

Vergaderjaar 2009–2010

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 93

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 oktober 2009

Hierbij informeer ik u over de voortgang van de invoering van prestatie-bekostiging in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de bijbehorende beleidsvoornemens voor 2010 en mijn perspectief voor 2011. Bijgaand treft u drie rapporten aan die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze beleidsvoornemens.¹ Daarmee is deze brief ook een reactie op deze rapporten. Het betreft:

- de door BMC uitgevoerde periodieke meting GGZ,
- de door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uitgebrachte uitvoeringstoets over prestatiebekostiging in de GGZ en
- het PWC-onderzoek naar omzeteffecten voor vrijgevestigden bij invoering van de nieuwe DBC GGZ bekostigingssystematiek.

Kwaliteit, transparantie en doelmatigheid is verbeterd

In de afgelopen jaren is samen met het veld hard gewerkt aan toename van transparantie en doelmatigheid in de GGZ. Op een aantal manieren is de kwaliteit van de GGZ verbeterd. Zo zijn er bijvoorbeeld voor de meeste psychische stoornissen nu multidisciplinaire richtlijnen, is er een basisset van prestatie-indicatoren die jaarlijks wordt gepubliceerd door middel van het jaardocument maatschappelijke verantwoording (JMV) en op vele deelterreinen van de GGZ zijn er doorbraakprojecten, experimenten, onderzoekstrajecten en proeftuinen geweest. Deze hebben lokaal of landelijk geleid tot verbetering van de kwaliteit en de logistiek van de zorg.

Naast deze zorginhoudelijke verbetertrajecten is hard gewerkt aan verbetering door wijzigingen in het stelsel van financiering en bekostiging van de GGZ. Een belangrijke stap daarbij was de overheveling in 2008 van de curatieve GGZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het invoeren van een bijbehorend bekostigingssysteem gebaseerd op dbc's.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Met de overheveling van de curatieve GGZ is bijna alle curatieve zorg (somaatich en psychisch) nu samengebracht onder hetzelfde verzekerings-

systeem, waardoor er ook eenvoudiger kan worden samengewerkt tussen somatische zorg en de GGZ.

Ook het onder de Zvw brengen van de eerste acht zittingen eerstelijns-psychologische zorg en het vervallen van de eigen bijdrage voor psychotherapie waren logische verbeteringen van het zorgstelsel.

Het algemene uitgangspunt blijft voor mij dat via het prikkelen van zorgverzekeraars tot optimale inkoop van GGZ, de zorgaanbieders gestimuleerd worden tot meer kwaliteit, doelmatigheid en transparantie.

Op weg naar prestatiebekostiging en liberalisering

De overheveling van de curatieve GGZ naar de Zvw en de invoering van de bijbehorende bekostigingssystematiek gekoppeld aan vrije prijzen waar dat kan, is een complex proces dat tijd vergt. Naast het aanpassen van allerlei regelgeving in de jaren voorafgaande aan de overheveling, is ook de bij de Zvw behorende bekostigingssystematiek op basis van dbc's (inclusief de bijbehorende ICT) ontwikkeld en uitgetest. Inmiddels wordt deze DBC GGZ systematiek gebruikt voor de registratie en declaratie van verleende zorg door instellingen. De inkoop bij de instellingen vindt evenwel nog plaats op basis van oude AWBZ-producten.

Nieuwe toetreders (sinds 2008 toegetreden) en vrijgevestigden worden wel al volledig bekostigd op basis van dbc's. Zowel de inkoop als de registratie en declaratie van de zorg vindt daar plaats op basis van de nieuwe DBC-systematiek. De inkoop door het AWBZ-zorgkantoor is na de overheveling vervangen door een tijdelijk systeem van regionale inkoop door de twee zorgverzekeraars die in de betreffende regio marktleider zijn. Dit systeem zorgt voor de sturing op «regionale»- en instellingsbudgetten.

