

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de voorhangbrief van 21 februari 2012 inzake invoering prestatiebekostiging tweedelijns curatieve GGZ (Kamerstuk 25 424, nr. 160).

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,  
Clemens

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

## **I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES**

### **Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorhangbrief over prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg (cGGZ). Zij hebben nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de VVD-fractie steunen de minister in haar beleidslijn om prestatiebekostiging in de curatieve GGZ in te voeren en verzekeraars risicodragend te maken voor de curatieve GGZ. Met deze maatregelen wordt een gelijk speelveld gecreëerd en dynamiek en vernieuwing in het veld gestimuleerd. Deze leden zijn ervan overtuigd dat dit tot belangrijke voordelen kan leiden voor de patiënt en de kwaliteit van de zorg.

Het belonen van kwaliteit en doelmatigheid wordt mogelijk gemaakt. Dat is voor de leden van de VVD-fractie een belangrijk punt. Het belonen van kwaliteit en doelmatigheid is voor deze leden veel meer dan alleen onderscheid maken ten aanzien van zorgzwaarte. Juist het belonen van innovatieve aanbieders die zich op basis van betere of efficiëntere zorg aan hun patiënt onderscheiden van hun collega's moet mogelijk worden gemaakt. Dat vergt een bredere blik dan alleen zorgzwaarte. Zo kan een aanbieder juist op basis van bijvoorbeeld een innovatieve werkwijze betere zorg leveren voor minder geld, dan een andere aanbieder die een patiënt met eenzelfde zorgzwaarte behandelt. Genoemde leden vinden het belangrijk dat het systeem aanbieders juist stimuleert om op deze manier de zorg te verbeteren. Zij vernemen graag de visie van de minister op dit punt.

De minister geeft aan dat GGZ Nederland geen generiek transitie-model nodig acht, omdat alleen voor een handvol instellingen maatwerkoplossingen nodig kunnen zijn om de transitie goed door te kunnen komen. De leden van de VVD-fractie vragen de minister nader toe te lichten op welk type instellingen en op welke maatwerkoplossingen GGZ Nederland hier doelt.

De minister geeft aan in overleg met het veld en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te bekijken hoe een gedifferentieerd macrobeheersingsinstrument (MBI) op een effectieve, uitvoerbare en juridisch solide wijze kan worden vormgegeven. De leden van de VVD-fractie steunen deze inzet van de minister om tot een beter instrument te komen dan een generiek MBI. In de brief wordt een voorbeeld genoemd waarbij zorgaanbieders die zich aan hun contractafspraken hebben gehouden niet of minder worden gekort. In dit kader merken genoemde leden op dat een gedifferentieerd MBI wel nadrukkelijk een prikkel moet behouden, waardoor goede zorgaanbieders meer kunnen groeien dan minder goede zorgaanbieders.

Als bijlage bij de brief heeft de minister het rapport «Budgettaire beheersing bij invoering prestatiebekostiging cGGZ» meegestuurd. Kan de minister een reactie geven op het advies dat in dit rapport wordt gegeven?

## Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

### *Algemeen*

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorliggende brief van de minister. De minister is van plan om binnen de tweedelijns curatieve GGZ over te stappen op een systeem van prestatiebekostiging: betalen per handeling. Deze leden staan positief tegenover de ontwikkeling dat de burger meer te kiezen heeft, het zorgaanbod beter inspeelt op de wensen van de patiënt en de kwaliteit en kosten van de zorg meer inzichtelijk gemaakt worden. Genoemde leden moeten echter concluderen dat de invoering van prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve GGZ hier niet toe zal leiden. De invoering van de prestatiebekostiging gebeurt volgens deze leden zodanig dat het aanbod van zorg nu meer centraal komt te staan dan de vraag. Het is van groot belang voor de leden van de PvdA-fractie dat de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg prioriteit blijven houden en er geen eenzijdige verschuiving plaatsvindt naar een focus op financiële prikkels. Zij willen hun zorg uitspreken over het feit dat dit met de invoering van prestatiebekostiging helaas lijkt te gebeuren.

De leden van de PvdA-fractie concluderen dat door de invoering van prestatiebekostiging tezamen met het korten van het budget van de GGZ en de invoering van de eigen bijdrage voor patiënten er schadelijke effecten zullen optreden voor de stabiliteit van instellingen in de GGZ, voor de zorg voor de zeer kwetsbare groepen in de GGZ en voor de werkgelegenheid in de sector en zij vragen of er voldoende garanties zijn dat door dit beleid de juiste prikkels aan de sector worden afgegeven. Het jaarverslag VWS over 2010 liet al zien dat er vooral grote overschrijdingen zijn bij de medisch specialisten, apothekers, huisartsen, ziekenhuizen, de medische GGZ en de zelfstandige behandelcentra (zbc's). Bij deze groepen is juist ingezet op prestatiebekostiging. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) geeft al jaren aan dat er sprake is van overbehandeling door prestatiebekostiging. Al deze zorgaanbieders verdienen aan meer volume, dit leidt tot overschrijdingen die vervolgens opgevangen moeten worden door een hogere premie en een verkleining van het pakket. Vindt de minister het niet juist een stap in de goede richting om de relatie tussen inkomen van zorgaanbieders en productie door zorgaanbieders te verbreken? Waarom kiest de minister nu ook in de curatieve GGZ voor prestatiebekostiging, terwijl blijkt dat dat in de eerste lijn niet heeft geleid tot minder kostenoverschrijdingen?

