

Vergaderjaar 2011–2012

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 160

Ontvangen ter Griffie op 22 februari 2012.
De aanwijzing kan niet eerder worden gedaan
dan op 24 maart 2012.

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 februari 2012

In mijn brief van 10 juni 2011 (Voornemens curatieve ggz, TK 25 424, 118) heb ik u laten weten dat mijn inzet is dat de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz) in 2013 overgaat op prestatiebekostiging. De NZa heeft op mijn verzoek een implementatieplan voor invoering van prestatiebekostiging opgesteld, dat ik op 30 november 2011 heb ontvangen (in de bijlage treft u dit implementatieplan aan¹). Door middel van deze brief reageer ik op het implementatieplan en informeer ik u over mijn beleidslijn. Mijn voornemen is om op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om de in deze brief gepresenteerde beleidsvoornemens daar waar van toepassing uit te werken in beleidsregels. Op grond van artikel 8 van de Wmg informeer ik u hierbij over de zakelijke inhoud van de voorgenomen aanwijzing.

Invoering prestatiebekostiging

In het regeerakkoord is de doelstelling opgenomen om prestatiebekostiging in de curatieve ggz in te voeren en verzekeraars risicodragend te maken voor de curatieve ggz. De invoering van prestatiebekostiging is onderdeel van integrale bestuurlijke afspraken over een brede inhoudelijke beleidsagenda die ik met de ggz-sector aan het maken ben.² Thema's die daarbij aan de orde komen zijn onder meer de versterking van de eerstelijns, ambulantisering, zelfmanagement, kwaliteit van zorg, transparantie, bekostiging, budgettaire beheersbaarheid en risicodragendheid. In de komende periode zal er meer duidelijkheid ontstaan over de uitkomst van deze gesprekken evenals over de macrobudgettaire kaders voor de komende jaren.

De invoering van prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve ggz is een van de voorwaarden voor de ontwikkeling van de juiste prikkels om samenhangende en doelmatige zorg rondom de patiënt te organiseren. Anders dan de huidige aanbodsgerichte budgetsystematiek is prestatiebe-

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Deze agenda laat uiteraard onverlet dat er ruimte blijft bestaan voor specifiek beleid voor bepaalde doelgroepen, zoals cliënten die onder bemoeiing vallen en (ex-) forensische cliënten.

kostiging namelijk persoonsgebonden. Dit levert voor de zorgaanbieder prikkels op om behandeluitkomsten transparanter te maken en stimuleert de totstandkoming van zorgpaden. De prikkels om gepaste, kwalitatief goede zorg te leveren nemen hierdoor toe. Dit is ook goed vanuit het streven om mensen die vanwege psychische klachten uitvallen op hun werk, zo snel mogelijk terug te leiden naar de arbeidsmarkt.

Op dit moment verkeert de ggz-sector ergens tussen een aanbodgereuleerd en een vraaggestuurd systeem. In feite wordt zo het slechtste van twee werelden gecombineerd. De gebudgetteerde instellingen worden nog steeds bekostigd via de budgetsystematiek op basis van awbz-parameters, terwijl ze sinds 2008 tegelijkertijd declareren op basis van diagnosebehandelingcombinaties (dbc's), de zogenaamde dubbele administratie. Voor een relatief klein deel (niet gebudgetteerde instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders) is sprake van volledige prestatiebekostiging. Dit ongelijke speelveld wordt nog vergroot doordat de eerste groep aanbieders onderhandelt met de per regio aangewezen representerende zorgverzekeraar, terwijl de tweede groep aanbieders met de individuele verzekeraars onderhandelt, zoals beoogd in de Zvw. Dit hybride systeem zorgt – zoals gezegd – niet alleen voor een ongelijk speelveld voor ggz-aanbieders en zorgverzekeraars, maar is ook ontransparant en leidt bovendien tot extra administratieve lasten voor de gebudgetteerde instellingen.