Al deze stappen hebben veel energie gevegd van het veld. Dat blijkt ook uit de bijgevoegde onderzoeksresultaten. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben ieder op hun eigen terrein de gevolgen van de veranderingen ondervonden. Dit heeft afstemmingsvraagstukken opgeleverd, niet alleen op het financiële en beheersmatige vlak, maar ook wat betreft administratieve lasten (BMC-rapport, zie bijlage 1). Hoewel veldpartijen enkele onverwachte (financiële) bijeffecten van de overheveling signaleren (PWC-onderzoek, zie bijlage 3), heeft dit niet geleid tot onoverkomelijke problemen in de continuïteit van zorg

Uit het rapport van BMC blijkt verder, en ik vind dat erg belangrijk, dat cliënten overwegend positief zijn over de in het overgangsjaar ontvangen zorg en weinig negatieve gevolgen signaleren van de hierboven genoemde ontwikkelingen. Dit is naar mijn mening het gevolg van alle inspanningen die veldpartijen hebben geleverd en ik complimenteer hen daar mee.

Uitvoeringstoets NZa

Mijn perspectief voor de curatieve GGZ is zoals gezegd bekostiging op basis van DBC's (prestatiebekostiging) en het invoeren van vrije prijzen waar dat verantwoord kan (liberalisering). De basis voor dit perspectief vormt de uitvoeringstoets van de NZa (zie bijlage 2, bijgevoegd).

In het Bestuurlijk Overleg van 16 juni jl. heeft de NZa geadviseerd om de overgang naar dit eindmodel gefaseerd te laten verlopen. Zo stelt de NZa voor om per 1 januari 2010 de huidige inkoopmethodiek te vervangen door inkoop op basis van dbc's. Daarnaast adviseert zij een tijdelijk vangnet vast te stellen om het risico van grote opbrengstverschillen bij gebudgetteerde zorgaanbieders te beperken. Bij de inkoop op basis van

dbc's zouden de huidige maximum- en vaste tarieven worden vervangen door bandbreedtetarieven (en op termijn vrije tarieven), zodat zorgverzekeraars kunnen differentiëren in hun tariefafspraken met zorgaanbieders. Hiermee wordt beoogd dat onderlinge verschillen tussen zorgaanbieders in kwaliteit en/of zorgproduct beter tot uiting kunnen komen in de uit te onderhandelen prijs.

Een voorwaarde voor vrije prijsvorming is volgens de NZa de invoering van risicodragendheid voor zorgverzekeraars. Het eerder genoemde model van regionale inkoop door de twee regionale marktleiders zou in dat geval moeten worden vervangen door landelijke inkoop door alle zorgverzekeraars.

Reactie op NZa advies

De NZa heeft een veelomvattende en waardevolle studie gemaakt van de GGZ. De hoofdlijnen van het NZa advies worden dan ook breed door mij en door de veldpartijen ondersteund en langs deze lijnen zal dan ook de komende jaren worden verder gewerkt. Alles afwegend vind ik het evenwel nog te vroeg om het NZa-advies voor 2010 al in zijn volle breedte te gaan uitvoeren. Ik ben van mening dat er eerst in 2010 een paar tussenstappen nodig zijn die ik hieronder zal beschrijven. Daar komt bij dat het kabinet in 2010 geconfronteerd wordt met een buitengewoon zwaar tijdstip waar het gaat om de overheidsfinanciën. Dat noopt tot een maximale risicobeheersing van de uitgaven op korte termijn. Ik kom daar zo op terug. Tegen deze achtergrond en de beperkte voorbereidingstijd, acht ik ook een experiment of pilot niet verantwoord.

Voor 2010 voorzie ik geen principiële wijziging in de huidige bekostigingsmethodiek. De inkoop zal bij instellingen plaatsvinden op basis van de oude AWBZ-producten, de declaratie vindt plaats via dbc's inclusief de huidige nacalculatie van het verschil in instellingsinkomen. Voor nieuwe aanbieders en vrijgevestigden blijft de inkoop en declaratie plaatsvinden op basis van dbc's. Daarom zullen de huidige beleidsregels van de NZa van kracht blijven. De NZa zal de bestaande maximum- en vaste tarieven opnieuw vaststellen.

Dat alles betekent echter geenszins dat 2010 een jaar van stilstand is. Er zijn betekenisvolle stappen mogelijk en noodzakelijk om in 2011 prestatiebekostiging te introduceren en op die onderdelen waar dat mogelijk is de prijzen (deels) te liberaliseren. Los daarvan kunnen op lokaal niveau zorgverzekeraars en zorgaanbieders natuurlijk zelf alvast, binnen de bestaande regelingen, het initiatief nemen om zowel inkoop- als declaratie in termen van dbc's te laten verlopen. Dit betekent dat de oude AWBZ-parameters steeds meer het karakter krijgen van een schaduwboekhouding. Hiermee wordt vooruitgelopen op uiteindelijk afschaffing hiervan.

Daar komt bij dat ik het van belang vind om bij de definitieve vormgeving van de prestatiebekostiging en liberalisering in 2011 gebruik te kunnen maken van de resultaten van een Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) naar de GGZ. De taakopdracht van het IBO zal medio september door het kabinet worden vastgesteld. De uiteindelijke rapportage is in de loop van 2010 beschikbaar.

Perspectief voor 2011: prestatiebekostiging en liberalisering

Zoals al eerder aangegeven is het perspectief voor de curatieve GGZ bekostiging op basis van DBC's (prestatiebekostiging) en het invoeren van vrije prijzen waar dat verantwoord is (liberalisering). In de komende periode zal ik actief toewerken naar implementatie van

deze situatie in 2011. Ten eerste zal worden bepaald hoe het huidige vangnet kan worden afgebouwd. Ten tweede wordt vastgesteld waar vrije prijzen mogelijk zijn. Daarbij overweeg ik zowel de optie om «aandoeningsgewijs» de prijzen vrij te laten als meer in den brede tarieven te liberaliseren, bijvoorbeeld door de introductie van bandbreedtes. Het is van belang dat dit niet leidt tot ongewenste volumegroei.

Om te bepalen welke prijzen (deels) vrijgegeven kunnen worden, kunnen eerder door de NZa ten behoeve van de curatieve somatische zorg opgestelde criteria gehanteerd worden. De belangrijkste daarvan zijn:

- Heldere producten en bijbehorende transparante prijzen.
- De patiënt moet eenvoudig een zorgaanbieder en verzekeraar kunnen kiezen.
- Vrije markttoegang voor aanbieders
- Prikkel voor consument en verzekeraar om goed in te kopen.

Hoe bereiken we het perspectief?

Om tot dit perspectief te komen zullen in ieder geval de volgende 5 punten worden uitgewerkt:

1. Doorontwikkeling van de productstructuur

Op dit moment wordt er zoals gezegd al gedeclareerd en geregistreerd op basis van dbc's, maar de inkoop van zorg bij (reeds voor 2008) bestaande instellingen vindt nog plaats op basis van oude AWBZ-producten. Dat is nog nodig, omdat er bij de dbc's in de GGZ gewerkt wordt met een zo compact mogelijke productstructuur. Dat betekent dat er uit wordt gegaan van gemiddelde dbc's met bijbehorende gemiddelde tarieven voor een breed scala aan producten. Naar nu blijkt zal er her en der toch een nadere verfijning van de DBC GGZ bekostigingssystematiek nodig zijn. Daaraan wordt nu gewerkt door Stichting DBC onderhoud. Naast een kostprijs traject en de uitlevering van tarieftabellen voor 2010 zijn daarbij een aantal technische aanpassingen in de productstructuur en spelregels voorzien. Belangrijk vraagstuk voor de komende tijd is ook de verheldering van bestaande verschillen tussen zorgproducten qua zorgwaarde. In de afgelopen periode is gebleken dat specialistische zorg met een afwijkende tijdsinzet dan wel een afwijkende mix van beroepen beter moet worden verankerd in de DBC GGZ productstructuur. Denk daarbij bijvoorbeeld aan topklinische zorg, intensive care zorg in de GGZ, zorg voor mensen met een psychische stoornis in combinatie met een lichamelijke beperking zoals doofheid, psychische zorg voor mensen met autisme, zorg die extra beveiliging noodzakelijk maakt, psychoanalytische psychotherapie en psychische zorg voor kinderen en jeugdigen (en hun ouders). Daarnaast zal DBC Onderhoud ook aandacht besteden aan ontwikkelpunten rondom dyslexie, somatische zorg in de GGZ en consultatieve psychiatrie. Dit alles met het oog op het verfijnen en verbeteren van de huidige productstructuur.