### *Invoering prestatiebekostiging*

De minister trekt terecht de conclusie dat de GGZ-sector zich ergens tussen een aanbodgeruleerd en een vraaggestuurd systeem bevindt. Gebudgetteerde instellingen worden nog steeds bekostigd via budgetsystematiek op basis van awbz-parameters, terwijl ze tegelijkertijd declareren op basis van diagnosebehandelingcombinaties (dbc's). Zij stelt dat er zo een ongelijk speelveld ontstaat voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. De leden van de fractie van de PvdA zijn het met deze conclusie eens. Deze leden stellen echter dat de oplossing die de minister biedt voor dit probleem niet de juiste is. Genoemde leden vragen hoe de minister op deze manier een gelijk speelveld tot stand gaat brengen. Hoe gaan de kosten in de curatieve zorg voorspeld worden? Hoe kunnen verzekeraars goed risicodragend worden wanneer de voorspelbare kosten nog niet helder zijn voor de curatieve GGZ? Hebben de zorgverzekeraars voldoende inzicht in de zwaarte van de individuele zorgvraag in relatie tot behandeling en kosten voor patiënten? Kan de minister inzicht geven in het voorspellen van de kosten voor een patiënt in de curatieve GGZ?

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe zorgverzekeraars het risico op overschrijdingen gaan indekken. Als de zorgzwaarte en bijbehorende kosten voor behandeling niet helder zijn voor zorgverzekeraars, hoe zullen zij dan dit risico gaan bekostigen? Als de zorg in de curatieve GGZ meer gaat kosten dan van tevoren ingeschat was, hoe betalen de verzekeraars dan deze kosten? Zullen de hogere kosten worden doorberekend aan de verzekerden in de vorm van hogere zorgpremies? Daarbij zijn deze leden ook zeer benieuwd naar de verwachting van de minister als zij stelt dat zorgverzekeraars «ruim onder het huidige maximumtarief gaan zitten». Zij vragen of de minister hiermee de gang van zaken niet te rooskleurig voorstelt. Hoe gaat de minister garanderen dat patiënten de juiste zorg voor de juiste prijs krijgen? En dat zorg vraaggestuurd blijft?

De minister stelt dat door de invoering van prestatiebekostiging de juiste prikkels worden gegeven aan zorgaanbieders om meer samenhangende en doelmatige zorg te bieden. Wat zijn precies deze prikkels? De leden van de PvdA-fractie blijven bezorgd over de omzetting in de GGZ en de verantwoordelijkheid hiervoor. Hoe gaat de minister voorkomen dat zorgaanbieders financieel geprikkeld worden om meer en sneller zorg aan te bieden en dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg?

Genoemde leden kunnen zich vinden in de nadruk die er wordt gelegd op het transparanter maken van behandeluitkomsten en het stimuleren van zorgpaden. Deze leden vragen echter hoe de prikkels die de minister zegt uit te delen positieve invloed gaan hebben op meer transparantie en betere zorgpaden.

De overstap naar een speelveld waarop alleen sprake is van prestatiebekostigingszorg in de curatieve GGZ brengt de nodige problemen met zich mee, waarvan de leden van de PvdA-fractie zich afvragen of de minister hier wel bij stil heeft gestaan. De zorgverzekeraars geven aan dat zij het tempo waarin de minister de prestatiebekostiging in de GGZ wil invoeren «ambitieuze» vinden, terwijl de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) zelfs de angst uitsprekt voor een «harde landing». Deze leden vragen dan ook of de minister zich bewust is van dit bezorgde geluid vanuit de praktijk en of zij deze geluiden serieus neemt. Is de minister op de hoogte van de signalen uit het veld en hoe hebben deze signalen vorm gekregen in haar plan van aanpak voor de invoering van prestatiebekostiging in de curatieve GGZ?

De leden van de PvdA-fractie zijn kritisch over de oproep tot het vergaren van meer sturingsinformatie, gezien de administratieve druk die hieruit kan voortvloeien. Dit punt wordt ook onderschreven door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), welke spreekt over «onnodige administratieve lastenverzwaring». De lastenverzwaring kan eventueel ten koste gaan van de kwaliteit van zorg, vrezen deze leden.

Genoemde leden vragen ook wat de minister bedoelt wanneer zij stelt dat de productstructuur voldoende stabiel wordt geacht door de NZa. Zij zouden graag zien dat de minister dit argument nader onderbouwt en dat zij ingaat op de vraag wanneer een productstructuur «voldoende stabiel» is. Welke criteria zijn hierbij gehanteerd?

De leden van de PvdA-fractie hebben met zorg kennisgenomen van het feit dat een aantal instellingen niet binnen het door de minister voorgestelde systeem van prestatiebekostiging zal vallen. Deze leden vragen hoe deze instellingen dan wel gefinancierd zullen worden. Wil de minister uitzonderingsposities creëren voor deze instellingen? En zo ja, wordt hiermee dan niet alsnog haar doelstelling van een level playing field ondergraven?

