zorgverzekeraar. Vanaf 2014 kopen de zorgverzekeraars alle tweedelijns geestelijke

¹ Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 32 359, nr. 1.

gezondheidszorg in voor hun eigen verzekerden, onafhankelijk van de regio of het type aanbieder.

De PvdA-fractie vraagt hoe de kosten in de curatieve zorg voorspeld gaan worden en hoe verzekeraars goed risicodragend kunnen worden wanneer de voorspelbare kosten nog niet helder zijn voor de curatieve ggz. De fractie vraagt ook of ik inzicht kan geven in het voorspellen van de kosten voor een patiënt in de curatieve ggz.

Uit onderzoek blijkt dat het gebruik maken van curatieve ggz, en dus de hoogte van de kosten per verzekerde, slechts beperkt voorspelbaar is. Begin 2011 is ook in het kader van de risicoverevening een (medisch) literatuuronderzoek verricht naar voorspellende factoren. Ook dit onderzoek bevestigde dat gebruik van geneeskundige ggz beperkt voorspelbaar is.

De beperkte voorspelbaarheid speelt een rol bij de ontwikkeling van het risicovereveningsmodel. Maar ook zorgverzekeraars worden met deze beperkte voorspelbaarheid geconfronteerd. Voor verzekeraars is het moeilijk de verwachte kosten voor individuele verzekerden te voorspellen. Eventuele selectie van verzekerden met een gunstig dan wel ongunstig risicoprofiel is dus lastig.

Jaarlijks ontvangen verzekeraars een bijdrage vanuit de risicoverevening die zo goed mogelijk aansluit bij de te verwachten kosten gelet op de verzekerdenportefeuille. Middels de risicoverevening worden verzekeraars financieel gecompenseerd voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel. De risicoverevening brengt daarmee verzekeraars in een gelijke uitgangspositie ongeacht de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie en neemt daarmee prikkels tot risicoselectie weg.

Het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige ggz verklaart de individuele kosten in de ggz beperkt, maar verklaart de kosten op verzekeraarsniveau goed. Ik zal de komende tijd inzetten op verdere ontwikkeling van het ex ante vereveningsmodel, om op die manier voorspelbare verliezen op individuele verzekerden tot een minimum te beperken. Op dit moment hebben verzekeraars weinig inzicht in de relatie tussen de zwaarte van de zorgvraag en de (kosten van de) behandeling. Ik ben daarom bezig met het maken van bestuurlijke afspraken met veldpartijen over het onderling uitwisselen van informatie over de zwaarte van de zorgvraag van cliënten. Daardoor zullen verzekeraars meer inzicht krijgen in de relatie tussen zorgzwaarte, behandeling en kosten.

De PvdA-fractie vraagt of de zorgverzekeraars voldoende inzicht hebben in de zwaarte van de individuele zorgvraag in relatie tot behandeling en kosten voor patiënten.

Het inzicht in de zwaarte van de individuele zorgvraag kan verder verbeterd worden, zodat verzekeraars meer mogelijkheden krijgen om te sturen op doelmatigheid en kwaliteit/ effectiviteit van zorg. Ik ben daarom bezig met het maken van bestuurlijke afspraken met veldpartijen over de uitwisseling van informatie over de zwaarte van de zorgvraag van de cliëntenpopulatie.

Informatie over de gemaakte kosten en de gevolgde behandelingen kan dan hieraan worden gekoppeld. Hier kan later ook informatie over de behandeluitkomsten (op basis van Routine Outcome Monitoring) aan worden toegevoegd. Met de sectorbrede overstap naar een patiënt- en diagnosegebonden bekostiging (op basis van ggz-dbc's) worden verzekeraars en zorgaanbieders gestimuleerd en gefaciliteerd hier verder

werk van te maken. Dit prikkelt immers om niet alleen het gesprek te voeren over de totale kosten, maar ook over de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die aan patiënten wordt geleverd.

Diverse factoren die relevant zijn voor het in kaart brengen van de zwaarte van de zorgvraag van een cliëntenpopulatie zijn overigens nu al inzichtelijk te maken op basis van de (voor)metingen die in het kader van Routine Outcome Monitoring (ROM) door zorgaanbieders worden uitgevoerd en die worden aangeleverd aan Stichting Benchmark GGZ (een trusted third party).¹ Op basis van deze gegevens kunnen verzekeraars en instellingen een redelijk beeld krijgen van de zwaarte van de zorgvraag van een cliëntenpopulatie in vergelijking met andere cggz-instellingen. GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland hebben de volgende afspraken gemaakt over het aanleveren van gegevens door GGZ-instellingen aan Stichting Benchmark GGZ:

- Eind 2012 vindt bij 60–65% van de DBC's een voormeting (bij start behandeling) plaats;
- Eind 2014 vindt bij 80% van de DBC's een voormeting plaats;
- Eind 2014 vindt bij 50% van de DBC's zowel een voor- als een nameting (na afronding behandeling) plaats.

De voormetingen bieden inzicht in de zwaarte van de zorgvraag. Met de nametingen wordt ook de outcome inzichtelijk.

De leden van de PvdA-fractie vragen dat als de zorg in de curatieve ggz meer gaat kosten dan van tevoren ingeschat was, hoe de verzekeraars deze kosten dan betalen en of hogere kosten dan worden doorberekend aan de verzekerden in de vorm van hogere zorgpremies.

Omdat zorgverzekeraars vanaf 2012 meer risico zijn gaan lopen op de curatieve ggz, hebben zij een sterke prikkel om zo doelmatig mogelijk in te kopen. Door het afschaffen van de macronacalculatie worden zorgverzekeraars namelijk niet meer gecompenseerd voor hogere macrokosten dan geraamd en worden besparingen niet meer afgeroomd.

Ook wil ik in het bestuurlijk akkoord tot afspraken komen om inzicht in de zwaarte van de zorgvraag voor verzekeraars te vergroten en verzekeraars zo meer sturingsinformatie te verschaffen. Partijen willen daaraan meewerken. Om binnen het budgettaire kader te blijven heb ik reeds in 2011 afspraken gemaakt met verzekeraars over scherpere zorginkoop voor 2012, bijvoorbeeld door het maken van maximumomzetafspraken met zorgaanbieders. Ik ben voornemens in het bestuurlijk akkoord ggz deze inkoopafspraken verder aan te scherpen en een afspraak te maken over het beschikbare uitgavenkader voor de ggz voor de komende jaren waarbinnen zorgverzekeraars geacht worden te contracteren.

Indien de uitgaven voor de curatieve ggz het beschikbare kader toch overschrijden, kan dit zich vertalen in een hogere premie voor de verzekerde, het is echter ook mogelijk dat een verzekeraar voor de ggz te maken heeft met een overschrijding maar bij een andere zorgsoort minder uitgaven heeft dan geraamd. Daarnaast kan de verzekeraar er ook voor kiezen om het verlies op te vangen binnen zijn reserves. In de laatste twee gevallen is een verhoging van de premie niet nodig.

De PvdA informeert naar mijn verwachting dat zorgverzekeraars ruim onder het huidige maximumtarief gaan zitten. Zij vraagt of ik hiermee de gang van zaken niet te rooskleurig voorstel.

Uiteraard kan ik niet met zekerheid voorspellen welke tarieven zorgverzekeraars zullen bieden, maar er is een aantal redenen waarom ik verwacht dat deze tarieven onder het maximumtarief zullen liggen.

¹ Zie het rapport van Zorgmarktadvies dat met de voorhangbrief is meegestuurd over zorgzwaarteproblematiek.

Vanaf 2010 lopen verzekeraars risico over de uitgaven voor curatieve ggz. In 2012 is de risicodragendheid toegenomen onder andere door het afschaffen van de macronacalculatie. Daarmee zijn de prikkels voor verzekeraars om doelmatig zorg in te kopen toegenomen. In combinatie met de betere beïnvloedingsmogelijkheden door de invoering van prestatiebekostiging heb ik verzekeraars meer handvatten gegeven voor doelmatige inkoop.

Daarnaast heb ik – om binnen het budgettaire kader te blijven – reeds in 2011 afspraken gemaakt met verzekeraars over scherpere zorginkoop voor 2012, bijvoorbeeld door het maken van maximumomzetafspraken met zorgaanbieders. De signalen die ik over de zorginkoop voor 2012 ontvang zijn in lijn met deze afspraken. Ik ben voornemens in het bestuurlijk akkoord ggz deze afspraken verder aan te scherpen en een afspraak te maken over het beschikbare uitgavenkader voor de ggz voor de komende jaren waarbinnen zorgverzekeraars geacht worden te contracteren.

Daarnaast kan gekeken worden naar de ervaringen in het deel van de sector dat al is overgegaan op prestatiebekostiging, te weten de vrijgevestigde zorgaanbieders en de zogenaamde «nieuwe instellingen». Daar geldt nu een maximumtarief (een bandbreedte van 0–100%). In de periode 2008–2011 is gebleken dat in dit deel van de ggz meestal tarieven worden afgesproken op 90–95% van het maximum. Met aanvullende kwaliteitscontracten kan het tarief worden verhoogd tot 95–100% van het maximum.

De PvdA-fractie vraagt verder hoe ik ga garanderen dat patiënten de juiste zorg voor de juiste prijs krijgen en dat de zorg vraaggestuurd is en wil in dit kader meer toelichting op de prikkelwerking van de prestatiebekostiging. Daarbij vragen deze leden in het bijzonder hoe de prestatiebekostiging zorgaanbieders ertoe prikkelt om meer samenhangende en doelmatige zorg te bieden, hoe voorkomen wordt dat de prikkels ten koste gaan van de kwaliteit en hoe de prikkels een positieve invloed hebben op de transparantie in de sector en de ontwikkeling van zorgpaden.

Door de bekostiging niet meer te baseren op losse verrichtingen (AWBZ-parameters) maar op de integrale behandeling op cliëntniveau, worden aanbieders gestimuleerd om transparant te maken wat de zorgvraag is, wat de behandeling is, wat deze kost en wat deze oplevert (wat de kwaliteit van de behandeling is). Hierdoor ontstaat voor zowel zorgaanbieders als verzekeraars steeds beter inzicht in welke zorg wel en welke zorg niet of minder goed werkt in relatie tot de kosten en gegeven de zorgvraag van de cliënt. Er ontstaat zo dus een «lerend systeem». Dit heeft een positief effect op de (kwaliteits)ontwikkeling van zorgpaden en de kwaliteit en doelmatigheid van zorg en helpt over- of onderbehandeling te voorkomen. Het initiatief om ROM-data uit te wisselen, en de afspraken die ik momenteel met verzekeraars en aanbieders maak over onderlinge informatie-uitwisseling over de zwaarte van de zorgvraag van cliënten dragen daartoe bij. Het bekend worden van mijn beleidsvoornemens om sectorbreed prestatiebekostiging in te voeren heeft er nu al toe geleid dat verzekeraars en aanbieders om de tafel zijn gegaan om te bekijken hoe de transparantie op het gebied van zwaarte van de zorgvraag en de behandeluitkomsten verbeterd kan worden. Door bandbreedtetarieven te introduceren krijgen verzekeraars en aanbieders de ruimte die zij nodig hebben om afspraken te maken over een passende vergoeding.

De leden van de PvdA-fractie vragen of ik mij bewust ben van twee signalen van ZN, respectievelijk de NVvP. ZN heeft aangegeven het tempo waarin ik de prestatiebekostiging in de ggz wil invoeren «ambitieuw» te vinden, terwijl de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) op enig

moment de angst heeft uitgesproken voor een «harde landing». De PvdA-fractie vraagt of ik deze signalen serieus neem en hoe ik deze een plek heb gegeven in mijn plannen.

De afgelopen maanden heeft er veelvuldig en zeer intensief contact plaatsgevonden tussen mijn ministerie en de verschillende veldpartijen. Daarbij is ook de invoering van prestatiebekostiging aan de orde gekomen. Hieruit is gebleken dat er in het veld brede steun is voor mijn beleidsvoornemen. De sectorbrede overstap naar prestatiebekostiging wordt door de betrokken veldpartijen, waaronder ook ZN en de NVvP, gezien als een positieve ontwikkeling. GGZ Nederland heeft aangegeven blij te zijn met deze stap. De sector bevindt zich de facto al sinds 2008 in een overgangsfase van de oude awbz-bekostiging naar dbc-bekostiging en is er sterk aan toe de stap per 2013 definitief te zetten.

Wel is het zo dat verzekeraars hebben aangegeven meer informatie nodig te hebben van aanbieders over de zwaarte van de zorgvraag van cliënten in relatie tot de geleverde zorg en bijbehorende kosten. Zij hebben dit nodig om binnen een systeem van prestatiebekostiging niet alleen op de (totaal)kosten van de cggz te kunnen sturen, maar ook steeds meer op de kwaliteit en doelmatigheid van geleverde cggz. De overstap naar prestatiebekostiging vergroot de prikkels en mogelijkheden voor verzekeraars om hier werk van te maken. In lijn hiermee ben ik momenteel bezig met het maken van bestuurlijke afspraken met veldpartijen over het gezamenlijk benoemen van relevante objectieve indicatoren voor de zorgvraag van de cliënten en over hoe de registratie daarvan kan plaatsvinden, evenals de uitwisseling van informatie hierover tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Op die manier kan informatie over de gemaakte kosten en de gevolgde behandeling gekoppeld worden aan informatie over de zwaarte van de zorgvraag van cliënten en kan steeds beter gestuurd worden op kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

De NVvP heeft in de consultatie die de NZa heeft georganiseerd voor haar implementatieplan, gewaarschuwd voor het gevaar van een «harde landing» en gepleit voor de invoering van een transitieplan (voor gebudgetteerde instellingen) dat de financiële gevolgen van de overgang naar dbc-bekostiging tijdelijk dempt. In mijn voorstel is sprake van een transitieplan. Overigens heeft GGZ Nederland in haar reactie gewezen op het feit dat gebudgetteerde instellingen in de cggz al vier jaar met een dubbele systematiek werken (awbz-parameters en dbc's naast elkaar), waardoor nagenoeg alle gebudgetteerde instellingen zich afdoende hebben kunnen voorbereiden op de nieuwe systematiek. GGZ Nederland heeft daarbij ook aangegeven een groot voorstander te zijn van bandbreedtetarieven. GGZ Nederland heeft aangegeven dat als er tijdens de transitiefase (en bij voorkeur ook daarna) gebruik kan worden gemaakt van bandbreedtetarieven, dit instrument voldoende mogelijkheden biedt om een goede transitiefase mogelijk te maken.

Zoals ik in mijn voorhangbrief prestatiebekostiging tweedelijns cggz heb aangegeven zullen er in de tweedelijns cggz per 2013 bandbreedtetarieven worden ingevoerd. Ik zie dit als een structurele verruiming van de vrijheid van veldpartijen om binnen aan bepaalde bandbreedte zelf prijzen af te spreken en niet als een tijdelijke transitiemaatregel. Daarmee geef ik dus ook gehoor aan de wens van het veld. Ondanks het signaal van GGZ Nederland dat hiermee geen generieke transitiemaatregelen meer nodig zijn, kies ik er toch voor om de sectorbrede overstap naar dbc-bekostiging via een eenjarig transitieplan te laten plaatsvinden. Een van mijn overwegingen hierbij is dat 2012 – vanwege de genomen maatregelen – een zwaar jaar is voor de sector. Hierdoor worden de buffers van instellingen mogelijk aangesproken en wordt de kans groter dat er

instellingen zijn die de systeemrisico's die samenhangen met de overstap op dbc-bekostiging, niet op eigen kracht kunnen opvangen. Daarom acht ik extra voorzichtigheid geboden. Daarnaast is de sector nog in ontwikkeling. Dit jaar en volgend jaar worden nog vervolgstappen gezet die de prikkels en transparantie van het systeem verder zullen verbeteren. Denk aan de verbetering van inzicht in behandeluitkomsten (ROM) en de zwaarte van de zorgvraag en aan de ontwikkeling van zorgpaden.

De leden van de PvdA-fractie zijn kritisch over de oproep tot het vergaren van meer sturingsinformatie, gezien de administratieve druk die hieruit kan voortvloeien. De lastenverzwaring kan eventueel ten koste gaan van de kwaliteit van zorg, vrezen deze leden.

In de huidige situatie hebben instellingen hoge lasten door de zogenaamde «dubbele administratie». Afschaffing daarvan geeft sowieso een lastenverlichting. Voor het adequaat kunnen sturen op de kosten, kwaliteit en doelmatigheid van zorg is de beschikbaarheid van sturingsinformatie onontbeerlijk. Dit wordt door brancheorganisaties breed onderschreven. Om de lasten van de registratie en uitwisseling van sturingsinformatie zo laag mogelijk te laten zijn is het in de eerste plaats wenselijk de uit te wisselen sturingsinformatie zo veel mogelijk te uniformeren en de registratie en uitwisseling zo veel mogelijk te laten plaatsvinden volgens gestandaardiseerde werkwijzen. Partijen kunnen hier zelf op landelijk niveau afspraken over maken. Daarnaast is het belangrijk dat zo veel mogelijk wordt aangesloten bij informatie die ook door zorgaanbieders wordt geregistreerd en gebruikt in hun primaire zorgproces. De registraties die – op basis van een bestuurlijk akkoord tussen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland – plaatsvinden in het kader van ROM (Routine Outcome Monitoring) voldoen aan deze eis.

De vrees van de PvdA-fractie dat registraties die plaatsvinden voor het verzamelen van sturingsinformatie ten koste zullen gaan van de kwaliteit van zorg, deel ik niet. Een adequate registratie van de (zwaarte van) de zorgvraag van de cliënt, de gevolgde behandeling en de effecten daarvan vergroten ook voor zorgaanbieders het inzicht in welke zorg effectief is en welke minder effectief en draagt wat dat betreft dus bij aan een betere kwaliteit van zorg. Ook voor de ggz-cliënten is dit waardevolle informatie.

De PvdA-fractie wil ook weten wat ik bedoel wanneer ik stel dat de productstructuur voldoende stabiel wordt geacht door de NZa.

Het voornaamste criterium voor het bepalen van de stabiliteit van de productstructuur is of deze marktpartijen in staat stelt de zorg adequaat te bekostigen. De NZa concludeert nu in haar implementatieplan dat dit het geval is. Ook veldpartijen beamen dat de productstructuur voldoende stabiel is, en dat grootschalige aanpassingen niet voor de hand liggen.

De laatste jaren heeft een flinke verbetering plaatsgevonden in de dbc-systematiek voor de ggz. In de zomer van 2011 heeft de NZa de tarieven herijkt. Daarnaast is een nieuwe productstructuur voor verblijf geïntroduceerd, waarbij de prijs is gerelateerd aan de inzet van verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel.

Overigens beoordeelt de NZa iedere nieuwe versie van de productstructuur die DBC Onderhoud aan de NZa aanbiedt aan de hand van het «Toetsingskader Beoordeling productstructuur DBC-systematiek». De NZa toetst daarin onder andere de totstandkoming van de kostprijzen, de zorgvuldigheid van de besluitvorming over de voorgestelde wijzigingen, en de financiële impact van (wijzigingen van) de productstructuur. Pas na een positieve beoordeling stelt de NZa een nieuwe versie van de

productstructuur vast. Ook wanneer de productstructuur in de toekomst verbeterd wordt, blijven zo de hanteerbaarheid en stabiliteit van de productstructuur gegarandeerd.

De leden van de PvdA-fractie menen dat een aantal instellingen niet binnen het door mij voorgestelde systeem van prestatiebekostiging zal vallen. Deze leden vragen hoe deze instellingen dan wel gefinancierd zullen worden en of ik uitzonderingsposities wil creëren voor deze instellingen.

Zoals ook al aangegeven in reactie op een vraag van de VVD-fractie, verwacht de NZa dat er – na de invoering van prestatiebekostiging – een beperkt aantal instellingen zal zijn (circa vijf) die, ondanks het vergroten van de tariefvrijheid door het invoeren van bandbreedtetarieven, hun begroting mogelijk niet sluitend kunnen krijgen. Het gaat hier om instellingen met een sterk specialistisch aanbod en met patiënten met een zware zorgvraag. Deze instellingen zullen gewoon onder het systeem van prestatiebekostiging blijven vallen. De NZa adviseert voor deze problematiek om geen aparte regeling te treffen, maar zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierover eerst zelf onderhandelingen te laten voeren. Pas als is komen vast te staan dat die onderhandelingen niet tot een aanvaardbare oplossing hebben geleid, kan de NZa gevraagd worden gebruik te maken van haar zogenaamde inherente afwijkingsbevoegdheid op grond van Art. 4.84 ABW. Er moet dan sprake zijn van bijzondere omstandigheden en onevenredige gevolgen bij onverkorte toepassing van het NZa-beleid.

Overigens is op deze instellingen ook het generieke transitie-model van toepassing. Dit model zal een matigende werking hebben op de transitieproblematiek waar deze instellingen mogelijk mee te maken krijgen. De kans dat instellingen echt een beroep zullen moeten doen op de zogenaamde inherente afwijkingsbevoegdheid van de NZa is daardoor sterk verminderd.

De PvdA-fractie wil weten of er voor alle doelgroepen in de curatieve GGZ een passende dbc is, met bijpassend budget voor de cliënten en of er rekening wordt gehouden met de meervoudige problematiek van vele cliënten in deze sector. Ook vraagt de fractie in relatie tot de invoering van bandbreedtetarieven of dit leidt tot een dekkende vergoeding voor zorgaanbieders, en hoe ik ga garanderen dat zorgaanbieders de juiste zorg aan alle patiënten in de doelgroep kunnen leveren.

De dbc-systematiek voor de ggz is niet gebaseerd op doelgroepen of budgetten. De zorgvraag van de cliënt en de daarbij geleverde behandeling (uitgedrukt in tijd) is bepalend voor welke dbc er wordt geleverd, en welke prijs daarbij hoort. Omdat niet alleen de diagnose, maar ook het totaal van de in het kader van de behandeling bestede tijd bepalend is voor welke dbc er gedeclareerd kan worden, kan er ook voor patiënten met een meervoudige problematiek of een complexe zorgvraag een passende dbc worden gedeclareerd. De NZa concludeert dat de huidige dbc-systematiek over het algemeen goed aansluit bij de zorg voor patiënten met een relatief zware zorgvraag.

Door de bandbreedtetarieven ontstaat ook de mogelijkheid om aanbieders waarvan de patiënten een bovengemiddeld zware zorgbehoefte hebben, een hoger tarief te bieden. Uiteraard staat daar tegenover dat de zorgaanbieder inzichtelijk zal moeten maken aan de zorgverzekeraar waarom dit noodzakelijk is. Dit geeft zorgaanbieders een impuls om nog transparanter te zijn over de geleverde zorg en is een stimulans voor het

initiatief van GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland om via de Stichting Benchmark GGZ ROM-data uit te wisselen.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ik ga voorkomen dat er voor één cliënt meerdere dbc's door verschillende zorgaanbieders aangevraagd worden.

Het uitgangspunt van de dbc systematiek is dat er voor de behandeling van een patiënt in het kader van één primaire diagnose ook één dbc wordt gedeclareerd. Dit is vastgelegd in de «Spelregels DBC-registratie GGZ» van DBC Onderhoud. Indien er sprake is van gelijktijdige behandeling van meerdere stoornissen of diagnoses, met elk een substantieel eigenstandige behandeling, is het wel toegestaan om gelijktijdig meer dan één dbc te openen. Er mogen in dat geval maximaal drie dbc's per patiënt geopend worden. Overigens is het wenselijk dat als verschillende ggz-instellingen gelijktijdig één patiënt behandelen, zij deze behandeling onderling coördineren. In de tweedelijns curatieve ggz is het toegestaan dat een zorgaanbieder een deel van de behandeling uitbesteedt aan een andere zorgaanbieder. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft hiervoor beleid vastgesteld in de beleidsregel «tarifiering onderlinge dienstverlening GGZ Zvw» (CU 5028). Indien sprake is van onderlinge dienstverlening, vraagt de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor het behandeltraject een andere zorgaanbieder (de «dienstverlener») om een prestatie (een «dienst») te leveren, als onderdeel van het behandeltraject. De zorgaanbieder die de prestatie levert brengt de kosten van die prestatie in rekening bij de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor het behandeltraject. Laatstgenoemde zorgaanbieder declareert één dbc. De zorgverzekeraar van een verzekerde heeft inzicht in hoeveel dbc's er voor een bepaalde patiënt door welke zorgaanbieder worden gedeclareerd. Indien hij daarin onregelmatigheden constateert kan hij daar de betreffende zorgaanbieder(s) op aanspreken.

De PvdA vraagt mij wat er naar mijn mening op langere termijn aan het dbc-systeem verbeterd zou moeten worden en hoe ik hieraan invulling ga geven. Ook wil zij weten op welke termijn ik deze verbeteringen wil doorvoeren.

In mijn brief benoem ik wat er mijns inziens moet verbeteren in de dbc-systematiek voor de ggz. De systematiek moet onder meer voorzien in een betere verankering van verschillen in zorgvraagzwaarte in het dbc-systeem. Verder moet minder dan nu de nadruk komen te liggen op tijdschrijven. Bovendien moet er een nog betere koppeling worden gemaakt tussen diagnose, zorgvraag en behandeling, met een normatieve component, als eerste stap in de richting van outcomebesteding. Ik verwacht dat hierbij kan worden aangesloten bij de kennis die ontwikkeld wordt over zorgpaden in de gespecialiseerde tweedelijnszorg. Prestatiebesteding en het declareren op basis van dbc's zijn een noodzakelijke tussenstap op weg naar het betalen voor de uitkomsten van zorg.

Zoals u zult begrijpen kan ik deze toekomstvisie niet alleen verwezenlijken. Daarbij heb ik de onderhoudspartijen DBC Onderhoud en NZa nodig, maar vooral ook de veldpartijen. De dbc ggz systematiek wordt gezamenlijk door veld en overheid ontwikkeld. Ik heb het punt van de doorontwikkeling van de bekostigingssystematiek van de tweedelijns ggz dan ook geagendeerd in de overleggen met het veld voor de brede beleidsagenda ggz. Ik kan niet vooruitlopen op de uitkomsten van die overleggen en kan daarom ook nog geen uitspraken doen over termijnen. In ieder geval zal na de zomer door veldpartijen, DBC Onderhoud, NZa, CVZ en VWS de doorontwikkelagenda voor de productstructuur van 2014 (en mogelijk verder) worden vastgesteld.

De leden van de PvdA-fractie denken dat het invoeren van een macrobeheersinstrument (mbi) aanzet tot overproductie, omdat de grootste overschrijders vervolgens niet evenredig gekort worden. Genoemde leden vinden dan ook dat er een verkeerde prikkel uitgaat van dit instrument. De leden van de PvdA-fractie wijzen ook op het tegengestelde risico, namelijk dat het (te snel) invoeren van een MBI leidt tot «kaalslag of oplopende wachtlijsten» (verwijzend naar een reactie van GGZ Nederland). Zij vragen hoe reëel ik dit acht en hoe zal worden voorkomen dat gevolgen uiteindelijk neerkomen bij cliënten in de vorm van wachtlijsten, minder zorg of hogere premies/eigen betalingen.

In het geval van onverhoopte overschrijdingen moeten er maatregelen worden genomen. Doen we dat niet dan draait de verzekerde op voor de extra kosten door een hogere premie. Het is echter mijn uitgangspunt dat overschrijdingen in de ggz zo veel mogelijk moeten worden voorkómen. Het maken van bestuurlijke afspraken met de sector en het versterken van de prikkels voor verzekeraars zijn twee sporen waarlangs ik deze «beheersing van macro-uitgaven vooraf» wil bereiken, zoals al eerder toegelicht. Op die manier wil ik voorkomen dat er achteraf maatregelen moeten worden genomen.

Als zich echter onverhoopt toch overschrijdingen voordoen moet er – zeker in de transitieperiode naar een voldragen systeem – instrumentarium beschikbaar zijn waarmee deze kunnen worden geredresseerd. In de ggz-sector bestaat – net als in de ziekenhuissector – een sterke voorkeur dat zorgaanbieders die zich goed gedragen worden ontzien bij het nemen van kortingsmaatregelen achteraf. Bij discussies in de Tweede Kamer over het zogenaamde «macrobeheersinstrument» (mbi) is gebleken dat deze wens ook bij de Tweede Kamer aanwezig is. Ik heb dan ook – in overleg met veldpartijen – een onafhankelijke commissie ingesteld om mij te adviseren over een vormgeving van het mbi waarin rekening wordt gehouden met dit uitgangspunt. Ik heb u hierover per brief van 4 april jl. geïnformeerd (CZ-3108411). Ik heb de commissie gevraagd daarbij zowel te kijken naar de toepasbaarheid in de medisch-specialistische zorg als in de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Een mbi dat is vormgegeven volgens de genoemde uitgangspunten (een zogenaamd «gedifferentieerd» mbi) bevat geen prikkels tot overproductie, immers aanbieders die zich «goed gedragen» worden dan ontzien. Alleen als het niet lukt een effectieve, uitvoerbare en juridisch houdbare variant van het «gedifferentieerde» mbi uit te werken wordt teruggevallen op «generieke» kortingsmaatregelen. Bij generieke kortingsmaatregelen worden alle zorgaanbieders naar rato van hun marktaandeel gekort. Dat betekent dat het kortingspercentage voor iedereen hetzelfde is (of men zich nu «goed» of «slecht» heeft gedragen). Omdat er in de curatieve ggz gereguleerde tarieven blijven bestaan, blijft – naast de mogelijkheid van de inzet van een generiek mbi – ook de mogelijkheid bestaan tot het nemen van een generieke tariefkorting (een korting op het dbc-tarief).

Wat betreft het genoemde risico op «kaalslag»: tariefkortingen mogen van de rechter niet dusdanig hoog zijn dat de kwaliteit van zorg niet langer is gegarandeerd. Het moet mogelijk blijven met (het samenstel van) de tarieven adequate zorg te leveren.

Het risico op wachtlijsten acht ik beperkt. Verzekeraars hebben een zorgplicht, dit betekent dat indien er onvoldoende zorg is gecontracteerd, de verzekerde recht heeft op bemiddeling naar een niet-gecontracteerde aanbieder.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de minister niet expliciet kiest voor een systeem waarin in de loop van het jaar de productieafspraken worden vastgelegd zodat al gedurende dat jaar beoordeeld kan worden of de gezamenlijke productieafspraken binnen het voor dat jaar vastgestelde budgettaire kader blijven. Zij geven aan dat dit het grootste terugkerende probleem in de Nederlandse zorgsector voor een belangrijk gedeelte zou oplossen, namelijk dat pas (te) laat de overschrijdingen bekend zijn.

Ik ben voorstander van een dergelijk systeem en heb voor het jaar 2012 een dergelijk systeem ook al ingevoerd. Voor de jaren 2013 en verder ben ik met verzekeraars en aanbieders in overleg om dit verder te verfijnen. Voor 2012 heb ik met verzekeraars afgesproken dat zij de ruimte die er is binnen het macrokader voor de curatieve ggz leidend laten zijn voor hun zorginkoop (rekening houdend met het feit dat een deel van de zorg door niet-gecontracteerde aanbieders wordt geleverd). Afgesproken is dat verzekeraars met ggz-instellingen – en voor zover mogelijk ook met vrijgevestigden – niet alleen afspraken maken over de prijs (de «p»), maar ook over de «q» en zodoende omzetmaxima afspreken. Deze afspraken passen in de context rondom de scherpere inkoopmaatregel, zoals aangekondigd in mijn brief d.d. 10 juni 2011.¹

Met verzekeraars heb ik in dit kader monitoringsafspraken gemaakt met als doel in een vroeg stadium een beeld te krijgen van de verwachte uitgaven aan de cggz over het lopende jaar. Het is de bedoeling dat de verzekeraars uiterlijk 14 april 2012 aan de NZa een opgave hebben verstrekt van de te verwachten gecontracteerde zorg. Daarnaast geven verzekeraars een inschatting van het totaal van de *niet-gecontracteerde* zorg die naar verwachting in 2012 gedeclareerd zal worden. Ook geven verzekeraars aan waar deze inschatting op gebaseerd is. Gelet op mijn verantwoordelijkheid voor handhaving van het macrobudgettaire kader acht ik het van belang zo snel mogelijk zicht te hebben op de verwachte uitgaven aan cggz over 2012. Ik heb ervoor gekozen de monitoring via de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te laten plaatsvinden, aangezien de NZa onder meer tot taak heeft de zorgmarkt te monitoren met het oog op de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Ik heb de NZa daartoe reeds een aanwijzing gegeven (Stcrt. 2012 nr. 6186). De NZa zal mij over de uitkomsten informeren (op geaggregeerd niveau). Mocht de contractering van verzekeraars niet in lijn zijn met de vooraf afgesproken uitgangspunten, dan zullen verzekeraars daar door VWS op worden aangesproken.

De PvdA-fractie vraagt hoe ik er zorg voor ga dragen dat de invoering van de prestatiebekostiging verantwoord en behoedzaam gebeurt en dat abrupte veranderingen in opbrengsten voorkomen worden, terwijl er tegelijk gekort wordt op het budget van de ggz in 2012.

Door het eenjarige transitie-model voorkom ik dat instellingen met een abrupte daling of stijging van hun inkomsten geconfronteerd worden. Door dit model worden eventuele verschillen tussen de afspraken op basis van Awbz-parameters en de afspraken op basis van dbc's gedempt. Dit zorgt ervoor dat de invoering van de prestatiebekostiging verantwoord en behoedzaam gebeurt en dat abrupte veranderingen in opbrengsten worden voorkomen die puur samenhangen met de verandering van de bekostigingssystematiek.

Het feit dat 2012 een moeilijk jaar wordt voor de instellingen is voor mij een belangrijke overweging om per 2013 een transitie-model voor gebudgetteerde instellingen in te voeren. Door de maatregelen over 2012 worden de buffers van instellingen mogelijk aangesproken en wordt de

¹ Brief aan Tweede Kamer d.d. 10 juni 2011 met kenmerk CZ/FBI-3066636.

kans dat er instellingen zijn die de systeemrisico's per 2013 niet op eigen kracht kunnen opvangen groter. Mede daarom vind ik een transitie-model dat instellingen helpt om de systeemrisico's te beheersen, wenselijk. Overigens dient het transitie-model er niet voor om de effecten van de maatregelen over 2012 te verzachten, maar alleen om voor de termijn van een jaar de verschillen te dempen tussen wat gebudgetteerde instellingen onder het oude systeem zouden hebben gekregen voor de geleverde zorg en wat zij hier onder het nieuwe systeem voor krijgen.

De PvdA-fractie wil weten waarop ik mijn keuze voor een transitie-model voor één jaar baseer.

Mijns inziens is een transitie-model met een looptijd van een jaar voldoende. Ik verwacht geen grote problemen bij invoering van prestatie-bekostiging. Daarbij speelt een rol dat de sector al sinds 2008 declareert op basis van dbc's. Zorgaanbieders hebben zich dus al vier jaar kunnen voorbereiden op de overgang naar prestatiebekostiging. GGZ Nederland vindt een generiek transitie-model dan ook niet nodig. Vanwege het belang van een verantwoorde en behoedzame invoering kies ik er desalniettemin voor om door middel van het transitie-model abrupte veranderingen in opbrengsten als gevolg van invoering van prestatiebekostiging te voorkomen. Een transitie-model langer dan een jaar zou als nadeel hebben dat de overgang naar een gelijk speelveld met optimale ruimte voor dynamiek, waarin het leveren van goede patiëntvriendelijke zorg loont, wordt vertraagd.

De PvdA vraagt daarnaast wat de gevolgen zijn voor de aangeboden zorg aan patiënten (vooral aan die patiënten met een zwaardere zorgvraag) van het feit dat ook in het transitie-model al over de prijs van de dbc's onderhandeld kan worden. De fractie wil graag weten hoe ik garandeer dat de patiënten nog de zorg krijgen die zij nodig hebben.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben in de afgelopen jaren in toenemende mate de inkooponderhandelingen mede op basis van dbc's gevoerd. Onderhandelen over de dbc-prijs was echter nog niet mogelijk, omdat de gebudgetteerde instellingen moesten werken met vaste tarieven. Daar breng ik nu verandering in door de invoering van bandbreedtetarieven. Door dit al gedurende de looptijd van het transitie-model te doen, bied ik aanbieders en verzekeraars een jaar de tijd om hieraan te «wennen». In 2013 wordt namelijk een deel van het eventuele verschil tussen de productieafspraken in termen van Awbz-parameters en in termen van dbc's gedempt. Dus wanneer onervarenheid in de prijsonderhandelingen of het nog niet kunnen bieden van voldoende transparantie over de geleverde zorg een nadelige uitkomst zou opleveren voor instellingen, wordt dit opgevangen door het transitie-model. Omdat in het transitie-model niet het hele verschil wordt uitgekeerd of in rekening gebracht, maar 70% daarvan, is er tegelijkertijd wel voldoende stimulans om serieus de onderhandelingen over de dbc-prijzen aan te gaan. Kortom, juist door de geleidelijke overgang die ik met de combinatie van transitie-model en bandbreedtetarieven realiseer, ontstaan er voldoende waarborgen dat patiënten niet benadeeld worden als zorgaanbieders niet de juiste prijs zijn overeengekomen voor de te leveren zorg, bijvoorbeeld vanwege onervarenheid in de prijsonderhandelingen of vanwege het nog niet kunnen bieden van voldoende transparantie over de geleverde zorg.

De PvdA-fractie vraagt mij hoe zorgaanbieders van tevoren inzicht kunnen verwerven in de mogelijke verschillen tussen de berekening op basis van awbz-parameters, respectievelijk dbc's.

Ten eerste declareren zorgaanbieders in de huidige situatie op basis van dbc's, terwijl ze op basis van Awbz-parameters bekostigd worden. Om dit mogelijk te maken moeten zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraars al sinds 2008 het verschil tussen de productieafspraken op basis van Awbz-parameters en de productieafspraken op basis van dbc's inzichtelijk maken voor de NZa door middel van een zogenaamd DBC-Verantwoordingsdocument en een nacalculatieformulier. Dezelfde partijen zitten ook in 2013 met elkaar aan de onderhandelingstafel en beschikken dus over veel kennis over de ontwikkeling van het verschil in de afgelopen jaren. Zorgaanbieders kunnen daardoor zelfs al voordat de onderhandelingen starten een redelijke inschatting maken van de mogelijke verschillen. Na afronding van de onderhandeling (ultimo 2012) melden zorgaanbieder en zorgverzekeraar gemaakte productieafspraken in termen van awbz-parameters en in termen van dbc's aan de NZa, die op basis van deze gegevens het transitiebedrag bepaalt. Omdat de formule waarmee de NZa dit bedrag berekent bekend is, en omdat het bedrag in de loop van het jaar niet meer kan wijzigen, weet de zorgaanbieder al voor aanvang van het jaar waarover de productieafspraken zijn gemaakt wat het transitiebedrag wordt, en dus welk bedrag er wordt ingehouden of uitgekeerd.

De PvdA-fractie vraagt hoe zorginstellingen voor financiering gaan zorgen als zij een transitiebedrag in rekening gebracht krijgen en hoe ik ervoor ga zorgen dat dit niet ten koste gaat van te leveren zorg aan patiënten.

In de afgelopen jaren zijn de betreffende instellingen bekostigd op basis van Awbz-parameters. In die gevallen waarin zorginstellingen een transitiebedrag in rekening gebracht krijgen, leiden de contractafspraken op basis van dbc's dus tot een hoger bedrag dan de contractafspraken op basis van Awbz-parameters. Dat wil zeggen dat, indien er geen verschuivingen plaatsvinden in de hoeveelheid afgesproken productie, deze instellingen er netto op vooruitgaan ten opzichte van het voorafgaande jaar. Zij mogen namelijk dertig procent van de meeropbrengst van de dbc-productie behouden. Ten opzichte van het voorgaande jaar zal de instelling voor dezelfde geleverde productie dus meer geld ontvangen. Omdat de zorginstelling al voor aanvang van het betreffende jaar weet welk bedrag in rekening zal worden gebracht, kan hij hier rekening mee houden in zijn planning. Hij weet welk aandeel van de ontvangen vergoeding voor de gedeclareerde dbc's achteraf zal moeten worden terugbetaald. Het is dus bij verstandig financieel beleid van de zorgaanbieder geenszins nodig dat dit ten koste gaat van de geleverde zorg aan patiënten.

De leden van de PvdA-fractie vragen mij ook wat ik zal aanvangen met alle instellingen die er niet in slagen om de omslag te maken naar een systeem van prestatiebekostiging.

Ik verwacht dat uiteindelijk alle instellingen de omslag naar prestatiebekostiging adequaat kunnen maken. De NZa ziet bij een beperkt aantal (circa vijf) instellingen potentiële problemen in het startjaar 2013. Of die problemen zich ook echt gaan voordoen, staat echter nog niet vast. De NZa heeft geadviseerd voor deze instellingen geen aparte regeling in het leven te roepen. De NZa zal tijdens het transitiejaar monitoren wat hier gebeurt en indien nodig specifieke maatwerkoplossingen treffen op grond van haar zogenaamde inherente afwijkingsbevoegdheid op grond van Art. 4.84 ABW. Dan moet ook nader worden bezien wat de specifieke achtergrond is van eventuele problemen die zich in het transitiejaar voordoen. Overigens is op deze instellingen ook het generieke transitie-

model van toepassing. Dit model zal een matigende werking hebben op de transitieproblematiek waar deze instellingen mogelijk mee te maken krijgen.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de crisiszorg exact gaat worden bekostigd en hoe de vergoeding van de overige producten wordt ingepast binnen het systeem van prestatiebekostiging.

Tot nu toe wordt de beschikbaarheid van crisiszorg variabel bekostigd met aparte budgetparameters. Er is sprake van een vergoeding per crisiscontact, elk crisiscontact leidt dus tot extra vergoeding. De hoogte van de vergoeding verschilt bij crisiscontacten binnen of buiten kantooruren. De vergoeding voor de Avond, Nacht en Weekend (ANW)-uren is een factor 4 hoger dan die binnen kantooruren.

Met de invoering van prestatiebekostiging per 2013 worden de kosten die verband houden met behandeling van een patiënt in crisis vergoed via dbc's. Dat betekent dat er een aparte module voor crisiszorg wordt ingericht, die enkel geleverd mag worden door zorgaanbieders met een 24 uren crisisdienst die een regionale functie hebben. Dit sluit aan bij de Wet toezicht zorginstellingen (Wtzi). De dbc's voorzien echter niet in dekking van de beschikbaarheidskosten van crisiszorg. Vandaar dat hiervoor een variabele vergoeding wordt ingericht op basis van een zogenaamd «overig product» (ovp), die als aparte deelprestatie aan de crisis-dbc kan worden gekoppeld. Deze vergoeding moet macrobudgettair neutraal worden vormgegeven. In mijn voorhangbrief staat vermeld dat alleen de meerkosten van beschikbaarheid in de avond-, nacht-, en weekenduren (ANW-uren) op deze manier zullen worden bekostigd. Bij de nadere uitwerking hiervan door DBC Onderhoud is gebleken dat het ook meerwaarde kan hebben beschikbaarheidskosten binnen kantooruren niet via dbc's maar op basis van een ovp te vergoeden. Over deze optie ben ik in overleg met NZa en DBC Onderhoud. Daarbij blijft de randvoorwaarde van macrobudgettaire neutraliteit onverlet van kracht.

De leden van de PvdA-fractie vragen mij om de door mij voorgestelde alternatieve financiering voor de huidige individuele budgetcomponenten nader uit te werken.

Voor diverse activiteiten die nu via individuele budgetcomponenten worden bekostigd zal van overheidswege geen aparte financiering worden geregeld, omdat deze gewoon via dbc's bekostigd kunnen worden. Net als in de medisch-specialistische zorg zijn er echter ook in de curatieve ggz activiteiten die in 2013 niet of niet geheel via dbc's kunnen worden bekostigd. Het gaat hierbij om (een deel van) de activiteiten die nu worden bekostigd via de individuele componenten «bestendig beleid», «bijzonderheid organisatie», «oorlogsslachtoffers» en «vluchtelingen/asielzoekers». Deze zullen per 2013 via een zogenaamde «beschikbaarheidsbijdrage» worden bekostigd. Hier is een parallel te trekken met de medisch-specialistische zorg waarbij vanaf 2012 sommige vormen van zorg, zoals sommige spoedeisende hulp en gespecialiseerde brandwondenzorg, (deels) via een beschikbaarheidsbijdrage bekostigd.

Met ingang van 2012 is daartoe met de Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG (AIBWMG; Stb. 2012, 596) in de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) het instrument beschikbaarheidsbijdrage geïntroduceerd (artikel 56a). Deze bijdrage maakt bekostiging van zorgaanbieders mogelijk voor activiteiten en voorzieningen ten behoeve van de beschikbaarheid van vormen van zorg:

- a. waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar of in rekening te brengen zijn aan individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden, of
- b. waarbij een toerekening van de kosten naar tarieven marktverstoring zou werken, en
- c. die niet op andere wijze worden bekostigd.

Zo kunnen via een beschikbaarheidsbijdrage alsnog kosten worden vergoed die de zorgaanbieder noodzakelijkerwijs moet maken om kwalitatief goede en verantwoorde zorg te kunnen leveren en die niet in de tarieven voor de geleverde zorgprestaties zijn verwerkt.

Bij algemene maatregel van bestuur (amvb) wordt bepaald voor welke vormen van zorg en in welke gevallen een beschikbaarheidsbijdrage kan worden toegekend. Ook wordt bij amvb bepaald in welke vorm de bijdrage wordt toegekend en welke voorwaarden, voorschriften of beperkingen worden gesteld aan het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage. De amvb die in 2013 moet ingaan wordt momenteel voorbereid. Naast genoemde ggz-componenten bevat deze amvb ook de activiteiten of voorzieningen die nodig zijn ten behoeve van de beschikbaarheid van medisch specialistische zorg. Het Interimbesluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, zoals dat in 2012 voor de medisch specialistische zorg geldt, vervalt immers per 1 januari 2013. Voordat het instrument beschikbaarheidsbijdrage wordt ingezet, is een aanwijzing aan de NZa verplicht. De zakelijke inhoud van deze aanwijzing zal gedurende 30 dagen worden voorgehangen bij het parlement. Dit zal gebeuren zodra Raad van State heeft geadviseerd over de in voorbereiding zijnde amvb.

De beschikbaarheidsbijdrage kan door een zorgaanbieder rechtstreeks in rekening worden gebracht bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) ten laste van het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). De bijdrage in de kosten geschiedt daarmee zonder onnodige tussenkomst van verzekeraars.

Reactie op de vragen van de PVV-fractie

De PVV-fractie vraagt om een uitgebreide toelichting op de positie en de gevolgen van de invoering van prestatiebekostiging voor de ggz-patiënt.

Ik verwacht dat de invoering van prestatiebekostiging gunstige gevolgen heeft voor de patiënt. De invoering beoogt een overgang van een aanbodgericht systeem naar een vraaggericht – en dus patiëntgericht – systeem. Zorgverzekeraars kopen in dit systeem de zorg in voor hun eigen verzekerden. Zorgverzekeraars streven ernaar dat hun verzekerden kwalitatief hoogwaardige, doelmatige en effectieve zorg krijgen. Om te kunnen beoordelen of dit het geval is vragen zorgverzekeraars in toenemende mate aan zorgaanbieders om hier transparant in te zijn. Een voorbeeld daarvan is de uitwisseling van ROM-gegevens via de Stichting Benchmark GGZ. Door deze ontwikkelingen neemt de druk op zorgaanbieders om doelmatig te werken en kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren toe. Het loont bijvoorbeeld voor zorgaanbieders als zij – aantoonbaar – werken volgens de multidisciplinaire richtlijnen. Dit is zeker ook in het belang van de patiënt. En ander voordeel voor de patiënt is dat de sector door de invoering van prestatiebekostiging meer dynamisch wordt. GGZ-aanbieders kunnen niet achterover zitten, omdat ze toch wel hun budget krijgen. Ze moeten aan zorgverzekeraars en patiënten bewijzen wat ze waard zijn, want zowel verzekeraar als patiënt kan er voor kiezen elders de zorg te halen die ze nodig hebben, bijvoorbeeld bij een aanbieder die met een innovatieve behandeling een beter resultaat kan bereiken voor hetzelfde geld, of een aanbieder die zorg levert op tijden die

een patiënt graag wil, of een aanbieder die zonder een klinische opname toch goede zorg kan leveren bij zware problematiek. Kortom, door invoering van prestatiebekostiging komen de patiënt en zijn zorgvraag centraal te staan.

Het Landelijk Platform GGZ denkt overigens actief mee over de brede beleidsagenda ggz, en heeft daar een goede inbreng. Dit draagt er extra toe bij dat de patiënt ook bij toekomstig beleid centraal blijft staan.

Reactie op de vragen van de CDA-fractie

De CDA-fractie vraagt hoe bij de invoering van prestatiebekostiging de volumegroei in bedwang kan worden gehouden.

Gebudgetteerde cggz-instellingen worden op dit moment nog bekostigd op basis van awbz-parameters. Dit betekent dat aanbieders worden afgerekend op basis van bijvoorbeeld aantallen intakecontacten, onderzoekscontacten of psychotherapiecontacten. De potentieel volumeopdrivende werking die hiervan uitgaat wordt nu beheerst doordat verzekeraars budgetafspraken maken met de gebudgetteerde instellingen (de facto afspraken over de totaalomzet van de instelling die gehonoreerd zal worden). De cggz heeft in dit systeem het beschikbare macrokader de afgelopen jaren overigens behoorlijk overschreden. In 2010 bijvoorbeeld met 255 miljoen euro.

De overstap van de huidige bekostiging op basis van AWBZ-parameters naar een bekostiging die gebaseerd is op ggz-dbc's hoeft niet gepaard te gaan met extra volumerisico's. Ik verwacht dat ook in het nieuwe systeem de volumebeheersing zal plaatsvinden doordat verzekeraars in de een of andere vorm omzetafspraken zullen maken met zorgaanbieders. Van belang is dat zij dat niet alleen (blijven) doen met de huidige gebudgetteerde zorgaanbieders, maar ook met de overige (gecontracteerde) zorgaanbieders, zodat er wat dat betreft een gelijk speelveld ontstaat. Om binnen het budgettaire kader te blijven heb ik reeds in 2011 afspraken gemaakt met verzekeraars over scherpere zorginkoop voor 2012. Dit betreft onder andere het maken van maximumomzetafspraken met zorgaanbieders. Ik ben voornemens in het bestuurlijk akkoord ggz deze afspraken verder aan te scherpen en een afspraak te maken over het beschikbare uitgavenkader voor de ggz voor de komende jaren waarbinnen zorgverzekeraars geacht worden te contracteren. De afspraken met verzekeraars over een scherpe inkoop worden ondersteund door het feit dat per 2012 de macronacalculatie van verzekeraars is afgeschaft, waardoor de prikkels voor verzekeraars om het volume te beheersen sterk zijn toegenomen.

In het kader van het bestuurlijk akkoord dat ik voornemens ben af te sluiten met de sector, ben ik ook bezig afspraken te maken over de uitwisseling van sturingsinformatie tussen aanbieders en verzekeraars (zoals informatie over de zwaarte van de zorgvraag van cliënten en behandeluitkomsten). Hierdoor wordt het voor zowel zorgaanbieders als verzekeraars beter mogelijk om te sturen op de doelmatigheid en kwaliteit van zorg en op het voorkomen van over- of onderbehandeling. Op basis van benchmarkinformatie kunnen verzekeraars en zorgaanbieders dan hierover het gesprek aangaan. Ook dat draagt op termijn bij aan een beheersing van het zorgvolume.

De CDA-fractie vraagt naar mijn reactie op de uitspraak van de NZa in haar Implementatieplan dat het invoeren van het mbi voor de curatieve ggz alleen uitvoerbaar is als de individuele zorgaanbieders, al dan niet georganiseerd in groepspraktijken, daar niet onder vallen en vragen mij of

de invoering van het macrobeheersingsinstrument voldoende waarborgen biedt om de volumegroei in bedwang te houden.

De NZa heeft in haar Implementatieplan opgemerkt dat het invoeren van het mbi voor de curatieve ggz alleen uitvoerbaar is als de individuele zorgaanbieders, al dan niet georganiseerd in groepspraktijken, daar niet onder gaan vallen. De achtergrond hiervan is dat er in de curatieve ggz een zeer groot aantal individuele zorgaanbieders actief is en dat deze groep qua samenstelling een grote dynamiek vertoont. De NZa geeft daarom aan dat het voor haar niet uitvoerbaar is bij alle individuele zorgaanbieders de informatie uit te vragen die nodig is voor de toepassing van het mbi.

Mijn ministerie is daarop het overleg met de NZa aangegaan over een mogelijke oplossing voor deze uitvoeringsproblematiek. Daarop heeft de NZa aangegeven een mbi voor alle zorgaanbieders te kunnen uitvoeren onder de voorwaarde dat verzekeraars de daarvoor benodigde informatie op correcte wijze bij de NZa aanleveren. Verzekeraars moeten controleren door welke aanbieder gedeclareerde zorg wordt geleverd om te kunnen beoordelen of de declaratie rechtmatig is. In de systemen van verzekeraars zou daarom informatie over de declaraties per aanbieder aanwezig moeten zijn die nodig is voor de uitvoering van het mbi. Ik ben momenteel in gesprek met verzekeraars of en onder welke voorwaarden zij de benodigde informatie bij de NZa kunnen aanleveren, waarbij geldt dat er waarborgen voor juistheid en volledigheid moeten zijn. Op basis van de gevoerde gesprekken heb ik het vertrouwen dat de NZa de benodigde informatie zal kunnen krijgen.

Overigens wil ik er hier nogmaals op wijzen dat de inzet van het mbi niet de primaire weg is waarlangs ik macrobudgettaire beheersbaarheid wil bewerkstelligen. Het mbi is alleen een ultimatum remedium. Zoals al toegelicht, neem ik diverse maatregelen die erop gericht zijn om macrooverschrijdingen te voorkomen en de volumegroei vóóraf in bedwang te houden. Het maken van bestuurlijke afspraken met de sector (over onder andere de ontwikkeling van de macro-uitgaven en de inrichting van de zorg) en het versterken van de prikkels voor verzekeraars zijn twee sporen waarlangs ik deze «beheersing van macro-uitgaven vooraf» wil bereiken. Als ultimatum remedium behoud ik de mogelijkheid om achteraf kortingsmaatregelen te nemen bij zorgaanbieders, ofwel via een mbi ofwel via het korten van de dbc-tarieven.

De CDA-fractie geeft aan dat ik wil gaan werken met de contracteerruimte van verzekeraars en vraagt hoe het in zijn werk gaat als uiteindelijk minder zorg wordt gebruikt dan dat er is ingekocht. In het bijzonder vragen zij of het risico van de gedeerde inkomsten dan bij de verzekeraar ligt of bij de gecontracteerde zorginstelling.

De Zvw kent geen contracteerruimte zoals de AWBZ die kent. Zorgverzekeraars ontvangen wel vanuit de risicoverevening een bijdrage voor curatieve ggz, gebaseerd op de verzekerdenportefeuille. Vanuit deze vereveningsbijdrage (plus inkomsten via de nominale premie) moet de zorgverzekeraar de curatieve ggz financieren. Door de afschaffing van de macronacalculatie heeft de verzekeraar een sterke prikkel binnen dit kader te blijven. Bij de invoering van prestatiebekostiging zal door de zorgaanbieder de daadwerkelijke productie (in termen van dbc's) worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Als er een hoger volume is afgesproken dan er wordt gerealiseerd, betekent dit in principe gedeerde inkomsten voor de gecontracteerde zorgaanbieder, tenzij daarover andere afspraken in het contract worden gemaakt.

Daarnaast vragen de leden van de CDA-fractie of mijn plannen ertoe gaan leiden dat het vergoeden van zorg op basis van de restitutieplicht straks niet langer mogelijk is.

Verzekerden met een naturapolis hebben momenteel recht op een vergoeding van zorg indien zij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan. Onlangs heb ik in een brief (d.d. 26 maart 2012, Z-3109656) aangekondigd dat ik voornemens ben artikel 13 zodanig te wijzigen, dat duidelijk wordt dat zorgverzekeraars in volledige vrijheid de hoogte van de vergoeding vast kunnen stellen indien een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Expliciet wordt nu geregeld dat een verzekeraar zelfs mag bepalen dat hij in dat geval geen vergoeding geeft. De verzekeraar krijgt hierdoor beter de mogelijkheid om verzekerden te stimuleren om naar een door hem gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Overigens mag een verzekeraar ook gedeclareerde zorg van niet-gecontracteerde zorgaanbieders ten laste van de Zvw brengen (voor zover de verzekeraar deze vergoedt aan de verzekerde), mits de zorg behoort tot het verzekerde basispakket. Verzekerden kunnen ook voor een restitutiepolis kiezen. In dat geval heeft een verzekerde recht op een marktconforme vergoeding van de zorg bij een niet-gecontracteerde aanbieder.

De CDA-fractie wil weten op welke wijze ik verwacht dat de prestatiebekostiging een actieve bijdrage levert aan het zo snel mogelijk terugleiden naar de arbeidsmarkt van mensen die vanwege psychische klachten uitvallen op hun werk.

Zoals ik elders al heb aangegeven stimuleert de invoering van prestatiebekostiging het verbeteren van de kwaliteit (effectiviteit, maatwerk) en doelmatigheid van tweedelijns curatieve ggz. Dit heeft ook uitstralingseffecten naar de arbeidsmarkt. Een doelmatige en kwalitatief hoogwaardige behandeling van psychische klachten kan voorkomen dat mensen uitvallen op hun werk en wanneer dit onvermijdelijk is kan het de duur van de uitval verkorten. Dit is overigens niet de enige wijze waarop mijn beleid een bijdrage levert aan het snel terugleiden van mensen met psychische klachten naar arbeidsmarkt. Ook mijn inzet om een sterke generalistische ggz dicht bij huis te realiseren en mijn streven om te stimuleren dat de behandeling in de ggz meer ambulante plaatsvindt en dat de nieuwe mogelijkheden van bijvoorbeeld e-mental health worden benut, hebben mede als doel dat mensen minder snel en minder lang uitvallen vanwege psychische klachten. Over deze onderwerpen ben ik in gesprek met de sector in het kader van de brede beleidsagenda ggz die ik samen met hen opstel.

De CDA-fractie vraagt verder waarom ik de suggestie van de NZa niet heb overgenomen om voor circa 3 tot 7 zeer gespecialiseerde cggz-aanbieders met veel doorverwezen patiënten een hogere bovengrens van het max-maxtarief te hanteren, van maximaal 50%.

In het implementatieplan wijst de NZa er inderdaad op dat er enkele instellingen zijn die bandbreedtes tot 50% nodig kunnen hebben om hun begroting sluitend te krijgen. Ik heb de NZa naar aanleiding van het implementatieplan gevraagd om het voorstel om bandbreedtetarieven in te voeren nader uit te werken, ook met betrekking tot de vraag hoe om te gaan met instellingen die een ruimere bandbreedte nodig zouden hebben. De NZa heeft mij laten weten te verwachten dat er circa vijf instellingen met een sterk specialistisch aanbod zijn, die ondanks het invoeren van een max-max tarief hun begroting mogelijk niet sluitend kunnen krijgen. De NZa adviseert mij voor deze problematiek geen aparte regeling te treffen, maar zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierover eerst zelf onderhande-

lingen te laten voeren. Pas als is komen vast te staan dat die onderhandelingen niet tot een aanvaardbare oplossing hebben geleid, kan de NZa gevraagd worden gebruik te maken van haar inherente afwijkingsbevoegdheid. Er moet dan sprake zijn van bijzondere omstandigheden en onevenredige gevolgen bij onverkorte toepassing van het NZa-beleid. Dit advies van de NZa sluit beter aan op het stelsel dat ik beoog dan een door de overheid vastgestelde uitzonderingspositie voor bepaalde instellingen. Daarom kies ik voor deze oplossing in plaats van voor een hogere generieke of specifieke bandbreedte. Overigens is op deze instellingen ook het generieke transitie-model van toepassing dat in 2013 van kracht zal zijn in verband met de invoering van prestatiebekostiging. Dit model zal een matigende werking hebben op de transitieproblematiek waar deze instellingen mogelijk mee te maken krijgen.

Daarnaast vragen de leden van de CDA-fractie of er al voldoende voorspellende waarden in de risicoverevening zijn en hoe de voorspellende waarde in de risicoverevening in de komende periode kan worden verbeterd.

Uit onderzoek blijkt dat het gebruik maken van curatieve ggz, en dus de hoogte van de kosten per verzekerde, beperkt voorspelbaar is. Begin 2011 is ook in het kader van de risicoverevening een (medisch) literatuuronderzoek verricht naar voorspellende factoren. Ook dit onderzoek bevestigde dat gebruik van geneeskundige ggz beperkt voorspelbaar is. Uit dit onderzoek bleek daarnaast dat een deel van de voorspellende kenmerken, zoals bijvoorbeeld traumatische ervaringen of erfelijkheidskennmerken, niet voor de risicoverevening gebruikt kunnen worden. Gegevens hierover worden namelijk niet op landelijk niveau op uniforme wijze geregistreerd. Desondanks zal ook de komende jaren onderzoek gedaan worden naar verdere verfijning van het ex ante vereveningsmodel en het beperken van voorspelbare verliezen. Op korte termijn zal onder andere gekeken worden naar het toevoegen van «diagnose-informatie» als vereveningskenmerk (factoren die in het somatische vereveningsmodel reeds aanwezig zijn). Op wat langere termijn wordt ook bekeken wat het effect is van het opnemen van «meerjarig hoge kosten» in het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige ggz.

Ik ben bezig met het maken van bestuurlijke afspraken met veldpartijen over het onderling uitwisselen van informatie over de zwaarte van de zorgvraag van cliënten. Als de zwaarte van de zorgvraag op uniforme wijze op individueel niveau geregistreerd wordt, kan ook onderzocht worden of dit als criterium in het ex ante vereveningsmodel meegenomen kan worden. De verwachting is dat het toevoegen van een of meer criteria voor de zwaarte van de zorgvraag aan het vereveningsmodel leidt tot een betere verklaring van de kosten op individuniveau.

Naast onderzoek naar extra vereveningscriteria worden naar verwachting ook de onderliggende schadegegevens waarop het model geschat wordt van betere kwaliteit. Doordat er inmiddels meerdere jaren middels DBC's gedeclareerd wordt, lijken deze gegevens stabiel en van betere kwaliteit.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe ik het gevaar voor risicoselectie inschat.

Uit diverse onderzoeken blijkt dat het gebruik van geneeskundige ggz op niveau van het individu beperkt voorspelbaar is. Daarnaast verklaart het ex ante vereveningsmodel de kosten op verzekeraarsniveau goed. Daarom acht ik het gevaar voor risicoselectie beperkt. Ook verzekeraars zullen vooraf slecht kunnen voorspellen welke verzekerden in het komende jaar structurele hoge kosten zullen maken. Het vooraf kunnen

inschatten welke verzekerden structureel hoge kosten zullen maken waarvoor vervolgens geen afdoende vereveningsbijdrage voor wordt ontvangen is daarmee zeer lastig.

De leden van de CDA-fractie vragen of onder de bijzondere component oorlogsslachtoffers zowel oorlogsgetroffenen op basis van de wetgeving oorlogsgetroffenen als veteranen op basis van de Veteranenwet vallen. Zij wijzen er daarbij op dat de zorg voor veteranen nu is gebundeld in het Landelijk Zorgsysteem Veteranen (LZV). Daarnaast vragen deze leden aan mij om te motiveren waarom de andere individuele budgetcomponenten, zoals lichamelijk gehandicapten en repatrianten, niet een speciale regeling behoeven.

Bij de invoering van een beschikbaarheidcomponent voor de landelijke kennisfunctie voor derdelijns traumazorg aan specifieke doelgroepen van Centrum '45 worden ook veteranen tot deze doelgroepen gerekend.

Het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV) is een samenwerkingsverband van zorgverleners. Hun diensten liggen op het vlak van intake en maatschappelijk werk, laagdrempelige ondersteuning en meer gespecialiseerde hulpverlening (lopend van enkelvoudige behandeling tot topklinische zorg). Centrum '45 en het Sinai Centrum zijn onderdeel van dit samenwerkingsverband. Het LZV ziet zichzelf als regisseur van ketenzorg en koopt zelf dus geen zorg in. Dat betekent dat de bekostiging van de door de samenwerkende aanbieders te leveren zorg, valt onder bedrijfsmaatschappelijk werk van Defensie, de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Centrum '45 ontvangt van Defensie geen (aanvullende) middelen, dus er is geen sprake van dubbele bekostiging van haar landelijke kennisfunctie. Wel wordt door het LZV een onkostenvergoeding toegekend aan instellingen in verband met deelname bestuurlijke activiteiten ten behoeve van het LZV. Dat betekent dat, in voorkomende gevallen, op declaratiebasis een vergoeding uitgekeerd wordt voor deelname van vertegenwoordigers van instellingen (zoals Centrum '45) aan bijvoorbeeld een projectgroep van het LZV.

Voor alle andere individuele componenten geldt ook dat zij zullen vervallen bij invoering van prestatiebekostiging, maar is er geen aparte regeling voor nodig. Wat betreft de componenten voor intensieve crisisverslavingszorg, orthopsychiatrie, snelle detoxificatie, SGLVG-bedden, duurzaam verblijf verslaafden en lichamelijk gehandicapten draagt de NZa er zorg voor dat deze componenten bij invoering van prestatiebekostiging op een adequate manier in de productstructuur zijn opgenomen. Over de individuele component «repatrianten» zijn al sinds 2011 geen afspraken meer gemaakt tussen zorgaanbieder en verzekeraar. Deze component wordt dus momenteel al niet meer gebruikt. Het staat zorgaanbieders en zorgverzekeraars echter vrij om hier bij contractering afzonderlijke afspraken over te maken. Het ligt voor de hand dat vanaf 2013 in de contractering ook afzonderlijke afspraken gemaakt kunnen worden over een eventuele tegemoetkoming vanwege «dubieuze debiteuren». Conform eerdere aankondigingen van de NZa kunnen zorgaanbieders hun activiteiten die vallen onder de component dienstverlening vanaf 2013 declareren bij de betreffende afnemer. Zij zijn vrij om daar met de afnemende partij afspraken over te maken.

Tevens vragen de leden van de CDA-fractie waarom er binnen de geestelijke gezondheidszorg niet een dbc «consultatie» is. Een dergelijke dbc kan bijdragen aan het inroepen van expertise uit de geestelijke gezondheidszorg door de eerste lijn zoals de huisarts en de psycholoog. Dit kan ervoor zorgen dat de samenwerking tussen de eerste lijn en tweede lijn geborgd blijft.

Het is inderdaad belangrijk dat er een goede consultatiemogelijkheid bestaat van specialistische zorg in de eerstelijnszorg. Dit bevordert de deskundigheid in de eerstelijnszorg en daarmee de kwaliteit van zorg. Bij een functionele vormgeving van de bekostiging in de eerstelijnszorg kan dit aspect dan ook integraal meegenomen worden in de bekostiging daarvan. Momenteel ben ik in overleg met veldpartijen om een gezamenlijke beleidsagenda op te stellen voor de periode 2013–2015. Daar komt dit element ook aan de orde.

De CDA-fractie vraagt hoe de bekostiging van kapitaallasten via een normatieve huisvestingscomponent gaat uitwerken voor instellingen in de geestelijke gezondheidszorg die zowel zorg verlenen op basis van de AWBZ als op basis van de Zvw.

Voor de AWBZ is een methodiek bepaald voor de vaststelling van de normatieve huisvestingscomponent (NHC), deze bekostiging is voor de AWBZ met ingang van 2012 ingevoerd. Bij de uitwerking van de NHC's voor de Zvw worden dezelfde uitgangspunten gehanteerd voor de berekening van de NHC als die bij de AWBZ gehanteerd zijn. Bij de ontwikkeling van de NHC voor de Zvw wordt er door de NZa aan gewerkt de NHC voor het eerste jaar van verblijf aan te sluiten op de NHC voor het tweede jaar van verblijf. Het eerste jaar van verblijf valt namelijk onder de Zvw, het tweede jaar onder de AWBZ. Voor een patiënt met een vergelijkbare behandeling geldt straks een vergelijkbare NHC voor verblijf op basis van de Zvw en voor verblijf op basis van de AWBZ.

Uit de marktscan geestelijke gezondheidszorg valt het de leden van de CDA-fractie op dat de omzet voor ambulante behandelingen de afgelopen drie jaar met 400 miljoen euro is toegenomen, terwijl de klinische omzet over de jaren vrijwel gelijk is gebleven. De leden van de CDA-fractie vragen hoe ik deze ontwikkeling beoordeel vanuit de wens om ook tot een verantwoorde afbouw van bedden in de geestelijke gezondheidszorg te komen. Ook vragen zij welke positieve effecten ik verwacht van de invoering van de prestatiebekostiging op deze ontwikkeling.

De klinische omzet is gestegen, vooral ook doordat het aanbod beschermd wonen de afgelopen jaren is toegenomen. Beschermd wonen kan in veel gevallen als tussenfase dienen voordat mensen in een zelfstandige thuissituatie kunnen gaan functioneren, nadat zij langdurig in een kliniek zijn opgenomen geweest. Dit betekent wel dat er in de komende jaren een doorstroom moet gaan plaatsvinden van de kliniek naar het beschermd wonen en van beschermd wonen naar de thuissituatie (met ondersteuning van bijvoorbeeld FACT-teams). In 2011 en 2012 is het door de NZa mogelijk gemaakt om – in het kader van de ambulantisering – geld te verschuiven van de AWBZ naar de Zvw. Deze ontwikkeling leidt dus tot een afname in budgetparameters van de klinische omzet doordat de patiënten ambulant behandeld worden in de Zvw. De NZa komt met een advies over een structurele aanpak voor de lange termijn. Aan de hand hiervan kan worden gezien welke stappen er nodig zijn om ambulantisering te bespoedigen. Ook de invoering van prestatiebekostiging stimuleert het ambulantiseringstraject. GGZ-aanbieders worden zo namelijk gestimuleerd om te laten zien wat hun meerwaarde is, aan patiënten zelf en ook aan zorgverzekeraars, die ernaar streven dat hun verzekerden kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg krijgen. Zo kunnen zowel verzekeraar als patiënt er straks voor kiezen om de zorg te halen bij een aanbieder die bij zware problematiek zonder een klinische opname toch goede resultaten bereikt.

Reactie op de vragen van de SP-fractie

De SP-fractie vraagt mij hoe de positie van de zorgvrager en/of patiëntenorganisaties versterkt wordt door de prestatiebekostiging, en of ik kan garanderen dat de zorgvrager geen speelbal wordt van commerciële prikkels zoals die verwoord zouden worden in de voorhangbrief.

Ik verwijs hiervoor naar het antwoord op de vraag van de PVV-fractie.

De SP-fractie vraagt hoe de prestatiebekostiging zich verhoudt tot de ervaring met de invoering van de keten-dbc's waarbij volgens de SP-fractie de patiënt juist niet meer centraal staat, ondanks de bedoeling daarvan.

Bij zowel de invoering van de integrale bekostiging (keten-dbc's) als de invoering van prestatiebekostiging staat de patiënt centraal. U stelt dat keten-dbc's niet het beoogde effect hebben bereikt. Zoals ik in het Algemeen Overleg Chronische Zorg op 14 maart heb aangegeven zijn de ontwikkelingen op het gebied van de keten-dbc's in volle gang. Ik geef mijn oordeel hierover pas nadat de Evaluatiecommissie haar definitieve conclusies heeft getrokken. De definitieve eindrapportage van de evaluatiecommissie wordt medio 2012 verwacht. Daarbij zal onder andere worden ingegaan op de dan bekende effecten van de integrale bekostiging op kwaliteit van zorg, de patiëntbeleving en de macrokosten van de zorg.

De leden van de SP-fractie vernemen graag welke onderliggende evaluatie mijn keuze rechtvaardigt om van ziekten of problemen «producten» te maken waarop geconcurrerd dient te worden.

Ik beoog met de voorgestelde maatregelen het bekostigingssysteem in de cggz zo in te richten dat zorgaanbieders en verzekeraars worden gestimuleerd om de transparantie te vergroten over (de effectiviteit van) de zorgverlening voor patiënten en dat het leveren van goede zorg aan de patiënt wordt beloond. Dat doe ik door de bekostiging te koppelen aan de integrale behandeling van de patiënt en niet langer aan afzonderlijke verrichtingen (de huidige awbz- of budgetparameters) zoals in het huidige systeem.

Deze beleidskeuze is daarnaast mede gebaseerd op de lang gekoesterde wens van de sector zelf en de signalen die mijn ministerie in diverse overleggen met het veld heeft ontvangen. Hieruit blijkt dat de huidige gebudgetteerde cggz-instellingen – vertegenwoordigd door GGZ Nederland – graag een systeem willen zonder dubbele administratie en een (sterke) voorkeur hebben voor een bekostiging op basis van ggz-dbc's boven bekostiging op basis van awbz-parameters.

De SP-fractie vraagt hoe ik ervoor ga zorgen dat alle mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben deze kunnen krijgen en dat mensen met zware en complexe problemen niet geweerd worden door zorginstellingen en/of zorgverzekeraars omdat zij als te (financieel) risicovol worden bestempeld.

Er zijn voldoende waarborgen dat mensen de zorg kunnen ontvangen die zij nodig hebben en ik heb geen aanleiding te verwachten dat mensen «geweerd» gaan worden door zorgaanbieder of verzekeraar. Door de invoering van bandbreedtetarieven wordt zeker gesteld dat zorgaanbieders ook voor patiënten met een relatief zware zorgvraag een adequate vergoeding kunnen ontvangen. In opdracht van de NZa heeft het onderzoeksbureau Zorgmarktadvies gekeken in hoeverre de

DBC-bekostiging het behandelen van patiënten met een zware of afwijkende zorgvraag voldoende mogelijk maakt. De uitkomsten van dit onderzoek zijn als bijlage bij mijn voorhangbrief naar uw Kamer gestuurd. Uit dit onderzoek blijkt dat het huidige dbc-systeem (met de bijbehorende tariefsoort) in een aantal opzichten al adequaat rekening houdt met verschillen in zorgzwaarte, maar niet in alle opzichten. Als oplossing hiervoor heeft Zorgmarktadvies de introductie van bandbreedetarieven voorgesteld, waardoor aanbieders van cggz binnen een bandbreedte meer ruimte krijgen om prijzen boven of onder de huidige (voor gebud-geteerde instellingen vaste) dbc-tarieven af te spreken, al naar gelang de zwaarte van de zorgvraag van de patiëntenpopulatie. De NZa heeft – in haar Implementatieplan Prestatiebekostiging cGGZ – eveneens de invoering van bandbreedetarieven geadviseerd. Ik heb dat advies van de NZa overgenomen. Op deze manier kunnen ook de zorgaanbieders die patiënten hebben met een relatief zware zorgvraag, een adequate vergoeding voor hun zorg afspreken.

Verzekeraars kunnen mensen met zware en complexe problemen niet weren voor de basisverzekering. Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht: zij mogen niemand, dus ook geen mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben, een basisverzekering weigeren.

Uit diverse onderzoeken blijkt dat het gebruik van geneeskundige ggz op individuniveau beperkt voorspelbaar is. Daarnaast verklaart het ex ante vereveningsmodel de kosten op verzekeraarsniveau goed. Daarom acht ik het gevaar voor risicoselectie beperkt. Ook verzekeraars zullen vooraf slecht kunnen voorspellen welke verzekerden in het komende jaar structurele hoge kosten zullen maken. Het vooraf kunnen inschatten welke verzekerden structureel hoge kosten zullen maken waarvoor vervolgens geen afdoende vereveningsbijdrage voor wordt ontvangen is daarmee zeer lastig. Ik heb tot op heden ook nog geen signalen ontvangen dat slechte risico's worden geweerd door zorgverzekeraars.

De SP wil de garantie dat de zeggenschap van de zorgvrager niet wordt aangetast of wordt verslechterd door de prestatiebekostiging.

De invoering van prestatiebekostiging verstevigt de positie van de patiënt omdat maatwerk en innovatieve zorg die past bij de patiënt worden beloond. Prestatiebekostiging tast de zeggenschap van de patiënt over zijn behandeling niet aan. De zeggenschap van de patiënt is geregeld in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Het Wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) beoogt de positie van cliënten in de zorg verder te versterken.

De SP-fractie vraagt tevens op welke wijze de privacy van de patiënt in het systeem van prestatiebekostiging wordt gegarandeerd.

Al voor de invoering van de dbc ggz productstructuur heeft daarover intensief contact plaatsgevonden met het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). Het CBP heeft geoordeeld dat de dbc ggz declaraties voor dbc's met meer dan 250 minuten directe tijd, informatie mogen bevatten over de diagnose op hoofdgroepniveau. Bij de doorontwikkeling van de dbc ggz productstructuur in het bijzonder en de invoering van prestatiebekostiging in het algemeen wordt bij iedere wijziging het belang van de borging van privacy meegewogen.

Ook in het veld is men bewust van het belang van het waarborgen van de privacy. Bij de uitwisseling van aanvullende persoonsgegevens op geaggregeerd niveau komt de privacy van de cliënten niet in het geding. Waar het toch van belang wordt geacht dat informatie op cliëntniveau

wordt uitgewisseld kan waar nodig gebruik worden gemaakt van pseudonimisatie, waardoor informatie niet meer naar de individuele patiënt herleidbaar is.

Tot slot is nog van belang dat het College van Beroep voor het bedrijfsleven recentelijk heeft geoordeeld dat het met het oog op de privacy niet noodzakelijk is om het dbc-systeem volledig buiten werking te stellen. Volstaan kan worden met een uitzonderingsmogelijkheid op de verplichting voor zorgaanbieders om diagnose-informatie op de factuur aan verzekeraars op te nemen. Deze uitzonderingsmogelijkheid kan gelden voor bepaalde groepen dan wel bepaalde cliënten, al dan niet beperkt tot gevallen waarin cliënten daarom verzoeken. De NZa zal in een nog te nemen beslissing op bezwaar die uitzonderingsmogelijkheid moeten vormgeven.

Daarnaast verneemt de SP-fractie graag op welke wijze de vrijheid van de zorgvrager om een behandelaar te kiezen wordt verbeterd tegen de achtergrond van de opmerking van G. Westert in «Zorgbalans 2010» dat «goede en structurele informatie over de kwaliteit in de gezondheidszorg ontbreekt».

De SP-fractie legt terecht de relatie tussen de keuzevrijheid van patiënten en de beschikbaarheid van informatie over de kwaliteit in de gezondheidszorg. Zoals ik in mijn brief heb opgemerkt heeft de verzekeraar in een dynamisch en vraaggestuurd systeem behoefte aan meer sturingsinformatie, en zijn aanbieders er in zo'n systeem bij gebaat als zij meer inzichtelijk kunnen maken waarin zij zich van anderen onderscheiden, wat hun meerwaarde is, niet alleen richting de zorgverzekeraar maar ook richting de patiënt. Door invoering van prestatiebekostiging wordt het beschikbaar stellen van informatie gestimuleerd, wat weer bijdraagt aan het vergroten van de keuzevrijheid van de patiënt.

Dat dit proces al gaande is, blijkt wel uit het onderzoek van de NZa in 2011 naar de transparantie in de geestelijke gezondheidszorg. De NZa wijst op verschillende initiatieven die bijdragen aan het vergroten van de transparantie. Voorbeelden die zij noemt zijn het meten van het effect van de behandeling, het meten van cliëntervaringen, de (door)ontwikkeling van richtlijnen en de publicatie van wachttijden. De NZa geeft aan vooruitgang te zien in de bevordering van de transparantie voor zowel de zorginkoper (de verzekeraar) als de consument (patiënt).¹ Daarnaast zal ook het Kwaliteitsinstituut bijdragen aan transparantie van kwaliteit.

De SP-fractie vraagt op welke wijze een persoon, die een zelfmoordpoging heeft overleefd, erbij gebaat is om als consument te worden gezien (door de verzekeraar en/of de aanbieder) waaraan verdiend kan worden, of juist als kostenpost omdat het ziektebeeld onvoorspelbaar en risicovol is.

Een dergelijke persoon heeft er baat bij om als individu te worden gezien en te worden behandeld op een manier die bij hem of haar past. Daarom is het nodig dat maatwerk wordt geleverd en dat de zorg overeenkomstig wordt vergoed, in plaats van dat de zorgverlener wordt afgerekend op zaken die weinig met de patiënt te maken hebben. Een dergelijke persoon heeft er geen baat bij om als kostenpost te worden gezien. Om te voorkomen dat dit gebeurt is een bekostigingssysteem noodzakelijk dat zorgaanbieders voorziet van een adequate vergoeding voor de geleverde zorg en de gemaakte kosten. Mijn beleidsvoorstellen voorzien hierin. Zoals toegelicht verwacht ik dat de overstap van een bekostiging op basis van losse verrichtingen (de huidige awbz-parameters) naar een persoonsgebonden bekostiging op basis van de integrale behandeling van een patiënt (de ggz-dbc's) een gunstig effect zal hebben op de kwaliteit van de

¹ Brief met standpunt NZa over transparantie in de GGZ, 25 juli 2011 (www.nza.nl/95826/403415/403418/403421/Brief_Transparantie_in_de_GGZ.pdf).

zorgverlening. Ten eerste omdat er stimulansen vanuit gaan om transparant te maken welke zorg wordt geleverd met welk effect en ten tweede omdat – mede als gevolg van die transparantie – de mogelijkheden en stimulansen toenemen om de zorg te verbeteren. Hier is ook iemand die een zelfmoordpoging heeft overleefd mee gebaat.

De leden van de SP-fractie vragen mij om toe te lichten op welke wijze het vertrouwen tussen de behandelaar (professional) en de patiënt kan worden versterkt door een wijze van financieren die uitgaat van concurrentie en winst maken. Zij vragen om een analyse of een bewijs dat de prestatiebekostiging geen schade aanricht aan de behandelrelatie. Tevens vragen de leden van de SP-fractie op welke manier een goede behandelrelatie tot uitdrukking kan komen in de verschillende manieren van bekostiging van de GGZ.

Ik onderschrijf het belang van een goede behandelrelatie tussen professional en patiënt. Daarbij geldt de kennis en kunde van de betrokken behandelaar als belangrijkste instrument om vertrouwen te kweken en daarmee de effectiviteit van een behandeling te verhogen. Ik deel uw mening dan ook niet, dat die professionele integriteit vooral wordt gedreven door de wijze waarop de geleverde zorg bekostigd wordt. Ook bij invoering van prestatiebekostiging blijft het helpen van patiënten bij het leren omgaan met hun psychische klachten centraal staan.

Dat zorgverzekeraars, namens hun verzekerden, willen sturen op kwaliteit van zorg blijkt wel uit het initiatief dat zij, samen met GGZ Nederland, hebben genomen om routine outcome monitoring te introduceren. Door consequent informatie aan te leveren over effectiviteit van behandeling kunnen zorgaanbieders zich op een positieve manier van elkaar onderscheiden. Wanneer zorgverzekeraars bij inkoop van zorg hier hun waardering voor laten blijken, zal het voor professionals steeds meer lonen om de juiste zorg op het juiste moment te leveren. Dat is in het belang van de patiënt en de reden waarom wij dit doen.

De SP-fractie vraagt mij waarom er is gekozen voor de datum van 1 januari 2013 om over te gaan tot prestatiebekostiging en wil weten op basis van welke feiten ik kan vaststellen dat de ggz-sector klaar is voor deze stap en dat er voldoende draagvlak is voor prestatiebekostiging. De SP-fractie wijst er hierbij op dat ikzelf 2012 al «een zwaar jaar» noem, vanwege de genomen maatregelen en dat ik vind dat de invoering van een nieuw systeem beheerst en behoedzaam moet gebeuren.

In het regeerakkoord is de doelstelling opgenomen om prestatiebekostiging in te voeren in de curatieve ggz. In september 2011 waren de contouren van het beleid voor de bekostiging van de tweedelijns curatieve ggz voldoende uitgewerkt om de NZa te vragen om een plan van aanpak voor vervolgstappen richting prestatiebekostiging. Uit het implementatieplan blijkt dat invoering van prestatiebekostiging per 1 januari 2013 goed haalbaar is. Tevens blijkt uit het plan en de consultatie van de veldpartijen dat de sector klaar is voor deze stap en dat er voldoende draagvlak voor is.

De curatieve tweedelijns ggz wacht al jaren op de overgang naar bekostiging op basis van dbc's in plaats van budgetparameters (AWBZ-parameters). De dubbele administratie is voor deze sector een zware last en het is logisch dat daaraan zo snel mogelijk een einde komt. De NZa, en ook Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland stellen zich op het standpunt dat transitie maatregelen niet nodig zijn. Hierbij speelt een rol dat alle aanbieders in de ggz al sinds 2008 declareren op basis van dbc's. Er is geen sprake van de invoering van een geheel nieuw systeem, zowel

aanbieders als verzekeraars hebben veel tijd gehad om hun bedrijfsvoering hier op in te richten. Ik ben mij er echter van bewust dat 2012 gezien de genomen maatregelen een zwaar jaar is voor de sector. Daarom acht ik extra voorzichtigheid geboden bij het doorvoeren van systeemwijzigingen die mogelijk op microniveau een te abrupt financieel effect kunnen hebben. Dit is een van de redenen waarom ik de NZa toch heb gevraagd om een licht transitie-model in te stellen, dat in het jaar 2013 extra zekerheid geeft aan instellingen.

De SP-fractie vraagt ook waarom er gekozen is voor een overgang van één jaar.

Ik verwijs hiervoor naar het antwoord op een gelijklopende vraag van de PvdA-fractie.

Tevens vraagt de SP-fractie om een uitleg hoe de overgang er uit komt te zien, met daarbij de voor- en nadelen benoemd voor de zorgvrager, de zorgaanbieder, de hulpverlener en de zorgverzekeraar.

In de voorhangbrief heb ik de overgang uitgebreid beschreven. Per 2013 wordt de registratie van awbz-parameters afgeschaft en komt de dubbele administratie te vervallen en wordt er sectorbreed prestatiebekostiging ingevoerd. Alle zorgaanbieders worden dan bekostigd op basis van dbc's. In 2013 wordt een transitie-model ingesteld voor de huidige gebudgetteerde instellingen, waarbij het verschil tussen wat zij onder het nieuwe systeem voor hun zorg krijgen en wat zij onder het oude systeem voor die zorg zouden hebben gekregen, tot op zekere hoogte nog wordt gedempt. Vanaf 2014 is er geen overgangmodel meer. Daarnaast worden de huidige dbc-tarieven in 2013 vervangen door asymmetrische bandbreedtetarieven, in de vorm van een zogenaamd max-max tarief. Daarmee is de overgang naar prestatiebekostiging voltooid.

Voor de zorgvrager is het voordeel van deze geleidelijke overgang dat het risico sterk verminderd wordt dat de zorgaanbieder waarbij hij in behandeling gaat in de problemen komt als gevolg van abrupte financiële effecten, met mogelijkerwijs gevolgen voor zijn behandeltraject. Ik verwacht voor de zorgvrager geen nadelen van de gefaseerde overgang. Ook voor de gebudgetteerde zorgaanbieder geldt als voordeel dat het risico op problemen als gevolg van abrupte financiële effecten sterk verkleind wordt. Een ander voordeel is dat ook het onderhandelproces gefaseerd verandert: in de onderhandelingen voor 2013 kan voor het eerst over de dbc-prijs onderhandeld worden, dit gebeurt dan nog met de representerende verzekeraar. In de aanloop naar 2014 wordt voor het eerst op het niveau van de individuele verzekeraars onderhandeld. Voor zorgaanbieders voor wie de bekostiging op basis van Awbz-parameters minder goed aansluit op de daadwerkelijk geleverde zorg dan de dbc's en die er onder prestatiebekostiging financieel op vooruit gaan is het nadeel van de gefaseerde overgang dat zij pas in 2014 volledig op basis van gedeclareerde dbc's afgerekend worden. Voor instellingen die er onder de prestatiebekostiging financieel op achteruit gaan is dit juist een voordeel. Voor hulpverleners in dienst van instellingen is het directe voordeel dat al in 2013 de administratieve lasten verminderen, omdat de registratie van Awbz-parameters dan voor alle instellingen komt te vervallen. Ik zie voor hulpverleners niet direct een nadeel van de gefaseerde overgang. Voor de zorgverzekeraar tot slot is het voordeel van de gefaseerde overgang dat bij de inkooponderhandelingen de representerende zorgverzekeraars nog een jaar voort kunnen bouwen op de in de afgelopen jaren opgedane ervaringen met ggz-inkoop. Voor hen betekent het – net als voor de zorgaanbieders – bovendien dat ook het onderhandelproces gefaseerd verandert. Nadeel voor de zorgverzekeraars is wel dat zij pas per 2014 in

de positie worden gebracht om ook bij de voorheen gebudgetteerde instellingen de curatieve ggz in te kopen voor hun eigen verzekerden en zich daarmee ten opzichte van andere verzekeraars kunnen onderscheiden. In 2013 zijn zij nog afhankelijk van de representerende zorgverzekeraar voor de inkoop van deze zorg.

De SP merkt op dat in 2013 alle zorgaanbieders zullen werken met de dbc-systematiek en vraagt mij op welke wijze dbc's bijdragen aan de transparantie, de keuzevrijheid en de doelmatigheid.

Allereerst wil ik ter verheldering opmerken dat alle aanbieders in de tweedelijns curatieve ggz al sinds 2008 dbc's declareren. Echter, pas vanaf 2013 wordt de hele ggz bekostigd op basis van de gedeclareerde dbc's en vindt er dus geen verrekening meer plaats met budgetten die zijn opgebouwd uit AWBZ-parameters. Dit is een belangrijk element van de invoering van prestatiebekostiging. Andere elementen daarvan zijn de invoering van bandbreedtetarieven en de overstap naar inkoop voor de eigen verzekerden door de individuele verzekeraars. Hierboven heb ik in antwoord op de vragen van de VVD-, PvdA- en SP-fractie al aangegeven hoe de invoering van prestatiebekostiging, inclusief de bekostiging op basis van dbc's, bijdraagt aan het vergroten van de transparantie, de keuzevrijheid, en de doelmatigheid.

De leden van de SP-fractie vragen naar de reden waarom ik sectorbreed dbc-bekostiging wil invoeren tegen de achtergrond van een interview met mij in het blad Psy met als titel «Die DBC's moeten weg».¹

Ik zie de dbc-bekostiging niet als eindstation, maar als een tussenstap op weg naar een systeem van bekostiging op basis van behandelresultaat. Met de dbc-bekostiging wordt een persoonsgebonden vorm van bekostiging ingevoerd op basis van de integrale behandeling van de cliënt. Het is alleen goed mogelijk om een adequate vergoeding voor behandelresultaat te bepalen als ook de koppeling kan worden gelegd met de (integrale)behandeling die is geboden en de zwaarte van de zorgvraag van de patiënt. Mijn beleid is erop gericht om dat te faciliteren.

De leden van de SP-fractie vernemen tevens graag de lessen die er getrokken zijn uit de invoering van de dbc-systematiek waardoor er – volgens de SP-fractie – miljarden euro's extra nodig waren en op basis van welke evaluatie ik de verdere invoering van dbc's gerechtvaardigd acht.

Ik ben het niet eens met de leden van de SP-fractie dat door de invoering van de dbc-systematiek in de ggz «miljarden euro's extra» nodig waren. Ik ken geen enkel onderzoek dat deze stelling onderbouwt. Wel vind ik in de huidige situatie de «ex ante» macrobudgettaire beheersbaarheid van de uitgaven aan curatieve ggz onvoldoende. Op dit moment is er evenwel geen sprake van een sectorbrede bekostiging op basis van dbc's. Integendeel, veruit de meeste curatieve ggz wordt bekostigd op basis van het oude bekostigingssysteem, dat wil zeggen: op basis van awbz-parameters (overschrijding 2010: € 255 miljoen). De kern van het probleem van de macrobudgettaire beheersbaarheid in de zorg van de afgelopen jaren is daarom niet het ene of het andere bekostigingssysteem, maar juist dat er zowel qua sturing als bekostiging sprake is van een hybride situatie. Dit was ook de conclusie van de ambtelijke commissie heroverwegingen die uitgebreid naar dit probleem heeft gekeken.² Aan deze situatie maak ik langs de lijnen zoals geschetst in de voorhangbrief een einde.

¹ Psy, 2012, nr. 1.

Of DBC's geschikt zijn voor de bekostiging van zorg wordt getoetst door de NZa. De NZa heeft in haar implementatieplan aangegeven dat zij het dbc-systeem geschikt acht om de sectorbrede overstap naar prestatiebekostiging te maken.

De SP-fractie vraagt om een uitleg van het begrip «asymmetrische bandbreedtetarieven» en vraagt tevens of de macrokosten niet zullen toenemen door de invoering van zulke tarieven. Zij wil ook weten welke gevolgen er zullen zijn voor ggz-instellingen die van financieringssysteemmatiek moeten veranderen.

Bij een symmetrisch bandbreedtetarief is er boven en onder het standaardtarief eenzelfde bandbreedte. Bijvoorbeeld een bandbreedte met een ondergrens van 90% en een bovengrens van 110% ten opzichte van het standaardtarief. Bij een asymmetrisch bandbreedtetarief is de bandbreedte boven en onder het standaardtarief verschillend. Bijvoorbeeld een bandbreedte met een ondergrens van 80% en een bovengrens van 105% van het standaardtarief.

Ik heb de NZa gevraagd om de ondergrens op 0% te stellen. Het standaardmaximum is 100%. Dit is vergelijkbaar met het maximumtarief dat nu al voor de niet-gebudgetteerde zorgaanbieders bestaat. Echter, ik geef aan aanbieders en verzekeraars daarnaast de ruimte om waar dat nodig is in het contract prijsafspraken te maken tot 10% boven dit «standaardmaximum». Aangezien er een verschil is van de bandbreedte onder en boven het standaard maximumtarief, kunnen we ook in mijn voorstel spreken van een asymmetrische bandbreedte.

Ik heb hiervoor in antwoord op een vraag van de PvdA reeds aangegeven waarom het niet mijn verwachting is dat de macrokosten door deze maatregel zullen toenemen. De voordelen en nadelen van de gefaseerde overgang voor aanbieders (door middel van een transitie-model) heb ik hiervoor reeds toegelicht in reactie op een andere vraag van de SP-fractie. In reactie op een vraag van de PvdA-fractie ben ik reeds ingegaan op de relatie tussen het invoeren van bandbreedtetarieven en dit transitie-model.

De leden van de SP-fractie vragen de minister of het juist is dat en zo ja hoeveel geld van de AWBZ overgeheveld wordt naar de Zorgverzekeringswet en of dit uitgesplitst kan worden naar de verschillende soorten aanbieders met het bijbehorende budget.

De invoering van prestatiebekostiging is geen reden om financiële middelen vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet over te hevelen. Bij de overgang van de curatieve GGZ van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet is er in 2008 budget overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Weliswaar worden gebudgetteerde instellingen tot op heden bekostigd op basis van de oude awbz-parameters, maar dit betreft budget uit de Zorgverzekeringswet. Met de invoering van prestatiebekostiging wordt bekostiging op basis van de oude awbz-parameters beëindigd en vindt dit plaats op basis van diagnosebehandelingcombinaties.

Het kan zijn dat de leden van de SP-fractie doelen op de beleidsregel «Overheveling GGZ-budget AWBZ-Zvw» van de NZa. Deze was voor het eerst over het jaar 2011 van kracht. Op basis van deze regeling kan een zorgaanbieder, samen met het zorgkantoor en de representerende zorgverzekeraars een gezamenlijk verzoek indienen bij de NZa om middelen over te hevelen van de AWBZ naar de Zvw of andersom. Aanleiding voor deze regeling was de (gewenste) ontwikkeling dat instellingen in de ggz steeds meer extramurale trajecten opstarten,

waardoor een minder groot beroep hoeft te worden gedaan op intramurale capaciteit in de AWBZ. De regeling maakt het mogelijk om hier met de bekostiging flexibeler op in te spelen, wat een belemmering wegneemt voor extramuralisering. In het kader van deze regeling is er over 2011 per saldo € 17 miljoen overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Het betreft hier uitsluitend gebudgetteerde ggz-instellingen.

De leden van de SP-fractie zijn het met mij eens dat de bureaucratie kan en moet verminderen. Zij vragen of ik ook andere bekostigingssystemen heb onderzocht dan de prestatiebekostiging waarin administratieve lasten worden verminderd. Zij vragen mij om voorbeelden hiervan te noemen en waarom voor deze vormen niet is gekozen. Ook vragen zij mij voor de verschillende financieringsmogelijkheden de voor- en nadelen te benoemen voor de zorgvrager, zorgaanbieders, hulpverlener en zorgverzekeraar.

Gebudgetteerde instellingen hebben nu extra administratieve lasten in relatie tot de manier waarop zij worden bekostigd en gefinancierd vanwege de dubbele administratie waar zij mee te maken hebben. Dit komt omdat zij enerzijds aan het eind van het jaar worden afgerekend op basis van een budget dat is opgebouwd uit losse *awbz-parameters* (losse zorgactiviteiten die de aanbieder uitvoert), terwijl zij anderzijds lopende het jaar declaraties indienen bij de verzekeraars in termen van *ggz-dbc's*. Aan het einde van het jaar wordt het verschil tussen het budget en het totaal aan gedeclareerde dbc's tussen de aanbieder en de verzekeraars verrekend: voor zover de dbc-opbrengsten hoger zijn dan het budget moeten aanbieders het meerdere terugbetalen, voor zover de dbc-opbrengsten lager zijn dan het budget ontvangen zij het verschil van de verzekeraars. Dit is een omslachtig systeem dat vereist dat gebudgetteerde instellingen zowel een administratie bijhouden in termen van *awbz-parameters* als in termen van dbc's. Ik zie dit als een onnodige administratieve last.

Er kan aan deze situatie een einde worden gemaakt door de bouwstenen van het budget (de omzetafpraak) van een aanbieder aan te laten sluiten bij de «taal» die wordt gebruikt in het declaratieverkeer met de verzekeraar. Dit kan in theorie op drie manieren plaatsvinden. Ten eerste kan dit door de «deklaratietaal» aan te passen en aanbieders voortaan *awbz-parameters* te laten declareren bij de verzekeraars (in plaats van dbc's). Ten tweede kan dit door de huidige ggz-dbc's ook de basis te laten worden voor de omzetafspraken die gemaakt worden tussen aanbieders en verzekeraars (dit is de route die ik gekozen heb). Ten derde zou dat kunnen door een hele nieuwe declaratie- en bekostigingstaal te ontwikkelen (anders dan de *awbz-parameters* en de huidige ggz-dbc's).

Als aanbieders voortaan zouden gaan declareren op basis van *awbz-parameters* (optie 1) zou dat betekenen dat aanbieders voor elk contact dat zij met de cliënt hebben (zoals een intakecontact, een psychotherapiecontact of onderzoekscontact) een aparte declaratie zouden kunnen indienen. Voordeel hiervan is dat aanbieders ook lopende de behandeling een vergoeding van de verzekeraar kunnen ontvangen, wat goed is voor hun liquiditeitspositie. Nadeel is echter dat verzekeraars hiermee geen inzicht krijgen in de integrale behandeling van cliënten en de kosten daarvan. Aanbieders worden hiermee ook niet geprikkeld om dit in beeld te brengen. Als verzekeraars geen zicht krijgen op de integrale (kosten van de) behandelingen van cliënten, is het voor verzekeraars ook niet mogelijk een koppeling te leggen tussen deze gegevens en de behandeluitkomsten op basis van ROM-data. Het is dan voor verzekeraars niet mogelijk om te sturen op doelmatigheid in relatie tot de kwaliteit van

zorg en dit systeem faciliteert en stimuleert ook aanbieders niet om een dergelijke sturing toe te passen.

De derde optie (een hele nieuwe declaratietaal ontwikkelen) biedt geen oplossing voor de komende jaren. Zoals toegelicht in mijn voorhangbrief en in antwoorden op vragen van de PvdA-fractie zie ik wel verbetermogelijkheden voor de huidige ggz-DBC's (die gebaseerd zijn op de diagnose en bestede tijd) en wil ik uiteindelijk toe naar bekostiging op basis van behandeluitkomsten. Hiervoor is echter nog veel onderzoek nodig. Deze optie draagt dus voor de komende jaren niet bij aan vermindering van de administratieve lasten.

De tweede optie (de huidige ggz-DBC's ook de basis te laten worden voor de omzetafspraken die gemaakt worden tussen aanbieders en verzekeraars) is de route die ik heb gekozen. Deze optie is op korte termijn realiseerbaar, kan op steun rekenen binnen de sector en heeft tot gevolg dat de bekostiging aansluit bij de integrale behandeling van de cliënt (het is een persoonsgebonden vorm van bekostiging), waardoor de mogelijkheden en prikkels om de sturen op de kwaliteit en doelmatigheid van die integrale behandeling toenemen, zowel voor zorgaanbieders, zorgverleners als verzekeraars. Dit komt de zorg voor de patiënt ten goede.

De leden van de SP-fractie vragen waarom ik denk dat het invoeren van prestatiebekostiging een besparing met zich meebrengt en hoeveel geld er nodig is voor het overgangsjaar en de invoering van een financieringsvorm.

De invoering van prestatiebekostiging zal macrobudgettair neutraal plaatsvinden. Zoals toegelicht verwacht ik dat prestatiebekostiging (samen met het versterken van de prikkels voor verzekeraars) op termijn zal bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg. In het Regeerakkoord is hiervoor vanaf 2015 structureel € 50 miljoen ingeboekt.

De leden van de SP-fractie vragen nadere toelichting op de alternatieve bekostiging die ik voorstel (te weten een beschikbaarheidsbijdrage op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg) voor de activiteiten en functies die nu via individuele budgetcomponenten worden bekostigd en die niet via DBC's bekostigd kunnen worden. Zij vragen daarbij of het klopt dat er naast de prestatiebekostiging dan nog steeds een ander systeem aanwezig is.

Voor diverse activiteiten die nu via individuele budgetcomponenten worden bekostigd zal van overheidswege geen aparte financiering worden geregeld, omdat deze gewoon via DBC's bekostigd kunnen worden. Net als in de medisch-specialistische zorg zijn er echter ook in de curatieve ggz activiteiten die in 2013 niet of niet geheel via DBC's kunnen worden bekostigd. De NZa heeft geadviseerd hiervoor een alternatieve financiering te regelen. Het gaat hierbij om (een deel van) de activiteiten die nu worden bekostigd via de individuele componenten «bestendig beleid», «bijzonderheid organisatie», «oorlogsslachtoffers» en «vluchtelingen/asielzoekers». Ik kies ervoor deze per 2013 via een zogenaamde «beschikbaarheidsbijdrage» te bekostigen. Ook in de medisch-specialistische zorg worden sommige vormen van zorg (deels) via een beschikbaarheidsbijdrage bekostigd, zoals sommige spoedeisende hulp en gespecialiseerde brandwondenzorg. Ik sluit op deze manier dus aan bij de keuzes die voor de somatische zorg zijn gemaakt. Voor een nadere toelichting op het instrument «beschikbaarheidsbijdrage» verwijs ik naar het antwoord op de gelijklopende vraag van de PvdA-fractie.

Vanaf 2013 zal dus niet alle zorg via dbc's worden bekostigd. Voor een beperkt deel van de zorg zal de bekostiging plaatsvinden door middel van een beschikbaarheidsbijdrage. Dat verschillende typen zorg verschillend worden bekostigd, laat echter onverlet dat er aan de huidige situatie, waarin ggz-zorg via awbz-parameters wordt bekostigd en waarin *dezelfde* zorg op basis van ggz-dbc's wordt gefinancierd vanaf 2013 definitief een einde komt, evenals aan de daarmee verbonden dubbele administratie.

De SP-fractie vraagt in verband met het vervallen van de individuele budgetcomponenten en de invoering van de beschikbaarheidsbijdrage die daarmee samenhangt, hoe ik een kostenexplosie ga voorkomen als ik de budgetten loslaat.

De hoogte van de beschikbaarheidsbijdragen wordt door de NZa vastgesteld. Voor 2013 zal hierbij worden aangesloten bij de hoogte van de bedragen die de betreffende instellingen nu in de vorm van de overeenkomstige individuele budgetcomponenten ontvangen. Het betreft dus een budgetneutrale situatie.

De SP-fractie vraagt mij hoe de markt van de zorgverzekeraars past bij de prestatiebekostiging in de ggz, omdat de zorgverzekeraarsmarkt gedomineerd wordt door vier grote concerns en de Nederlandse Zorgautoriteit in 2009 nog stelde dat deze markt «weinig dynamisch» was.

De zorgverzekeraarsmarkt wordt inderdaad gedomineerd door vier grote verzekeraars, zij hebben een marktaandeel van ruim 90%. Dit staat de invoering van prestatiebekostiging niet in de weg. De verwachting is dat door prestatiebekostiging zorgverzekeraars zich meer kunnen gaan onderscheiden omdat zij alle curatieve ggz individueel kunnen gaan inkopen. Hierdoor valt er voor de verzekerde ook meer te kiezen en kan de dynamiek op de verzekeraarsmarkt meer op gang komen. Bovendien is prestatiebekostiging ook reeds in de ziekenhuissector ingevoerd en daarbij is sprake van dezelfde verzekeraarsmarkt.

De leden van de SP-fractie vragen mij naar de randvoorwaarden waarover Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in een akkoord afspraken wil maken, voordat er wat ZN betreft sprake kan zijn van prestatiebekostiging en hoe die verschillen van de randvoorwaarden zoals die eerder door VWS zijn geformuleerd.

Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat het voor hen essentieel is meer inzicht te krijgen in de zwaarte van de zorgvraag van cliënten in relatie tot de behandeling en de kosten, teneinde te kunnen sturen op de kwaliteit en doelmatigheid van de ggz. Voldoende inzicht in kwaliteit en zorgzwaarte en voldoende sturingsmogelijkheden voor verzekeraars zijn twee van de randvoorwaarden die ook ikzelf eerder aan uw Kamer genoemd heb. Momenteel ben ik met verzekeraars en zorgaanbieders in gesprek om afspraken te maken over een adequate informatie-uitwisseling op deze terreinen.

De leden van de SP-fractie willen weten of het systeem van risicoverevening «cherry-picking» kan voorkomen en tegelijkertijd de verzekeraar aanspoort om doelmatig in te kopen.

Uit onderzoeken blijkt dat het gebruik maken van ggz, en dus de hoogte van de kosten per verzekerde, beperkt voorspelbaar is. Dit geldt ook voor verzekeraars. Als het moeilijk is om kosten voor verzekerden vooraf te voorspellen is de eventuele selectie van verzekerden met een gunstig risicoprofiel ook lastig.

Doordat verzekeraars meer risico gaan lopen op de ggz worden zij aangespoord om zo doelmatig mogelijk zorg in te kopen. Door het afschaffen van de macronacalculatie, in 2012, worden verzekeraars niet meer gecompenseerd voor hogere macrokosten dan geraamd, ook worden (macro)besparingen niet meer afgeroomd.

De beïnvloedingsmogelijkheden voor verzekeraars nemen toe door de invoering van prestatiebekostiging. In 2011 heb ik reeds afspraken gemaakt met verzekeraars over scherpere zorginkoop voor 2012 om zodoende binnen de budgettaire kaders te blijven. De signalen uit het veld die ik hierover ontvang, beschouw ik als positief. Afspraken over scherpe zorginkoop wil ik voortzetten en waar wenselijk aanscherpen.

De leden van de SP-fractie vragen wat de budgettaire gevolgen zijn van de maatregelen rondom de risicoverevening en hoe dat zich verhoudt tot de onverzekerbare zorg, zoals de ggz dat volgens de SP-fractie kan zijn.

Onvoorspelbaarheid van (de kosten van) zorg betekent niet dat deze zorg onverzekerbaar is. Met het verhogen van de risicodragendheid worden verzekeraars meer geprikkeld tot scherpere zorginkoop. Door de combinatie van een hogere risicodragendheid en een toename van beïnvloedingsmogelijkheden van zorgverzekeraars en door de afspraken met verzekeraars over een scherpe inkoop en de bestuurlijke afspraken die ik met veldpartijen aan het maken ben over een houdbare macro-uitgaven ontwikkeling in de cggz, verwacht ik dat de totale uitgaven voor de curatieve ggz beter zullen aansluiten bij de budgettaire kaders.

Reactie op de vragen van de D66-fractie

De D66-fractie wil graag weten welke mate van administratievelastenreductie ik precies voorzie bij de invoering van prestatiebekostiging.

Instellingen die op de oude manier worden bekostigd houden zowel een registratie van hun activiteiten bij ten behoeve van de dbc-declaratie als ten behoeve van de verantwoording van de gemaakte productieafspraken op basis van Awbz-parameters (de zogenaamde dubbele registratie). Per 1 januari 2013 zal voor alle instellingen de registratie op basis van Awbz-parameters vervallen. Dit is een substantiële reductie van de administratieve belasting.

De D66-fractie uit haar zorgen dat de wijzigingen als gevolg van de overgang naar prestatiebekostiging op instellingsniveau te abrupte gevolgen kunnen hebben, en vraagt of ik nader kan uiteenzetten welke maatregelen ik neem om dit op te vangen.

Mijn beleidsvoornemen bevat een viertal waarborgen om instellingen te behoeden voor problemen. Voor zover deze instellingen niet uit zouden komen met dbc-bekostiging vanwege een hoge gemiddelde zorgvraagzwaarte, wordt dit opgevangen door de invoering van max-max tarieven. Instellingen die ook bij gebruikmaking van de maximale bandbreedte van 10% boven het maximumtarief hun begroting nog niet sluitend kunnen krijgen vanwege bijzondere feiten of omstandigheden, kunnen een beroep doen op de afwijkingsbevoegdheid van de NZa. Verder stel ik voor 2013 een licht transitie-model in, dat een dempend effect heeft op opbrengstmutaties die puur het gevolg zijn van de technische aspecten van de systeemovergang. Tot slot kom ik met een alternatieve financiering via de beschikbaarheidsbijdrage voor een aantal vormen van zorg die nu via de zogenaamde individuele budgetcomponenten worden bekostigd en waarvoor niet voorzien is in financiering via dbc-tarieven. Mijns inziens

kunnen met dit pakket aan maatregelen eventuele nadelige effecten voor de door u bedoelde instellingen in voldoende mate worden opgevangen.

De D66-fractie vraagt in hoeverre ik de conclusie van de NZa onderschrijf dat een gedifferentieerd macrobeheersinstrument (mbi) niet ontwikkeld kan worden voor individuele zorgaanbieders en vragen mij in dit kader hoe ik de macrobudgettaire beheersing van de curatieve ggz voor mij zie.

Ik verwijs hiervoor naar het antwoord op een gelijklopende vraag van de CDA-fractie.

De D66-fractie vraagt mij wanneer ik er uitsluitel over kan geven of ik terug moet vallen op een generieke kortingsmaatregel.

In de ggz-sector bestaat – net als in de ziekenhuissector – een sterke voorkeur om geen generieke kortingsmaatregelen te nemen maar in plaats daarvan (bij het nemen van kortingsmaatregelen achteraf) zorgaanbieders te ontzien die zich «goed» gedragen. Bij discussies in de Tweede Kamer over het zogenaamde «macrobeheersinstrument» (mbi) is gebleken dat deze wens ook bij de Tweede Kamer aanwezig is. Ik heb dan ook – in overleg met veldpartijen – een onafhankelijke commissie ingesteld om mij te adviseren over een vormgeving van het mbi waarin rekening wordt gehouden met dit uitgangspunt (een zogenaamd «gedifferentieerd» mbi). Ik heb u hierover per brief van 4 april jl. geïnformeerd (met kenmerk CZ- 3108411). Ik heb de commissie gevraagd daarbij zowel te kijken naar de toepasbaarheid in de medisch-specialistische zorg als in de curatieve geestelijke gezondheidszorg. De commissie zal mij voor de zomer haar bevindingen kenbaar maken. Daarna zal ik deze samen met een reactie naar uw Kamer sturen. Op dat moment zal ik ook uitsluitel geven over de manier waarop ik – als ultimum remedium – zorgaanbieders zal korten mochten zich onverhoopt macro-overschrijdingen voordoen.

De leden van de D66-fractie stellen ook een vraag over de uitwerking van de voorgestelde max-max tarieven die vanaf 2013 gaan gelden. Gelet op het macrokader zal het overeenkomen van een hoger maximum gecompenseerd moeten worden door lagere tarieven elders. D66-fractie vraagt hoe ik dat voor me zie.

De introductie van max- max-tarieven met een «hoger maximum» van +10% ten opzichte van een «standaardmaximum» zijn primair bedoeld om instellingen met een cliëntenpopulatie met een bovengemiddeld zware zorgvraag meer ruimte te geven om met verzekeraars in onderhandeling te gaan over een passende vergoeding. Alleen als zij het er met elkaar over eens zijn dat een vergoeding ter hoogte van het «standaardmaximum» (of lager) tekort schiet kunnen zij van de ruimte tussen het «standaardmaximum» en het «hogere maximum» gebruik maken. (Dit betekent dat alleen gebruik kan worden gemaakt van het hogere maximum wanneer er sprake is van een contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.)

Tegelijkertijd betekent de overstap van vaste dbc-tarieven naar max-max-tarieven voor de huidige gebudgetteerde ggz-instellingen ook dat zij lagere prijzen kunnen afspreken indien hun cliëntenpopulatie een lager dan gemiddelde zorgzwaarte heeft. Het ligt dus in de lijn der verwachting dat er prijsdifferentiatie zal ontstaan. Er is vanuit deze optiek geen reden om een gemiddelde prijsverhoging te verwachten.

In antwoord op een vraag van de PvdA-fractie heb ik al toegelicht waarom ik verwacht dat de tarieven gemiddeld onder het niveau van het «standaardmaximum» zullen uitkomen.

De D66-fractie is het met mij eens dat de verschillen in zorgvraagzwaarte beter in het dbc-systeem verwerkt dienen te worden en vraagt in dit kader in hoeverre ik denk dat de voorgestelde max-max tarieven een oplossing bieden voor het feit dat de kostprijs van een behandeling in de tweede of derde lijn naar alle waarschijnlijkheid hoger zal liggen dan de kostprijs van een behandeling bij de anderhalve lijn.

Allereerst is van belang dat de dbc-producten zo zijn opgebouwd dat de zwaarte van de zorgvraag, voor zover deze ertoe leidt dat de behandeling langer duurt of intensiever is, al ondervangen is in de prijs van het product. De productprijs is namelijk mede afhankelijk van de door de behandelaar(s) aan de behandeling bestede tijd. De max-max tarieven bieden met name een oplossing wanneer de zwaarte van de zorgvraag tot meer dan gemiddelde kosten leidt om andere redenen, bijvoorbeeld omdat bovengemiddeld duur personeel moet worden ingezet, bijvoorbeeld zeer ervaren of hoog gekwalificeerde hulpverleners. Op basis van de analyse en het advies van de NZa, en het standpunt van GGZ Nederland, verwacht ik dat de max max tarieven een oplossing bieden voor deze problemen. Het vraagt zoals gezegd wel van aanbieders dat zij aan zorgverzekeraars inzichtelijk maken waarom zij een hoger dan gemiddeld tarief nodig hebben. Dat is in het kader van de transparantie en doelmatigheid een goede ontwikkeling.

D66-fractie vraagt mij om specifieker te zijn over de termijn waarbinnen de doorontwikkeling van het dbc-systeem vorm moet krijgen. D66 vraagt of ik een datum kan aangeven waarop kan worden bezien of de doorontwikkeling van het dbc-systeem, en dan specifiek met het oog op de zorgzwaarte, geslaagd is.

Zoals ik in reactie op een vergelijkbare vraag van de PvdA-fractie al heb aangegeven, ben ik hierover in overleg met het veld. Op dit moment kan ik dan ook nog geen uitsluitsel geven over termijnen. Dat geldt ook voor de termijnen op het gebied van het inzichtelijk maken van zorgzwaarte. Diverse factoren die relevant zijn voor het in kaart brengen van de zwaarte van de zorgvraag van een cliëntenpopulatie zijn overigens nu al inzichtelijk te maken op basis van de (voor)metingen die in het kader van Routine Outcome Monitoring (ROM) door zorgaanbieders worden uitgevoerd en die worden aangeleverd aan Stichting Benchmark GGZ (een trusted third party).¹ Op basis van deze gegevens kunnen verzekeraars en instellingen een redelijk beeld krijgen van de zwaarte van de zorgvraag van een cliëntenpopulatie in vergelijking met andere cggz-instellingen. Betrokken partijen zien echter allen het nut in van het aanbrengen van verbeteringen in het transparant maken van de zwaarte van de zorgvraag van cliënten en willen dit voortvarend oppakken.

De D66-fractie geeft aan dat de koppeling van routine outcome measurement (ROM) en de dbc's op dit moment nog problemen oplevert. De fractie wil weten in hoeverre ik bij het opstellen van het tijdspad van de invoering van de prestatiebekostiging hiermee rekening heb gehouden en hoe ik dit ga verbeteren.

De uitwisseling van ROM-gegevens via de Stichting Benchmark GGZ en de koppeling van ROM-gegevens aan dbc's is inderdaad nog niet volledig gerealiseerd. Dat is ook begrijpelijk aangezien dit een zeer omvangrijk initiatief is, dat zowel van zorgaanbieders, zorgverzekeraars als de Stichting Benchmark GGZ veel werk vereist. Zoals ik in mijn brief heb

¹ Zie het rapport van Zorgmarktadvies dat met de voorhangbrief is meegestuurd over zorgzwaarteproblematiek.

aangegeven verwacht ik dat ook op dit gebied in 2013 en 2014 vervolgstappen worden gezet die het systeem verder verbeteren. (Dit conform de bestuurlijke afspraken die GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland hierover hebben gemaakt en die ik in antwoord op een vraag van de PvdA-fractie heb toegelicht.) Dit is een van de redenen waarom ik ervoor heb gekozen per 2013 een licht transitie-model in te stellen. Ik verwacht dat juist de invoering van prestatiebekostiging zorgaanbieders een impuls zal geven om nog transparanter te zijn over de geleverde zorg en te investeren in de uitwisseling van ROM-gegevens.