De nu nog bestaande onvolkomenheden in de productstructuur leiden ertoe dat er bij eenzelfde productie toch incidenteel flinke verschillen zijn tussen de inkomsten op basis van de oude AWBZ-producten en de inkomsten die zouden voortvloeien uit nieuwe dbc's. Daar waar die verschillen voor instellingen nadelig uitvallen, leidt dit soms tot onaanvaardbare financiële risico's. Andere instellingen hebben juist financieel voordeel als gevolg van de prijsverschillen tussen oude en nieuwe bekostigingssystematiek. Tot nu toe vindt daarom voor de instellingen een correctie plaats middels een verrekentarieef op de dbc's, zodat hun inkomsten nog volledig gebaseerd zijn op de prijzen van de oude AWBZ-producten. Dit leidt ertoe dat instellingen een

dubbele registratie moeten voeren (zowel oude als nieuwe producten) en dat men de zorg blijft organiseren volgens oude producten.

2. *Verdere verbetering van de DBC-registratie*

Hiertoe is onder andere met de betrokken partijen een taskforce data-kwaliteit is opgezet.

3. *Inkoop van zorg*

Momenteel vindt de inkoop van de zorg zoals gezegd plaats door de twee zorgverzekeraars die marktleider zijn in de regio. Zij kopen namens de andere zorgverzekeraars in die regio alle curatieve GGZ in aan de hand van een door de NZa vastgesteld indicatief regiobudget. Voordeel daarvan is dat er bij de inkoopende zorgverzekeraars maximaal zicht is op de ontwikkelingen van prijs en volume in een regio en dat de ontwikkeling daarvan ook beheerst kan verlopen. De inkoop via twee (in de regio) grote zorgverzekeraars is al een stap voorwaarts ten opzichte van de oude situatie waar het zorgkantoor de zorg inkoop. Het is echter nog wel een belangrijke stap verwijderd van de voorziene eindsituatie waarbij alle zorgverzekeraars zelfstandig en landelijk inkopen. Voor de in toenemende mate landelijke of supraregionaal werkende zorgaanbieders zijn de oude regio-grenzen soms behoorlijk knellend; zij willen landelijke afspraken kunnen maken met de zorgverzekeraars. Hetzelfde geldt voor sommige zorgverzekeraars: het systeem van inkoop door de twee regioleiders is dan ook slechts een tijdelijke oplossing op weg naar een eindmodel, waarbij elke zorgverzekeraar zelf alle GGZ inkoop.

De inkoop voor 2010 blijft gehandhaafd via marktleiders in de regio. Het inzicht van zorgverzekeraars in de GGZ neemt snel toe, mede dankzij de gezamenlijk met de koepelorganisaties voor zorgaanbieders en het Landelijk Platform GGZ uitgebrachte in- en verkoopgids. Het komende jaar zal ik samen met zorgverzekeraars toewerken naar het eindmodel voor de zorginkoop in 2011: landelijke inkoop door alle verzekeraars op basis van DBC's, met een zekere mate van risicodragendheid op hun schadelast.

4. *Transparantie*

Door voortzetting van deelname aan het programma Zichtbare zorg wordt in de GGZ ook komend jaar gewerkt aan verdere verbetering van de prestatie-indicatorenset en verankering van gebruik in de praktijk. Dit is een belangrijke stimulans voor steeds meer openheid over effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid van geleverde zorg.

De onder de vlag van Zichtbare Zorg gelanceerde initiatieven rond de CQ-index zijn hiervan een goed voorbeeld. Het is zaak de veldinitiatieven rondom Routine Outcome Monitoring hier goed op aan te laten sluiten. Daarmee zullen zorgaanbieders op langere termijn een uitstekend instrument in handen krijgen om de effectiviteit van hun behandelwijze zichtbaar te maken.