### *Dbc's in de curatieve GGZ*

De minister stelt dat zij voldoende vertrouwen in de productstructuur van de dbc's heeft om in 2013 de registratie van awbz-parameters volledig af te schaffen en sectorbreed prestatiebekostiging in te voeren. Alle zorgaanbieders worden dan bekostigd op basis van dbc's. De leden van de PvdA-fractie vragen waarop de minister haar vertrouwen baseert. Is er voor alle doelgroepen in de curatieve GGZ een passend dbc met bijpassend budget voor de cliënten? Wordt er rekening gehouden met de meervoudige problematiek van vele cliënten in deze sector? Waarop baseert de minister dat de productstructuur van de dbc's voldoende stabiel is? Welke criteria zijn hierbij gehanteerd? Hoe gaat de minister voorkomen dat er voor één cliënt meerdere dbc's door verschillende zorgaanbieders aangevraagd worden zoals nu ook in de eerstelijns GGZ te zien is?

De minister wil de huidige dbc-tarieven die nu gebaseerd zijn op gemiddelde kosten in 2013 vervangen door asymmetrische bandbreedte-tarieven. Volgens de minister maakt dit voor zorgverzekeraars het belonen van kwaliteit en doelmatigheid mogelijk. Zij stelt dat op deze wijze instellingen die zorg leveren aan gemiddeld zwaardere zorgvraag, meer ruimte hebben om met verzekeraars in onderhandeling te gaan over een passende vergoeding. De leden van de PvdA-fractie vragen of dit leidt tot een dekkende vergoeding voor zorgaanbieders. Hoe gaat de minister garanderen dat zorgaanbieders de juiste zorg aan alle patiënten in de doelgroep kunnen leveren?

De leden van de fractie van de PvdA hebben met interesse kennisgenomen van het feit dat de minister het dbc-systeem verder wil verbeteren, maar zij treffen hier geen concrete tijdsplanning of invulling voor aan. Wat vindt de minister dat er verbeterd zou moeten worden op langere termijn en hoe gaat zij hieraan invulling geven? Op welke termijn wil de minister deze verbeteringen doorvoeren?

### *Macrobeheersingsinstrument (MBI)*

De minister pleit voor het invoeren van een MBI binnen de curatieve GGZ, dit als ultimum remedium bij overschrijdingen van het budgettair kader cGGZ. De leden van de PvdA-fractie zijn hierover erg kritisch. Deze leden denken dat het invoeren van een MBI aanzet tot overproductie, omdat de grootste overschrijders vervolgens niet evenredig gekort worden. Genoemde leden vinden dan ook dat er een verkeerde prikkel uitgaat van dit instrument. Zij wijzen ook op de reactie van GGZ Nederland, waarin gesteld wordt dat het (te snel) invoeren van een MBI leidt tot «kaalslag of oplopende wachtlijsten» en zij vragen hierop een reactie. Hoe reëel worden de door GGZ Nederland geschetste gevolgen geacht? Hoe zal worden voorkomen dat gevolgen uiteindelijk neerkomen bij cliënten in de vorm van wachtlijsten, minder zorg of hogere premies/eigen betalingen?

De leden van de fractie van de PvdA zijn ook benieuwd wie er bepaalt of een overschrijding van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) daadwerkelijk het gevolg is geweest van het naleven van de zorgplicht, dus bovencontractuele groei, of het gevolg is geweest van het slecht letten op het macrobudget door de zorgverzekeraars. Deze leden vragen of het verstandig is veldpartijen zelf te laten onderhandelen, zonder dat de minister grip heeft op de financieringsstromen van de zorgverzekeraars naar de zorgaanbieders. Hierdoor kan er na een boekjaar sprake zijn van overfinanciering bij ziekenhuizen of overschrijding van het BKZ, waardoor de minister zichzelf gedwongen ziet achteraf in te grijpen met het macrobeheersingsinstrument. Genoemde leden vragen waarom de minister niet expliciet kiest voor een systeem waarin in de loop van het jaar de productieaf-

spraken worden vastgelegd zodat al gedurende dat jaar beoordeeld kan worden of de gezamenlijke productieafspraken binnen het voor dat jaar vastgestelde budgettaire kader blijven. Kan binnen dat systeem niet gewerkt worden met een zogenaamd early warning model waardoor tijdig kan worden vastgesteld of er sprake is van dreigende overschrijdingen? Dit zou het grootste terugkerende probleem in de Nederlandse zorgsector, namelijk dat pas (te) laat de overschrijdingen bekend zijn, voor een belangrijk gedeelte oplossen.

#### *Het transitiemodel*

De minister stelt dat de invoering van de prestatiebekostiging verantwoord en behoedzaam moet gebeuren en dat abrupte veranderingen in opbrengsten voorkomen moeten worden. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de minister hiervoor zorg gaat dragen terwijl er tegelijk gekort wordt op het budget van de GGZ in 2012. De minister stelt een licht transitiemodel voor om de instellingen in de curatieve GGZ in tijden van bezuinigingen te ontlasten. In dit model maken representerende verzekeraars éénmalig dubbele productieafspraken voor 2012 met de huidige gebudgetteerde instellingen in termen van zowel awbz-parameters als in termen van dbc's op basis van bandbreedtetarieven. Waarop baseert de minister de keuze voor de termijn van één jaar? Deze leden vragen of deze termijn voldoende is. Zij achten het niet onwaarschijnlijk dat deze periode te kort is en dat er geen ruimte wordt gelaten voor de mogelijkheid van onvoorziene problemen bij het invoeren van prestatiebekostiging.

Er kan ook in het transitiemodel al over de prijs van de dbc's onderhandeld worden. De leden van de fractie van de PvdA vragen wat voor gevolgen dit gaat hebben voor de aangeboden zorg aan patiënten, vooral aan die patiënten met een zwaardere zorgvraag. Hoe gaat de minister garanderen dat de patiënten nog de zorg krijgen die zij nodig hebben? Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken de gemaakte productieafspraken bekend aan de NZa in termen van awbz-parameters en in termen van dbc's. De NZa berekent ultimo 2012 het verschil tussen beide afspraken en bepaalt een transitiebedrag op basis van 70% van dit verschil. Het bedrag is positief als de dbc-afspraken minder opleveren dan de afspraken in de budgetparameters zouden opleveren, het bedrag is negatief als de dbc-afspraken meer opleveren dan de afspraken in budgetparameters zouden opleveren. Per 2013 vervalt deze mogelijkheid en worden zorgaanbieders afgerekend op basis van de gerealiseerde productie in termen van dbc's. De zorgaanbieders krijgen dan het door de NZa vastgestelde transitiebedrag uitgekeerd, of in rekening gebracht. Hoe kunnen zorgaanbieders van tevoren inzicht verwerven in de mogelijke verschillen tussen de berekening op basis van awbz-parameters, respectievelijk dbc's? Als de zorginstellingen het transitiebedrag in rekening gebracht krijgen, hoe wordt dit dan door de zorgaanbieder gefinancierd? Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat dit niet ten koste gaat van te leveren zorg aan patiënten?

De leden van de PvdA-fractie zijn hierbij ook benieuwd wat de minister zal aanvangen met alle instellingen die er niet in slagen om de omslag te maken naar een systeem van prestatiebekostiging, wanneer zij bijvoorbeeld tot de groep instellingen behoren die niet gefinancierd kunnen worden volgens dit systeem.

#### *Individuele budgetcomponenten en crisiszorg*

De leden van de PvdA-fractie zouden de minister willen vragen om zich duidelijk uit te spreken over de crisiszorg. Hoe wordt deze exact bekostigd en hoe wordt de vergoeding van de overige producten ingepast binnen

het systeem van prestatiebekostiging? Deze leden zijn ook sceptisch als het gaat om het voornemen om de huidige individuele budgetcomponenten via «alternatieve financieringen» te regelen. Graag zouden genoemde leden deze wijze van financiering nader uitgewerkt willen zien, zodat inzichtelijk wordt op welke wijze deze budgetcomponenten in de toekomst gefinancierd zullen worden.

### **Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het voornemen van de minister om vanaf 2013 prestatiebekostiging in te voeren bij de tweedelijns curatieve GGZ. Deze leden zien het huidige probleem van de dubbele administratie en het ongelijke speelveld voor GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars en het is goed dat hier een einde aan komt. Genoemde leden hebben begrepen dat ook Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en GGZ Nederland achter de invoering van de prestatiebekostiging staan. Daarom blijft er voor de leden van de PVV-fractie nog een vraag over. Is bij de invoering naar prestatiebekostiging ook gekeken naar het belang en de gevolgen voor de patiënt? De patiënt is nogal onderbelicht gebleven in de brief van de minister. Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting op de positie en gevolgen voor de GGZ-patiënt.

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het voornemen van de minister om per 2013 over te gaan tot prestatiebekostiging in de geestelijke gezondheidszorg. Om van aanbodssturing naar vraagsturing te komen is prestatiebekostiging een goede methode: men betaalt voor wat men krijgt in plaats van een budgetgefinancierd systeem. De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat de minister de goede richting is ingeslagen en dat in principe ook de motor in de curatieve GGZ-sector gestart moet worden om deze weg in te slaan. Dat is nodig om op tijd en zorgvuldig in 2013 de prestatiebekostiging te kunnen invoeren.

Met de knip die de minister maakt kunnen de kosten (lees volumestijging) enorm stijgen zonder dat iemand daar verantwoordelijkheid voor draagt. Prestatiebekostiging is namelijk een openeindfinanciering. Allereerst vragen deze leden hoe de volumegroei in bedwang gehouden kan worden.

De minister gaat hier zelf op in door te pleiten voor een gedifferentieerd macrobeheersingsinstrument. De minister lijkt al gelijk een slag om de arm te houden door aan te geven dat als dit niet de geëigende weg is een generieke kortingsmaatregel noodzakelijk is. Hoe beoordeelt de minister in dit licht de opmerking van de NZa in haar advies «Implementatieplan prestatiebekostiging cGGZ» dat het opleggen van het macrobeheersingsinstrument voor alle aanbieders in de curatieve geestelijke gezondheidszorg onuitvoerbaar is? Dit omdat in de curatieve geestelijke gezondheidszorg in vergelijking tot de ziekenhuiszorg er te veel aanbieders zijn en er daardoor meer dynamiek is. De NZa merkt op dat het invoeren van het MBI voor de curatieve GGZ alleen uitvoerbaar is als de individuele zorgaanbieders, al dan niet georganiseerd in groepspraktijken, daar niet onder gaan vallen. De leden van de CDA-fractie vragen dan ook of de invoering van het macrobeheersingsinstrument voldoende waarborgen biedt om de volumegroei in bedwang te houden. De minister geeft ook aan dat zij wil werken met de contracteerruimte van verzekeraars. Hoe gaat het in zijn werk als verzekeraars uiteindelijk minder zorg gebruiken dan ingekocht is? Ligt het risico van de gedeerde inkomsten dan bij de verzekeraar of de gecontracteerde zorginstelling?



Daarnaast vragen deze leden of de plannen van de minister ertoe gaan leiden dat het vergoeden van zorg op basis van de restitutieplicht straks niet langer mogelijk is. Zij verwijzen hierbij naar een opmerking van de NZa dat de minister een strenger contracteerbeleid van de NZa gepaard moet doen gaan met de plicht voor verzekeraars om alleen de gedeclareerde zorg van gecontracteerde zorgverleners te vergoeden en ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) te mogen brengen.

De leden van de CDA-fractie zijn het met het de minister eens, dat de invoering van prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve GGZ één van de voorwaarden is voor de ontwikkeling van de juiste prikkels om samenhangende en doelmatige zorg rondom de patiënt te organiseren. De minister merkt op dat dit ook goed is vanuit het streven om mensen die vanwege psychische klachten uitvallen op hun werk, zo snel mogelijk terug te leiden naar de arbeidsmarkt. Op welke wijze verwacht de minister dat de prestatiebekostiging hieraan een actieve bijdrage levert? Genoemde leden hechten er namelijk belang aan, dat mensen op de werkvloer ook adequate psychische zorg krijgen.

De sector bevindt zich inderdaad in het slechtste van twee werelden: tussen een aanbodgeruleerd en vraaggestuurd systeem in. De minister kiest er terecht voor om tot een behoedzame overgang te komen. Daarbij stelt de minister onder meer voor om tot asymmetrische bandbreedtetarieven, in de vorm van een zogenaamd max-max tarief te komen. Dit maakt het voor zorgverzekeraars mogelijk om kwaliteit en doelmatigheid te voorkomen.

De NZa geeft aan dat de huidige dbc-systematiek over het algemeen goed aansluit bij zorg voor patiënten met een relatief zware zorgvraag, maar dat er toch een aantal instellingen is dat – wegens hun kleine omvang en specifieke cliëntenpopulatie – niet uit kan komen met de huidige dbc-tarieven en behoefte heeft aan de mogelijkheid om een prijs te bedingen die boven het huidige vaste dbc-tarief ligt. Hierbij denken de leden van de CDA-fractie bijvoorbeeld aan de specialistische topklinische zorg. De minister erkent dit ook. De NZa stelt een bandbreedte voor. De minister volgt dit. Er is echter ook de suggestie gedaan dat voor circa 3 tot 7 zeer gespecialiseerde cGGZ-aanbieders met veel doorverwezen patiënten een hogere bovengrens van maximaal 50% zou moeten gelden. De schatting is dat het hierbij gaat om ongeveer 10 à 15 miljoen euro. Waarom heeft de minister deze suggestie van de NZa niet overgenomen, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Daarnaast vragen de leden van de CDA-fractie of er al voldoende voorspellende waarden in de risicoverevening zijn. Juist de geestelijke gezondheidszorg laat nog de grootste afwijking in de voorspellende waarde in de kosten van de behandeling zien. Hoe kan de voorspellende waarde in de risicoverevening de komende periode verbeterd worden? Deze leden willen in de geest van de Zorgverzekeringswet risicoselectie voorkomen. Ziek en gezond, oud en jong dienen met elkaar solidair te zijn voor de basisverzekering. Hoe schat de minister het gevaar voor risicoselectie in?

De minister geeft aan dat met de introductie van prestatiebekostiging ook per 2013 alle andere zogenaamde individuele budgetcomponenten vervallen. Dit zijn budgetcomponenten die enkele instellingen ontvangen voor bepaalde specifieke activiteiten, functies en/of voorzieningen. De NZa heeft gevraagd om alternatieve financiering te regelen voor de componenten bestendig beleid, bijzonderheid organisatie, oorlogsslachtoffers en vluchtelingen/asielzoekers. De leden van de CDA-fractie ondersteunen deze oproep. Overigens vragen zij of onder de bijzondere component oorlogsslachtoffers zowel oorlogsgetroffenen op basis van de wetgeving



oorlogsgetroffenen als veteranen op basis van de Veteranenwet worden bedoeld. De zorg voor veteranen is nu bijvoorbeeld ook gebundeld in het Landelijk Zorgsysteem Veteranen. Daarnaast vragen deze leden aan de minister te motiveren waarom de andere individuele budgetcomponenten zoals lichamelijk gehandicapten en repatrianten niet een speciale regeling behoeven.

Tevens vragen deze leden waarom er binnen de geestelijke gezondheidszorg niet een dbc consultatie is. Een dergelijke dbc kan bijdragen aan het inroepen van expertise uit de geestelijke gezondheidszorg door de eerste lijn zoals de huisarts en de psycholoog. Dit kan ervoor zorgen dat de samenwerking tussen de eerste lijn en tweede lijn geborgd blijft.

De minister stelt tevens voor om over te gaan op de normatieve huisvestingscomponent om de kapitaallasten op te nemen in de zorgprestaties. Hoe gaat dit uitwerken voor instellingen in de geestelijke gezondheidszorg die zowel zorg verlenen op basis van de AWBZ als op basis van de Zvw?

Uit de marktscan geestelijke gezondheidszorg valt het de leden van de CDA-fractie op dat de omzet voor ambulante behandelingen de afgelopen drie jaar met 400 miljoen euro is toegenomen. Op basis van deze waarneming zou men verwachten dat dit tot een afname van de bedden in de instellingen heeft geleid. Opvallend is echter dat de klinische omzet over de jaren vrijwel gelijk gebleven is. Hieruit kan worden geconcludeerd dat relatieve ambulantisering plaatsvindt. Meer ambulante behandelingen die niet zorgen voor een afname in budgetparameters van de klinische omzet. Hoe beoordeelt de minister deze ontwikkeling vanuit de door deze leden gedragen wens om ook tot een verantwoorde afbouw van bedden in de geestelijke gezondheidszorg te komen? Welke positieve effecten verwacht de minister van de invoering van de prestatiebekostiging op deze ontwikkeling?

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de voorhangbrief van de minister waarin zij aankondigt over te willen gaan op prestatiebekostiging. Deze leden wijzen dit voorstel af. Zij vragen de minister een analyse te geven waar de prestatiebekostiging positief uitpakt voor de patiënt.

Het valt de leden van SP-fractie op dat de positie van de zorgvrager of patiënt in de voorhangbrief niet of nauwelijks wordt belicht. Zij vragen de minister waar de menselijke maat is gebleven en op welke wijze de patiënt centraal staat. Genoemde leden vragen hoe de prestatiebekostiging zich verhoudt tot de ervaring met de invoering van de keten-dbc's waarbij de patiënt juist niet meer centraal staat, ondanks de bedoeling daarvan.

#### *Zorgvragers*

De leden van de SP-fractie maken zich grote zorgen over de positie van de zorgvrager of patiënt, omdat de inkoop een zaak is tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Deze leden vragen hoe de positie van de zorgvrager en/of patiëntenorganisaties versterkt wordt door de prestatiebekostiging. Kan de minister garanderen dat de zorgvrager geen speelbal wordt van commerciële prikkels zoals die verwoord worden in de voorhangbrief?

De leden van de SP-fractie vernemen graag welke onderliggende evaluatie de keuze van de minister rechtvaardigt om van ziekten of problemen «producten» te maken waarop geconcurrereerd dient te worden. De vraag die leeft bij deze leden is dan ook hoe de minister ervoor gaat zorgen dat alle mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben deze kunnen krijgen. Welke bewijzen kan de minister voorleggen om te laten zien dat ook mensen met zware en complexe problemen niet geweerd worden door zorginstellingen en/of zorgverzekeraars omdat zij als te (financieel) risicovol worden bestempeld aangezien zij bijvoorbeeld meerdere opnames nodig blijken te hebben?

Bovendien willen genoemde leden de garantie dat de zeggenschap van de zorgvrager niet wordt aangetast of wordt verslechterd door de prestatiebekostiging, en welke bewijzen aan het antwoord van de minister ten grondslag liggen. Zij vragen tevens op welke wijze de privacy van de patiënt in het systeem van prestatiebekostiging wordt gegarandeerd.

Daarnaast vernemen de leden van de SP-fractie graag op welke wijze de vrijheid van de zorgvrager om een behandelaar te kiezen verbeterd wordt, omdat G. Westert in «Zorgbalans 2010» nog aangeeft dat «goede en structurele informatie over de kwaliteit in de gezondheidszorg ontbreekt»<sup>1</sup>. Blijft de vrije keuze bestaan als mensen geweerd worden door zorgverzekeraars of als instellingen sommige patiënten liever niet behandelen omdat zij een te groot risico zijn om een kostenpost te worden, is de vraag die genoemde leden graag beantwoord zien. Bovendien kan er niets gezegd worden over de behandel eenheden, de programma's of de locaties. Deze leden verzoeken de minister om een toelichting.

Kan de minister uitleggen op welke wijze een persoon, die een zelfmoordpoging heeft overleefd, gebaat is bij het feit dat deze als consument kan worden gezien (door de verzekeraar en/of de aanbieder) waaraan verdiend kan worden, of juist als kostenpost omdat het ziektebeeld onvoorspelbaar en risicovol is, zo vragen de leden van de SP-fractie.

#### *Behandelrelatie*

Een centrale waarde binnen de gezondheidszorg is vertrouwen. De leden van de SP-fractie vragen de minister om toe te lichten op welke wijze het vertrouwen tussen de behandelaar (professional) en de patiënt kan worden versterkt door een wijze van financieren die uitgaat van concurrentie en winst maken. Deze leden vragen om een analyse of een bewijs dat de prestatiebekostiging geen schade aanricht aan de behandelrelatie.

De leden van de SP-fractie willen ervoor waarschuwen dat de behandelrelatie en het vertrouwen tussen de zorgvrager en de professional juist geschaad kan worden. De zorgvrager weet immers dat de professional meer geld kan verdienen naarmate de stoornis of aandoening erger is en er langer behandeling nodig blijkt. Zij vragen de minister hierop in te gaan, zowel vanuit het oogpunt van de zorgvrager, als van de professional.

Tevens vragen de leden van de SP-fractie op welke manier een goede behandelrelatie tot uitdrukking kan komen in de verschillende manieren van bekostiging van de GGZ.

---

<sup>1</sup> RIVM, Zorgbalans 2010, mei 2010.

### *Overgangsjaar 2013*

De leden van de SP-fractie vragen de minister waarom er is gekozen voor de datum van 1 januari 2013 om over te gaan tot prestatiebekostiging. Op basis van welke feiten kan de minister vaststellen dat de GGZ-sector klaar is voor deze stap en dat er voldoende draagvlak is voor prestatiebekostiging? De minister stelt immers zelf dat 2012 al «een zwaar jaar» is vanwege de genomen maatregelen en dat de invoering van een nieuw systeem beheerst en behoedzaam moet gebeuren. Genoemde leden vragen de minister om een toelichting op deze drie punten.

De leden van de SP-fractie vernemen graag waarom er gekozen is voor een overgang van één jaar. Tevens vragen zij om een uitleg hoe de overgang er uit komt te zien, met daarbij de voor- en nadelen benoemd voor de zorgvrager, de zorgaanbieder, de hulpverlener en de zorgverzekeraar.

In 2013 zullen alle zorgaanbieders werken met de dbc-systematiek. De leden van de SP-fractie vragen de minister op welke wijze dbc's bijdragen aan de transparantie, de keuzevrijheid en de doelmatigheid, omdat uit onderzoek blijkt dat zorgprofessionals dit niet vinden.<sup>1</sup>

In het blad Psy staat een artikel genaamd «Die DBC's moeten weg»<sup>2</sup>. Deze uitspraak is van de minister en stemde de leden van de SP-fractie tevreden. De vraag is dan waarom diezelfde minister nu overall dbc's gaat invoeren. Tevens vernemen zij graag de lessen die er getrokken zijn uit de invoering van de dbc-systematiek waardoor er miljarden euro's extra nodig waren en op basis van welke evaluatie de minister dan een verdere invoering van dbc's gerechtvaardigd acht.

In de brief lezen genoemde leden dat de huidige dbc-tarieven die gebaseerd zijn op gemiddelde kosten in 2013 vervangen gaan worden door «asymmetrische bandbreedtetarieven». Zij vragen om een uitleg van dit begrip en vragen tevens of de kosten niet zullen toenemen door deze maatregel en de invoering daarvan. Welke gevolgen zullen er zijn voor GGZ-instellingen die zowel in 2013 als in 2014 van financieringssysteem moeten veranderen?

De leden van de SP-fractie vragen de minister of het juist is dat en zo ja hoeveel geld van de AWBZ overgeheveld wordt naar de Zorgverzekeringswet en of dit uitgesplitst kan worden naar de verschillende soorten aanbieders met het bijbehorende budget.

#### *Verschillende financieringsmogelijkheden*

De leden van de SP-fractie zijn het met de minister eens dat de bureaucratie moet en kan verminderen. De vraag rijst dan of de minister andere bekostigingssystemen heeft onderzocht dan de prestatiebekostiging waarin de administratieve lasten worden verminderd. Deze leden vragen de minister om voorbeelden hiervan te noemen en daarbij een motivatie waarom voor deze vormen niet is gekozen. Wanneer de minister niet heeft gekeken naar andere financieringsmogelijkheden dan vragen genoemde leden de minister alsnog te onderzoeken welke andere opties er zijn en daarbij ook de optie zonder marktwerking te betrekken.

Graag vernemen de leden van de SP-fractie een uiteenzetting van de verschillende financieringsmogelijkheden met daarbij de voor- en nadelen benoemd voor de zorgvrager, de zorgaanbieder, de hulpverlener en de zorgverzekeraar.

---

<sup>1</sup> L. Tummers, Erasmus Universiteit, oktober 2010.

<sup>2</sup> Die DBC's moeten weg.

Een goede, zuivere afweging van opties is pas mogelijk wanneer er gelijkheid bestaat in de mate van onderzoek naar de verscheidene opties. In de voorhangbrief wordt het «gelijke speelveld» door de minister immers belangrijk geacht. Deze redenering kan doorgetrokken worden naar de verschillende financieringsmogelijkheden en de afweging van het parlement ter zake. Daarom zien de leden van de SP-fractie een toelichting hierop graag tegemoet.

De leden van de SP-fractie vragen waarom de minister denkt dat het invoeren van prestatiebekostiging een besparing met zich meebrengt en hoeveel geld er nodig is voor het overgangsjaar en de invoering van een financieringsvorm.

#### *Budgetcomponenten*

In de voorhangbrief lezen de leden van de SP-fractie dat de individuele budgetcomponenten komen te vervallen per 2013. Deze leden vernemen graag op welke wijze dit wordt ondervangen voor de componenten die niet in een dbc-tarief zitten. De NZa heeft advies uitgebracht over een alternatieve regeling hiervoor. Zij vragen een uitleg over deze alternatieve regeling en of het klopt dat er naast de prestatiebekostiging dan nog steeds een ander systeem aanwezig is.

Ook vragen de leden van de SP-fractie hoe een kostenexplosie voorkomen gaat worden wanneer de minister de budgetten loslaat. Bovendien vragen zij waarom de minister kiest voor een bekostiging met een beschikbaarheidsbijdrage op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Deze leden vragen de minister tevens om een toelichting op dit punt.

#### *Zorgverzekeraars*

Kan de minister aan de leden van de SP-fractie uitleggen hoe de markt van de zorgverzekeraars past bij de prestatiebekostiging in de GGZ, omdat de zorgverzekeraarsmarkt gedomineerd wordt door vier grote concerns. Tevens vragen zij waarom de minister deze markt geschikt acht voor prestatiebekostiging, omdat de Nederlandse Zorgautoriteit in 2009 nog stelde dat deze markt «weinig dynamisch» was.

Zorgverzekeraars Nederland stellen dat er pas sprake kan zijn van een prestatiebekostiging als er een akkoord komt met daarin afspraken over randvoorwaarden. De leden van de SP-fractie vragen de minister om een toelichting; over welke randvoorwaarden gaat het precies en hoe verschillen zij van de randvoorwaarden zoals in 2009 geformuleerd door de minister?

#### *Risicoverevening*

De leden van de SP-fractie willen weten of het systeem van risicoverevening adequaat genoeg is om «cherry-picking» te voorkomen en tegelijkertijd de verzekeraar aanspoort om doelmatig in te kopen, zoals de minister graag wil.

De leden van de SP-fractie vragen wat de budgettaire gevolgen zijn van de maatregelen rondom de risicoverevening en hoe dat zich verhoudt tot de onverzekerbare zorg, zoals de GGZ dat kan zijn.

## Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het voornemen van de minister om vanaf 2013 te starten met prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve GGZ. Deze leden streven naar een goede, doelmatige en toegankelijke zorg voor de patiënt. Invoering van prestatiebekostiging kan daaraan bijdragen doordat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen zorg in te kopen op basis van de kwaliteit en prijs van een behandeling. Instellingen worden zo geprikkeld de kwaliteit en effectiviteit van een behandeling te verbeteren. Invoeren van deze nieuwe vorm van bekostiging dient echter wel op verantwoorde wijze plaats te vinden. De patiënt mag niet de dupe worden van een systeemverandering. De leden van de D66-fractie hebben daarom nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de D66-fractie wijzen erop dat de GGZ-sector momenteel in het slechtste van twee werelden leeft. Enerzijds worden instellingen nog steeds bekostigd via de budgetsystematiek. Anderzijds declareren ze ook op basis van diagnosebehandelingcombinaties. De minister voorziet dat de overgang naar een eenduidig systeem van prestatiebekostiging de administratieve lasten reduceert. Deze leden vernemen graag welke mate van administratieve reductie de minister precies voorziet.

Naar de mening van de leden van de D66-fractie mag het niet zo zijn dat de systeemverandering ertoe leidt dat bepaalde (kleine) instellingen deze niet aankunnen. Deze leden uiten hun zorgen dat de wijzigingen op instellingsniveau te abrupte gevolgen kunnen hebben. Kan de minister nader uiteenzetten welke maatregelen zij neemt om dit op te vangen?

De NZa geeft met betrekking tot de budgettaire beheersbaarheid aan dat een gedifferentieerd MBI niet ontwikkeld kan worden voor individuele zorgaanbieders. In hoeverre onderschrijft de minister deze conclusie? De leden van de D66-fractie vragen in dit kader op welke wijze de minister de budgettaire beheersbaarheid dan voor zich ziet. De minister geeft aan als ultimatum remedium terug te moeten vallen op een «generieke» kortingsmaatregel. Wanneer kan zij hierover uitsluitsel geven? Een ander aandachtspunt is de uitwerking van de voorgestelde max-max tarieven die vanaf 2013 gaan gelden. Gelet op het macrokader zal het overeenkomen van een hoger maximum gecompenseerd moeten worden door lagere tarieven elders. Hoe ziet de minister dat voor zich?

De leden van de D66-fractie zijn het met de minister eens dat de verschillen in zorgvraagzwaarte beter in het dbc-systeem verwerkt dienen te worden. Deze leden vragen in dit kader in hoeverre de minister denkt dat de voorgestelde max-max tarieven een oplossing bieden voor het feit dat de kostprijs van een behandeling in de tweede of derde lijn naar alle waarschijnlijkheid hoger zal liggen dan de kostprijs van een behandeling bij de anderhalve lijn. De minister heeft aangegeven een doorontwikkelagenda op te stellen voor het dbc-systeem. Kan de minister specifieker zijn over de termijn waarbinnen deze ontwikkeling vorm moet krijgen? Kan de minister een datum aangeven waarop kan worden bezien of de doorontwikkeling van het dbc-systeem, en dan specifiek met het oog op de zorgzwaarte, geslaagd is?

De leden van de D66-fractie uiten hun zorgen over de verdere ontwikkeling van de dbc's. De koppeling van routine outcome measurement (ROM) en de dbc's levert volgens hen op dit moment nog problemen op. In hoeverre heeft de minister bij het opstellen van het tijdspad van invoering van de prestatiebekostiging rekening gehouden met het feit dat

de koppeling tussen ROM en dbc's prematuur is? Hoe gaat zij dit verbeteren?

## **II. REACTIE VAN DE MINISTER**