Aan deze situatie maak ik de komende jaren een einde. Ik wil met het oog op een kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke tweedelijns curatieve ggz toe naar een gelijk speelveld met optimale ruimte voor dynamiek, waarin het leveren van goede patiëntvriendelijke zorg loont. Daartoe zet ik een aantal stappen. Per 2013 wordt de registratie van awbz-parameters afgeschaft, waardoor de dubbele administratie komt te vervallen en er sectorbreed prestatiebekostiging wordt ingevoerd. Alle zorgaanbieders worden dan bekostigd op basis van dbc's. In verband met de noodzaak van een behoedzame overgang zal wel in 2013 een transitie-model worden ingevoerd 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 overgangsmoedel meer. Tegelijkertijd worden de huidige dbc-tarieven, die gebaseerd zijn op gemiddelde kosten (het zijn maximumtarieven voor de ongebudgetteerde aanbieders en vaste tarieven voor de gebudgetteerde aanbieders), in 2013 vervangen door asymmetrische bandbreedtetarieven, in de vorm van een zogenaamd max-max tarief¹, wat voor zorgverzekeraars het belonen van kwaliteit en doelmatigheid mogelijk maakt. Hierdoor hebben bijvoorbeeld instellingen die zorg leveren aan patiënten met een zware zorgvraag meer ruimte om met verzekeraars in onderhandeling te gaan over een passende vergoeding, in bepaalde gevallen mogelijk boven het huidige maximum-tarief. Aan de andere kant maken de bandbreedtetarieven het ook mogelijk dat met aanbieders voor minder zware zorg tarieven worden afgesproken die onder het niveau van de huidige vaste tarieven liggen.

¹ Bij een max-max tarief is er een standaardmaximum en een hoger maximum. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen onderling afspreken gebruik te maken van het hogere maximum wanneer zij het erover eens zijn dat in het betreffende geval het standaardmaximum tekort schiet. Dit betekent dat alleen gebruik gemaakt kan worden van het hogere maximum wanneer er sprake is van een contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

De stappen richting prestatiebekostiging geven een positieve impuls aan de al lopende ontwikkelingen op het gebied van transparantie. In een dynamisch en vraaggestuurd systeem hebben verzekeraars namelijk behoefte aan meer sturingsinformatie, en aanbieders zijn er bij gebaat als zij meer inzichtelijk kunnen maken waarin zij zich van anderen onderscheiden, wat hun meerwaarde is, zowel richting de zorgverzekeraar als richting de patiënt. Initiatieven die des te belangrijker zullen worden zijn bijvoorbeeld de koppeling van dbc's met ROM (Routine Outcome Monitoring)-gegevens (gegevens over behandeluitkomsten) en de

uitwisseling daarvan tussen zorgaanbieders en -verzekeraars via de Stichting Benchmark GGZ, en de verschillende lopende initiatieven om zwaarte van de zorgvraag meer inzichtelijk te maken voor zorgverzekeraars.¹ Het samenspel tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zal mede door deze initiatieven in toenemende mate efficiënte, doelmatige, en kwalitatief hoogwaardige zorg stimuleren.

Binnen een systeem van prestatiebekostiging zullen ook kapitaallasten deel uitmaken van de tussen zorgaanbieders en verzekeraars afgesproken prijzen. Hierdoor worden de prikkels voor instellingen vergroot om efficiënter om te gaan met hun vastgoed en daarbij ook meer rekening te houden met de behoeften van hun ggz-cliënten. In de voorhangbrief «Integrale tarieven langdurige zorg en de gehele ggz» van 1 juni 2011 (Kamerstuk 30 597, nr. 187) (aan het parlement) is reeds ingegaan op de wijze waarop de kapitaallasten in de maximum dbc-tarieven moeten worden verwerkt. Daarbij is ook aangegeven dat de invoering van integrale tarieven binnen de grenzen van het budgettaire kader zorg moet plaatsvinden.

Aan de vraagzijde van het stelsel dienen zorgverzekeraars te worden geprikkeld om scherp in te kopen en daarmee hun voorziene rol op te pakken. Hiertoe zal het ex ante risicovereveningsmodel geoptimaliseerd worden en zullen ex post compensaties conform het regeerakkoord worden afgebouwd. In de hoofdtekst van het Regeerakkoord wordt in dit kader gesproken over «het in verantwoord tempo afschaffen van ex post compensaties voor zorgverzekeraars». 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.»