5. *Liberalisering van de prijzen*

Een belangrijke voorwaarde voor de verdere liberalisering in de GGZ is de introductie van risicodragendheid voor zorgverzekeraars. Bij verdere ontwikkeling van de sector richting marktwerking zal ik dit steeds in mijn besluitvorming meewegen. Onlangs heb ik een besluit genomen over de risicodragende uitvoering van de curatieve GGZ door zorgverzekeraars. Vanaf 2010 zullen verzekeraars risico lopen op de uitvoering van de curatieve GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De curatieve GGZ voor verzekerden van 18 jaar en jonger zal in 2010 nog niet risicodragend uitgevoerd worden. In mijn brief over het

risicovereveningssysteem 2010 wordt u nader geïnformeerd worden over de risicoverevening in de curatieve GGZ.

Uitwerking van andere punten

Zoals geadviseerd door de NZa zullen, ter voorbereiding van de gewenste invoering van prestatiebekostiging in 2011, enkele ontwikkelpunten uitgewerkt worden. Dit betreft bijvoorbeeld het (tijdelijke) vangnet, een hardheidsclausule, bekostiging van (anonieme) e-mental health en de bekostiging van crisisopvang. Daarnaast wordt een oplossing gezocht voor praktische knelpunten in de bekostiging rond (individuele) preventie en dienstverlening.

Tariefmaatregel GGZ

Het kabinet wordt geconfronteerd met een economische teruggang die zijn weerga nauwelijks kent gepaard gaand met een sterk oplopende werkloosheid. Daarbij vallen de uitgaven aan gezondheidszorg en aan andere voor de publieke financiën relevante uitgavencategoriën, op onderdelen zwaar tegen. Dat noopt het kabinet tot ingrijpende maatregelen, ook in de zorg en dus ook in de GGZ. De voor de GGZ voorziene tariefmaatregel (Kamerstukken 31 700-XVI-160) staat echter één van de door de NZa gestelde voorwaarden voor prestatiebekostiging (invoeren bandbreedtetarief) in de weg. Wanneer veel prestaties voor het maximum van de bandbreedte geleverd worden, bestaat het risico dat dit leidt tot nieuwe overschrijdingen. Het effect van de tariefmaatregel zou dan teniet worden gedaan door hogere tariefafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daar staat tegenover dat zorgverzekeraars in de huidige situatie in sommige gevallen al onder het maximumtarief contracteren. Er zijn op dit moment geen indicaties dat zij deze inkoopstrategie in de toekomst niet willen of kunnen voortzetten.

Stand van zaken bevoorschotting en tussentijds declareren

Ik zal de NZa verzoeken om in 2010 de beleidsregels bevoorschotting/rentenormering in stand te houden om liquiditeitsproblematiek bij instellingen zoveel mogelijk te voorkomen. Wat betreft de in de motie van Van Gerven (TK 2007–2008, 25 424, nr 71) gevraagde mogelijkheid tot declaratie in termijnen geldt dat een tussenscenario wordt uitgewerkt door DBC Onderhoud dat moet leiden tot een prestatievoorschottatarief.

Dit compromis is na intensief overleg tussen partijen tot stand gekomen en zal – onder voorbehoud van technische haalbaarheid – in de loop van 2010 worden ingevoerd. Het staat zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij om desgewenst, in overleg met de NZa, alternatieve voorzieningen te treffen ter bevordering van hun liquiditeitspositie. Naast de bestaande afspraken over bevoorschotting is dit naar mijn mening de belangrijkste oplossing voor de in een eerder stadium geconstateerde liquiditeitsproblematiek.

Tot slot

In de afgelopen jaren hebben alle betrokken partijen grote inspanningen geleverd om prestatiebekostiging binnen de GGZ tot een succes te maken. We zijn daarin voor een flink deel al geslaagd. Er is zoals gezegd nog vooruitgang te boeken in de richting van het eindmodel. Gezien de ontwikkeling van de afgelopen jaren heb ik er alle vertrouwen in dat ook dit in goed overleg met het veld kan plaatsvinden. Op die manier kan in

2011 daadwerkelijk prestatiebekostiging worden ingevoerd en kunnen tarieven, waar verantwoord, worden geliberaliseerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink