

Vergaderjaar 2011–2012

32 393

**Wijziging van de Wet marktordening
gezondheidszorg en enkele andere wetten in
verband met de aanvulling met instrumenten
voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten
bekostiging WMG)**

Nr.23

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 29 juni 2012

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 25 mei 2012 inzake beschikbaarheidsbijdrage curatieve geestelijke gezondheidszorg (Kamerstuk 32 393, nr. 18).

De op 15 juni 2012 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 28 juni 2012 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de minister	4

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

Algemeen

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister om een beschikbaarheidsbijdrage in de curatieve geestelijke gezondheidszorg mogelijk te maken. Genoemde leden hechten veel waarde aan goede kwaliteit van zorg en beschikbaarheid van zorg juist daar waar het zo hard nodig is. Deze leden zijn dan ook positief over de mogelijkheid van een beschikbaarheidsbijdrage voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen en zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers. Specifieke kennis en zorg aan bijzondere doelgroepen moet volgens de leden van de PvdA-fractie altijd beschikbaar blijven. Het gaat hier bij deze twee doelgroepen om bovenregionale activiteiten voor een relatief kleine complexe patiëntendoelgroep waarvoor meerkosten gemaakt moeten worden, waardoor de kans op marktfalen reëel is. De leden van de PvdA-fractie staan positief ten opzichte van de maatregel om er zorg voor te dragen voor groepen waarvoor niet direct goede zorg te bekostigen is via het systeem dat nu in de zorg geïmplementeerd is, het zo te organiseren dat goede zorg voor alle doelgroepen beschikbaar blijft.

De leden van de fractie van de PvdA zouden in dit licht echter de minister op twee andere doelgroepen willen wijzen, die volgens deze leden ook in aanmerking zouden moeten komen voor een beschikbaarheidsbijdrage: Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen (KOPP) en Kinderen van Verslaafde Ouders (KOV), en de patiënten in de curatieve ggz met zeer ernstige psychiatrische problematiek en extreme agressie door verslavingsproblematiek.

KOPP/KOV kinderen

De leden van de PvdA-fractie strijden al enkele tijd om betere zorg voor kinderen van ouders met psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek. Deze groep kinderen loopt nog te vaak tegen problemen aan bij het verkrijgen van goede, deskundige zorg. De geboden zorg vanuit gemeenten is nog niet voldoende en niet toegespitst op de problematiek van deze doelgroep, stellen deze leden. Deelt de minister de mening dat de zorg voor deze kinderen beter georganiseerd kan en moet worden? Als de leden van de PvdA-fractie de bepalingen bezien op basis waarvan een beschikbaarheidsbijdrage mogelijk gemaakt wordt voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen (Centrum '45, oorlogsslachtoffers en zwaar getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers) en zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers, dan moeten zij stellen dat voor de KOPP en KOV kinderen eenzelfde regeling getroffen zou moeten worden. Deze doelgroep, stellen deze leden, is een complexe doelgroep waarvoor meerkosten gemaakt moeten worden en die nog niet op een andere manier bekostigd kunnen worden. De leden van de PvdA-fractie zouden graag van de minister vernemen of er ook voor deze doelgroep een beschikbaarheidsbijdrage kan komen en wat de beweegredenen zijn van de minister om dit wel of niet te doen. Genoemde leden vragen hoe de zorg voor deze doelgroep wel georganiseerd zou kunnen worden als een beschikbaarheidsbijdrage geen passende mogelijkheid is volgens de minister.

Ernstig psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek

Een tweede doelgroep waar de leden van de PvdA-fractie zich zorgen om maken en waar zij mogelijkheden zien voor de beschikbaarheidsbijdrage is de groep laag verstandelijke gehandicapten met ernstige psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek. Deze leden constateren dat de ggz steeds vaker geconfronteerd wordt met patiënten die naast een ernstig psychiatrische stoornis een verslavingsproblematiek hebben en dus regelmatig enorme doorbraken van agressie hebben. Genoemde leden moeten concluderen dat deze patiënten niet passen in de dbc-constructie in de curatieve ggz, die bij invoering van prestatiebekostiging in de sector gecreëerd is door deze minister, waardoor ggz-instellingen aanlopen tegen enerzijds een zorgplicht voor deze patiënten en anderzijds een tekort aan middelen en mankracht om deze patiënten met een ernstig complexe zorgvraag de juiste zorg te bieden. In andere instellingen waar bijvoorbeeld beter omgegaan kan worden met de enorme agressie die deze patiënten in bepaalde fases in hun ziektebeeld laten zien, bijvoorbeeld tbs-klinieken (waar ggz-instellingen soms al mee samenwerken wanneer ze een zodanige patiënt moeten opnemen), is er vaak geen budget beschikbaar voor deze patiënt. Bij deze doelgroep gaat het volgens de leden van de PvdA-fractie om zorg waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties niet of niet geheel zijn toe te rekenen of in rekening te brengen zijn aan individuele verzekeraars of verzekerden, waar een toerekening van de kosten naar tarieven marktverstoring is en de zorg voor deze patiënten niet op een andere manier bekostigd kan worden. Deelt de minister deze visie van de leden van de PvdA-fractie? De vraag van de leden van de PvdA-fractie aan de minister is of bij deze doelgroep de beschikbaarheidsbijdrage als maatregel zou kunnen dienen om zo de juiste verantwoorde zorg voor deze groep patiënten te organiseren. Wat zijn de beweegredenen voor de minister om wel of niet een beschikbaarheidsbijdrage mogelijk te maken voor deze doelgroep? De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de zorg voor deze doelgroep wel georganiseerd zou kunnen worden als de minister een beschikbaarheidsbijdrage geen passende mogelijkheid acht.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over de beschikbaarheidsbijdrage curatieve ggz. Deze leden vragen hoe de zorg verleend door het Centrum '45 zich verhoudt tot de zorg die geleverd wordt door de andere instellingen die deel uitmaken van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV). Deze zeventien zorginstellingen werken samen om de zorg voor veteranen goed te organiseren. Betekent dit dat de overige zestien instellingen nu niet meer aan veteranen zorg kunnen verlenen? In hoeverre is er overleg geweest met de voorzitter van het LZV over het invoeren van een beschikbaarheidsbijdrage voor Centrum '45?

De leden van de CDA-fractie vinden het belangrijk dat Joodse oorlogsslachtoffers specifieke zorg krijgen die samenhangt met het verwerken van de gevolgen van de Tweede Wereldoorlog. Het is deze leden niet duidelijk of de beschikbaarheidsbijdrage voor het Sinaï Centrum ook geldt voor de nakomelingen van de Joodse oorlogsslachtoffers, die vaak ook nog de gevolgen ondervinden van het oorlogsverleden van hun ouders.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister inzake de beschikbaarheidsbijdrage curatieve geestelijke gezondheidszorg. De minister schrijft dat de inzet van dit instrument noodzakelijk is in verband met de afspraken die de minister met de sector maakt over invoering van prestatiebekostiging. De leden van de SP-fractie vragen

hoever de minister is gevorderd met deze afspraken. Daarnaast vragen deze leden of het niet wijs is om, gezien de demissionaire status van het kabinet, terughoudend te zijn met de implementatie van een zo grote beleidswijziging en verdere actie over te laten aan een volgend kabinet.

De minister stelt terecht dat gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke, complexe doelgroepen en de zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers een reëel risico in zich houdt op «marktfalen» vanwege de meerkosten die moeten worden gemaakt. De leden van de SP-fractie vragen de minister welke andere mogelijkheden voor de instandhouding van deze zorg zijn onderzocht en wat van elk van deze mogelijke alternatieven de voor- en nadelen waren. Genoemde leden vragen bijvoorbeeld waarom, in plaats van een beschikbaarheidsbijdrage bovenop de huidige budgetcomponenten, niet is gekozen voor vergroting van die budgetcomponenten. Zou dit niet een meer structurele oplossing zijn dan een jaarlijks opnieuw te berekenen beschikbaarheidsbijdrage? Deze leden vragen tevens of de overige geestelijke gezondheidszorg niet ook moet worden beschermd tegen marktwerking vanwege de kans op «marktfalen» en het kwetsbare karakter van de doelgroep.

De minister stelt dat er «nog» geen dbc-tarieven beschikbaar zijn voor deze zorg. De leden van de SP-fractie vragen de minister of uit deze formulering kan worden afgeleid dat er plannen zijn om het dbc-stelsel uit te breiden naar gespecialiseerde psychotraumazorg en zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers. Is het de bedoeling dat op deze zorg geconcentreerd gaat worden? Zo nee, wat is dan de reden voor dbc-financiering in zorg die zo kwetsbaar is dat zelfs een zeer liberaal kabinet het risico op «marktfalen» zeer hoog inschat? Ook de negatieve gevolgen voor de patiëntprivacy van de dbc-systematiek zou naar het oordeel van de leden van de SP-fractie een extra zwaar argument tegen invoering van dbc's in deze vormen van zorg moeten zijn. Deze leden vragen de minister om toe te zeggen dat geen verdere stappen worden ondernomen voor uitbreiding van de dbc-systematiek naar de in de voorliggende voorhang beschreven vormen van zorg.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

De leden van de PvdA-fractie vragen mij of ik de mening deel dat de zorg voor kinderen van ouders met psychiatrische problematiek (KOPP) en verslavingsproblematiek (KVO) beter georganiseerd kan en moet worden. De leden van de PvdA-fractie willen tegen deze achtergrond graag vernemen of er ook voor deze doelgroep een beschikbaarheidsbijdrage kan komen en wat mijn beweegredenen zijn om dit wel of niet te doen. Genoemde leden vragen hoe de zorg voor deze doelgroep wel georganiseerd zou kunnen worden als een beschikbaarheidsbijdrage volgens mij geen passende mogelijkheid is.

Het introduceren van een beschikbaarheidsbijdrage voor deze doelgroep behoort niet tot de wettelijke mogelijkheden. Een beschikbaarheidsbijdrage kan alleen worden geïntroduceerd voor zorg die verzekerd is ingevolge de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De hulp voor kinderen van ouders met psychiatrische problematiek (KOPP) en verslavingsproblematiek (KVO) betreft preventieve hulp. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft eerder geconcludeerd dat preventieve programma's voor kinderen van ouders met psychiatrische problematiek behoren tot de zogenaamde «selectieve preventie». «Selectieve preventie» behoort niet tot het domein van de Zvw, maar tot het domein van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).¹ Daarmee is de organisatie van deze hulp en ondersteuning een verantwoordelijkheid voor gemeenten.

¹ Uitspraken www.cvz.nl – 29020404 (29031776).

Ik ben het met u eens dat knelpunten op dit vlak moeten worden aangepakt.¹ Er is de afgelopen jaren veel en gevarieerd aanbod ontwikkeld. Aan de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) is recent gevraagd het bestaande KOPP/KVO-aanbod opnieuw onder de aandacht van gemeenten brengen. Daarnaast wordt een handreiking voor gemeenten opgesteld over het specifieke aanbod en de inkoop hiervan. Op deze manier wordt het KOPP/KVO-aanbod toegankelijker en wordt vanuit het Rijk de inkoop door gemeenten gefaciliteerd.

Daarnaast vragen de leden van de PvdA-fractie of er ook een beschikbaarheidsbijdrage kan worden ingevoerd voor zorg aan de groep laag verstandelijke gehandicapten met ernstige psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek. Deze leden constateren dat de ggz steeds vaker geconfronteerd wordt met patiënten die naast een ernstige psychiatrische stoornis een verslavingsproblematiek hebben en dus regelmatig enorme doorbraken van agressie hebben. Genoemde leden concluderen dat deze patiënten niet passen in de dbc-systematiek in de curatieve ggz en vragen of ik deze visie deel, wat beweegredenen voor mij zijn om wel of niet een beschikbaarheidsbijdrage mogelijk te maken voor deze doelgroep, en hoe de zorg voor deze doelgroep georganiseerd zou kunnen worden als ik een beschikbaarheidsbijdrage geen passende mogelijkheid acht.