De eerste stappen in het afbouwen van de ex post compensaties heb ik al gezet. De belangrijkste stap is dat per 2012 – dus drie jaar eerder dan in het regeerakkoord staat aangekondigd – de macronacalculatie volledig is afgeschaft met flankerend beleid. Jaarlijks, in september, neem ik een besluit over de maatvoering van de afbouw van de ex post compensaties in het volgende jaar en stel ik de Tweede Kamer in kennis van dit besluit. Hiermee krijgen zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders meer stimulansen en mogelijkheden om afspraken te maken over het toepassen van meer doelmatige werkwijzen en het verbeteren van kwaliteit, rekening houdend met de wensen van patiënten.

Een beheerste, behoedzame invoering

De invoering van prestatiebekostiging moet verantwoord en behoedzaam gebeuren. Abrupte veranderingen in opbrengsten alleen als gevolg van de overstap van budgettering naar prestatiebekostiging (systeemrisico's) moeten voorkomen worden.

In haar implementatieplan stelt de NZa dat er geen verdere transitiemaatregelen nodig zijn om systeemrisico's voor de instellingen als gevolg van de overgang te voorkomen. Hierbij speelt een rol dat de sector zich al vier jaar heeft kunnen voorbereiden op een overstap naar prestatiebekostiging en dat GGZ Nederland zelf geen generiek transitieplan nodig acht (alleen voor een handvol instellingen zouden volgens GGZ Nederland eventueel maatwerkoplossingen nodig kunnen zijn om de transitie goed door te kunnen komen). Echter, 2012 is vanwege de genomen maatregelen een zwaar jaar voor de sector. Hierdoor worden de buffers van instellingen mogelijk aangesproken en wordt de kans dat er instellingen

¹ O.a. onderzoek van SIRM naar voorspellende waarden op basis van ROM-begintellingen; onderzoek van DBC Onderhoud naar voorspellende factoren op basis van analyse DIS (Dbc Informatie Systeem).

zijn die de systeemrisico's niet op eigen kracht kunnen opvangen groter. Daarom acht ik extra voorzichtigheid geboden bij het doorvoeren van systeemwijzigingen die mogelijk op microniveau een te abrupt financieel effect kunnen hebben. Daarnaast is de sector nog in ontwikkeling. In 2013 en 2014 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 zorgvraagzwaarte en aan de ontwikkeling van zorgpaden. Om deze redenen zal ik de NZa vragen om een licht transitieplan in te stellen, dat in het jaar 2013 extra zekerheid geeft aan instellingen. Op het transitieplan ga ik later in deze brief nog nader in.

De invoering van prestatiebekostiging moet budgettair beheerst en binnen de beschikbare kaders plaatsvinden. Mijn uitgangspunt is dat overschrijdingen kunnen worden voorkomen. In 2011 heb ik al afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over een scherpere zorginkoop voor 2012. Ik krijg veel signalen uit het veld dat de zorgverzekeraars zich goed aan deze afspraken houden. Ook uit de consultatie die de NZa heeft gehouden ten behoeve van haar implementatieplan is dat naar voren gekomen. Die afspraken wil ik voortzetten en waar wenselijk verder aanscherpen. Ik heb het vertrouwen dat door deze afspraken overschrijdingen voorkomen kunnen worden.

Toch moet het, net als in de ziekenhuissector, in het geval van onverhoopte overschrijdingen mogelijk blijven om – bij wijze van *ultimum remedium* – achteraf kortingsmaatregelen te nemen. Op dit moment kan dat nog door een budget- en tariefkorting op te leggen. Met de invoering van prestatiebekostiging vervalt de mogelijkheid tot het opleggen van een budgetkorting. De mogelijkheid tot het doorvoeren van een tariefkorting blijft bestaan, daarnaast bestaat de mogelijkheid om het (MBI) macrobeheersinstrument in te zetten. Dit laatste betekent dat een wettelijk macrobudgettair plafond wordt vastgesteld voor alle zorgaanbieders. In het geval van een onverhoopte overschrijding van dat macroplafond worden de zorgaanbieders gekort volgens een vooraf bekend gemaakte verdeelsleutel. Zij dienen dan een bedrag in het Zorgverzekeringsfonds te storten.

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. Daarom wil ik in overleg met het veld en de NZa een zogenaamd «gedifferentieerd» MBI¹ uitwerken, dat volgens deze uitgangspunten werkt² en dat van toepassing is op alle aanbieders (instellingen en vrijevestigden). Op die manier ontstaat er meer zekerheid vooraf voor aanbieders. Ik bekijk momenteel – in overleg met het veld en de NZa en in aansluiting op soortgelijk overleg met de tweedelijns somatische sector – hoe een dergelijk gedifferentieerd MBI op een effectieve, uitvoerbare en juridisch solide wijze kan worden vormgegeven. Alleen als dit geen effectieve, uitvoerbare en juridisch houdbare variant van een gedifferentieerd MBI oplevert moet worden teruggevallen op een «generieke» kortingsmaatregel (ook alleen als *ultimum remedium*). Hierbij worden alle zorgaanbieders bij een onverhoopte overschrijding naar rato van marktaandeel gekort; dat betekent dat het kortingspercentage voor iedereen hetzelfde is.

¹ Het opleggen van een naar instelling gedifferentieerde *tariefkorting* is onwenselijk, omdat daarmee instellingsspecifieke tariefregulering zou ontstaan. Vandaar dat hier gesproken wordt over een gedifferentieerd MBI.

² Bijvoorbeeld door zorgaanbieders die zich aan hun contractafspraken hebben gehouden minder of niet te korten.

Productstructuur en tarieven

Een belangrijke voorwaarde voor een verantwoorde sectorbrede overstap naar prestatiebekostiging per 2013 is dat de dbc ggz productstructuur voldoende stabiel is. De NZa stelt in haar implementatieplan dat de productstructuur veldpartijen in staat stelt hun zorg adequaat te bekos-

tigen. De NZa heeft aangegeven dat ook veldpartijen de productstructuur voldoende stabiel achten. Ik onderschrijf het standpunt van de NZa dat de productstructuur veldpartijen in staat stelt hun zorg adequaat te bekostigen. Ik heb genoeg vertrouwen in de dbc-productstructuur als basis voor prestatiebekostiging per 2013.

Volgens de NZa zijn enkele beperkte aanpassingen van de productstructuur voldoende om de overgang naar prestatiebekostiging mogelijk te maken.¹ Deze aanpassingen worden meegenomen in de doorontwikkelagenda van DBC Onderhoud, zodat de productstructuur in 2013 toegerust is op invoering van prestatiebekostiging. Het huidige dbc-systeem gaat dan voor alle zorgaanbieders per 2013 de basis vormen voor hun bekostiging, zodat er wat dat betreft een gelijk speelveld ontstaat.

Dat betekent natuurlijk niet dat het dbc-systeem niet nog verder verbeterd kan en moet worden. Er wordt daarvoor een doorontwikkelagenda opgesteld die zich richt op de middellange termijn. Die moet onder meer voorzien in een betere verankering van verschillen in zorgvraagzwaarte in het dbc-systeem, waarbij minder dan nu de nadruk komt te liggen op tijdschrijven en een betere koppeling wordt gemaakt tussen diagnose, zorgvraag en behandeling (met een normatieve component), als eerste stap in de richting van outcomebekostiging. Hierbij zou kunnen worden aangesloten bij kennis die ontwikkeld wordt over zorgpaden in de gespecialiseerde tweedelijnszorg.

Ik heb de NZa ook gevraagd te beoordelen in hoeverre vrijere tarieven in de ggz mogelijk zijn. De NZa stelt dat de ggz-sector zich goed ontwikkelt op de belangrijkste parameters² voor liberalisering van tarieven. Daarom is het volgens de NZa verantwoord om een stap te zetten in de liberalisering van de tarieven. Voor gebudgetteerde instellingen gelden nu nog vaste dbc-tarieven. Op basis van advies van de NZa stel ik voor asymmetrische bandbreedtetarieven in te stellen, in de vorm van een max-max tarief van +10% ten opzichte van het zogenaamde «standaardmaximum». De ondergrens van de bandbreedte dient 0% te zijn.

