

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 brief van 24 maart 2014 inzake Voorgenomen aanwijzing over bekostiging langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz en de toepasbaarheid van het macrobeheersinstrument (30 597, nr. 426).

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de Minister	9

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 bekostiging van de langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz. Zij hebben nog enkele vragen. Vanaf 2015 wordt het gedeelte van de langdurige ggz dat naar de Zvw wordt overgeheveld bekostigd op basis van de huidige AWBZ-prestaties. Dit is een andere financieringsvorm dan de overige ggz-zorg in de Zvw. Uiteindelijk zullen alle vormen van ggz-zorg in de Zvw op basis van één bekostigingssysteem worden. Dit wordt naar verwachting in 2017 ingevoerd. Tot die tijd bestaan derhalve verschillende bekostigingen van ggz-zorg in de Zvw. In hoeverre leidt het bestaan van deze verschillende systemen tot problemen voor zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders? Aanvullend vragen deze leden wat het uitgangspunt zal zijn bij deze nieuwe bekostiging. De Minister geeft aan dat in de nieuwe product-structuur beter een relatie te leggen is tussen de zorgvraag van een patiënt en de behandelinzet. Houdt dit in dat met deze nieuwe product-structuur financiering op basis van uitkomst plaats zal vinden? Het streven is zorgverzekeraars volledig risicodragend te maken ultimo 2017. Hiertoe wordt de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel verbeterd via een aantal stappen. Kan de Minister aangeven wat in deze tussenliggende jaren de inzet is ten aanzien van de ex post compensaties: worden deze gedurende deze periode waar mogelijk al afgebouwd, of vindt deze afbouw vanaf 2017 plaats?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de bekostiging van de intramurale op behandeling gerichte ggz en hebben daarover nog enige vragen en opmerkingen.

Inleiding

De leden van de PvdA-fractie zetten vraagtekens bij de stellige opmerking dat door er de overheveling een prikkel blijft voor verzekeraars en zorgaanbieders om in te zetten op herstel, zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Immers, in geval de kosten die zorgverzekeraars maken worden onder gecompenseerd, vormt dit een prikkel om niet te investeren in zorg voor deze patiënten, en deze juist zo snel mogelijk door te laten stromen naar de Wlz. Tegelijkertijd bestaat er in geval van eventuele overcompensatie de prikkel om deze patiënten zo lang mogelijk deze zorg te verlenen. De hoogte van de compensatie en de mate waarin deze de werkelijk gemaakte kosten dekt, lijkt meer van invloed dan de abstracte gedachte dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders altijd baat hebben bij het streven naar ambulantisering. Genoemde leden vragen dan ook in hoeverre er zicht is op de werkelijke kosten die gemoeid zijn met deze zorg, in hoeverre de nieuwe bekostiging de gemaakte kosten dekt en of het risicovereveningssysteem fijnmazig genoeg is om verschillen in de populatie van zorgverzekeraars te compenseren. Hoe ziet de Minister deze zorg? Hoe draagt zij zorg voor inzicht in de werkelijk kosten? Welke

aanpassingen in het risicovereveningssysteem ziet zij voor zich om risicoselectie door zorgverzekeraars tegen te gaan?

Bekostiging langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ver de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is gevorderd met de inhoudelijke verbetering van de productstructuur voor de gespecialiseerde ggz. Welke knelpunten resteren er momenteel en wanneer zijn deze naar verwachting weggenomen?

Correct declareren

Genoemde leden zouden graag meer informatie krijgen over de machtigingen die zorgverzekeraars in kunnen zetten voor de controle van de juiste indicatiestelling. Op welke wijze stellen deze machtigingen verzekeraars in staat zicht te houden op dit proces? Ook zouden deze leden graag meer informatie verkrijgen over de genoemde geautomatiseerde toetskaders. Op welke wijze bieden deze geautomatiseerde toetskaders de zorgverzekeraars zicht op een juiste indicatiestelling door de behandelaar? Genoemde leden begrijpen dat de profielbeschrijvingen van de zzp's opgenomen dienen te worden in de regelgeving van de NZa. Zij vragen hieromtrent of deze profielbeschrijving past binnen de systematiek die de NZa hanteert. Zijn hier op voorhand conversieproblemen te verwachten? Hoe zouden deze eventuele conversieproblemen vermeden kunnen worden?

De leden van de PvdA-fractie zien de ratio achter het verschaffen van voldoende informatie op de factuur. Niet alleen geeft dit goede handvatten ter controle aan de zorgverzekeraar, maar past het ook binnen de tendens de patiënt zijn rekeningen te kunnen laten controleren. Wel vragen zij welke toename van de administratieve lasten voor zorgaanbieders dit voornemen met zich meebrengt en hoe de privacy van de patiënt gewaarborgd blijft. Hoeveel specifieke informatie over de klachten van de patiënt zal er op de rekening dienen te staan? Hoe wordt gewaarborgd dat deze informatie niet toegankelijk is voor degenen die hier niet toe bevoegd zijn? Genoemde leden hebben er eerder op gewezen dat de gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar veilig moet zijn en de patiënt altijd de baas moet blijven over zijn eigen gegevens.

De leden van de PvdA-fractie onderschrijven de opmerkingen van de NZa dat gedurende de implementatie ook aandacht gegeven zal worden aan de fraudebestendigheid en de frauderisico's van het systeem. Genoemde leden hebben reeds bij herhaling aangegeven dat fraude onacceptabel is en hard dient te worden aangepakt. Zij vragen in hoeverre lessen omtrent correct declareren en het voorkomen van fraude in andere sectoren van de zorg betrokken worden tijdens deze implementatie. Genoemde leden zijn geschrokken van de opmerkingen in het NZa advies dat het momenteel alleen mogelijk is om de fraudegevoeligheid van het systeem op hoofdlijnen te analyseren. Deze leden zijn van mening dat eerdere lessen uit andere sectoren en best practices ter voorkoming van fraude wel degelijk handvatten kan bieden om de fraudegevoeligheid meer in detail te kunnen beoordelen. Zij pleiten dan ook, juist nu deze nieuwe bekostigingssystematiek nog in ontwikkeling is, voor «safety by design». Ofwel, een vormgeving van deze bekostigingssystematiek waarbij bekende frauderisico's op voorhand aandacht krijgen en zo veel mogelijk weggenomen worden. Graag vernemen zij hoe de Minister tegenover een dergelijke aanpak staat.

Kostenbeheersing

De leden van de PvdA-fractie vragen in welke mate de Zvw premie, alsook de Wlz premie wordt beïnvloedt door verschuivingen in groepen patiënten tussen deze twee regimes. Genoemde leden zien een scenario voor zich dat bij strengere criteria voor instroom van ggz patiënten in de Wlz, de premie voor de Wlz daalt terwijl de premie van de Zvw stijgt. Ziet de Minister de objectieve criteria voor instroom in de Wlz van ggz patiënten ook als een instrument waarmee de premie voor zowel Zvw als Wlz beïnvloedt kan worden?

Deze leden zijn blij met de genoemde aanvullingen in het ex ante risicovereveningsmodel. Kan de Minister een overzicht geven van de mate waarin deze voorgestelde toevoegingen de voorspellende waarde van dit model ten goede komen? Genoemde leden vragen hierbij ook of de kwantiteit alsook de kwaliteit van de informatie die benodigd is voor de simulatie van het vereveningsmodel voor deze nieuwe productstructuur afdoende is. Is deze informatie in voldoende mate voorhanden en wat is de kwaliteit van deze informatie? Genoemde leden onderschrijven overigens dat een grotere risicodragendheid van zorgverzekeraars een prikkel inhoudt tot doelmatige zorginkoop, maar zij wijzen tegelijkertijd op de perverse prikkel die het gevolg is van een tekortschietend risicovereveningsstelsel, namelijk een aanzienlijk prikkel tot risicoselectie waarvan de patiënt uiteindelijk de dupe is. Genoemde leden wijzen er daarbij ook op dat een tekortschietend ex ante risicovereveningsmodel ook het gelijke speelveld voor de zorgverzekeraars verstoort. Op termijn zou een tekortschietend risicovereveningsmodel daardoor verzekeren aanzienlijk kunnen beperken in een keuze voor een zorgverzekeraar. Genoemde leden achten zowel deze risicoselectie als de verstoring van het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars ongewenst. Zij willen dan ook graag weten welke concrete aanpassingen er gemaakt worden in het ex ante risicovereveningsmodel teneinde deze perverse prikkels weg te nemen en een gelijk speelveld voor de zorgverzekeraars te garanderen.

De leden van de PvdA-fractie leren uit de beantwoording van de vragen omtrent het macrobeheersinstrument 2014 in relatie tot het advies van de commissie Baarsma (29 248, nr. 262) dat momenteel de resterende vraagstukken rondom de vormgeving en uitvoering van een gedifferentieerd macrobeheersinstrument (mbi) worden uitgewerkt. Genoemde leden vragen hoe het staat met de voortgang hiervan. Genoemde leden merken op dat zij eerder aangegeven hebben kritisch ten opzichte van een generiek mbi te staan, daar het een prikkel tot overproductie in zich draagt. Zij pleiten nogmaals voor de vormgeving van een gedifferentieerd mbi, danwel voor een ander instrument waarmee eventuele overschrijdingen gericht kunnen worden teruggehaald. Genoemde leden vragen ook of een specialistisch mbi ingezet zou kunnen worden om de kosten die gemaakt zijn voor behandelingen, waarvan in de praktijk blijkt dat er twijfel bestaat of deze effectief zijn, achteraf terug te halen. Afsluitend zouden genoemde leden graag willen weten of het risico op overschrijdingen van het macrokader ggz door het onderbrengen van de langdurige ggz, basis ggz, alsook gespecialiseerde ggz in één kader is toegenomen, danwel is afgenomen.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

Algemeen

De leden van de SP-fractie hebben met gemengde gevoelens kennisgenomen van de brief van de Minister. Genoemde leden maken zich grote zorgen over de plannen van de Minister om de langdurige intramurale ggz over te hevelen naar de zorgverzekeraars. Zij wijzen op het feit dat dergelijke private organisaties het doel hebben om de winst en het eigen

vermogen te vergroten. Veel geld bij zorgverzekeraars wordt besteed aan verkeerde doeleinden, waardoor deze leden zich grote zorgen maken over de invloed van zorgverzekeraars op de ggz.

Genoemde leden vragen ook of de wijziging in de vorm van de bekostiging van de langdurige intramurale ggz gepaard gaat met bezuinigingen en zo ja, om wat voor bedrag dit gaat (voor de komende vier jaar en de structurele bezuinigingsopgave). Kan de Minister een overzicht sturen van de bekostiging van de afgelopen jaren als het gaat om de ggz?

Verder vragen zij of de voorgenomen aanwijzing over de bekostiging consequenties heeft voor cliënten, werknemers en instellingen en zo ja, wat deze zijn en aan welke orde van grootte we moeten denken. Is bijvoorbeeld inzichtelijk hoeveel instellingen de deuren zullen sluiten, of en hoeveel banen er verloren gaan en of er wachtlijsten of andere onwenselijke effecten optreden? In dat licht bezien vragen deze leden of de kwaliteit, kwantiteit en continuïteit van de langdurige intramurale ggz door de voorgenomen wijziging in de bekostiging ervan in het geding komt. Zij verwachten een uitgebreide reactie op de gestelde vragen.

Inleiding

De leden van de SP-fractie hebben met eveneens gemengde gevoelens kennisgenomen van de door de regering uitgewerkte motie Keijzer/Bergkamp¹. Genoemde leden vragen of met de voorgenomen aanwijzing, recht wordt gedaan aan de genoemde motie waarin gesteld wordt dat er geen onderscheid gemaakt mag worden tussen de langdurige ggz en de overige langdurige zorg. De motie roept de regering immers op de langdurige ggz niet over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet. Deze leden zijn van mening dat dit met de voorgenomen aanwijzing desondanks (gedeeltelijk) gebeurt. Zij verwachten een uitgebreide toelichting op dit punt.

Kan de Minister aangeven hoeveel mensen op dit moment gebruik maken van de ggz? Kan de Minister de ontwikkeling van het aantal mensen dat een beroep doet op de ggz van de afgelopen 5 jaar schetsen en voor de komende 5 jaar? Kan de Minister een overzicht/tabel aan de Kamer doen toekomen hoe lang mensen gebruik hebben gemaakt van de ggz de afgelopen 5 jaar? Wat de verwachtingen zijn voor de komende 5 jaar op dit punt? Hoeveel mensen zitten nu in de AWBZ en gaan straks naar de Zorgverzekeringswet dan wel Wlz mochten de kabinetsplannen worden aangenomen?

Prestaties en toeslagen

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat op termijn te komen tot één bekostigingssysteem een goed streven is. Dat hierbij het huidige systeem van dbc's losgelaten wordt juichen deze leden toe. Zij hebben echter wel wat vragen over de productstructuur, waarover de Minister zo lovend is. Wat houdt deze bekostigingswijze exact in en betekent dit niet een verdere vermarkting van de ggz? Hoe gaat het de Minister voorkomen dat een nieuwe financieringsstructuur leidt tot nieuwe perverse financiële prikkels en productiegericht werken in plaats van te werken op basis van de behoefte van patiënten? Kan de Minister ook meer duidelijkheid geven over de zorgprofielen? Gezien de stand van het zoeken naar een alternatief bekostigingssysteem vragen zij of de genoemde streefdata voor invoering ervan, reëel zijn. Deze leden zijn van mening dat zorgvuldigheid leidend dient te zijn, niet tijdsdruk. Graag horen zij van de Minister of zij bereid is af te zien van genoemde streefdata zeker wanneer blijkt dat zorgaanbieders onvoldoende voorbereid zijn op een nieuw bekostigingssysteem. Zo nee, hoe gaat de Minister er dan voor zorgen dat er geen

¹ Kamerstuk 30 597-397

nadelige gevolgen zijn voor betrokken zorgaanbieders, medewerkers en cliënten zoals dat nu bijvoorbeeld wel het geval is bij jeugdzorginstellingen? Genoemde leden verwachten een uitgebreide reactie op de gestelde vragen.

Kapitaallasten

De leden van de SP-fractie vragen de Minister of de voorgenomen aanwijzing over de bekostiging van de langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz, ongewenste consequenties heeft op de kapitaallasten van zorgaanbieders? Deze leden denken hierbij aan de problemen zoals deze zich voordoen bij verzorgingshuizen die vanwege de bezuinigingen van deze regering in problemen dreigen te komen.² Zij vragen of soortgelijke problemen zich mogelijk voordoen bij instellingen voor de ggz. Zijn deze kosten evenals andere frictiekosten voorzien in de bezuinigingsdoelstelling? Is het niet wenselijk een collectief vangnet te creëren om de financiering van het vastgoed beter mogelijk te maken en de kapitaallasten beheersbaar? Genoemde leden verwachten een uitgebreide toelichting op dit punt.

Correct declareren

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over het onvoldoende afschermen van vertrouwelijke patiëntgegevens voor zorgverzekeraars. De Minister geeft aan dat om zorgverzekeraars in de positie te brengen dat toegezien kan worden dat de juiste zzp gedeclareerd wordt, er meer informatie op de factuur komt. Is dit niet in strijd met het medisch beroepsgeheim? Welke mensen met welke achtergrond van de zorgverzekeraars houden zich bezig met de declaraties? Hoe garandeert de Minister dat de zorgverzekeraars geen inzicht krijgen in vertrouwelijke patiëntgegevens of deze eenvoudig kunnen herleiden op basis van vermelde kenmerken op de factuur? Deze leden verwachten hierop een uitgebreide toelichting.

Genoemde leden vragen voorts of de voorgenomen wijzigingen van het ex ante vereveningsmodel voldoende zijn. Is de Minister evenals deze leden van mening dat het ex ante vereveningsmodel voor de ggz erg lastig is? Wanneer is het ex ante vereveningsmodel volgens de Minister van zodanige kwaliteit, dat ex post verevening afgebouwd kan worden? Naar mening van de leden van de SP-fractie is het überhaupt niet mogelijk uit te sluiten dat cliënten de dupe worden van risicoselectie bij de ggz met uitsluiten van het ex post vereveningsmodel. Zij verwachten ook op dit punt een uitgebreide reactie.

Kostenbeheersing, risicodragendheid en macrobeheersinstrument

De leden van de SP-fractie delen zoals gezegd de wens van de Minister om ambulantisering te bevorderen. Het belang van de cliënt moet daarbij echter altijd voorop blijven staan naar mening van deze leden. Als ambulante behandeling en begeleiding onvoldoende zijn moet klinische behandeling en begeleiding gewaarborgd zijn. Hoeveel intramurale capaciteit dient te worden afgebouwd volgens de Minister? Is bij een dergelijke taakstelling nog voldoende intramurale capaciteit gegarandeerd gezien de behoefte bij patiënten? Zij vragen ook hoe voorkomen kan worden dat met de overheveling van de langdurige ggz naar de Zorgverzekeringswet, onder druk van zorgverzekeraars de kwaliteit van de zorg in het geding komt. Hoe gaat de Minister voorkomen dat niet de zorgbe-

² Zie onder andere «Banken: Miljarden strop sluiting verzorgingshuizen», banken.nl, d.d. 2 mei 2014

hoeft maar het geld leidend wordt? Genoemde leden verwachten een uitgebreid antwoord op dit punt.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De Minister geeft aan dat zij niet voldoende tijd heeft om de overheveling van de langdurige op behandeling gerichte ggz op basis van onafhankelijke en objectieve criteria te doen. Dit baart de CDA-fractie zorgen. De Minister kiest ervoor om een termijn van drie jaar als grens te kiezen. Dit doet zij op de aannahme «wanneer iemand drie jaar of langer intramuraal behandeld wordt, dan is de kans groot dat hij blijvend aangewezen is op zware intramurale zorg uit hoofde van de Wlz». De leden van de CDA-fractie verzoeken de Minister deze aannahme op basis van wetenschappelijke literatuur te onderbouwen.

Cliënten die op 1 januari 2015 minder dan drie jaar aaneengesloten verblijf gericht op behandeling hebben gehad, zullen dus overgaan naar de Zorgverzekeringswet. De leden van de CDA-fractie willen graag weten of dit tot een wijziging ook van de zorg van de cliënten kan leiden. Daarmee bedoelen deze leden dat de cliënt naar een andere instelling moet (omdat de zorgverzekeraar geen contract met de instelling heeft), ambulante zorg gaat ontvangen, zijn dagbesteding kwijtraakt of de vervoersvoorziening niet door de zorgverzekeraar vergoed wordt. Zorgverzekeraars Nederland geeft namelijk in hun reactie aan op het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit «Overheveling van de langdurige GGZ gericht op behandeling en verblijf», dat in de overgangsfase de B-ZZP's worden overgeheveld naar de Zvw. Gedurende de overgangsfase zullen zorgverzekeraars een herindicatie- en ambulantiseringstraject opstarten, waarbij de patiënt centraal staat. De leden van de CDA-fractie interpreteren dit als dat zorgverzekeraars gedurende de overgangsfase alvast de inhoud van de zorg van patiënten mogen veranderen ondanks dat de objectieve en onafhankelijke criteria nog niet geformuleerd zijn. Graag een reactie van de Minister op dit punt. Blijft ook bij ZZP GGZ 4B tot en met 7B het verblijf in een instelling van een cliënt/patiënt gegarandeerd?

De zorgverzekeraars geven ook in hun reactie aan dat indien duidelijk wordt dat een patiënt in de overgangsfase geen potentieel op zelfredzaamheid heeft, er ook geen sprake meer is van therapeutisch verblijf en therapeutisch dagbesteding/begeleiding (i.e. geneeskundige zorg) en dient deze zorg alsnog plaats te vinden in het gemeentelijk domein. De leden van de CDA-fractie willen graag van de Minister weten of de zorgverzekeraars gedurende de overgangsfase patiënten die uitbehandeld zijn, kunnen overdragen aan de gemeente.

Ook vinden de leden van de CDA-fractie dan van belang om te weten of het budget van de zorg persoonsvolgend is. Met andere woorden: indien de zorgverzekeraar de patiënt uitbehandelt acht, of het budget dan naar de gemeente overgaat. Overigens vragen de leden van de CDA-fractie of de zorgverzekeraar dit zelfstandig mag beslissen of dat er een verklaring «uitbehandeld in de Zorgverzekeringswet» van de hoofdbehandelaar er ten grondslag aan ligt. De leden van de CDA-fractie nemen aan dat een dergelijke beslissing door een hoofdbehandelaar genomen wordt. Daarbij willen de leden van de CDA-fractie weten of pakket ZZP GGZ B-6C (beschermd wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging) naar de gemeente of de Zorgverzekeringswet gaat. Of is het de bedoeling dat de gemeente en de zorgverzekeraar in de overgangsfase samen de cliënten die gebruik maken van ZZP GGZ B – 6 C betalen.

Tevens vragen zij van de Minister of de aanspraak op het individueel gebruik van de rolstoel of vervoer van en naar de dagbesteding ook bij de overheveling in de Zvw wordt overgeheveld?

De leden van de CDA-fractie maken zich ook zorgen over het verdwijnen van de onafhankelijke indicatiestelling. Zij willen van de Minister weten of de zorgverzekeraars dan bepalen welke vorm van zorg (zwaarte) de patiënt ontvangt.

De Minister gaat er met partijen hard aan werken dat de inhoudelijke objectieve en eenduidige criteria zo snel mogelijk operationeel zijn. De leden van de CDA-fractie willen graag weten wanneer de inhoudelijke criteria gereed moeten zijn en per wanneer ze in werking kunnen treden. Worden voor de Wet langdurige zorg ook andere toegangscriteria dan voor de ZZP GGZ C en B gesteld en wie gaat de indicatiestelling doen? Het streven is dat de gehele gespecialiseerde ggz op termijn wordt bekostigd op basis van één bekostigingssysteem. Bedoelt de Minister daarmee dat de geestelijke gezondheidszorg straks geen onderdeel van de langdurige zorg meer vormt?

Kapitaallasten

De Minister verzoekt de NZa om bij de technische uitvoering van de overgangsregeling voor kapitaallasten aan te sluiten bij de bestaande werkwijze in de Zvw, te weten nacalculatorisch en afrekening van overschotten en tekorten via het Zorgverzekeringsfonds. De leden van de CDA-fractie willen graag weten welk effect dit heeft op de premie en de bijdrage die werkgevers betalen. Tevens vragen zij hoe lang het duurt, voordat de omvang van overschotten en tekorten met betrekking tot de kapitaallasten definitief vastgesteld zijn. Graag meer helderheid hierover. De leden van de CDA-fractie benadrukken dit onderwerp ook, omdat veel ggz-instellingen als gevolg van de ambulantisering en de wijziging in financiering bezig zijn om hun instellingsterreinen/vastgoed af te stoten. Dit zou tot aanzienlijke tekorten kunnen leiden, die via het zorgverzekeringsfonds dan verrekend worden. Hoe kijkt de Minister tegen dit risico aan? Welke oplossingen ziet zij hiervoor?

Kostenbeheersing, risicodragendheid en macrobeheersinstrument

De leden van de CDA-fractie maken zich grote zorgen om de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel. Afgelopen jaren hebben juist zorgverzekeraars ook steeds aangegeven dat de kwaliteit van vereveningsmodel voor patiënten in de langdurige zorg onvoldoende was om tot een goede vergoeding van de zorg te komen. De leden van de CDA-fractie zien het risico dat een slechte verevening tot indirecte risicoselectie leidt. De Nederlandse Zorgautoriteit constateert zelf ook dat de huidige productstructuur van de Zvw geen rekening houdt met zorgzwaarte. Genoemde leden vragen van de Minister om voor 1 juni 2014 met een onderbouwing te komen van het risicovereveningsmodel met betrekking tot de ZZP GGZ B pakketten.

Voor een beheerste overstap is het van belang volgens de NZa dat de individuele zorgverzekeraars over voldoende informatie beschikken over de aan hun verzekerden geleverde zorg in het verleden. Het advies van de NZa aan de Minister was om begin 2014 een trusted third party in te schakelen die alle berekeningen uitvoert en de gewenste gegevens oplevert. De leden van de CDA-fractie willen graag weten wie die trusted third party is geworden en wat uit die berekeningen gekomen is. Zorgverzekeraars Nederland geeft in hun commentaar op het consultatiedocument aan dat zonder inzicht in zorgzwaarte een inhoudelijk argument ontbreekt om af te wijken van de 365 dagen grens als scheiding tussen curatieve en langdurige ggz. Gedurende de overgangsfase dient de grens van 365 dagen in stand te worden gehouden. Graag een reactie van de Minister op dit standpunt.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie zijn blij dat de Minister de motie Keijzer/Bergkamp volgt en mensen die langdurig zijn aangewezen op ggz in de Wet langdurige zorg (Wlz) houdt. Deze leden constateren verder dat de langdurige intramurale ggz waarbij nadrukkelijk behandeling centraal staat wordt ondergebracht in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorgverzekeraars worden vanaf 2015 op grond van de Zvw in eerste instantie verantwoordelijk voor de eerste drie jaar op behandeling gerichte intramurale ggz voor volwassenen, zo stellen deze leden vast. Hiermee beoogt de Minister verzekeraars en zorgaanbieders meer te bewegen om ook na het eerste jaar te blijven inzetten op het herstel, zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt. Deze leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de D66-fractie maken zich zorgen over de ontwikkeling van het ex ante risicovereveningsmodel voor de over te hevelen langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz naar de Zvw. Deze leden lezen dat de Minister streeft naar volledig risicodragende uitvoering van deze zorg door zorgverzekeraars na eind 2017. De leden van de D66-fractie benadrukken dat zij dit alleen mogelijk achten, wanneer sprake is van een adequaat ex ante risicovereveningsmodel dat de voorspelbare kostenverschillen van de langdurige ggz tussen zorgverzekeraars zo goed mogelijk compenseert. Deze leden vrezen anders dat een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars niet geborgd is en de ruimte voor risicoselectie fors zal toenemen. Deze leden vernemen graag op basis van welke criteria het kabinet eind 2017 zal vaststellen in hoeverre er sprake is van een adequaat ex ante risicovereveningsstelsel. Deze leden vragen de Minister ook welke minimumvereisten de Minister voor het ex ante model stelt? Deze leden vragen de Minister nader toe te lichten welke risicokenmerken op dit moment worden onderzocht en hoeveel onderzoekscapaciteit hiervoor beschikbaar is? Genoemde leden lezen dat de Minister denkt aan de inzet van een bandbreedteregeling, waarmee het risico voor verzekeraars kan worden gedoseerd met behoud van doelmatigheidsprikkels. Deze leden vragen aan welke bandbreedte de Minister hier denkt. Voorts vragen zij of de Minister jaarlijks met de Kamer wil overleggen over de kwaliteitsverbetering van het ex antemodel en de voorgenomen afbouw van de ex postmechanismen?

De leden van de D66-fractie constateren dat de Minister met het oog op de kostenbeheersing voornemens is om ook de langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz onder het macrobeheersinstrument (mbi) te brengen. Deze leden vragen welke gevolgen dit heeft voor de ontwikkeling van een gedifferentieerd mbi?

II. Reactie van de Minister