In de budgetsystematiek in de tweedelijns curatieve ggz, zoals deze voor 2012 nog van kracht is, bestaat een extra, zogenaamde «individuele budgetcomponent» voor bedden voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (zogenaamde SGLVG-bedden). Ook de door de PvdA-fractie genoemde doelgroep valt onder deze categorie. Op macroniveau was in 2010 circa een half miljoen euro met deze budgetcomponent gemoeid.

Per 2013 komen de instellingsbudgetten in de tweedelijns curatieve ggz (en daarmee ook deze budgetcomponent) te vervallen. Binnen de dbc-systematiek is per 2012 evenwel een nieuwe productstructuur ingevoerd voor ggz met verblijf in een instelling. Daarbij wordt ook gedifferentieerd naar zwaarte van de zorgvraag van de patiënt. Bovendien wordt in 2013 de zogeheten normatieve huisvestingscomponent ingevoerd. Dat is een kapitaallastenvergoeding die in hoogte ook afhankelijk is van de zwaarte van de zorgvraag van de patiënt. Dit alles betekent dat indien voor het leveren van adequate ggz in een verblijfsetting (aan een patiënt met een relatief zware zorgvraag) bijzondere voorzieningen nodig zijn, hiervoor een hoger tarief beschikbaar is. De zorgautoriteit heeft inmiddels getoetst of de dbc-systematiek voorziet in een adequate bekostiging van zorg aan sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten. De zorgautoriteit heeft geoordeeld dat de dbc-systematiek voldoet en dat deze zorg bij invoering van prestatiebekostiging op een adequate manier in de productstructuur is opgenomen. Dit is ook besproken met de sector. Dat betekent dat een beschikbaarheidsbijdrage voor deze zorg niet nodig is.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de zorg verleend door het Centrum '45 zich verhoudt tot de zorg die wordt geleverd door de andere instellingen die deel uitmaken van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV).

Het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV) is een samenwerkingsverband van zorgverleners. Hun diensten liggen op het vlak van intake en maatschappelijk werk, laagdrempelige ondersteuning en meer gespecialiseerde hulpverlening (lopend van enkelvoudige behandeling tot topklinische zorg). Centrum '45 en het Sinai Centrum zijn onderdeel van dit samenwerkingsverband en vervullen daarbinnen ieder een zeer specifieke

¹ Kamerstukken II 2011/12, 31 839, nr. 200.

rol, waarmee zij zich onderscheiden van de andere zorgverleners in dit samenwerkingsverband. Dit komt ook tot uitdrukking in het feit dat Centrum '45 en het Sinaï Centrum – in tegenstelling tot de andere zorgaanbieders binnen het LZV – ook op dit moment een aantal aparte budgetcomponenten ontvangen, die bestemd zijn voor de meerkosten die samenhangen met de specifieke zorg die zij leveren. Voor Centrum '45 gaat het om de individuele budgetcomponenten «oorlogsslachtoffers» en «vluchtelingen/ asielzoekers» en voor het Sinaï Centrum om de individuele budgetcomponenten «bestendig beleid» en «bijzonderheid organisatie».

De CDA-fractieleden wijzen erop dat alle zeventien instellingen die deel uitmaken van het LZV samenwerken om de zorg voor veteranen goed te organiseren. Deze leden vragen of het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage aan Centrum '45 betekent dat de overige zestien instellingen nu niet meer aan veteranen zorg kunnen verlenen.

Het antwoord daarop luidt: nee, die gevolgtrekking is onjuist. Alle instellingen binnen het LZV kunnen doorgaan met hun zorgverlening aan veteranen en hun samenwerkingsverband kan worden gecontinueerd. Zij hebben daar echter – net als nu – geen aanvullende bekostiging voor nodig. Voor zover deze instellingen tweedelijns curatieve ggz leveren, kan deze bekostigd worden met dbc's. Zeker gelet op het feit dat dbc's per 2013 een bandbreedtetarief meekrijgen, waardoor het – indien van toepassing – mogelijk wordt om met verzekeraars afspraken te maken over een hogere vergoeding voor zorg aan patiënten met een bovengemiddelde zorgvraag (zie de «Voorhangbrief prestatiebekostiging tweedelijns curatieve ggz» d.d. 21 februari 2012).¹

Centrum '45 en het Sinaï Centrum ontvangen echter ook in de huidige situatie al een aanvullende, specifieke bekostiging. Door de invoering van een beschikbaarheidsbijdrage wordt deze situatie na de invoering van prestatiebekostiging gecontinueerd. Voor het jaar 2013 zal wat betreft de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage worden aangesloten bij de hoogte van de genoemde budgetcomponenten. Voor latere jaren zal er een herijking plaatsvinden op basis van kostenonderzoek.

De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre er overleg is geweest met de voorzitter van het LZV over het invoeren van een beschikbaarheidsbijdrage voor Centrum '45.

Hierover heeft geen overleg plaatsgevonden met de voorzitter van het LZV. Het besluit om Centrum '45 en het Sinaï Centrum een beschikbaarheidsbijdrage te geven vloeit logisch voort uit (1) het feit dat zij nu al een aparte budgetcomponent krijgen voor de specifieke zorg die zij leveren (2) uit het feit dat de zorgautoriteit heeft aangegeven dat deze meerkosten niet met dbc's gedekt kunnen worden en (3) dat voldaan wordt aan de criteria van artikel 56a van de WMG .

De leden van de CDA-fractie vragen of de beschikbaarheidsbijdrage voor het Sinaï Centrum ook geldt voor de zorg aan nakomelingen van de Joodse oorlogsslachtoffers, die vaak ook nog de gevolgen ondervinden van het oorlogsverleden van hun ouders.

De beschikbaarheidsbijdrage is bestemd voor zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers door een zorgaanbieder die specifiek is toegerust voor zorgverlening aan deze doelgroep. Het gaat hierbij om de behandeling van psychische stoornissen die samenhangen met gebeurtenissen die zich in de Tweede Wereldoorlog hebben voorgedaan. Deze zorg kan ook gericht zijn op tweedegeneratie oorlogsgetroffenen die de gevolgen

¹ Kamerstukken II 2011/12, 25 424, nr. 160.

ondervinden van wat (één van) de ouders of andere opvoeders in de oorlog hebben meegemaakt.

De leden van de SP-fractie vragen hoever ik ben gevorderd met het maken van afspraken met de sector over de invoering van prestatiebekostiging.

Op maandag 18 juni jongstleden heb ik een bestuurlijk akkoord met de ggz-sector gesloten, waar ook afspraken over de invoering van prestatiebekostiging deel van uitmaken. Ik heb dit akkoord, samen met een begeleidende brief, op 18 juni jongstleden naar uw Kamer gestuurd.¹

De leden van de SP-fractie vragen of het niet wijs is om, gezien de demissionaire status van het kabinet, terughoudend te zijn met de implementatie van een zo grote beleidswijziging en verdere actie over te laten aan een volgend kabinet.

Het is uiteindelijk aan uw Kamer zelf om te beoordelen of het besluit over de sectorbrede invoering van dbc-bekostiging in de tweedelijns curatieve ggz moet worden overgelaten aan een nieuw kabinet. De Kamer heeft hier inmiddels ook een uitspraak over gedaan en een motie van de SP-fractie met deze strekking² met ruime meerderheid verworpen. Nu bovendien het genoemde bestuurlijke akkoord met de ggz-sector is bereikt en dit voorstel ook in de sector brede steun heeft, zowel bij instellingen, verzekeraars, professionals als patiënten, betekent dit dat ik geen reden zie de sectorbrede invoering van dbc-bekostiging per 2013 geen doorgang te laten vinden. Integendeel, ik zou dit zeer onverstandig en onwenselijk vinden. Zoals toegelicht tijdens het overleg met uw Kamer op 26 april jl.³ gaat het hier niet om een «grote beleidswijziging», zoals de leden van de SP-fractie stellen, maar om het (hoognodige) sluitstuk van een besluit dat al veel eerder is genomen. Sinds 1 januari 2008 is de overgang van de tweedelijns curatieve ggz van de AWBZ naar de Zvw een feit, evenals de daarbij behorende invoering van de dbc-systematiek. Om de financiële onzekerheden van de overgang van het ene naar het andere systeem voor instellingen te verzachten is er destijds voor gekozen tijdelijk met twee systemen te werken: het systeem van oude AWBZ-parameters en de dbc-systematiek, waarbij het eerstgenoemde systeem uiteindelijk nog leidend was voor wat instellingen, «onderaan de streep», aan opbrengsten ontvingen. Dit dubbele systeem betekent echter ook dat de sector nu al voor het vijfde achtereenvolgende jaar te maken heeft met een dubbele boekhouding en de daarbij behorende extra administratieve lasten. De sector is er aan toe om per 2013 – vijf jaar na dato – de definitieve stap naar prestatiebekostiging te zetten, een einde te maken aan de onnodige bureaucratie van de dubbele boekhouding, en bekostigd te worden op een manier die voor Zvw-zorg gebruikelijk is. Ik word in deze overtuiging gesterkt door het feit dat patiënten, professionals en instellingen de overstap van de AWBZ naar de Zvw (die per 2008 heeft plaatsgevonden) beschouwen als een teken van emancipatie en normalisering van de sector. Bovendien geven zij aan dat door een betere aansluiting van financieringssystemen de samenwerking met de somatische zorg wordt bevorderd en dat dbc's de positie van de patiënt versterken door de transparantie die daardoor tot stand komt.

De SP-fractie vraagt welke andere mogelijkheden er zijn onderzocht voor de instandhouding van gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke, complexe doelgroepen en de zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers (anders dan het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage) en wat van elk van deze mogelijke alternatieven de voor- en nadelen waren.

¹ Kamerstukken II 2011/12, 25 424, nr. 183.

² Kamerstukken II 2011/12, 25 424, nr. 178.

³ Handelingen 2011–2012, nr. 82, item 32, datum vergadering: 26-04-2012.

Een andere mogelijkheid die is bekeken, is in hoeverre deze zorg op dit moment met dbc's kan worden bekostigd. Dit blijkt echter niet in voldoende mate het geval te zijn. De enige andere mogelijkheid voor de bekostiging van deze zorg die dan per 2013 op grond van de WMG nog resteert is het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage.

De leden van de SP-fractie vragen waarom, in plaats van een beschikbaarheidsbijdrage bovenop de huidige budgetcomponenten, niet is gekozen voor vergroting van die budgetcomponenten. Zou dit niet een meer structurele oplossing zijn dan een jaarlijks opnieuw te berekenen beschikbaarheidsbijdrage?

Het is een misverstand dat de beschikbaarheidsbijdrage «bovenop» de huidige budgetcomponenten wordt toegekend. De huidige instellingsbudgetten op basis van oude AWBZ-parameters komen per 2013 te vervallen. Daarmee vervallen ook de «individuele budgetcomponenten» die Centrum '45 en het Sinaï Centrum tot nu toe krijgen voor de meerkosten van de specifieke zorg die zij leveren. Waar de zorg van deze instellingen tot nu toe werd bekostigd op basis van AWBZ-parameters en de voornoemde «individuele budgetcomponenten», zal de bekostiging per 2013 dus plaatsvinden op basis van dbc's en een beschikbaarheidsbijdrage. De omvang van deze beschikbaarheidsbijdrage zal een-op-een aansluiten bij de omvang van de voornoemde «individuele budgetcomponenten». De beschikbaarheidsbijdrage wordt dus niet toegekend «bovenop» de huidige individuele budgetcomponenten maar «in plaats van» de huidige individuele budgetcomponenten.

Tegen deze achtergrond is er geen enkele aanleiding om de beschikbaarheidsbijdrage hoger vast te stellen dan de huidige budgetcomponenten die Centrum '45 en Sinaï Centrum nu voor de meerkosten van hun specifieke zorg ontvangen (zoals de SP-fractie voorstelt). Er zijn geen signalen dat de huidige vergoedingen niet afdoende zouden zijn. Wel is het zo dat er een kostenonderzoek zal worden uitgevoerd om de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage voor latere jaren te herijken. Ook in het model dat de SP-fractie voorstelt zou een regelmatige herijking van de vergoeding overigens van belang zijn. Dit om zeker te stellen dat de vergoeding op kostendekkend niveau wordt vastgesteld (en niet te hoog of te laag). Een te lage vergoeding levert risico's op voor het beschikbaar hebben van deze specifieke zorg. Een te hoge vergoeding kan leiden tot ongeoorloofde staatssteun.

De leden van de SP-fractie vragen of de overige geestelijke gezondheidszorg niet ook moet worden beschermd tegen marktwerking vanwege de kans op «marktfalen» en het kwetsbare karakter van de doelgroep.

Zoals ik ook heb toegelicht in het voornoemde overleg van 26 april staat de invoering van dbc's in de ggz niet gelijk aan de invoering van «marktwerking». Het is een andere manier van bekostigen (die persoonsgebonden is in plaats van activiteitgebonden) waardoor gestimuleerd wordt dat er geleidelijk meer transparantie ontstaat over welke zorg aan patiënten wordt geleverd en met welk resultaat. Dit is goed voor de kwaliteit van zorg en de doelmatigheid. Er zullen bovendien per 2013 geen vrije tarieven gaan gelden in de tweedelijns curatieve ggz, maar bandbreedtetarieven.

Ik wil graag benadrukken dat de beschikbaarheid van goede zorg aan kwetsbare groepen in principe prima kan worden gewaarborgd via de dbc-bekostiging. Ik verwacht dat de zorg voor kwetsbare, psychiatrische patiënten – vanwege het hiervoor genoemde effect op de transparantie – daardoor zelfs verbeterd zal worden. Ik heb dat uitgebreid toegelicht in de

«Voorhangbrief tweedelijns curatieve ggz»¹ en in mijn schriftelijke antwoorden die ik op vragen van uw Kamer gegeven heb.² Alleen in enkele (uitzonderings)situaties voorzien de dbc's nog niet in een adequate bekostiging. In dat geval is (aanvullende) bekostiging via een beschikbaarheidsbijdrage aangewezen. Dit is bij de specifieke zorg die wordt geleverd door Centrum '45 en het Sinaï Centrum het geval.

De leden van de SP-fractie wijzen erop dat er in de voorhangbrief staat dat er «nog» geen dbc-tarieven beschikbaar zijn voor deze zorg. De leden van de SP-fractie vragen of uit deze formulering kan worden afgeleid dat er plannen zijn om het dbc-stelsel uit te breiden naar gespecialiseerde psychotraumazorg en zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers. Zij vragen of het de bedoeling is dat op deze zorg geconcurrereerd gaat worden en zo nee, wat dan de reden is voor dbc-financiering voor deze zorg. Deze leden vragen mij om toe te zeggen dat geen verdere stappen worden ondernomen voor uitbreiding van de dbc-systematiek naar de in de voorliggende voorhang beschreven vormen van zorg.

Deze vraag gaat uit van de vooronderstelling dat de invoering van een beschikbaarheidsbijdrage voor de genoemde vormen van zorg (gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen en zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers) betekent dat deze zorg niet ook gedeeltelijk met dbc's zal worden bekostigd. Deze vooronderstelling is echter niet juist. Voor de betreffende zorg kunnen – net als nu – gewoon dbc's gedeclareerd blijven worden die voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking komen. De kosten die gemaakt worden om deze zorg te kunnen (blijven) leveren kunnen echter niet geheel via dbc's worden gefinancierd. Tot en met dit jaar werden instellingen hiervoor gecompenseerd via de nacalculatie op hun instellingsbudgetten. Vanaf 2013 worden de huidige instellingsbudgetten afgeschaft en wordt in plaats daarvan (in aanvulling op de dbc-opbrengsten) voorzien in een beschikbaarheidsbijdrage.

De reden dat er in de voorhangbrief staat dat er (nog) geen dbc-tarieven zijn voor deze zorg, is het feit dat de dbc-systematiek continu in ontwikkeling is en jaarlijks wordt verbeterd in het kader van het (reguliere) onderhoud van het systeem. Dit kan er in de toekomst mogelijk toe leiden dat – in vergelijking met de huidige situatie – een groter deel van de kosten die nodig zijn om deze zorg te kunnen leveren, gedekt kunnen worden via dbc's.

Zoals gezegd zal er bovendien kostenonderzoek plaatsvinden om de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage voor latere jaren te herijken, om te voorkomen dat deze te hoog of te laag wordt vastgesteld.

Ondanks het feit dat ik de kans reëel acht dat de betreffende zorg zonder een beschikbaarheidsbijdrage niet zou kunnen blijven bestaan, acht ik het zeker nuttig dat ook deze zorg zo veel als mogelijk via de reguliere dbc-systematiek wordt bekostigd. Ook voor deze vormen van zorg is het nuttig om via de bekostiging te stimuleren dat er meer transparantie ontstaat over welke zorg aan deze patiënten wordt geleverd en met welk resultaat. Dat is goed voor de kwaliteit van zorg. Het is dan ook een misverstand dat de invoering van dbc-bekostiging hetzelfde is als het «invoeren van marktwerking», zoals de SP-fractie stelt. Het is een andere manier van bekostigen die ook van nut is bij vormen van zorg die maar door weinig aanbieders worden geleverd.

De leden van de SP-fractie stellen dat de dbc-systematiek negatieve gevolgen heeft voor de patiëntprivacy. Dit zou naar hun oordeel een extra zwaar argument tegen invoering van dbc's in deze vormen van zorg moeten zijn.

¹ Kamerstukken II 2011/12, 25 424, nr. 160.

² Kamerstukken II 2011/12, 25 424, nr. 175.

Ik ben het niet met u eens dat de dbc-systematiek negatieve gevolgen heeft voor de patiëntprivacy. Het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) heeft immers geoordeeld dat het met het oog op de privacy van patiënten niet noodzakelijk is om de dbc-systematiek buiten werking te stellen. Een ggz-zorgaanbieder is derhalve nog steeds verplicht om diagnose-informatie op de declaratie aan de zorgverzekeraar te zetten. Wel heeft het CBb de zorgautoriteit opgedragen een uitzonderingsmogelijkheid te creëren voor het verstrekken van diagnose-informatie op de factuur voor bepaalde groepen patiënten dan wel bepaalde cliënten, al dan niet beperkt tot gevallen waarin cliënten daarom verzoeken. De zorgautoriteit heeft inmiddels een uitzonderingsmogelijkheid vastgesteld. Vermelding van de dbc-prestatiecode op de factuur blijft achterwege, indien aan de verzekeraar tevens een verklaring wordt verstrekt dat de patiënt geen diagnose-informatie op de factuur wil hebben. Deze verklaring moet zowel door de cliënt als de zorgaanbieder zijn ondertekend. Met deze verklaring kan de zorgverzekeraar vaststellen dat het om een ggz-declaratie van een privacybezwaarde gaat. De controle door de zorgverzekeraar op de rechtmatigheid van de facturen vindt vervolgens plaats door of onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.