

Vergaderjaar 2009–2010

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 98

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 4 maart 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 21 januari 2010 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 december 2008 met de planning van de curatieve ggz (29 689, nr. 244);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juli 2009 inzake de aanbieding van het IGZ rapport «Zelfstandige psychiaters in beeld» (25 424 nr. 91);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 oktober 2009 met de beleidsvoornemens voor 2010 en 2011 in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (25 424, nr. 93);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 januari 2010 inzake de vervoerskosten in verband met ggz-behandeling (32 123-XVI, nr. 108).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Sap (GroenLinks) en De Roos-Consemulder (SP).
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

Voorzitter: Ferrier
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Ferrier, Van Gerven, Harbers, Smilde en Van der Vlies,

en minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van zijn ministerie.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De overheveling van de geneeskundige ggz naar de Zvw heeft nog steeds heel wat voeten in de aarde. Het CDA heeft dit altijd gesteund, het brengt zeker een goede dynamiek in de sector te weeg. Er zijn daarbij instellingen die een achterstand moeten inlopen, maar er is ook een ongezonde administratieve lastendruk bijgekomen. Ggz-instellingen moeten gegevens aanleveren voor de dbc's, maar ook voor HKZ, zzp, etc. Extra ingewikkeld is het voor ggz-instellingen die te maken hebben met meerdere financieringsstromen (Zvw, AWBZ, Wmo). Dat is voldoende om extra zorgvuldig te zijn in ons beleid. Het is dan ook een verstandig besluit ook het jaar 2010 als overgangsjaar te gebruiken. Ik kom op de overheveling zelf en de naweën daarvan. Zijn er nog problemen met het declaratieverkeer of met de bevoorschotting? Het lijkt erop dat de regelgeving rond de declaraties onduidelijk is. Zorgaanbieders weten soms niet wat wel mag en wat niet. Sommige zorgaanbieders zijn erg creatief in strategisch gedrag, zoals bij het schrijven van minuten. Daarnaast horen wij dat nieuwe cliënten meer opleveren dan bestaande. Wat wordt daaraan gedaan?

Inzake de dbc-registratie: de NZa vindt het registreren van indirecte tijd niet nodig. Wanneer wordt dat dan afgeschaft? En hoe worden ggz-aandoeningen in diagnoses ondergebracht? Nu wordt voor langdurige behandeling gebruik gemaakt van de DSM-IV, maar naar wat wij horen is dat niet goed toepasbaar bij mensen met multimorbiditeit.

Moeten er dan meer dbc's geopend worden? Extra knelpunten zitten in de grensgebieden met andere voorzieningen. Ik geef een voorbeeld. Iemand heeft een RIBW-verblijfsindicatie, op basis van een zzp, maar moet voor een time-out naar de kliniek. Er zijn ook problemen met de overgangsfianciering vanuit de ggz naar de forensische psychiatrie, etc. Wat gebeurt er concreet om deze problematiek op te lossen? Dit wordt het derde jaar na de overheveling. Is al na te gaan of de effecten, die wij met deze overheveling beoogden, bereikt worden? Een van die beoogde effecten was dat zorg in de eerstelijns-ggz zou toenemen en dat de tweedelijns-ggz zou afnemen. We zien nu een andere beweging, namelijk dat zowel de eerste als de tweede lijn toeneemt.

Prestatiebeprestiging geeft een eenduidige financiering waarbij de dienstverlening van zorgaanbieders kan worden vergeleken. Daarbij lijkt het erop dat de zorgverzekeraar meer op kwaliteit gaat inkopen. Dat komt bij prestatiebeprestiging beter uit de verf en wanneer dat ingevoerd wordt, zou dat winst zijn.

In de ontwikkeling van de dbc-structuur moet nog een slag gemaakt worden. In de brief wordt bijvoorbeeld de topklinische zorg genoemd. Dat moet natuurlijk ook, en het moet ook goed verankerd worden, maar hoe kunnen wij vermijden dat de trek naar de derdelijns-ggz toch beperkt blijft?

Wat betreft de liberalisering van de prijzen adviseert de NZa voor de klinische curatieve ggz geen vrije prijzen te introduceren, omdat er te weinig competitief aanbod is. Hoe kijkt de minister hiertegen aan? De uitwerking van de liberalisering is ook nogal vaag; enkele ontwikkelpunten moeten uitgewerkt worden, zoals een tijdelijk vangnet en een hardheidsclausule. Hoe zit dat precies?

Kortom, in het algemeen steunen wij de invoering van de prestatiebeprestiging naar de vrije prijzen wel. Wij zien daar beslist de voordelen van,

mits dit verantwoord kan gebeuren. Daarom wil het CDA in de loop van 2010 duidelijkheid over de volgende zaken: de dbc-structuur is gebruiksklaar, de software voor zowel de zorgverzekeraars als de zorgaanbieders, en de administratieve dbc-perikelen.

Waarvoor precies gaan de vrije prijzen gelden en onder welke voorwaarden? Is er sprake van voldoende aanbod en van voldoende spreiding in het aanbod? Kan de minister inzake de beheersing van prijs- en volumeontwikkeling ingaan op de relatie daaromtrent met de ggz? Dit in lijn met de brief Waardering voor Betere Zorg IV, die wij deze week hebben gekregen: de zorgverzekeraar moet in staat zijn om goede ggz-zorg in te kopen. Hij moet dus kennis hebben om op kwaliteit in te kopen. De minister zal de resultaten van een interdepartementaal beleidsonderzoek in de loop van 2014, die hij dan krijgt, gebruiken voor de definitieve vormgeving. Dat lijkt ons tevens een goed moment om met de minister te spreken over de concrete invoering van prestatiebekostiging en liberalisering, en de stand van zaken met betrekking tot de vragen die ik zo-even opwierp.

De heer **Van Gerven** (SP): Waar staat het CDA met betrekking tot de plannen van de minister, of het kabinet, om de vrije prijsvorming in de ggz in te voeren? We hebben nu een rustjaar, maar men wil die koers op. Wanneer gaat bij het CDA het sein op groen dan wel op rood?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat heb ik volgens mij net gevraagd. Wij vragen onder welke voorwaarden die vrije prijzen gaan gelden en daar zal de minister, denk ik, op gaan antwoorden. Wij willen voldoende aanbod, zodat er echt sprake van keuze is, en ook een voldoende gespreid aanbod over het hele land. De minister noemt in zijn brief zelf ontwikkelpunten als een tijdelijk vangnet, een hardheidsclausule, een oplossing voor praktische knelpunten en daarop willen wij een antwoord. Zoals de heer Van Gerven weet hebben wij deze week een brief gekregen over prestatiebekostiging en vrije prijzen in het B-segment. Dat ging over de somatieve zorg, maar ik heb de minister ook gevraagd of hij wil ingaan op de relatie, in dat opzicht, met de ggz-zorg.

De heer **Van Gerven** (SP): Aanvullend dan nog: mevrouw Smilde heeft vooral een aantal technische voorwaarden genoemd en zij heeft het gehad over een gespreid aanbod. Maar uit alle onderzoeksrapporten die wij krijgen blijkt dat de dbc-financiering in zich heeft dat met name de ingewikkelde zorg – de langdurige ggz-zorg dus – in de knel komt. Tevens zien we dat de wachtlijsten onverminderd zijn gegroeid, die zijn niet afgenomen sinds de invoering van de dbc-financiering en de overheveling. Vindt u niet dat eerst die twee majeure problemen getackeld zouden moeten zijn, en dat het systeem dus stabiel moet zijn voordat er überhaupt een stap vooruit gezet kan worden?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb al aangegeven dat de dbc-structuur natuurlijk echt gebruiksklaar moet zijn. Het is overigens niet onmogelijk dat die overgangssituatie maar blijft bestaan, waar natuurlijk ook bepaalde nadelen aan zitten; we zitten nu voor het derde overgangsjaar. Je weet dan niet wat de kip is, en wat het ei. Blijven die problemen bestaan omdat we nog steeds in een overgangssituatie zitten, of is het juist andersom? Wij veronderstellen en willen zeer zeker dat de dbc-structuur echt gebruiksklaar is en dat heb ik in mijn vragen ook aangegeven. Helaas is dit een heel technisch onderwerp voor een kwetsbare doelgroep, maar ik ontkom vanmiddag niet aan die techniek.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De waanzin regeert. Wat voor een kabinet hebben wij? Het bezuinigt 119 mln. op de ggz, terwijl de wachtlijsten groeien. De waanzin regeert ook door de gevolgen van de overhe-

veling van de ggz in 2008 naar de Zorgverzekeringswet (Zvw), en de invoering van de dbc's. Er waart een geur van afbraak rond. Er verdwijnt zorg en de kwaliteit wordt aangetast. De professionele autonomie wordt bedreigd, de privacy staat onder druk en de bureaucratie groeit. De plannen die managers lanceren in antwoord op het kabinetsbeleid zijn verontrustend. Wat vindt de minister bijvoorbeeld van het volgende idee? Ik citeer: «De dbc-prijs is gebaseerd op de gemiddelde behandelduur. Als je veel patiënten korter helpt dan de gemiddelde tijd die ervoor staat, kun je meer productie maken. Dat is niet onethisch, dat is bedrijfsvoering.» Is dit niet een directe interventie in de professionele autonomie van de hulpverlener, en moreel onaanvaardbaar? Wat vindt de minister van het feit dat juist die behandelingen worden aangeboden, waaraan te verdienen valt? En dat de keerzijde daarvan is dat patiënten die onrendabele behandelingen moeten ondergaan daardoor langer op de wachtlijst komen te staan? De inzet van lager gekwalificeerd personeel zal toenemen, lees: minder psychiaters. Ook dreigt ontslag van personeel. Wat betekent dit voor de kwaliteit van de zorg en de wachtlijst, die de 100 000 nadert? Wat zijn de effecten van de bezuinigingen op de begeleiding in de AWBZ? Is het niet gevaarlijk om 7000 ambulante psychiatrische patiënten hun begeleiding af te pakken? En is het niet onacceptabel dat hierdoor velen opgenomen dreigen te worden in een instelling?

In 2008 publiceerde de SP de resultaten van een onderzoek onder 5000 medewerkers in de ggz, over de overheveling en de invoering van de marktwerking. De minister was erbij. De conclusies van toen staan nog steeds overeind: de langdurige zorg zal onder druk komen en de «bed and breakfastzorg» zal toenemen. Ingewikkelde zorg, zoals assertive community treatment (ACT), komt onder druk door de geringe en versnipperde financiering. Door de dbc's zal de bureaucratie toenemen, en door het niet meer bevoorschotten komen instellingen in de problemen en wordt preventie het kind van de rekening. Dit is allemaal uitgekomen. Als we kijken naar de trendrapportage van het Trimbos-instituut, in opdracht van het ministerie, dan wordt dit beeld bevestigd. Omineus is toch de conclusie uit dat rapport, dat juist de meest kwetsbaren het grootste risico lopen en dat financiële en bedrijfsmatige belangen van instellingen niet meer parallel lopen met het belang van langdurige, goede ggz-zorg. Hoe gaat de minister dit oplossen?

Snoeihard was ook de conclusie van PricewaterhouseCoopers (PwC) enkele weken geleden: de invoering van de dbc's heeft grote gevolgen door de inadequate bevoorschotting, en het aantal instellingen dat verlies lijdt is in 2008 verdubbeld, naar een derde.

Wij leveren kritiek, maar wij willen ook dat er oplossingen komen. Welke oplossingen staan de SP voor ogen? Allereerst de invoering van een preventie-, begeleidings- en consultatiefonds om de preventieve en andere activiteiten te waarborgen. Dan de verplichte invoering van de deel-dbc's of het prestatievoorschot voor zorgverzekeraars, bij vrijgevestigden. Wij wachten nu al anderhalf jaar op uitvoering van de aangenomen motie-Van Gerven. Ook bij instellingen moet deelfacturering mogelijk worden, vergelijkbaar met de systematiek die er bijvoorbeeld is in de bouwsector. Verder vinden wij dat er een garantie moet komen dat instellingen en hulpverleners volledig, maar dan ook volledig worden gecompenseerd voor de renteverliezen wegens gebrekkige bevoorschotting door zorgverzekeraars. Er moeten keiharde afspraken gemaakt worden met de verzekeraars om te voorkomen dat ze de spreekkamer van de behandelaar binnendringen. Wij vinden dat dit nader moet worden vastgelegd. De laatste brief van de zorgverzekeraars is onthullend en onthutsend. Een nieuwe stroom van bureaucratie komt eraan, en het is een illusie dat zorgverzekeraars in staat zouden zijn om kwaliteit te beoordelen. Ik zou zeggen: schoenmaker, blijf bij je leest. De risicodragendheid bij zorgverzekeraars pas worden ingevoerd als het systeem stabiel is en de wachtlijsten verdwenen zijn. Vindt de minister niet dat we een pas op

de plaats moeten maken met de «vermarkting» van de ggz? Moeten niet eerst alle knelpunten zijn opgelost?

Wil de minister zijn besluit ten aanzien van het dbc-declaratiesysteem voor oorlogsgetroffenen heroverwegen, en de belofte uit het verleden respecteren? Klopt het dat een technische wijziging in de dbc-structuur, door de NZa, in 2010 tot 10% inkomensverlies leidt bij vrijgevestigden? Kan dit gerepareerd worden?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik hoor de heer Van Gerven pleiten voor het instellen van een preventiefonds. Ik hoor hem ook pleiten voor een volledige compensatie voor renteverliezen. Hoe wil hij dat financieren?

De heer **Van Gerven** (SP): Er is afgesproken dat de kosten die er zijn vanwege de dbc- systematiek volledig gecompenseerd zouden worden. In de praktijk gebeurt dat dus niet, en ik wil dat dat wél gebeurt. Concreet: ten tijde van het ziekenfonds, dus in het oude systeem toen de ggz in de AWBZ zat, was de rekening-courant 60 mln. Door dit nieuwe systeem is die rekening-courant nu opgelopen naar 700 mln. tot 1 mld. Daar staan renteverliezen tegenover, die maar gedeeltelijk gedekt worden. Er is een systematiek, maar die wordt niet goed toegepast. Zorgverzekeraars trainen dat, en dat leidt ertoe dat tenminste 1%, maar mogelijk meer van die kosten niet gedekt wordt. Wij willen dat dat volledig gedekt wordt, dat is de afspraak. Maar in de praktijk gebeurt het niet. Wij willen tevens dat de instellingen worden bevoorschot, zodat de 50 mln., die door dit systeem in het putje gaat, weer terug kan naar de zorg. Dat kan, als de zorgverzekeraars adequaat het werk, dat de instellingen hebben gedaan, bevoorschotten.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Hoe ziet de heer Van Gerven het preventiefonds? Wordt dat gefinancierd uit premiegelden? Gaan de premies dus omhoog?