Binnen deze bandbreedte kunnen zorgaanbieders prijsafspraken maken, wat enerzijds het realiseren van meer doelmatigheid faciliteert, en anderzijds zorgaanbieders met een patiëntendoelgroep die zo zwaar is dat het dbc-tarief niet voldoet, de mogelijkheid biedt om met zorgverzekeraars in gesprek te gaan over een hogere vergoeding.³ Ik verwacht geen opwaartse druk op de prijzen omdat deze bandbreedte ook ruimte geeft aan verzekeraars om voor de (veel) minder zware zorg (veel) lagere tarieven af te spreken. Ook het bieden van een beloning voor hogere kwaliteit wordt beter mogelijk.

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 zijn die – wegens hun kleine omvang en specifieke cliëntenpopulatie – niet uit kunnen komen met de huidige dbc-tarieven en behoefte hebben aan de mogelijkheid om een prijs te bedingen die boven het huidige vaste dbc-tarief ligt. Daar staat – zoals gezegd – tegenover dat voor een groot deel van de zorg een lager tarief dan het huidige maximumtarief kan worden afgesproken. Ik verwacht dat zorgverzekeraars als uitgangspunt bij de onderhandelingen ruim onder het huidige maximumtarief zullen gaan zitten. Dit is al gebruikelijk in het deel van de sector dat in 2008 is overgegaan op prestatiebekostiging (zie ook de bijgevoegde marktscan van de sector). Ik verwacht dat zij bovendien zeer terughoudend zullen zijn in het afspreken van prijzen boven het huidige maximum.

¹ Namelijk opname van «overige producten» en (een deel van de) individuele componenten in de productstructuur (zie ook de paragraaf «individuele componenten en crisiszorg» en nadere toelichting in het bijgevoegde implementatieplan).

² Zoals mate van transparantie, voldoende competitieve aanbieders, en risicodragendheid van zorgverzekeraars.

³ In het zeer uitzonderlijke geval dat zorgverzekeraar en zorgaanbieder samen concluderen ook niet uit te kunnen komen met max-max tarief, kunnen zij een beroep doen op de afwijkingsbevoegdheid van de NZa. De NZa verwacht dat er een beperkt aantal instellingen zijn, die ondanks het invoeren van een max-max tarief, hun begroting niet sluitend zouden kunnen krijgen.

Het transitie­model

Zoals hierboven aangegeven zal ik de NZa vragen om een licht transitie­model vorm te geven. Het transitie­model heeft als doel de systeemrisico's voor instellingen en overheid te beheersen. Het transitie­model is op hoofdlijnen vergelijkbaar met het model dat ik in de ziekenhuissector heb ingevoerd. Het heeft op instellingsniveau en op macroniveau een dempend effect op opbrengstmutaties die puur het gevolg zijn van de technische aspecten van de systeemovergang. Het belangrijkste verschil ten opzichte van het ziekenhuismodel is dat het ggz-model een eenjarig model is, waarbij bovendien geen noodzaak bestaat tot het blijven registreren van awbz-parameters.

Ik zal de NZa verzoeken het transitie­model als volgt vorm te geven: ultimo 2012 maken representerende verzekeraars éénmalig dubbele productieafspraken voor 2013 met de huidige gebudgetteerde instellingen, namelijk in termen van awbz-parameters en in termen van dbc's. De wijze waarop verzekeraars afspraken maken met de overige zorgaanbieders wijzigt niet. De productieafspraken in termen van dbc's worden gemaakt op basis van bandbreedtetarieven. Anders dan in voorgaande jaren kunnen alle instellingen en verzekeraars dus ook over de prijs van de dbc's onderhandelen¹. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar melden aan de NZa de gemaakte productieafspraken in termen van awbz-parameters en in termen van dbc's. De NZa berekent ultimo 2012 het verschil tussen beide afspraken, en bepaalt het transitiebedrag op 70% van dit verschil. Het bedrag kan daarna niet meer gewijzigd worden.² Het bedrag is positief (+) als de dbc-afspraken minder opleveren dan de afspraken in budgetparameters zouden opleveren, het bedrag is negatief (-) als de dbc-afspraken meer opleveren dan de afspraken in budgetparameters op zouden leveren.