De heer **Van Gerven** (SP): Nee. Alles wordt gefinancierd uit premiegelden. Mijn voorstel is om de renteverliezen – dat is 5% van 1 mld., dus 50 mln. – te gebruiken om het preventiefonds en het begeleidingsfonds te vullen. Dat kost ons geen cent, maar we zorgen er dan voor – door verbetering van het financieringssysteem – dat het geld naar de zorg gaat, en niet verdwijnt in de bodemloze putten van de banken.

De heer **Harbers** (VVD): Voorzitter. Op hoofdlijnen kunnen wij ons wel vinden in de aanpak van de minister. Ik vraag aandacht voor de onderbesteding van de AWBZ en de overbesteding op het Zvw-deel, en de bijbehorende tariefmaatregelen. Volgens mij staan de ggz en VWS nu al een hele tijd behoorlijk tegenover elkaar. In het voorjaar van vorig jaar bleek al dat de ggz een structurele uitgavenoverschrijding had van 185 mln. en de minister zet daar een structurele korting van 119 mln. tegenover. Hij geeft ook in zijn brief aan dat de tariefmaatregel een van de door de NZa gestelde voorwaarden in de weg staat. Vervolgens wordt de brief wat vaag, want dan zegt de minister dat er op dit moment geen indicaties zijn dat de inkoopstrategie, waarbij je dus ook al onder het maximumtarief contracteert, in de toekomst niet wordt voortgezet. Het begrip indicaties vind ik wat vaag, want ik kan mij voorstellen dat de minister zijn beleid op wat meer zekerheid wil stoelen. Het zou echter ook een indicatie kunnen zijn voor het feit dat hij, met verwijzing naar het economisch tij, opnieuw een behoorlijke uitgavenoverschrijding verwacht. Volgens mij is mede om die reden het interdepartementaal beleidsonderzoek ingezet. Dat wordt pas in september opgeleverd, terwijl de minister mogelijk al ruim voor die tijd met de heroverwegingsuitkomsten aan de slag gaat. Daar lopen de tijdslijnen dus uiteen. Lijkt het de minister niet veel verstandiger om binnen dat interdepartementaal beleidsonderzoek ook expliciet te kijken naar de verschillen binnen het regime van de Zorgverzekeringswet aan de

ene kant, en het regime van de AWBZ aan de andere kant, zodat een eventuele tariefskorting echt bekeken kan worden, gebaseerd op de feiten? Graag hierop een reactie van de minister.

Inzake het vraagstuk van de voorfinanciering is door de vorige sprekers ook al het een en ander gezegd. Ik wil dat kracht bij zetten, met verwijzing naar de brief die de minister heeft ontvangen van de Nederlandse Vereniging van Banken, waarin men ook een passage wijdt aan de voorfinancieringsproblemen in de ggz. Zeker waar het langdurige behandelingen betreft wordt natuurlijk met name deze sector daarmee geconfronteerd. Er bestaan beelden dat vorig jaar 25% van de ggz-instellingen verlies heeft geleden. Kan de minister aangeven of dat direct samenhangt met deze financieringsproblematiek? Heeft hij indicaties dat er zorgverzekeraars zijn die de bevoorschotting weigeren? Want voor ons gevoel schiet de beleidsmaatregel die er is, van de NZa, mogelijk tekort om dit probleem goed op te kunnen lossen. In de praktijk lopen de instellingen en meer nog de vrijevestigden hier tegenaan, en ik denk dat politieke druk in dezen noodzakelijk blijft. De minister zou dit niet te gemakkelijk aan het veld over moeten laten, want hier gaat een hele wereld van ellende achter schuil. Graag een reactie daarop van de minister.

De heer **Van Gerven** (SP): Is de VVD met de SP van mening dat, als we een deel-dbc of een prestatievoorschotsystematiek hebben voor de vrijevestigden, eenzelfde systematiek eigenlijk ook voor de instellingen zou moeten gelden? Zoals het gaat in de bouwsector: als je een huis laat bouwen levert men een stukje werk en krijgt daar geld voor, dan weer een stukje werk, enz. Onderschrijft u dat?

De heer **Harbers** (VVD): Ja, grosso modo wel. Ik heb net al verwezen naar het feit dat een deel van de zorg hierover behoorlijk langdurig is, en dat een systematiek van deel-dbc's, waarschijnlijk specifiek voor de ggz, mogelijk een heel goede oplossing zou kunnen zijn.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Het gaat vandaag over de geestelijke gezondheidszorg, waarin zich heel kwetsbare mensen begeven die kwalitatief goede zorg en extra bescherming nodig hebben en verdienen. We hebben het nu over de overheveling, en dat klinkt heel technisch en heel terecht hebben mijn collega's ook al de nodige vragen gesteld over de financiering, maar het doel was natuurlijk ook de verbetering van de kwaliteit en de toegankelijkheid. Om te beginnen met de kwaliteit van zorg: voor de Partij van de Arbeid betekent kwaliteit van zorg maatwerk, menswaardige zorg en continuïteit van zorg. Deze kwaliteit moet echter wel meetbaar zijn, en de onderzoeken geven aan dat de normen voor kwaliteit vaag zijn gedefinieerd, en vage normen kunnen niet gemeten worden. Dat heeft tot gevolg dat de zorginkoop nog steeds niet kan plaatsvinden op basis van een goede prijs-kwaliteitverhouding. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat er heldere normen komen, waardoor op kwaliteit kan worden ingekocht? Kwaliteit moet centraal staan, want op het moment dat er goede zorg geboden wordt – vroegtijdig, kleinschalig, het liefst zo dicht mogelijk bij de mensen thuis – voorkomen we dat het probleem steeds groter wordt en mensen daardoor steeds duurdere zorg nodig hebben.

Is er voldoende ruimte voor het veld om te innoveren en om in te zetten op kwaliteitsverbetering? Ik hoor graag van de minister waar dat, als dat zo is, uit blijkt. Wij horen nog te vaak van instellingen dat zij die kwaliteits-slag wel willen maken, maar dat dat niet gaat. Een tweede belangrijk punt – en dat was ook een doel van de overheveling – is de verbetering van de inhoudelijke samenhang van zorg. Kwaliteit van zorg is dus ook door-gaande zorg, zorg in samenhang. En wat zien we bij mensen in de ggz? In het ergste geval kunnen ze onder vier financieringsstromen vallen, met allemaal een eigen indicatieprocedure. Daarnaast hebben mensen soms

ook nog een uitkering en dagactiviteiten of werkbegeleiding, en de samenhang van zorg kan dus echt alleen gegarandeerd worden als deze ook gecoördineerd wordt. Dat is nogal wat, als je een zware zorgvraag hebt, ook al is dat in het eerste jaar. Misschien ben je verward, en dan moet je in vier financieringsstromen geld aanvragen. Dat die coördinatie belangrijk is en dat er casemanagement moet komen blijkt ook uit de adviezen die bijvoorbeeld gegeven zijn door de Stuurgroep Verloskundigen, die zegt dat zwangere vrouwen een casemanager moeten hebben. Precies hetzelfde geldt voor mensen met bijvoorbeeld dementie. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat de zorgvraag meer centraal komt te staan, en dat het aanbod zo flexibel mogelijk kan worden ingezet, in verband met een wisselend ziektebeeld? Dat niet, zoals nu het geval is, de financieringsstroom centraal staat, waardoor er een afschuifmechanisme richting de AWBZ ontstaat? Mensen met een meervoudige hulpvraag gebruiken vaak ook nog medicijnen en – nu chargeer ik even, maar het is vaak wel zo – eten niet altijd even gezond, bewegen onvoldoende, hetgeen ook effect heeft op de gemoedstoestand. Ook dit heeft te maken met kwaliteit van zorg. Op welke manier kan ervoor gezorgd worden dat ook deze mensen zorg krijgen, niet alleen gericht op het ziektebeeld maar ook in het bredere perspectief? Kortom: kan de minister aangeven op welke manier de zorgcoördinatie in de ggz kan worden vormgegeven en gefinancierd?

Ik kom bij mijn derde punt, en dat heeft te maken met de transparantie. Zorgverzekeraars hebben onvoldoende inzicht in de prijs-kwaliteitverhouding van zorg, ik noemde het daarnet al even. Zo kunnen zorgaanbieders dus ook niet vergelijken, en zonder transparantie over kwaliteit en de geleverde prestaties kan zorginkoop niet goed plaatsvinden. Zowel de zorgverzekeraars als de NZa stellen dat transparantie een voorwaarde is om de zorginkoop te optimaliseren en risico's van prestatiebekostiging te beperken. Ik vraag de minister of er een overzicht kan worden gegeven van de maatregelen die genomen moeten worden om tot een optimale transparantie te komen bij alle aanbieders in de ggz, en welk tijdspad daarbij hoort. Via de dbc's zou dat inzicht moeten worden verkregen, maar dat is nog niet helemaal het geval. Er zou verfijning plaats moeten vinden bij de dbc's en de vraag is: wanneer is dit gereed, en waar zitten precies de knelpunten? Wanneer wil de minister dit opgelost hebben?

Dan de positie van de patiënt: patiënten zouden meer zeggenschap moeten krijgen. Er moet dan eerst transparantie zijn, maar ook de positie van de patiënt moet worden versterkt. Welke concrete maatregelen gaat de minister nemen, zodat patiënten ook echt kunnen kiezen, zowel individueel als collectief?

Mijn laatste punt betreft de financiële gevolgen. Uit het onderzoek van PwC blijkt dat bepaalde beroepsgroepen er door de nieuwe systematiek op vooruitgaan, en anderen erop achteruitgaan. De Partij van de Arbeid wil graag weten wat hiervan de oorzaak is. Is het zo dat bepaalde beroepsgroepen voorheen te veel kregen, waardoor ze nu hetzelfde krijgen? Of krijgen andere beroepsgroepen nu misschien weer te weinig? Kortom: is er sprake van een systeemfout, zoals we dat bijvoorbeeld gezien hebben bij de medisch specialisten? Wij willen weten wat hiervan de oorzaak is. PwC stelt ook voor om bepaalde beroepsgroepen te compenseren. Wij willen weten wat de minister daarvan vindt, alsmede welk volume en prijseffect te verwachten zijn van de invoering van de prestatiebekostiging.

Kan de minister een overzicht geven van stappen die nog gezet moeten worden om tot prestatiebekostiging te komen, en wil hij daarbij ook een tijdspad aangeven? Wat de minister zoal voorstaat is nu heel vaag.

Kan de minister toezeggen dat er voor half april meer duidelijkheid is over het definitieve model van prestatiebekostiging zoals GGZ Nederland dat vraagt?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb goed geluisterd naar het betoog van de PvdA en ik vraag me af of mevrouw Bouwmeester vanmorgen De Telegraaf heeft gelezen. Daarin stond de stelling van de dag, en die ging over de marktwerking in de gezondheidszorg. 90% zegt: weg met die vermarkting in de zorg! Mevrouw Bouwmeesters collega Van der Veen plaatst ook grote vraagtekens bij de marktwerking in de Zorgverzekeringswet. Ik luister naar het betoog over de marktwerking in de ggz en ik hoor nauwelijks een punt van kritiek. Waar staat mevrouw Bouwmeester eigenlijk op dit punt? Wat is het verschil tussen de Zorgverzekeringswet en de prestatiebekostiging – waarvan zij kennelijk voorstander is – en hoe is dat te rijmen? Spreek ik hier met een andere Partij van de Arbeid, hoe zit dat?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Wat centraal staat in mijn betoog is dat de kwaliteit van zorg voorop moet staan. Daar gaat het om; dat mensen snel worden geholpen en goed worden geholpen. Dat is menswaardig, en in tweede instantie is dat nu bij uitstek iets wat heel veel geld bespaart. Als men dan toch over wil gaan op een nieuw systeem heb ik daarover een aantal vragen gesteld: op welke manier denkt de minister daar te komen? Dat geldt voor de Zorgverzekeringswet, en dat geldt eigenlijk voor de gehele zorg. Wij hebben een aantal eisen gesteld aan de minister, voordat verdere stappen gezet zouden moeten worden. Hij moet echt een aantal dingen inzichtelijk maken. Mijn collega de heer Van der Veen heeft daar een motie over ingediend, medeondertekend door het CDA en de ChristenUnie. Want wij hebben gezegd: maak nu eerst duidelijk waar je staat, hoe het nog beter kan en hoe we dat – in verhouding tot de betaalbaarheid – kunnen realiseren. We zijn er dus nog helemaal niet per definitie voor. Het is heel jammer dat de fractie van de heer Van Gerven die motie niet gesteund heeft. Hij zegt gewoon nee om het nee zeggen. Hij roept ook niets over kwaliteit, hij zegt gewoon: we houden het vast en we doen het nu eenmaal zo. Dat is niet waar mijn partij voor staat.

De heer **Van Gerven** (SP): Mevrouw Bouwmeester gaat niet in op de essentie van mijn vraag: de vermarkting, de prestatiebekostiging, de dbc-structuur zoals die nu is ingevoerd. Die tast regelrecht de kwaliteit aan van de ggz-zorg die geleverd wordt. De wachtlijsten worden niet minder door de marktwerking, terwijl dat wel was beoogd. Ze zijn niet afgenomen. We zien een verschraving van de zorg, we zien dat de dure, ingewikkelde zorg aan de achterste mem hangt. Dat «fastfoodzorg», de snelle zorg, de PsyQ-zorg om het zo maar te noemen, rendeert, dat daar de aandacht naar uitgaat. Het is niet de SP die dat zegt, het komt uit het Trimbos-rapport, daar staat dat zwart-op-wit in. Dat is mijn punt: er dreigt een tweedeling te ontstaan, de zorg gaat daar waar het geld zit, maar het geld volgt de zorg niet. Kan mevrouw Bouwmeester daar eens op ingaan? Zij ziet die ontwikkeling toch? En is het dan geen tijd om te zeggen: het middel deugt niet? We zijn het eens over het doel: kwaliteit en bereikbare, goede zorg. Moet dit middel niet overboord?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik zou heel graag nog een keer mijn hele betoog houden. Ik heb gezegd dat het ons gaat om kwaliteit van zorg, waarover ik de heer Van Gerven helaas niet heb gehoord. Het gaat ook om samenhang van zorg, met name voor mensen die in de ggz verblijven. En ik heb gezegd dat de mens centraal moet staan, en niet het systeem. Momenteel is het zo dat het systeem centraal staat, en de mens dat maar moet volgen. Dan krijg je die heel ingewikkelde problematiek met allerlei indicatieprocedures, dus daarover zijn wij het geheel eens. De vraag is alleen: hoe kun je nu de kwaliteit van zorg borgen, en tegelijkertijd de zorg betaalbaar houden? Inzake de dbc's moet er nog verfijning plaatsvinden. Ik heb de minister daarover een aantal vragen gesteld, dus volgens mij is de vraag van de heer Van Gerven, wat dat betreft, ook onze vraag. Als er

een beter systeem is waardoor je de kwaliteit kunt meten en de kosten in de hand kunt houden, maar wel de kwaliteit centraal kunt laten staan, gaat het er natuurlijk wel om dat we zeggen: laten we daar nu naar kijken. Kan de minister dat niet duidelijk maken, dan moeten we ook geen stap vooruit zetten, dat lijkt me logisch. Maar het verschil tussen de partij van de heer Van Gerven en mijn partij is, nogmaals, dat wij kijken naar hoe het slimmer, efficiënter maar in eerste instantie effectiever kan. Het gaat om effectieve zorg. Het enige dat de partij van de heer Van Gerven doet is de hakken in het zand zetten: we doen het niet, het kan niet, het lukt niet, het zal niet. Volgens mij zijn er een heleboel mensen in de ggz die ontzettend veel baat hebben bij een systeem waarin duidelijk wordt of ze ook echt goed geholpen worden, of ze niet onnodig lang aan het handje van de psychiater lopen. Uiteindelijk wil iedereen het beste uit zichzelf halen. Dat staat voor ons centraal en daar moet het systeem naartoe werken.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. De introductie van de prestatie-bekostiging in de curatieve geestelijke gezondheidszorg is een behoorlijk complex traject; dat zijn de woorden die onze oud-collega mevrouw Barth, voorzitter van GGZ Nederland, in haar brief van gisteren gebruikt. Ik citeer haar: «Een technisch complex traject, waarbij een lange adem is vereist, een vaste koers moet zijn ingeslagen, met een heldere visie van de minister, en er moet ook stabiliteit geboden worden op het punt van financiering en regelgeving.» Dan stelt zij de vraag, en die geleid ik door, vandaar deze aanloop: «Zou het nu niet zo kunnen zijn dat wij toch uiterlijk medio april 2010 duidelijkheid krijgen over hoe het verdergaat, omdat wij ook als GGZ Nederland een fatsoenlijke voorbereidingstijd moeten krijgen voor het definitieve regime vanaf 2011?» Graag daarop een reactie.

De voorliggende stukken beschrijven de stand van zaken in de ggz. Er is sprake van een overgangsjaar, de transparantie van de zorg zou zijn verbeterd, maar de vraag is dan: geldt dat nu ook in alle opzichten voor de kwaliteit, zoals was beoogd? Daar komt het natuurlijk wel op aan: de menselijke maat, een menswaardig antwoord op de zorgvraag van de patiënt. Dat is nog niet in alle opzichten helder, ook niet bij mijn fractie en daar strekt zich onze zorg toe uit. Wij willen constructief meedenken op het punt van de marktordening in een A-segment en een B-segment, met de constatering dat het B-segment nog even geparkeerd is. Maar ook hier geldt de vraag of de effecten de beoogde kostenbeheersing in de zorg raken, ja of nee. Als je ziet dat er nu al initiatieven zijn in het veld om het label topklinische ggz te realiseren, en er vervolgens aangestuurd wordt op een hoger tarief, kun je daarbij natuurlijk wel de nodige vragen hebben. Hoe beheersbaar zal het straks blijken te zijn? Graag een reactie op dit punt.

De dbc-structuur en de dbc-tarieven zijn nu een poosje uitgeprobeerd, als ik het even zo populair mag zeggen. Zijn die nu als optimaal te beschouwen? Wat is de visie van de minister daar nu op? Als je kijkt naar de verrekeningspercentages, om vanuit de dbc-tarieven toch uit te komen op het oorspronkelijke budget, waarvoor ook dubbele boekhoudingen nodig waren enz., lijkt het ons dat er nog heel veel werk aan de winkel is. Ik neem aan dat de minister dat ook inziet en daarop stuurt.

Op zichzelf staan wij positief tegenover deel-dbc's, want een patiënt met een bepaalde hulpvraag kan verschillende trajecten moeten doorlopen. De vraag is dan of een deelfacturatie in dat geheel er toch moet komen. Het is al een paar keer uitgesteld, maar dat heeft zo zijn consequenties in de financiering van het hulpaanbod, dat is duidelijk, de collega's spraken daar ook al over. Als je dan ziet wat DBC-Onderhoud aan voorstellen heeft qua systematiek ... Ik kwam ook een memo tegen van de NZa gedateerd 3 november vorig jaar, waarin wordt voorgesteld om voor het afsluiten van een dbc eenmalig een voorschot in rekening te laten brengen. Het zou dan zo kunnen zijn – en daar moet ook een AMvB over komen – dat een

nieuwe ingeslagen weg opnieuw tot vertraging zou leiden, en dat lijkt mij ongewenst. Bovendien is de vraag ook of die deelfacturering, met alles erop en eraan, niet opnieuw tot een bureaucratisch aspect zal leiden. De problematiek van de multidisciplinaire richtlijnen, bij meerdere problemen in één persoon, om het zo te zeggen, is een complexe materie. Denk bijvoorbeeld aan een combinatie van een angststoornis en alcoholverslaving. Mijn fractie is het met de regering eens dat een belangrijke voorwaarde voor vrije prijsvorming op dit terrein, de invoering van risicodragendheid van zorgverzekeraars moet zijn. Maar het impliceert dat naast de reële concurrentie die gaat ontstaan tussen zorgverzekeraars, zij zichzelf ook nadrukkelijker zullen profileren ten aanzien van transparantie, kwaliteit, effectiviteit en zorgproces. Intussen blijven de patiënten en de cliënten wel komen, de vraag naar zorg blijft, en het zou kunnen zijn dat er op een gegeven ogenblik niet meer geleverd gaat worden, in deze context. Ziet de minister hier een zorgpunt, of niet?

Ik kom op de CQ-index voor volwassenen in de ambulante zorg. Voor de jeugdzorg en langdurig verblijf is die er nog niet. De vragenlijsten zouden sterk gaan afwijken van de vragenlijsten in de ambulante volwassenenzorg, zo wordt mij gemeld. Het betreft nu al ongeveer 70 vragen. Leidt dat ook hier niet weer tot nieuwe bureaucratie? Transparantie moet het hoofdmoment zijn, maar het moet niet doorslaan in bureaucratie.

We zitten in een overgangsjaar. In de loop van vorig jaar 2009 zijn ggz-bedden toegekend vanuit VWS. Echter, nu bericht een concrete instelling mij dat die nieuwe capaciteit niet door verzekeraars wordt gecontracteerd omdat ze daarvoor eenvoudigweg de middelen niet hebben. Nou, dat leidt tot frustratie. Er vindt overleg plaats tussen VWS, GGZ Nederland en ZN. Het gaat dan vooral om de jeugdverslavingsproblematiek, de jeugdverslavingszorg, kinder- en jeugdpsychiatrie, klinische volwassenenpsychiatrie, klinische zorg aan verslaafden met een dubbele diagnose. Het kan toch niet zo zijn dat erkende en geïnstalleerde bedden tussen wal en schip raken, vanwege de overgangsproblematiek? Ik wil daar heel graag aandacht voor.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik weet niet precies over welke informatie de heer Van der Vlies beschikt, maar dit gaat toch niet over de 300 bedden die voor de kinderen in de jeugd-detox bestemd waren? Die bedden die er al drie jaar zouden staan? Heeft de heer Van der Vlies het over die bedden, die tussen wal en schip vallen?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Nee, maar ik wil dat wel doorgeleiden. Ik heb het over een e-mail, die ik hier in handen heb, van de stichting De Hoop in Dordrecht.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik wil eerst een algemeen betoog houden, om zo op wat hoofdlijnen in te gaan. Dit omdat die belangrijk zijn om het kader te schetsen waarbinnen ik de meer gedetailleerde vragen zal proberen te beantwoorden. Dat kader is namelijk van belang om de reden die de heer Van der Vlies aangaf: hoeveel zekerheid kun je voor een sector scheppen? Met een duur woord noemt men dat ook wel eens reguleringzekerheid, maar de ggz-instellingen willen wel weten waar ze aan toe zijn en dat is zeer terecht. Dat heeft ook te maken met het feit dat we inderdaad zitten met een ontzettend ingewikkeld veld, waarbij zowel de Wmo als de AWBZ en vervolgens de Zvw financieringsstromen kennen in de richting van de instellingen die de geestelijke gezondheidszorg voor hun rekening nemen. Dat maakt het er voor hen niet eenvoudiger op, en als dan ook nog eens het toekomstperspectief niet helder is, zijn er te weinig aanknopingspunten voor een goed intern beleid, precies op de punten waar wij dat graag willen.

Ik heb inderdaad dankbaar het rapport van de SP over de ggz in ontvangst genomen, dat was geloof ik een goed jaar geleden. Het was overigens een

goede bijeenkomst, maar ik wil daarover wel een punt noemen dat ik ook toen gemaakt heb. Ik zag daar toen dia's voorbij komen, waardoor het leek alsof de ggz een bedrijf zou worden met producten die geleverd zouden moeten worden, en dat er winst gemaakt moest worden enz. Als je het in die terminologie giet, slaat ook mij de schrik om het hart. Ik heb toen echter gezegd: als we het product nu eens gewoon vertalen in waar het om gaat, namelijk dat we mensen met psychische aandoeningen beter gaan maken? Als we dan opnieuw formuleren wat hier staat, namelijk niet dat er meer geproduceerd wordt maar dat er meer mensen beter worden gemaakt, dan komt het er toch even anders uit te zien. En als we niet zeggen dat het allemaal sneller moet, maar dat de wachtlijsten minder lang worden en men eerder beter zal zijn, komt het er ook anders uit te zien. Dit om even aan te geven dat het jargon dat in dezen gebruikt wordt betrekkelijk diskwalificerend is, terwijl we een doel hebben dat erop gericht is mensen eerder en sneller beter te maken en ze van hun lasten en, soms ernstige, psychische aandoeningen en klachten af te helpen. Daar kan toch helemaal niets mis mee zijn? A: vanwege de mensen die het betreft, en B: omdat we voor zover dat al tot doelmatigheid leidt die middelen kunnen gebruiken voor andere doeleinden binnen de zorg, en wellicht ook voor andere doeleinden binnen de overheid; op verspilling zit uiteindelijk niemand te wachten. Dat is precies de doelstelling die we hebben met deze operatie, namelijk het beter maken van de zorg. Voor de toekomst moeten we reguleringszekerheid bieden. Wij hebben met de ggz een gesprek gehad in het afgelopen jaar met het oog op de introductie van prestatiebekostiging in 2010. Er is ook een advies gekomen van de NZa. Aan het eind van deze maand zullen wij een nieuw advies krijgen, en natuurlijk zullen wij daarna weer in overleg treden met de sector. In mei gaan we uiteindelijk beslissen over het al dan niet invoeren van de prestatiebekostiging in 2011. In het gesprek dat ik met de sector had heb ik aangegeven dat een aantal punten voor mij van belang zijn in het kader van de overgang naar prestatiebekostiging. In de eerste plaats is dat iets waar met name mevrouw Bouwmeester nogal de nadruk op legt: inzicht in de kwaliteit. Wij willen mensen zo snel mogelijk beter maken, dan wel helpen bij hun aandoeningen. Het is niet altijd mogelijk om mensen echt ultiem van hun aandoeningen af te helpen, maar het leren beheersen van dan wel omgaan met klachten kan ook al buitengewoon veel betekenen voor mensen. Om mensen echt te kunnen helpen, moet wel inzichtelijk zijn wie het beter doet. Het punt daarbij is dat de sector daar eigenlijk al enkele jaren hard aan werkt, maar dat de gegevens die wij via de jaarverslagen krijgen sterk op instellingsniveau zitten. Instellingen kennen soms een landelijke dekking en dan kun je dus niet per instelling, binnen een regio, binnen een plaats, laat staan op afdelingsniveau die gegevens naar boven tillen. Die gegevens zijn wel van betekenis voor patiënten om te kunnen nagaan waar men graag zorg zou willen ontvangen. Voor de zorgaanbieders is het lastig om te kunnen bepalen waar men staat in de benchmark met anderen, en voor verzekeraars is het lastig om überhaupt een selectieve inkoop te doen. Om die redenen vinden wij het van belang dat, mét zichtbare zorg, de prestatie-indicatoren die er al zijn nader worden gespecificeerd. Daarnaast moeten deze vervolgens ook op een lager aggregatieniveau, om het duur te zeggen, inzichtelijk worden. Een tweede punt dat ik toen benoemd heb, is dat wij ongewenste grote volumestijgingen willen vermijden. Een mogelijk risico van prestatiebekostiging is dat je boter bij de vis levert. Als prikkel voor de instellingen zelf is het belangrijk om te weten waar men staat, in de relatie tussen kwaliteit en kosten. Maar op het moment dat je kunt declareren, er een bepaalde diagnose-behandelcombinatie wordt geboden en je weet dat je daarvoor betaald krijgt, kan dat aanbod uitlokken indien er niet een aantal mechanismen is dat dit ondervangt.

Voorzitter: Smilde

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil nog even terugkomen op het thema inzicht in de kwaliteit. Naar mijn idee gaat er een nieuwe «verantwoordingsterreur» ontstaan vanuit de zorgverzekeraars. Er moeten nieuwe kwaliteitsindicatoren komen, en ik heb me laten vertellen dat het nu al zover gaat dat zorgverzekeraars willen dat door hulpverleners bepaalde vragen gesteld worden, om een diagnose te kunnen vaststellen. Dat er dus direct geïntervenieerd wordt in de handelwijze van de behandelaars. Leidt op deze manier vormgegeven kwaliteit niet tot nieuwe bureaucratie? Waar ligt de grens, tot waar mag een zorgverzekeraar zich bemoeien met de behandelingen door de behandelaren? Kan de minister daar eens op ingaan?

Minister **Klink**: De heer Van Gerven zegt: nieuw inzicht leidt tot een verantwoordingsterreur. Maar laat ik eens even teruggaan. Ten behoeve van wie gaan we nu inzicht bieden in de kwaliteit van de zorg? Dat doen we in eerste instantie voor de patiënten, zodat die goed kunnen kiezen. Als ik, of mijn verwanten, of iemand die mij dierbaar is met een psychische aandoening te maken zou krijgen, zou ik dolgraag willen weten welke behandelaar c.q. welke instelling daar het beste mee omgaat. Dit ook gegeven de verschillende inzichten die aan diagnoses en behandelingen ten grondslag liggen. Ten tweede: ik ben nu drie jaar binnen de zorg bezig en wat mij opvalt -of het nu de somatische of de geestelijke gezondheidszorg betreft – is het dat de beste, de meest gekwalificeerde, de meest geëngageerde specialisten en therapeuten zelf ook willen weten waar ze staan, en of ze goede zorg leveren. Die mensen komen bij mij in mijn kamer langs om mij te illustreren op welke manier men graag geconfronteerd zou willen worden met de uitkomsten van hun behandelingen. Die spiegelinformatie, met een duur woord, is eigenlijk synoniem aan een optimale betrokkenheid. Want de mensen die voor hun patiënten gaan, willen die gegevens hebben. Laat dat duidelijk zijn. Je kunt dat ook internationaal zien; de instellingen die het beste presteren, zowel in termen van kosten als in termen van gezondheidsuitkomsten, willen weten waar ze aan toe zijn. Vervolgens willen contracterende verzekeraars zelf ook graag weten welke zorg zij het beste kunnen contracteren ten behoeve van de verzekerden die zij een polis aanbieden. Daarmee is helemaal niets mis. Ik vind het dus geen verantwoordingsterreur, ik vind het niet meer dan normaal om van binnenuit jezelf te willen verantwoorden. Terreur veronderstelt dat het een externe instantie is die jou dat opdringt, terwijl het van binnenuit zou moeten komen.

De heer Van Gerven zegt daarnaast dat de bureaucratie daardoor toeneemt. Dat hangt er maar vanaf; op het moment dat je dit van binnenuit wilt – en er zijn talloze specialisten die dat op dit moment zelf willen, zonder dat daar een verzekeraar aan te pas komt, en zonder dat de ontwikkelaars daaraan te pas komen – ervaar je dat niet als bureaucratie of als terreur.

Een goede vraag is natuurlijk hoever een verzekeraar kan gaan bij het interveniëren op het niveau van diagnosticeren en behandelen. Als een verzekeraar zich gaat bemoeien met de diagnostiek, lijkt mij dat geen goede zaak. En ik vind het niet zo gek als een verzekeraar verantwoording vraagt van een instelling. De verzekeraar kan zeggen: wij zien bij u in de regio, of bij uw instelling, wel een hoge mate aan diagnostiek rondom bijvoorbeeld bipolaire stoornissen, of angststoornissen, meer dan gemiddeld. En wij zien daar, gegeven de verzekerde kenmerken, een stevige afwijking. Er is niemand gediend met overbehandeling, ook de patiënt niet. Het zijn wel de verzekerden die daarvoor de premie moeten betalen, die zijn daar ook niet mee gediend. Daarmee ben ik gekomen bij het punt van de richtlijnen, die daarvoor van belang zijn. Een verzekeraar hoeft niet van bovenaf te gaan opleggen wanneer er sprake is van over- of onderbe-

handeling. Dat doe je aan de hand van richtlijnen, en dat zijn precies de punten die hier ontwikkeld dienen te worden, namelijk protocollen, zorgstandaarden en richtlijnen die met name preventie benadrukken. Laagdrempelige zorg, op zo'n manier dat er geen sprake is van overinterventie. Die zaken zullen de komende jaren ook binnen de ggz ontwikkeld dienen te worden, dat is voor mij een belangrijk punt.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik vraag de minister: is het geen illusie om te denken dat zorgverzekeraars kwaliteit kunnen beoordelen? Dat kunnen ze helemaal niet. En is het niet zo dat dit, gezien de ervaringen met de prestatie-indicatoren van ziekenhuizen – de kwaliteitsindicatoren die ze moeten meten voor de verzekeraars, zodat die zogenaamd op kwaliteit kunnen inkopen – inhoudelijk en wetenschappelijk gewoon een farce is? Is het niet zo dat de beroepsgroep bij zichzelf moet beoordelen of er kwaliteit wordt geleverd, en dat een verzekeraar bij zijn leest moet blijven? Die heeft verstand van financiën, maar niet van kwaliteit. En, nogmaals, de ervaringen bij de ziekenhuizen laten het toch zien? Daar wordt men gek van alle beoordelingen die geleverd moeten worden. De bureaucratie in de ggz is al toegenomen, dat blijkt uit rapporten, en er komt nu nog een laag overheen. De intenties zijn goed, maar vindt de minister niet dat het middel volstrekt inadequaat is, en dat dit leidt tot wat ik verantwoordingsterreur noem?

Minister **Klink**: De ziekenhuizen worden er helemaal niet gek van, integendeel. Wetenschappelijke verenigingen komen naar mij toe, die komen bij mij aan tafel en laten zien met welke verantwoordingssystemen zij willen gaan werken aan registratiesystemen. En waarom doen zij dat?

De heer **Van Gerven** (SP): Maar daar is de verzekeraar niet bij betrokken.

Minister **Klink**: Zij doen dat omdat zij zelf de eigen kwaliteit willen kunnen beoordelen en willen spiegelen met collega's. De uitkomsten daarvan worden opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen, door de medici zelf. Zij kunnen een aangrijpingspunt worden voor verzekeraars om te zeggen: nou, dank u wel voor deze informatie, vindt u het heel erg als wij die zorginstellingen die mensen met depressieve klachten, of mensen met angststoornissen eerder en beter weten te helpen selectief gaan contracteren? Dat we aan patiënten gaan melden: u moet die behandelaar nemen? Want zo gaat het nu natuurlijk niet. Ik ben bijna geen verzekeraar tegengekomen die tegen een patiënt zegt dat hij die behandelaar dient te nemen. Nee, men spiegelt die informatie en houdt daar vervolgens bij de contractering rekening mee. Dat is wat er gebeurt, en dat lijkt mij meer dan prima. Sterker nog, dat moeten we ook willen. Want in de nabije toekomst zullen wij domweg te maken krijgen met een gebrek aan personeel, zowel in de somatische sfeer als hierbij. Elke vorm van het tegengaan van verspilling zal ertoe leiden dat we, met de beperkte capaciteit die we hebben, in elk geval de groeiende zorgvraag zullen kunnen opvangen. Laten we ons in de handen knijpen dat de sector dat oppakt. Ik ben het wel met de heer Van Gerven eens dat een verzekeraar niet kan bepalen wat kwaliteit is, daarvoor zal hij echt leentjebuurt moeten spelen bij de mensen die daarover gaan, en dat zijn de beroepsgroepen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb een vraag die hierop aansluit. Ik noemde het al even in mijn betoog, maar ik ben bang dat de minister er niet op terugkomt. Het betoog van de minister is heel mooi, en het is hartstikke goed als we bereiken wat gezegd wordt. Men is in de ziekenhuiszorg echter een paar stappen verder dan in de geestelijke gezondheidszorg. Als je bekijkt wat de stand van zaken in de ggz is, dan zijn die normen – wat ga je meten, en wat is nu eigenlijk goede zorg – eigenlijk heel vaag, dat hoor je zowel van de specialisten als van verpleegkundigen.

Die moet je wel eerst gedefinieerd hebben voor je überhaupt iets kunt meten, en vervolgens kunt gaan vergelijken om te bepalen wie de beste zorg levert. Mijn vraag is dus: wanneer zijn die normen helder, en welk tijdspad heeft de minister daarbij voor ogen? Want dat is volgens mijn fractie de allereerste stap die gezet moet worden.

Minister **Klink**: Die vraag zou inderdaad zo meteen ergens teruggekomen zijn. Kijk, men kent op dit moment al prestatie-indicatoren binnen de ggz, maar op een heel hoog aggregatieniveau. Instellingen werken soms landelijk, en dan weet je dus niet precies in hoeverre er een spreiding binnen de instelling is. Wij, en ook de zorgverzekeraars, pleiten er bij GGZ Nederland zeer voor om het niveau waarop wij die kennis verzamelen en aan patiënten aanbieden, te verlagen naar het niveau van de instelling zelf. Wellicht kan dan binnen de instelling weer bekeken worden in hoeverre behandelaars beter zijn, of minder goed zijn. Daarover komt binnenkort – in het kader van zichtbare zorg, met name gericht op 80 aandoeningen in de somatische sfeer – een koersdocument. Daarin zullen wij de tijdsbepalingen aangeven vanaf dit jaar tot en met 2012. Ik hoop daar dan nader met de Kamer over te kunnen spreken. Ik ben het overigens volstrekt met u eens dat dit niet vaag mag en kan blijven, want dan heb je niet zoveel aan die informatie. Dan kun je het nog zo vaak op kiesbeter.nl zetten, maar wat hebben mensen eraan dat instelling X kennelijk goed scoort, terwijl je niet weet in hoeverre het allemaal evident is geregistreerd, de uitkomsten niet zo goed kent en het aggregatieniveau te hoog is. Er zal dus een flinke schep bovenop moeten, dat ben ik echt met mevrouw Bouwmeester eens. Ik ben tevens met haar eens dat verzekeraars die contracteren, ook inzicht moeten hebben in die kwaliteit. Dit is van belang als je veronderstelt dat er winst te halen is door verzekeraars die contracteren. Voor die tijd zal de prestatiebekostiging, en alles dat ermee samenhangt, in elk geval niet optimaal functioneren. Maar er zijn nog wel meer kanttekeningen bij te plaatsen, en deze loop ik nu graag met de commissie door. Inzicht in kwaliteit is van belang. De volumestijgingen moet je toch kunnen tegengaan, en ook dan is het van belang om kwaliteit te kunnen meten. Pas dan weet je in hoeverre overbehandeling, overdiagnosticering en dergelijke heeft plaatsgevonden, en dat vergt vooral een goede productstructuur. Dat is natuurlijk een duur woord, maar je moet goed kunnen bepalen in hoeverre iemand een lichte of een ernstige depressie heeft. Ik neem de lichte depressie als voorbeeld: bij lichte depressies is medicatie vaak niet aangewezen – dat leren we meer en meer door allerlei internationale onderzoeken – terwijl er wel vaak medicatie gegeven wordt. In feite is dat overbehandeling. Mensen krijgen medicijnen die niet effectief zijn, maar wel duur, en die vervolgens waarschijnlijk ook nog bijwerkingen kennen. Die moet je dan dus gewoon niet geven. Dat vergt een richtlijn waarin dat staat, maar tegelijkertijd vergt dat een diagnose waarin je kunt bepalen of er sprake is van een lichte of een zware depressie. Want dat is bepalend voor je behandelingen, dus je dbc. Deze week kreeg ik van het Trimbos-instituut een boekje over onderzoek naar bewegen en depressie. Bij lichte depressies, en trouwens ook bij zware, is een tot drie uur in de week bewegen effectiever dan medicatie. Dat betekent dus dat wij in de productstructuur aan moeten geven wanneer je welke behandeling realiseert. Op dit moment zijn de dbc's nog betrekkelijk globaal. Die schieten niet in op dat niveau van laag, matig of zwaar depressief. Daardoor zijn er, op het moment dat zo'n dbc geopend wordt, ook nog onduidelijkheden qua behandeling en qua uitkomsten van die behandeling. Zo ook met betrekking tot de tariefstructuur: welke prijs hang je eraan? Dan maakt het nogal uit of je het over een zware of een lichte behandeling hebt en de mate waarin men, gegeven de tarieven die er voor staan, voor een bepaalde behandeling kiest. Dat vergt dus ook nog eens de juiste dbc-tarieven, die aanhaken bij de productstructuur c.q. de diagnose-behandelcombinaties. En dan hebben we het nog niet eens over

het feit dat risicodragendheid van belang is. Preventie kan het best in de eerste lijn plaatsvinden, bij de eerstelijnspsycholoog. De risicodragendheid van verzekeraars is in de eerste lijn ook groter. Tegelijkertijd kennen we ook nog een eigen bijdrage in de eerste lijn. Dan hebben we dus te maken met prikkels die in feite de verkeerde kant op staan: naar intramurale zorg, of in elk geval dure tweedelijnszorg, terwijl eerstelijnszorg aangewezen zou zijn. Dat zijn dus ontwikkelingen die ik in de komende periode wil maken: het inzicht in kwaliteit moet beter, de behandelingen moeten beter worden gedefinieerd in relatie tot de diagnostiek, we moeten volumestijging zien te ondervangen en er moeten juiste dbc-tarieven zijn. Nu zijn we daarmee toch al wel een eind op weg. Ik zei het al: er komt een agenda voor de kwaliteit. Ik zei ook al dat DBC-Onderhoud op dit moment kijkt naar de producten en de productstructuur, alsmede de zorgzwaarte die daarbij hoort. Dat hangt ook samen met de topklinische zorg. Die zal in kaart gebracht worden in relatie tussen diagnose en uiteindelijke behandeling. Inzake de risicodragendheid van de verzekeraars hebben we in elk geval een kleine eerste stap genomen. Ik zeg dat omdat ik denk – en hiermee sluit ik aan bij de laatste vraag van mevrouw Smilde en mevrouw Bouwmeester – dat de structuur die we in de afgelopen week hebben neergelegd voor de somatiek, behulpzaam kan zijn bij de stappen die we zetten in de richting van 2011 in de sfeer van de ggz. Die waarborgt namelijk dat er geen kostenoverschrijdingen zullen zijn, dus voor volumeoverschrijdingen uit dien hoofde hoeven we dan niet bang te zijn. Die waarborgt ook dat, als prijzen nog niet helemaal aan de maat zijn en dat zou leiden tot kostenoverstijgingen, deze overstijgingen worden teruggehaald. Maar intussen kunnen we, onder de paraplu van die zekerheden, werkend aan een betere productstructuur en aan het inzicht in de kwaliteit, uiteindelijk wel de stappen gaan zetten naar prestatiebekostiging. Wellicht, want het hangt sterk af van het advies wat we krijgen van de NZa en het gesprek met de partijen. We zullen daar vervolgens in mei een beslissing over gaan nemen. Wij willen dynamiek, namelijk dat men betaald wordt per prestatie, met maximumtarieven. Er kan dus ook onder die tarieven gecontracteerd worden. Hierdoor, in combinatie met de inzichtelijkheid rondom de kwaliteit, zullen verzekeraars ook de prikkel krijgen – gegeven het feit dat we de risicodragendheid vergroten – om selectiever te gaan contracteren en gewoon betere zorg te gaan contracteren. Het is de winst van de afgelopen jaren dat er op dit moment nieuwe toetreders zijn, die zeggen: wij kunnen het effectiever, we kunnen het sneller en we kunnen het beter, tegen een lagere prijs. Laat die dynamiek maar ontstaan! Juist omdat wij niet willen dat mensen te langdurig in behandeling zijn, dat moeten we proberen te voorkomen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik wil nog even ingaan op wat de minister net zei, namelijk wat mevrouw Smilde en ik opmerkten over de structuur die hij de afgelopen week heeft neergezet. Ik wil daar een onduidelijkheid wegnemen: het is niet zo dat mijn fractie helemaal vol voor de plannen gaat. Zowel bij de discussie de afgelopen week inzake de ziekenhuizen als hier staat kwaliteit voor ons voorop, dat wil ik heel duidelijk benoemen. Eerst moeten de normen en richtlijnen helder zijn, en daarna kun je bekijken op welke manier je het beste vorm kunt geven aan de prijs-kwaliteitverhouding. Dit om te voorkomen dat zo meteen de heer Van Gerven weer vraagt of ik helemaal voor die plannen ga. De minister zei daarnet dat er behandelaren zijn die medicijnen geven, eigenlijk in plaats van te gaan behandelen. Iemand die depressief is, kan inderdaad beter veel bewegen, maar ik zal de medische achtergronden achterwege laten. Dit spreekt mij zeer aan. Maar de minister zegt: dat is overbehandeling. Ik zou zeggen dat het helemaal geen behandeling is, het neigt meer naar platspuiten dan naar behandelen. Ik vind dat heel erg, en daarover hebben wij al vaker gesproken in het kader van terugdringen van drang en dwang. Ik weet ook hoe dat de minister aan het hart gaat. Ik wil echt de garantie

hebben dat dat een van de punten is die straks terugkomen in het rapport dat eind deze maand naar de minister komt. Ik wil daarover dan snel met de Kamer spreken, want dit baart mijn fractie ernstig zorgen. Het geeft aan van hoever de ggz nog moet komen, hoeveel stappen er nog gezet moeten worden voordat je de stappen kunt zetten die je eigenlijk nu zou willen maken.

Minister **Klink**: Wat betreft medicatie zijn er telkens nieuwe inzichten in de medische sfeer, die ook tot nieuwe behandelingen zullen leiden. In de afgelopen maanden is, met name vanuit Amerika, een aantal zeer grondige onderzoeken gekomen waaruit blijkt dat medicatie bij lichte aandoeningen gewoon niet helpt. Daarop moet je wel je behandelrichtlijnen aanpassen, en als behandelaar vervolgens ook naar die richtlijnen gaan handelen. Daar zie ik een rol voor verzekeraars en patiëntenorganisaties, maar vooral voor de medici zelf, om daar kritisch naar te kijken. Dat zal dienen te leiden tot een herijking van de behandelingen. Dat geldt overigens ook voor de jeugd-ggz. Te veel mensen gaan naar de tweede lijn, terwijl in de eerste lijn met minder vergaande interventies wél de nodige resultaten te behalen zijn. Sterker nog: als medicatie niet helpt en bewegen wel, dan zit je er dus volledig naast en blijven mensen te lang in die depressies hangen.

Ik ben het dus met mevrouw Bouwmeester eens dat dit een herijking van richtlijnen vergt. Op basis daarvan zullen wij – voor zover wij maximumtarieven stellen – alsook de verzekeraars de tarieven moeten aanpassen. Kwaliteit is absoluut leidend, dat geldt ook voor de evaluaties, ook bij de ziekenhuiszorg, de somatische zorg. Vandaar dat ook ik hecht aan evaluaties. Ik wil met de sector spreken over de randvoorwaarden, en dan inderdaad overgaan op prestatiebekostiging. Kwaliteit moet leidend zijn, maar het is niet alleen zo dat kwaliteit een voorwaarde is om op prestatiebekostiging over te gaan. Prestatiebekostiging leidt ook tot meer kwaliteit. We worden met ons allen kritischer op kwaliteit, en aanbieders zullen zich meer inspanning moeten getroosten om te laten zien dat ze het beter doen. Het is mijn stellige overtuiging dat die dynamiek hartstikke noodzakelijk is. Dat is ook de reden dat wij als kabinet gezegd hebben niet voor 1 april te zullen besluiten tot 50% vrije prijzen; we willen eerst de evaluatie rond prijzen, kwaliteit en wachtlijsten afwachten. Overigens zien we daar de wachtlijsten wél teruggaan, bestendig ook. Sinds de heer Hoogervorst de Zorgverzekeringswet heeft ingevoerd zijn de wachtlijsten teruggelopen, met name bij het deel dat vrije prijzen kent.

DBC-Onderhoud is op dit moment aan het kijken is naar de dbc's die we nu in de topklinische zorg kennen. Men zal overgaan tot een nadere verfijning, en daarin zal de zorgzwaarte worden meegenomen. Zo ook de multimorbiditeit die er soms is, en de mate waarin dat in de dbc's dient te worden gedefinieerd, zodanig dat je daar ook een tarief aan kunt hangen. Want ook daar gaat het om maximumtarieven. Daarin wordt de topklinische zorg dus meegenomen. De heer Van der Vlies schetste een goede illustratie rond de vrees die er is bij prestatiebekostiging: als je zomaar een maximumtarief hangt aan topklinische zorg, en men zelf over de diagnostiek gaat, waar niemand zich mee mag bemoeien ... Ja, dan loop je het risico dat er overgediagnosticeerd wordt, want dat is een inkomstenbron. Dat moeten we echt zien te vermijden. Daarom vind ik het van belang om overbehandeling in beeld te brengen, om ook de praktijkvariatie in beeld te brengen en tot goede diagnostiek te komen.

Over de ontwikkelpunten van de prestatiebekostiging heb ik zo-even uitgeweid. Als we overgaan naar prestatiebekostiging, betekent dat overigens wel dat het vangnet weggaat. Dat vangnet is het historische budget dat tot stand gekomen is op basis van AWBZ-parameters. Weliswaar kan het via contractering verminderen, maar het zal wel verdwijnen.

Mevrouw Smilde vroeg naar een patiënt die in een RIBW zit – gefinancierd door de AWBZ krachtens de zzp's – en in hoeverre je dan binnen de Zorg-

verzekeringswet nog aanspraken hebt. Dat kan parallel lopen, voor zover zich de diagnostiek aftekent krijg je twee bekostigingsbronnen, om het zo te zeggen. Dat betekent niet dat de AWBZ-bekostiging dan gaat verdwijnen; er is dus een parallelle behandeling mogelijk.

De **voorzitter**: Ik noemde een aantal voorbeelden, maar waar het mij om gaat is de combinatie van de verschillende financieringsstromen en Zvw. Hoe wordt dat uit elkaar gehaald? Wordt dat ook in een dbc ondergebracht? Tegen dat soort perikelen loopt het veld aan, daar vernemen wij heel veel voorbeelden van. Wordt daar ook een oplossing voor geboden dit jaar, als het met de dbc-structuur beter gaat?

Minister **Klink**: Ik houd mij aanbevolen voor die illustraties, want die kan ik weer doorgeven aan DBC-Onderhoud. Maar misschien moet even het onderscheid gemaakt worden tussen een indicatie in de sfeer van de AWBZ en de forensische psychiatrie. In het eerste geval kan het parallel lopen, want dan krijg je bekostiging uit de Zorgverzekeringswet – bijvoorbeeld voor de curatieve zorg – terwijl de begeleiding en dergelijke nog steeds uit de AWBZ wordt betaald. Dat ligt anders bij de forensische psychiatrie: daar is Justitie degene die contracteert, en dat zal niet samenlopen met contractering krachtens de Zorgverzekeringswet. Dan krijg je een andere contractant, althans, iemand anders die de zorg inkoopt. Inzake de eerste en tweede lijn: dit punt is terecht gemaakt door enkele commissieleden. Bij de eerstelijnspsychologen zien we de volumes oplopen, zonder dat dit direct te maken heeft met de substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Dat vind ik een belangrijk gegeven. Natuurlijk kun je zeggen dat er veel verborgen leed is, dat zich openbaart vanwege de min of meer laagdrempelige eerstelijnszorg, alhoewel er € 10 betaald moet worden per zitting. Je kunt ook zeggen dat de substitutiemogelijkheden kennelijk nog onbenut gelaten worden. Daarom vind ik het van belang om ketenzorg te gaan definiëren, zorgstandaarden te maken, en daarbij goed na te gaan wat nu in de eerste lijn en wat in de tweede lijn kan gebeuren. Ik noemde de medicatie zo-even, het bewegen. Soms is het nodige te bereiken met lichte interventies. Dat nemen wij mee in de heroverwegingen en – dit zeg ik in de richting van de heer Harbers – dat is niet pas in september klaar. Met de heroverwegingen zal dit door het IWO worden meegenomen en daar zal dus ook dit fenomeen zijn plek krijgen, te weten in mei van dit jaar.

Ik kom op het registreren van indirecte tijd. De NZa heeft afschaffing bij de uitvoeringstoets van 2009 bepleit. Het veld wil dat nog niet, gegeven het feit dat het de gemiddelden, die op dit moment in de DIS c.q. dbc's zijn verdisconteerd, nog niet representatief vindt. Vandaar dat de indirecte tijd nog wordt meegenomen.

Inmiddels maak ik mij geen enkele illusie meer dat de gemiddelde burger dit nog begrijpt.

De heer Van Gerven zal begrijpen dat ik een andere duiding heb dan hij. Hij sprak over producten, vermarkting enz. Dat zijn natuurlijk prachtige termen die het hier en daar misschien wel goed doen, maar het geeft toch niet de uitdrukking aan hetgeen we beogen. Het gaat helemaal niet om vermarkting, het gaat erom dat wij inzicht krijgen in de goede zorg. Dat willen we niet zomaar om te bezuinigen, maar dat willen we om mensen sneller beter te maken. Ik vind het eerlijk gezegd erg negatief om dat te duiden met afbraakbeleid, vermarkting enz. Dat is mij gewoon iets te gemakkelijk, en niet alleen dat, het is bezijden de waarheid. Maar goed, dat is meer een ontboezeming, ik heb niet de illusie dat de heer Van Gerven dit in tweede termijn niet meer gaat zeggen.

De wachtlijsten zijn licht opgelopen, maar de zorgvraag is enorm toegenomen. Alleen al het aantal kinder- en jeugdigenbehandelingen is met 9% toegenomen. De inzet is er natuurlijk op gericht om via de dynamiek, die ik zo-even noemde, de wachtlijsten te laten afnemen. Dat kan ook, want

de benchmark geeft aan dat sommige instellingen daar buitengewoon goed in zijn. Die weten de wachtlijsten binnen de kortste keren te reduceren, en daarom ook hebben wij de doorbraakprojecten in gang gezet. Daar komt bij dat het IWO zeker ook meeneemt in hoeverre de indicatiestelling, de diagnostiek en de behandelingen goed op elkaar zijn afgestemd, zodat je A: wachtlijsten kunt vermijden, mensen sneller naar de juiste zorg kunt brengen en B: mensen sneller beter kunt maken, dan wel klachten kunt ondervangen.

Over de inzet van lager personeel zeg ik in de richting van de heer Van Gerven: dat hebben we ook gezien in de eerstelijnszorg somatiek en bij de huisartsen, een paar jaar geleden, toen de praktijkondersteuner kwam. Men was daar toen heftig tegen. Vervolgens wil men er nu niet meer vanaf. Ik heb er bijna oorlogen over op momenten dat er maar een vermoeden is dat een verpleegkundige niet meer betaald zou worden. De inspectie geeft aan dat mensen er hartstikke bij gebaat zijn, want de aandacht die een verpleegkundige geeft aan een patiënt – op het niveau dat een verpleegkundige aankan – wordt enorm gewaardeerd. Het zou best kunnen dat dat in de psychiatrie, de geestelijke gezondheidszorg, ook zo is. Dat daar met een bepaalde vorm van taakverdeling en multidisciplinaire zorg uiteindelijk de zorg ook kan verbeteren. Op zichzelf is daar dus niets mis mee, mits men niet door een bodem van kwaliteit heen zakt. Daarop zal de inspectie moeten toezien, op basis van zorgstandaarden en richtlijnen die dan ontwikkeld zijn. Dat hoeft dus echt niet fout te gaan. De heer Van Gerven noemde het declaratiesysteem en de oorlogsgetroffenen. Een ding moge duidelijk zijn: bij het DIS worden gegevens aangemeld die gepseudonimiseerd c.q. geanonimiseerd zijn, dus er hoeft echt niemand bang te zijn dat daar privacy geschonden wordt. Bij de zorgverzekeraars – maar daar hebben we al in 2006 het CBP naar laten kijken – worden op het niveau van hoofddiagnosegroepen, of hoe dat technisch ook mag heten, wel gegevens gemeld, maar dat heeft te maken met de controles met betrekking tot het al dan niet frauderen. Daarvoor is een protocol dat op dit moment herijkt wordt, het College bescherming persoonsgegevens bekijkt dat. Dat is een protocol van verzekeraars die dat moeten waarborgen. Daarmee hebben wij van publieke zijde alles gedaan om in elk geval de privacy van mensen te waarborgen, alhoewel ik natuurlijk ook wel zie dat daar een gevoeligheid kan liggen, met name bij de oorlogsgetroffenen, dat men zich afvraagt: hoe zeker ben ik daarvan? Daar heb ik gevoel en begrip voor, maar tegelijkertijd moeten wij wel een controlebaar systeem hebben waarbij privacy van belang is. Het CBP is een buitengewoon kritische toetsers van dat geheel, en dat geeft aan dat het op deze manier kan.

Gevraagd werd wat de effecten zijn van de bezuiniging op begeleiding in de AWBZ. Dat betreft een zaak die de staatssecretaris met name onder haar hoede heeft; zij monitort op dit moment de effecten die zich aftekenen en zal daarmee nog naar de Kamer gaan. Een ding geldt voor de begeleiding in de relatie tussen de afbakening AWBZ en Zvw: als dat plaatsvindt in het kader van genezing, dan wordt het vanuit de Zorgverzekeringswet betaald. Op het moment dat het te maken heeft met begeleiding om bijvoorbeeld het leven te structureren, en niet op genezing is gericht, dan is het de AWBZ, voor zover het zwaar genoeg is om nog voor bekostiging krachtens de AWBZ in aanmerking te komen.

Ook is gevraagd naar de neergang van de inkomsten bij de vrijevestigden. Dat kan te maken hebben met verschillende zaken, hetgeen trouwens ook geldt voor instellingen. Bij vrijevestigden kan het te maken hebben met het feit dat de prijzen van de dbc's toch afwijken van de tarieven die men in rekening kon brengen toen het nog onder de AWBZ viel. Het kan ook komen doordat er minder aanloop is, minder patiënten, dat er minder gecontracteerd wordt. Het kan ook te maken hebben met de bevoorschotting. Bij de instellingen kan het eigenlijk niet met prijzen te maken hebben, omdat er in feite budgetgaranties zijn vanwege dat

vangnet. Het kan wel in volumes zitten, omdat er minder gecontracteerd wordt. En het kan te maken hebben met de bevoorschotting die, aanvankelijk in elk geval, lacuneus was maar gaandeweg op gang komt. Daar staat dan wel tegenover dat de rentelasten vergoed worden. Overigens geven die omzetschommelingen bij de vrijgevestigden precies aan waarom de NZa bepleit dat, als we overgaan naar prestatiebekostiging, er wel iets van een dempend effect op omzetschommelingen moet plaatsvinden. In de somatische ziekenhuiszorg is dat de zogenaamde Z-waarde, die zal zonder meer ook aan bod komen op het moment dat we naar prestatiebekostiging in de ggz overgaan. De heer Harbers vroeg naar de oorzaken van de schommelingen bij 25% van de instellingen. Dat kan dus liggen aan prijzen, aan volumes, maar daarvoor geldt bij de instellingen dat vangnet, tenzij er bewust minder omzet is gecontracteerd, en het kan te maken hebben met de liquiditeitsproblemen die voortvloeien uit de bevoorschotting.

Gisteren is er een overleg geweest tussen GGZ Nederland en de verzekeraars over die bevoorschotting. Ik heb de uitkomsten daarvan nog niet, maar de Kamer mag van ons aannemen dat wij er wel achterheen zitten bij de verzekeraars, telkens weer, om daar daadwerkelijk handen en voeten aan te geven. Tegen de heer Van Gerven en de heer Harbers zeg ik dat wij op dit moment – en nu ben ik even die technische term kwijt – die declaraties knippen, zodat je kunt declareren in een eerder stadium. In de loop van 2010 zal dat voor de vrijgevestigden in elk zijn beslag krijgen, en we bekijken nu of dat ook op instellingsniveau kan.

De heer **Harbers** (VVD): Ik ga even terug naar het betoog van de minister voor de laatste zin, want zowel voor de vrijgevestigden als de instellingen geeft de minister heel veel mogelijke oorzaken aan van verlies of achterblijvende inkomsten, maar geen zekerheden. Hij begon drie keer een zin met: het kan hieraan liggen. Ik mag er toch van uitgaan dat de minister er nog probeert achter te komen waar het nu daadwerkelijk aan ligt?

Minister **Klink**: Kijk, voor de instellingen geldt dat, wanneer het over de prijs of de volumes gaat, het vangnet gecreëerd is. Men wordt nog steeds gecontracteerd op basis van de oude parameters en de dbc's zorgen voor de declaratie van de kosten. In de loop van het jaar wordt dat via verrekentarieven telkens aangepast, zodat het vangnet – het historische budget dus – in feite nog steeds leidend is. Dan zijn er nog twee redenen waarom daar een omzetschommeling kan plaatsvinden: dat kan te maken hebben met het feit dat de verzekeraars minder gecontracteerd hebben bij die instelling, bijvoorbeeld omdat zij zien dat het bij een andere instelling sneller en beter en effectiever gaat. Dat zou kunnen. Een andere reden vormen de liquiditeitsproblemen die voortvloeien uit de bevoorschotting. Er is alle reden om aan te nemen dat dat er de oorzaak van is dat men in de rode cijfers gekomen is. Maar dat is een tijdelijk effect, want op een gegeven moment gaan van de dbc's die achteraf betaald worden, de inkomsten natuurlijk binnenkomen op het moment dat je nieuwe dbc's opent. Daarvoor hebben we de bevoorschotting. Als VWS zitten wij de verzekeraars achter de broek om daarmee over de brug te komen. Doet men dat niet, dan zijn er de rentelasten, die via de NZa-beleidsregel in rekening kunnen worden gebracht. Langs die lijnen hopen wij in elk geval de rode cijfers te vermijden.

Bij de vrijgevestigden is dat vangnet er niet. Bij hen kan het dus wel te maken hebben met de prijzen van de dbc's die gecalculiseerd worden. Daar is onderzoek naar gedaan en dat betreft kwalitatief onderzoek, want wij konden dat niet over de hele linie in beeld brengen. We zien daar een gevarieerd beeld: als er sprake is van langdurige zorg zien we eerder dat er meer omzet gedraaid wordt. Als het gaat om wat kortdurende zorg – met name bij psychologen – zien we een omzetzaling. Daar is dus inderdaad meer inzicht in.

De heer **Harbers** (VVD): In vervolg daarop: heeft de minister indicaties dat er verzekeraars zijn die de bevoorschotting weigeren? Want in feite is waar de minister naar verwijst, namelijk het renteverlies dat in rekening mag worden gebracht, een lapmiddel. Je wilt natuurlijk liever helemaal niet in die situatie komen, maar dat er gewoon een goede bevoorschotting is geregeld. Zijn er indicaties dat dat achterblijft?

Minister **Klink**: Dat is best een lastig traject, dat wil ik niet onder stoelen of banken steken. Wij zitten de verzekeraars achter de broek om die bevoorschotting te realiseren. Zoals ook in mijn brieven aan de Kamer te lezen is, was ik daarover vorig jaar betrekkelijk hoopvol gestemd. Soms zie je weer wat terugval. Ik moet constateren dat het een onderwerp blijft wat de gemoederen binnen GGZ Nederland bezighoudt, vandaar ook dat het gisteren opnieuw geagendeerd is in de richting van Zorgverzekeraars Nederland. Wij spreken daar ZN op aan, wij spreken daar afzonderlijke verzekeraars op aan. Niet omdat de rentelasten en de beleidsregel daarbij niet toereikend zouden zijn voor de kosten – hoewel daarover af en toe wat twijfels zijn – maar omdat het gewoon nodeloos geld uittrekken is om zorg te kunnen verlenen, terwijl het via bevoorschotting waarschijnlijk zonder die rentelasten kan. Uit dien hoofde is het wel erg jammer als dat uit het Zorgverzekeringsfonds moet komen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil nog even op doorgaan op het prestatievoorschot, dat bij de vrijgevestigden in discussie is. Is de minister het met mij eens dat het een verplichting zou moeten zijn voor de zorgverzekeraars om dat bij alle vrijgevestigden te doen? Dat was eerst de afspraak, en dat is nu weer in discussie: dat elke vrijgevestigde een prestatievoorschot krijgt. Mijn tweede vraag heeft betrekking op de instellingen: moeten wij daar niet eenzelfde systeem invoeren? Volgens mij is het heel eenvoudig. Een instelling heeft een aantal dbc's openstaan bij een aantal verzekeraars. Het lijkt mij heel eenvoudig om aan het eind van de maand alle minuten gewerkte zorg bij elkaar op te tellen en te declareren. Op die manier kan de termijn, tussen welke men werk levert en de inkomsten ontvangt, teruggebracht worden. Dat doet niets af aan de ideologische discussie omtrent wel of geen dbc's, zij krijgen alleen veel sneller betaald. Ik denk dat dit zo uitvoerbaar is en ik wil daarvoor pleiten, want er is nu een wachttijd van tien maanden bij instellingen. Dat verklaart de 1 mld. – genoemd door bijvoorbeeld PricewaterhouseCoopers – die men in rekening-courant moet hebben, terwijl dat eerst maar 60 mln. was.

Minister **Klink**: Het was de motie van de heer Van Gerven die in feite vroeg om die knip, zodat je tot een prestatievoorschot – ik geloof dat dat de term is – kunt overgaan. De NZa heeft dat nu uitgewerkt, wij operationaliseren dat in dit jaar voor de vrijgevestigden. Van een afspraak, dat dat een soort aanspraak van de vrijgevestigden in de richting van de verzekeraars is, weet ik eerlijk gezegd niets. In hoeverre is het daadwerkelijk ook een verplichting voor de verzekeraars om de dbc te betalen? Mij lijkt van wel. Mocht dat niet zo zijn, dan laat ik dat de commissie weten in tweede termijn, en anders schriftelijk. Ik zie het punt van de heer Van Gerven. Het is in elk geval mijn voornemen te gaan bekijken of dat ook voor de instellingen zou kunnen gaan gelden. Maar op dit moment is het voor de vrijgevestigden dus in elk geval in bewerking, om het zo maar te zeggen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ter aanvulling: mijn motie behelsde natuurlijk een verplichting voor de zorgverzekeraars om dat te doen. Het voorstel dat er nu ligt, lijkt mij heel goed werkbaar: na 250 minuten twee derde van de uiteindelijke prijs betalen. Daar is men het over eens, maar de discussie is nog of elke verzekeraar dat gewoon moet doen, of dat er toch nog weer een bevoorschottingsystematiek blijft bestaan, zoals die er al

was. Graag duidelijkheid daarover. En versta ik de minister goed? Wil hij feitelijk eenzelfde systeem voor de instellingen, dus ze gelijktrekken? De motie strekte namelijk niet zover, maar ik vind dat ook voor de instellingen zou moeten gelden wat voor de vrijgevestigden geldt. Onderschrijft de minister dat?

Minister **Klink**: De gedachte om dat te doen kwam eerlijk gezegd ook bij mij op, maar ik lees hier dat instellingen dat niet schijnen te willen. Als dat niet klopt zal ik de commissie daarover inlichten.

De heer **Van Gerven** (SP): Dan hebben wij verschillende informatie, want volgens mij willen ze dat heel graag.

Minister **Klink**: Daar zal ik me dan van vergewissen, want mij lijkt het een zekere plausibiliteit te kennen dat als vrijgevestigden dat willen, instellingen dat ook zouden willen. Als het gaat om deze verbreding, spreek ik nu misschien te veel woorden, maar aan mij zal het dan niet liggen. Tenzij er weer harde contra-indicaties zijn, maar dat laat ik de commissie dan weten, want soms weet ik ook niet of ik alles wat zomaar voorhanden ligt direct kan waarmaken. Inzake de vraag van de heer Van Gerven in hoeverre het een aanspraak is, kom ik in tweede termijn met een reactie. Het lijkt mij wel dat, als men echt kan declareren, er dan ook een verplichting tot betaling is.

Mevrouw Bouwmeester vroeg voor half april meer duidelijkheid over prestatiebekostiging. Dat wordt dus mei. Dan hoop ik daar een definitief besluit over te kunnen nemen.

De vraag is terecht of er voldoende ruimte is voor innovaties. Op het moment dat je de prestatiebekostiging, de dbc's, qua kostprijzen heel smal gaat definiëren in termen van tarieven, blijft er gewoon te weinig over om te gaan innoveren. De NZa adviseert mij daarover in maart, als onderdeel van de zogenaamde niet-patiëntgebonden zorg. Dat nemen we dus mee voordat in mei een beslissing genomen wordt.

Er werd verwezen naar de ketenzorg bij verloskunde. Ik kan melden dat wij, in het verlengde van de ketenzorg die wij beogen bij cardiovasculair risicomanagement, hartfalen en diabeteszorg, op dit moment ook naar depressies kijken. Dit zodat inderdaad, op basis van de richtlijnen, zorg wellicht integraal kan worden ingekocht dan wel dat op een andere manier voor in elk geval de integraliteit – waarbij de casemanager genoemd werd – kan worden ingestaan. Ik hoop de commissie daar in de loop van dit jaar over te berichten, als wij spreken over de bekostiging van de eerstelijnszorg.

Inzake de bedden voor de jeugd-ggz: die honderden bedden zijn toegelaten. Er zijn 500 klinische plaatsen jeugd-ggz toegelaten, die plaatsen zijn goedgekeurd onder het regime van de AWBZ, waar het toen nog onder viel, waarbij de beschikbare middelen binnen de AWBZ afzonderlijk konden worden geoormerkt. Met de overheveling van de AWBZ naar de Zvw – en dit zit precies op dat kantelpunt van overheveling – geldt natuurlijk dat verzekeraars geen geoormerkte middelen krijgen, maar dat zij gewoon vanuit de zorgplicht die zij hebben, voortvloeiend uit de polissen, dienen te contracteren. De middelen zijn er dus wel, maar de oormerking is verdwenen, en het komt op de contractering van de zorgverzekeraars aan. Ik zie dat dat leidt tot onzekerheid bij de instellingen, omdat men weliswaar kennelijk heeft geïnvesteerd in die plaatsen, maar dat die nog niet gecontracteerd worden. Ik zal dit in elk geval overleggen met Zorgverzekeraars Nederland, maar ik kan niet voor zorgverzekeraars gaan bepalen welke contracten zij afsluiten en met wie. Dat is echt aan hen. Ik kan hen alleen houden aan het feit dat er wel een zorgplicht bestaat, die op basis van de polissen als aanspraak in de richting van verzekeraars kunnen worden ingeroepen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik begrijp de positie van de minister, hij kan in bepaalde trajecten niet gezaghebbend interveniëren, dat hebben we zo geregeld. Maar er is heel duidelijk sprake van een overgangsproblematiek, dat onderkent de minister ook. Ik vind toch dat we ons hard moeten maken voor de situatie dat de betreffende instellingen, waaraan die bedden zijn toegekend onder het AWBZ-regime, daarvan nu niet de dupe worden. Dat zou uitermate frustrerend zijn in een ontwikkeling die we allemaal gewent hebben, want het gaat natuurlijk wel ergens over in de jeugdpsychiatrie.

Minister **Klink**: Dat ben ik eigenlijk wel met de heer Van der Vlies eens. Kijk, je ziet nog steeds wachtlijsten. Er zijn, zo mag ik aannemen, onder de AWBZ niet zomaar 500 bedden toegekend. Men wist dat daar kosten uit voortvloeiden; bij het overhevelen van de middelen naar de Zvw is daar rekening mee gehouden. Gegeven het feit van de wachtlijsten, gegeven het feit dat er aan de polissen te ontlene zorgaanspraken zijn voor de patiënten, mag je aannemen dat dit ook daadwerkelijk gecontracteerd wordt, voor zover die vraag zich effectueert. Wij kunnen niet voor de zorgverzekeraars bepalen waar zij die zorg contracteren, sterker nog, het is de bedoeling dat men heel kritisch kijkt naar prijzen en kwaliteit. In die zin is het niet alleen niet geoordeeld, maar ik kan ook niet gaan bepalen dat de contractering plaatsvindt bij die instellingen die de bedden toegewezen hebben gekregen. Ik zal mij er in die zin wel nader in verdiepen dat, mochten daar kosten uit voortvloeien voor die instellingen in termen van kapitaallasten en dergelijke, daar in elk geval niet vanwege het overgangsregime fundamentele problemen gaan ontstaan. Het is dus tweeledig: ik vind het reële problematiek die onder de aandacht gebracht wordt en ik zeg toe bij Zorgverzekeraars Nederland na te gaan waarom de contractering niet plaatsvindt, en vervolgens te bekijken in hoeverre er onevenredige lasten uit voortvloeien voor de instellingen, op het moment dat er ergens anders gecontracteerd wordt.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Dank voor deze toezegging. Ik hoop dat daar ook iets uitkomt. De vraag is natuurlijk wanneer wij daarover iets kunnen vernemen. En hieruit blijkt toch wel dat we in dit type processen ook op een voldoende wijze tegenmacht moeten hebben voor als het fout dreigt te gaan.

Minister **Klink**: Ik heb er vooralsnog wel vertrouwen in dat de zorgverzekeraars gewoon over de brug zullen komen op het moment dat dit een evidente zorgvraag is. We dekken dat niet voor niets uit de polissen die we kennen. Maar ik ga dat wel na, en ik laat dat de Kamer binnen nu en drie, vier weken weten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De heer Van der Vlies maakte daarnet wel een cruciaal punt: de zorgverzekeraars hebben heel veel macht, en dat vraagt om tegenmacht. Dat is tot op heden onvoldoende geregeld, waardoor er veel onduidelijkheid ontstaat. Af en toe ontstaan ook situaties waarvan mijn fractie zich afvraagt: hoe kan het nu zo zijn dat een zorgverzekeraar tot dat oordeel komt, terwijl zowel patiënten als instellingen een heel ander inzicht hebben? De minister heeft eerder gezegd dat dat systeem alleen werkt als die drie partijen in evenwicht zijn. Dat zijn ze niet. Ik heb daarnet ook al gevraagd op welke manier de minister de positie van patiënten gaat versterken, en dan gaat het in dit geval om collectieven. Maar ik trek mijn vraag wat breder: hoe gaat de minister ervoor zorgen dat het evenwicht weer wordt hersteld?

Minister **Klink**: Ik wil ervoor waken om op basis van deze casus direct te zeggen dat die verzekeraars het verkeerd doen. Ik wil eerst inzicht krijgen in waarom dit niet gebeurt. Ik kom weinig verzekeraars tegen die zeggen:

nou, ik zie daar een wachtlijst, en de zorgvragen, en ik ga het lekker niet contracteren. Ze zijn er ook helemaal niet bij gebaat om het niet te doen, het kan hun reputatie echt gaan schaden. Het is wel een reëel punt om de machtsbalansen tussen de drie partijen goed in beeld te houden. Verzekeraars klagen tegen ons over het feit dat de zorginstellingen veel te machtig zijn. De NZa wijst daar natuurlijk ook op, en dat is de reden voor het in het leven roepen van maximumtarieven, want anders zou je dat kunnen vrijlaten, althans in de optiek van de NZa. Dat neemt niet weg dat ik rond deze casus goed ga bekijken hoe de scharnierpunten daar precies liggen. Rond de patiëntenorganisaties loopt op dit moment een traject inzake subsidiëring van instellingen, op basis van instellingssubsidies en projectsubsidies. Daar hebben we 10 mln. extra voor gereserveerd, en op dit moment kijken we in hoeverre er meer evenwicht moet komen rond het Landelijk Platform GGz in relatie tot de ouderorganisaties en de NPCF. Van de kant van de Kamer is er een motie aangenomen die mij er in elk geval aan houdt om binnen een halfjaar inzicht te geven in dat evenwicht, en om dat te realiseren.

De heer Van der Vlies noemde de dbc-structuur: de zorgzwaarte wordt daar dus hopelijk meer in verankerd in de komende tijd. Misschien nog een woord over het overgangsjaar: als in 2010 prestatiebekostiging wordt ingevoerd zal dat, om de omzetschommelingen op te vangen, niet zonder overgangsregime kunnen. Dat geeft ons de ruimte om in elk geval parallel daaraan te werken aan het inzicht in kwaliteit en het verbeteren van de productstructuur. Ik vind het een groot voordeel dat dan tegelijkertijd – voor zover daar een agenda onder ligt die het vertrouwen geeft dat het ook echt kan – de regiovertegenwoordiging van twee zorgverzekeraars, die voor iedereen contracteert, weggenomen zal worden. Dan kan er, in combinatie met het afschaffen van de nacalculatie, een voordeel zijn voor een verzekeraar als hij, op basis van kwaliteit en prijs, gewoon scherper gaat inkopen. Als we die dynamiek vast willen houden moeten we dat wel realiseren, en met name nieuwe toetreders, die de overtuiging hebben dat ze het beter doen, niet ontmoedigen. Beter, sneller, en voor de patiënt uiteindelijk met minder last.

De CO-index werd genoemd. We willen het klantenperspectief meenemen zonder dat dat leidt tot bureaucrativering.

Deelfacturering leidt niet tot nieuwe bureaucratie. In overleg met het veld is dat in elk geval geminimaliseerd. Er komt slechts eenmaal een prestatievoorschot per behandeling.

Voorzitter: Van Gerven

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden, want tussen alle techniek door krijgen we toch de goede indruk dat we allemaal gaan voor goede zorg, voor de mensen die het binnen de sector vaak erg moeilijk hebben.

De minister heeft op twee vragen niet geantwoord: ten eerste inzake de indirecte tijd. Dat dat niet nodig zou zijn vind ik heel opmerkelijk, want wij hebben juist aangereikt gekregen dat men het registreren van indirecte tijd een punt vindt. Ten tweede is de minister niet ingegaan op de onduidelijkheid van regelgeving rond de declaraties, zoals het tijdschrijven, en dat nieuwe cliënten niet meer zouden opleveren dan bestaande. Ook is hij niet ingegaan op mijn opmerkingen over de liberalisering van de vrije prijzen; wanneer zou dat kunnen en onder welke voorwaarden? Komt daar nog dit jaar duidelijkheid over? De minister heeft wel aangegeven welke voorwaarden er zijn voor prestatiebekostiging, maar ik zou iets meer willen weten van het traject dat hij gaat bewandelen om dat besluit te kunnen nemen.

Voorzitter: Smilde

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De minister gaf in zijn antwoord aan het niet eens te zijn met het standpunt van de SP dat er sprake is van vermarkting dan wel prestatiebekostiging die slecht zou uitpakken voor de zorg. De SP heeft een duidelijk uitgangspunt en dat is dat prestatiebekostiging in de zorg – dus het stukloon in de zorg – faliekant verkeerd zal uitpakken. Dat bewijzen allerlei ervaringen uit het buitenland, maar het is een illusie om te denken dat de patiënt, de zorgverzekeraar of wie dan ook, echt invloed heeft op de productie van een hulpverlener, in het systeem van de prestatiebekostiging. Als we kijken naar de resultaten in de rapporten die gepubliceerd zijn, bijvoorbeeld door het Trimbos-instituut en PricewaterhouseCoopers, zien we dat het geld en de zorg gaan naar waar er gemakkelijk te scoren valt. En die zorg neemt toe, in plaats van dat inhoudelijke afwegingen gemaakt worden over de behoeften van de patiënt. Natuurlijk zullen wij daarover verder discussiëren, maar ik wil de minister wel vragen om die plannen, alvorens daar een besluit over te nemen, voor te leggen aan de Kamer, en daarbij heel duidelijk aan te geven aan welke voorwaarden dat dan moet voldoen. Ik heb het dan over de toegankelijkheid, de kwaliteit, maar ook over de afname van de wachtlijsten en voldoende beschikbaarheid. Want prestatiebekostiging of marktwerking kun je niet invoeren als je onvoldoende aanbieders hebt. En daar is nu een groot tekort aan, gezien de toename van de wachtlijsten.

Dan heb ik het preventiefonds voorgesteld. Daarop zou de minister op 22 oktober 2008 al reageren.

Ook ligt er nog een probleem bij de bekostiging van dure zorg, dat over begeleiding gaat. Als voorbeeld noem ik de ACT: er wordt vanuit de sector voor gepleit om daarvoor een integrale bekostigingssystematiek – deze term zal de minister aanspreken – toe te gaan passen. Graag daarop een reactie.

Tot slot de 10% inkomensdaling bij de vrijgevestigden: er is nu een procedure gaande, maar er is mij gezegd dat het gaat om een technische wijziging. Alles blijft dus hetzelfde, alleen de techniek verandert, en daardoor treedt er zo'n inkomenswijziging op. Volgens mij kan dat niet de bedoeling zijn. Ik vraag de minister daar nog eens goed naar te kijken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Het doet mij goed om te horen met hoeveel passie deze minister spreekt over kwaliteitsverbetering in de ggz, ik geloof ook dat het recht uit zijn hart komt. Ter discussie staat volgens mij nog even de manier waarop je er komt, maar de insteek van de minister vind ik heel goed. We hebben natuurlijk al een aantal overleggen over de ggz gehad, maar de betrokkenheid had ik op deze manier nog niet gezien, daarvoor mijn complimenten. Dan kan ik nu weer doorgaan met het stellen van kritische vragen.

Een belangrijk punt dat nog is blijven liggen, is de zorgcoördinatie. Ik doel op zorgcoördinatie tussen allerlei financieringsstelsels. De minister gaf al aan dat als mensen forensische zorg krijgen het daar wordt ingekocht, en als het ggz in het eerste jaar is betreft het weer de zorgverzekeraar ... Er is in Nederland een heel ingewikkelde groep mensen die tussen wal en schip dreigt te vallen, en uiteindelijk in het afvoerputje van Justitie, juist omdat deze groep overal tussenin valt. Men krijgt iets uit de Wmo en vanuit de Zorgverzekeringswet en de AWBZ en soms nog forensische zorg. Het zijn mensen die dagbesteding hebben of werkbegeleiding, ook nog een uitkering erbij, mensen die het allemaal niet zo op een rijtje hebben. Zij hebben heel veel hulpverleners om zich heen, die zich volgens mij met de beste bedoelingen inzetten voor deze mensen, maar zolang de coördinatie niet geregeld is en er niet iemand is die daar de verantwoording voor neemt, worden deze mensen gewoon niet goed geholpen. De vraag is dan ook of de minister kan aangeven op welke manier die zorgco-

öordinatie nu eindelijk geregeld wordt in de ggz. Dit is een vraag die ik eigenlijk in elk overleg stel, maar waarop nog steeds geen antwoord is gekomen. Het is zo ontzettend belangrijk dat het voor deze mensen – volgens mij de allermeest kwetsbaren in de samenleving – ook wordt geregeld zoals dat nu is bij dementie en bij zwangerschap. Dan heeft het maximaal effect en dat scheelt heel veel leed, en het scheelt ook nog eens heel veel geld. Daarop graag een concrete toezegging van de minister.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Het startpunt in de beantwoording van de minister was dat hij bevestigde dat de sector recht heeft op duidelijkheid, zodra mogelijk, en hij neemt zich dus voor in mei tot definitieve besluitvorming te komen. Wij hadden half april gevraagd, mei is een maand later. Dat is jammer, maar als dat onontkoombaar is wil ik daar wel kennis van nemen en er ook genoegen mee nemen, als het dan maar echt gebeurt.

Vervolgens komt er een hele reeks onderwerpen langs waaruit blijkt dat het allemaal nog complex genoeg is en dat het best een karwei gaat worden om dat allemaal te halen. Wij wachten dat af en we zien elkaar daarna weer. Ik wil de minister wel uitdrukkelijk bedanken voor zijn toezegging om binnen drie à vier weken helderheid te geven over die bedden in de jeugdpsychiatrie. Dat is heel goed en hard nodig. Ik had het over een e-mail die ik ontving van de stichting De Hoop, die op dit terrein actief is zoals iedereen wel weet, en ik heb hier voor mijn collega's, en voor de minister indien hij daar behoefte aan heeft, een kopie, want ik vind dat we wel over dezelfde informatie moeten beschikken.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik loop de vragen even langs en waar ik technisch af en toe moet afhaken zeg ik toe dat ik daar later schriftelijk op terugkom.

Over het registreren van indirecte tijd gaf ik zo-even aan dat, voor zover onze informatie strekt, de NZa dat heeft aanbevolen en dat de zorgaanbieders dat zelf niet wilden. Dat heeft te maken met – althans, zo reconstrueer ik dat voor mezelf – het gegeven dat in de dbc's, uiteindelijk ook op basis van de tijd die daarmee gemoeid is, een tarief wordt vastgesteld. Op het moment dat er een grote spreiding is qua indirecte tijd, en je dat niet precies in beeld hebt, loop je de kans dat het maximumtarief te laag wordt vastgesteld. Zo kan ik althans alleen maar verklaren dat er kennelijk een behoefte is om de indirecte tijd nog te registreren, ook gezien de bureaucratie die het met zich meebrengt. Ik zal de Kamer schriftelijk laten weten hoe en waarom die balans zo uitvalt, want wat ik nu stel is eigenlijk een hypothese. Als die klopt betekent dat wel dat wij zo snel mogelijk de producten, de prestaties zo goed mogelijk moeten zien te beschrijven om uit dit dilemma te komen, want op bureaucratie zit niemand te wachten. Op het moment dat ik dat schriftelijk meld, zal ik ook aangeven hoe het tijdspad van DBC-Onderhoud daarbij is.

Nieuwe cliënten die meer lijken op te leveren, tussen aanhalingstekens, dan oude: ik kan me dat eigenlijk niet zo goed voorstellen. Mocht dat wel zo zijn, dan ga ik dat de Kamer melden. Het lijkt mij dat het niet om cliënten gaat, maar simpelweg de diagnose die gesteld wordt en de daarmee gemoeide bekostiging.

De liberalisering van vrije prijzen zal ook in mei duidelijk worden. Ik meld daarbij nog een kwalitatief punt: in de somatische zorg weet je betrekkelijk goed wat een medisch herkenbare diagnose is, met een daarmee gemoeide behandeling. In de ggz is dat, vanwege de productstructuur die gekozen is, een stuk lastiger. Ik denk dat het ook veel lastiger wordt om hier zomaar met vrije prijzen te gaan werken. Je legt dan in feite de problematiek van het benoemen van de daarmee gemoeide kosten neer bij zorgaanbieders en verzekeraars, die te maken hebben met een vrij ruwe dbc-structuur. Ik zeg niet dat het niet kan, maar ik geef een extra complicatie aan die zich daarbij aftekent. Overigens gaat het om maxi-

mumprijzen, en dat is van belang, want op het moment dat wij te maken hebben met tariefmaatregelen moet je als overheid wel ergens op kunnen aangrijpen. Als je dan kostprijzen vaststelt, zonder bandbreedte of zonder dat er een maximumtarief aan vastzit, ben je in feite bezig met volumeregulering. Terwijl wanneer je werkt met maximumtarieven of bandbreedtes, je ook altijd nog kunt veronderstellen – terecht, in mijn beleving – dat er mogelijkheden zijn voor efficiencyverbetering, zonder dat dit direct gepaard gaat met minder volume. Ook die punten komen straks natuurlijk allemaal mee, vandaar dat het al dan niet overgaan op prestatiebekostiging echt een lastig en complex geheel aan afwegingen vergt. Het bestuurlijk overleg met de sector zal plaatsvinden op 26 januari van dit jaar, dus binnen een week. Ook met hen zullen wij in elk geval meenemen welke knoop- en knelpunten, alsmede eventuele uitdagingen en kansen, zich daar aftekenen. Maar in mei hoort de Kamer nader van ons, dan wel zoveel eerder als duidelijk is dat we die kant opgaan. De heer Van Gerven zegt dat het om stukloon gaat. Dat vind ik een ongegründ woord. Het gaat niet om stukloon, het gaat erom dat wij op een vrijgerichte manier inzicht krijgen in wat de kwaliteit van de zorg is, op basis van een diagnose en de daarmee gemoeide kosten. Daar is toch helemaal niets mis mee? Een instelling kan zeggen: wij kunnen dat op een effectievere manier, waarbij de patiënttevredenheid ook nog eens toeneemt, en het is minder duur. Wat is daar dan op tegen? Ik citeer Obama nog maar eens: saving lives and costs. Wat is erop tegen? Ik zou zeggen: werk eraan mee! De heer Van Gerven kan dat wel als stukloon afdoen, maar ik wil hem wijzen op een andere opmerking van zijn kant: het pakt verkeerd uit, dat zien we in het buitenland. Dat is helemaal niet waar! Wat zien wij in het buitenland? Wij kennen de situatie in Amerika en bij de National Health Service (NHS) in Engeland. Die laatste zou de heer Van Gerven moeten aanspreken: een one payer system, door de overheid gedomineerd. Mijn collega's zijn apetrots dat ze op dit moment prestatiebekostiging kunnen invoeren, los van verzekeraars die met elkaar concurreren. Dat heeft niet met stukloon te maken, dat heeft te maken met het feit dat de mensen die de behandelingen realiseren – de psychiaters en de psychologen dus – inzichtelijk maken hoe snel en hoe effectief zij mensen, die soms met grote nood bij hen komen, kunnen helpen. Daar is niets mis mee, sterker nog, daar is alles voor te zeggen.

De heer **Van Gerven** (SP): Het verrichtingenstelsel in de zorg – laat ik het zo maar wat neutraler formuleren dan – leidt tot kostenexplosies. We zien dat in Amerika, waar de kosten 50% tot 60% hoger zijn. We zien dat ook in Zwitserland. De minister zegt dat wij blij moeten zijn met de prestatiebekostiging, want dan wordt het beter en goedkoper. De ervaringen in het buitenland bewijzen het tegendeel. We gaan naar de Nederlandse situatie, we gaan naar de ggz, we kijken naar de rapporten die we allemaal hebben ontvangen, zowel van de SP als van PricewaterhouseCoopers, als van het Trimbos-instituut. Wat laten die zien? Dat gemakkelijke zorg die gemakkelijk te leveren is toeneemt – de PsyQ om het zo maar te zeggen – en dat de langdurige, ingewikkelde zorg onder druk komt. In die zin ontstaat er dus een tweedeling, en geen zorg die is afgestemd op behoefte. Ten tweede nemen ook de kosten toe. De minister stelt dat het goedkoper en beter wordt. Waarom wordt er dan 199 mln. gekort op de ggz, als het toch goedkoper wordt? Het tegendeel is waar: de kosten nemen juist toe door dit stelsel.

Minister **Klink**: Ten eerste nemen wij de tariefmaatregel inzake de kosten nu, terwijl er nog geen sprake is van de prestatiebekostiging. U moet niet twee ...

De heer **Van Gerven** (SP): Maar de dbc's zijn ingevoerd!

Minister Klink: Het is aardig dat de heer Van Gerven zegt dat de dbc's zijn ingevoerd, maar de prestatiebekostiging is dat nog niet. Wij kennen dbc's alleen maar langs lijnen van declaratiestelsels. Er is bij verzekeraars nog geen enkel risico, sterker nog, de prikkels staan eerder verkeerd. Want in de eerste lijn lopen ze wel risico, en in de tweede lijn niet. De heer Van Gerven moet de zaken nu niet gaan verwarren, en niet doen alsof de uitkomsten van de prestatiebekostiging nu al geïncasseerd zouden kunnen worden. Quod non, dat is niet waar. Ik kom op het verrichtingenstelsel. De heer Van Gerven heeft een nogal negatief beeld van de medische sector. Want de facto zegt hij: waar je voor betaalt, dat krijg je. Sterker nog: ze gaan realiseren waar ze winst aan kunnen onttelen, ze gaan extra verrichtingen doen terwijl die niet nodig zijn. Dat is zijn stelling. In feite zegt hij nu over de beroepsgroepen die hij zo vaak zegt te vertegenwoordigen: op het moment dat je de duitsen voor hun ogen houdt, dan gaan ze presteren, dan gaan ze extra lopen, desnoods ten koste van de patiënten, want het leidt tot overbehandeling. Dat constateer ik met de heer Van Gerven. Met hem zie ik daar wel een risico, maar hij moet niet naar het buitenland verwijzen en zeggen dat dit overal fout is gelopen. Ik geef twee argumenten. Eén ding blijkt uit het buitenland: daar waar je domweg een budget geeft en daar inkomensgaranties aan afleest, neemt de productiviteit vaak af en ontstaan er wachtlijsten. De heer Van Gerven heeft gelijk: daar waar simpelweg een verrichtingenstelsel is, loop je het risico dat inderdaad extra foto's, extra behandelingen, extra bloedonderzoeken enz. zich aftekenen. In de landen die ik noemde, Engeland en het goede stelsel in Amerika, betaalt men niet elke verrichting, maar samenhangende verrichtingen. Net als de heer Van Gerven weet ik overigens dat er in Amerika heel goede verzekeraars rondlopen, met goede zorginstellingen, die geïntegreerd zijn. Dan kom ik precies bij het punt dat mevrouw Bouwmeester aansneet. Oop het moment dat je samenhangende zorg – en vandaar een dbc – en dus die combinatie betaalt, en je kijkt bovendien nog eens naar de kwaliteit en zegt dat zij die kwalitatief presteren een betere prijs c.q. meer patiënten krijgen, omdat zij selectief contracteren, dan helpt dat wel degelijk. Ik verwijs heel graag naar alle rapporten die op dit moment verschijnen in Amerika. Medicare, een door de overheid geleide zorgverzekeraar, contracteert op dit moment daar waar de zorg het beste is, en die is ook het goedkoopst. Dat hangt een-op-een samen! Dus men moet niet net doen alsof wij opnieuw een verrichtingenstelsel in het leven gaan roepen, het is kwaliteit die we willen betalen, en samenhang.

De heer Van Gerven (SP): De minister heeft wel het verrichtingenstelsel ingevoerd. Kijk naar hoe het compleet uit de hand gelopen is bij de specialisten. Er is een miljard weggevloeid dat aan zorg besteed had kunnen worden, en waarvan we nog moeten afwachten of het terugkomt. En kijk eens naar het verrichtingenstelsel zoals dat is ingevoerd bij de huisartsen. Toen dat werd ingevoerd – de gedeeltelijke consulten – zagen we na het eerste jaar dat het aantal langdurige consulten dat werd gedeclareerd met 20% gestegen was. De minister verwijt mij een negatieve kijk op de beroepsgroep, maar ik kijk gewoon naar de feiten zoals die zijn. Je moet de kat niet op het spek binden. Wat is er mis met artsen in loondienst enz.? De minister zegt over artsen in loondienst dat zij, als er geen verrichtingenstelsel is, minder presteren. Kom nu eens met harde feiten en bewijzen dat bij gelijkblijvende kwaliteit de productie van artsen in loondienst bijvoorbeeld slechter zou zijn dan die van de vrijgevestigden. Want als dat zo zou zijn, zou de minister loondienst moeten verbieden.

Minister Klink: De heer Van Gerven moet de stukken wel goed lezen. Zie de brieven die de Kamer in de afgelopen week gekregen heeft. Wat is mijn analyse? Wat doen wij? Wij betalen volume. Wij betalen consulten, we betalen receptregels. En waar het om gaat is dat wij kwaliteit en samen-

hang gaan betalen. Inderdaad precies wat er op dit moment bij de NHS gebeurt: zorgen dat je kwaliteit betaalt, en niet domweg het feit dat er een consult is gedraaid van inderdaad 20 minuten, niet domweg dat er een dbc geopend is. Wij gaan dus toe naar een systeem waarin we kwaliteit en samenhang belonen, waarmee we een prikkel geven aan uitkomsten die goed zijn, en overbehandeling tegengaan. De heer Van Gerven daagt mij uit op het punt van de specialisten: ik kan daarover niets anders zeggen dan dat de feiten niet wijzen op een volume-explosie, integendeel. De ziekenhuiskaders zouden dan ook overschreden zijn, want dat loopt een-op-een mee. Wat daar gebeurd is, is dat de normtijden niet goed zijn vastgesteld. Dat vermenigvuldigd met de uurtarieven heeft tot een overschrijding geleid, en niet het feit dat men massaal is gaan declareren en massaal dbc's is gaan openen. Desalniettemin wil ik wel naar die samenhang en kwaliteit gaan, en niet domweg naar volume betalen. Mijn Amerikaanse collega zei het zo: we only pay contacts, and we don't pay quality. En dat is een agenda die in Engeland, in Duitsland, in de Verenigde Staten én hier in Nederland voorligt, namelijk: kwaliteit en samenhang gaan betalen, en niet zomaar een consultje of een extra dbc. Vandaar dat ik het inderdaad volstrekt eens ben met mevrouw Bouwmeester dat we de kwaliteit inzichtelijk moeten krijgen, omdat we anders het risico lopen dat we wel alleen maar volume gaan betalen.

Het preventiefonds dan: ik denk niet dat we daar een extra fonds voor nodig hebben, dan zouden we weer een extra knip maken. Ik denk dat het nodig is om preventie te verankeren in de richtlijnen en in de zorgstandaarden, en zorgen dat die zoveel mogelijk gecontracteerd wordt. Dat is beter, anders krijgen we een rare knip in datgene wat de samenhang kent, namelijk goede zorg die zoveel mogelijk preventief van aard is. Ik geef een voorbeeld, anders blijft het zo abstract. Ik ben er dus hartstikke voor dat het bewegen, waar het Trimbos-instituut deze week mee kwam, bij de angststoornissen in de richtlijnen komt. Bij depressies is men daar nu mee bezig, bij angststoornissen helpt het ook, en dat is ook betere zorg tegen een lagere prijs.

Inzake ACT noemt de heer Van Gerven de integrale bekostiging. Dat is daarvan een goed voorbeeld. Het is een van de thema's die bij zorgzwaarte en bij het definiëren van een dbc meespeelt. ACT doet inderdaad hartstikke goed werk en ik zou het graag op die manier geborgd zien in dbc's.

Van de 10% inkomensdaling heb ik zo-even aangegeven waaruit die kan voortvloeien. Er loopt een beroepsprocedure bij de NZa, daarop kan ik niet vooruitlopen, maar ik gaf aan wat de oorzaken zouden kunnen zijn. Nee, ik ga er niet op vooruitlopen, anders zeg ik misschien dingen die weer gebruikt kunnen worden in die procedure.

Mevrouw Bouwmeester noemde de kwaliteit. Die moet inderdaad doorslaggevend zijn, ook bij de stappen die we zetten rond prestatiebekostiging, en ook op het domein van de ggz. De zorgcoördinatie vind ik inderdaad wel een punt en ik maak daarover een aantal opmerkingen: het is een van de redenen om toch nog eens te kijken naar de Zvw en de AWBZ. We hebben nu een stap gezet rond de op genezing gerichte zorg, maar het blijft toch een beetje een arbitraire knip, op basis van 365 dagen, dan ga je de AWBZ weer in met een zvp. Dan moet je de tarieven weer op elkaar gaan afstemmen, terwijl er voor die mensen natuurlijk niets verandert. Je bent na een jaar, 365 dagen, niet ineens de volgende dag een ander mens. Daar moeten we dus echt goed naar kijken, dat zal ook in de heroverweging zonder meer een rol spelen. Het lijkt mij van belang om de integrale zorg te verankeren in zorgstandaarden en richtlijnen. Langs die lijnen borg je dan samenhang in de zorg. Vervolgens is de vraag: hoe zorg je dan dat er iemand toeziet op die samenhang? Dat komt ongetwijfeld terug bij de wet cliëntenrechten zorg, waarin de samenhang en coördinatie een rol spelen. Het speelt op heel veel fronten, inderdaad ook bij zwangere vrouwen, en we zijn er over de hele linie gewoon nog niet uit hoe we dat

het beste kunnen borgen. Toen wij met de wet cliëntrechten zorg bezig waren, was het idee om elke patiënt het recht te geven op een zorgcoördinator. Maar voor je het weet levert dat een verplichting op in de richting van aanbieders, wat een enorme bureaucratie met zich meebrengt. Je verplicht dan weer tot afstemming, hoe ga je dat controleren, moet er getelefoneerd worden, gemaïld, gefaxt ... Soms weet je niet waar je aan begint. Vandaar dat ik vooralsnog liever de weg kies van zorgstandaarden definiëren, de samenhang daarbinnen bewaken, en wellicht daarbinnen dan inderdaad iemand aanwijzen die als eerste de zorg contracteert, maar in elk geval ook coördineert. Dat speelt bij de verloskunde, en dat speelt ook hier. Rome werd ook niet in een dag gebouwd, maar we moeten daar wel goed naar gaan kijken in de sfeer van de ggz. Met name bij de systeemovergangen, want in één ding heeft mevrouw Bouwmeester gewoon gelijk: er lopen veel mensen rond die dat niet voor elkaar krijgen. Voor ons is het al hartstikke ingewikkeld, laat staan voor hen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De minister zegt dat Rome niet in een dag gebouwd is en dat klopt, maar dit is een vraag die ik nu al drie jaar stel. Elke keer zegt de minister dat we er wel naar moeten kijken, en dat hij daar nog schriftelijk op terugkomt. Maar het veld weet precies hoe je dit moet doen. Het heeft niet alleen te maken met een overgang van systemen als je bijvoorbeeld langer dan een jaar in de ggz zit. Het heeft gewoon te maken met het feit dat er mensen zijn die met tig verschillende problemen zitten; daar moet gewoon coördinatie op. Ik geloof in de goede intenties van de minister, maar ik wil geen genoegen nemen met het antwoord «dat nemen we mee». Ik vraag de minister of hij een veldonderzoek wil doen naar zorgcoördinatie voor deze ingewikkelde groep mensen – je moet niet iedereen een coördinator geven, maar die groep wel – en op basis daarvan terug wil komen naar de Kamer met de manieren waarop het kan worden uitgewerkt en de gevolgen daarvan. Als Kamer hebben we daar dan inzicht in. Ik ben bang dat we anders blijven hangen in «we gaan ernaar kijken» en «we vinden het wel belangrijk», terwijl er ondertussen niets gebeurt. Wat het voor deze groep zo ontzettend specifiek maakt, is dat het daarbij gaat om de combinatie leefstijl, zorg en dagbesteding of arbeidstoeleiding. Het is zoveel breder dan alleen een kokertje in de zorg. Volgens mij heeft de minister dus een heel mooie uitdaging door dit bijvoorbeeld als pilot neer te zetten: ontkooking in de zorg en de koppeling maken met werk.

Voorzitter: Ferrier

Minister **Klink**: Dat spreekt mij eigenlijk wel aan. Ja, ik ben overtuigd, dus laten we dat maar eens gaan doen. Ik ga nu niet zeggen dat we dat binnen drie maanden doen; dat kan ik wellicht niet waarmaken. Ik ga de Kamer inlichten binnen welke periode dat kan, en ik zal het zo spoedig mogelijk realiseren. Ik vind het een goed punt.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik vind deze toezegging geweldig.

Minister **Klink**: Maar ik neem dan wel al die andere punten mee, zoals de richtlijnen, de zorgstandaarden en hoe we de WCZ willen regelen. Ik ga hier dus tegen die achtergrond naar kijken.

De heer Van der Vlies geef ik aan dat ik benieuwd ben naar de mail van De Hoop; ik heb daarnet een kopie ontvangen, waarvoor dank.

De heer **Van Gerven** (SP): Nog even een praktisch punt inzake het prestatievoorschot en de bekostigingssystematiek. Kan de minister zeggen wanneer hij reageert en duidelijkheid kan scheppen over de prestatievoorschotinvoering bij de instellingen en dergelijke? Want hij moet daar nog

onderzoek naar doen en ik wil graag weten binnen welke termijn hij daar iets over kan meedelen.

Minister **Klink**: Ik meld binnen nu en een week binnen welke periode, in welke tijd we dat kunnen doen. Ik laat ook binnen een week weten wanneer we iets weten over de voorschotten. Daarbij is het dus niet zo dat ik binnen een week een volledig antwoord heb.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister zou bekijken of iets kan en de richting aangeven of hij dat wel of niet kan bewerkstelligen. Daarop wil ik graag ook een antwoord. Ik begrijp dat de minister het niet over een week al geregeld heeft, dat is duidelijk.

Minister **Klink**: de Kamer krijgt binnen een week van mij te horen wanneer ik het wél geregeld heb, en in welke richting.

De **voorzitter**: Ik sluit het algemeen overleg.