Per 2013 voeren alle zorgaanbieders alleen nog een dbc-administratie. De verantwoording en nacalculatie op basis van awbz-parameters wordt afgeschaft. De huidige gebudgetteerde instellingen worden over 2013 afgerekend op basis van gerealiseerde productie in termen van dbc's voor zover hier productieafspraken met verzekeraars aan ten grondslag liggen. Daarnaast krijgen zij het door de NZa vooraf vastgestelde transitiebedrag uitgekeerd (wanneer het een positief bedrag is) of in rekening gebracht (wanneer het een negatief bedrag is).

Per 2014 is het representatiemodel niet meer nodig. Sectorbreed onderhandelen zorgaanbieders met individuele verzekeraars op basis van dbc's. Er wordt geen transitiebedrag meer uitgekeerd of in rekening gebracht.

Individuele budgetcomponenten en crisishulp

¹ In de huidige situatie kunnen alleen ongebudgetteerde zorgaanbieders over de dbc-prijs onderhandelen.

² Overigens kunnen net als nu de productieafspraken in termen van dbc's gedurende het jaar in overleg tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar bijgesteld worden. Dit is niet van invloed op het transitiebedrag.

³ Het gaat om de budgetcomponenten «dienstverlening», «bestendig beleid», «bijzonderheid organisatie», «oorlogsslachtoffers», «vluchtelingen/asielzoekers», «doventoeslag», «intensieve crisishulpverlening», «snelle detoxificatie», «repatrianten», «dubieuze debiteuren», «lichamelijke gehandicapten», «SGLVG-bedden», «orthopsychiatrie» en «duurzaam verblijf verslaafden».

Wat betreft de crisishulp als specifieke zorgactiviteit geldt dat ik het eerdere advies van de NZa volg. Dat betekent dat ik conform het implementatieplan de NZa vraag om een variabele vergoeding op basis van een overig product (OVP) vast te stellen ter hoogte van de huidige parameterwaarde crisishulp in avond nacht en weekenduren (ANW) minus de parameterwaarde tijdens kantooruren. Dit op basis van het door hen aangekondigde kostenonderzoek.

Met de introductie van prestatiebekostiging vervallen per 2013 ook alle andere zogenaamde individuele budgetcomponenten. Dit zijn budgetcomponenten die enkele instellingen ontvangen voor bepaalde specifieke activiteiten, functies en/of voorzieningen.³ De diversiteit aan (zorg)activiteiten die via deze budgetcomponenten wordt bekostigd is groot. Voor

een aantal functies die nu via deze budgetcomponenten worden bekostigd en waarvoor niet voorzien is in financiering via dbc-tarieven, heeft de NZa mij geadviseerd een alternatieve financiering te regelen. Het betreft hier enkele functies die nu via de componenten «bestendig beleid», «bijzonderheid organisatie», «oorlogsslachtoffers» en «vluchtelingen/asielzoekers» worden bekostigd.

Ik ben voornemens om deze functies per 2013 in aanmerking te laten komen voor bekostiging met een beschikbaarheidsbijdrage op basis van de Wmg. Omdat op dit moment ook al een aparte bekostiging bestaat voor deze functies (in de vorm van de genoemde individuele budgetcomponenten) is dit een budgettair neutrale operatie. Het gaat hier ten eerste om de landelijke kennisfunctie van Centrum '45 en ten tweede om specifieke voorzieningen van het Sinai Centrum.

Voor de inzet van doventolken kan aanspraak worden gemaakt op de regeling die hiervoor nu geldt in de AWBZ.

Tot slot

Door dit pakket aan maatregelen kan op een verantwoorde en beheerste wijze de overstap naar prestatiebekostiging worden voltooid. In 2013 is de overgang naar bekostiging op basis van dbc's afgerond. In 2014 kan ook het transitie-model worden losgelaten, zodat het samenspel tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaat functioneren zoals beoogd in de Zvw. Er 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.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers