

Vergaderjaar 2013–2014

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 450

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 6 juni 2014

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 24 maart 2014 inzake Voorgenomen aanwijzing over bekostiging langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz en de toepasbaarheid van het macrobeheersinstrument (Kamerstuk 30 597, nr. 426).

De op 16 mei 2014 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de Minister bij brief van 5 juni 2014 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

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

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de bekostiging van de langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz. Zij hebben nog enkele vragen.

Vanaf 2015 wordt het gedeelte van de langdurige ggz dat naar de Zvw wordt overgeheveld bekostigd op basis van de huidige AWBZ-prestaties. Dit is een andere financieringsvorm dan de overige ggz-zorg in de Zvw. Uiteindelijk zullen alle vormen van ggz-zorg in de Zvw op basis van één bekostigingssysteem worden. Dit wordt naar verwachting in 2017 ingevoerd. Tot die tijd bestaan derhalve verschillende bekostigingen van ggz-zorg in de Zvw. In hoeverre leidt het bestaan van deze verschillende systemen tot problemen voor zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders? Aanvullend vragen deze leden wat het uitgangspunt zal zijn bij deze nieuwe bekostiging. De Minister geeft aan dat in de nieuwe product-structuur beter een relatie te leggen is tussen de zorgvraag van een patiënt en de behandelinzet. Houdt dit in dat met deze nieuwe product-structuur financiering op basis van uitkomst plaats zal vinden?

Het streven is zorgverzekeraars volledig risicodragend te maken ultimo 2017. Hiertoe wordt de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel verbeterd via een aantal stappen. Kan de Minister aangeven wat in deze tussenliggende jaren de inzet is ten aanzien van de ex post compensaties: worden deze gedurende deze periode waar mogelijk al afgebouwd, of vindt deze afbouw vanaf 2017 plaats?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

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

Inleiding

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

Bekostiging langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz

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

Correct declareren

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

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

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

Kostenbeheersing

De leden van de PvdA-fractie vragen in welke mate de Zvw premie, alsook de Wlz premie wordt beïnvloedt door verschuivingen in groepen patiënten tussen deze twee regimes. Genoemde leden zien een scenario voor zich dat bij strengere criteria voor instroom van ggz patiënten in de

Wlz, de premie voor de Wlz daalt terwijl de premie van de Zvw stijgt. Ziet de Minister de objectieve criteria voor instroom in de Wlz van ggz patiënten ook als een instrument waarmee de premie voor zowel Zvw als Wlz beïnvloedt kan worden?

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

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

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

Algemeen

De leden van de SP-fractie hebben met gemengde gevoelens kennisgenomen van de brief van de Minister. Genoemde leden maken zich grote zorgen over de plannen van de Minister om de langdurige intramurale ggz over te hevelen naar de zorgverzekeraars. Zij wijzen op het feit dat dergelijke private organisaties het doel hebben om de winst en het eigen vermogen te vergroten. Veel geld bij zorgverzekeraars wordt besteed aan verkeerde doeleinden, waardoor deze leden zich grote zorgen maken over de invloed van zorgverzekeraars op de ggz.

Genoemde leden vragen ook of de wijziging in de vorm van de bekostiging van de langdurige intramurale ggz gepaard gaat met bezuinigingen en zo ja, om wat voor bedrag dit gaat (voor de komende vier jaar en de

structurele bezuinigingsopgave). Kan de Minister een overzicht sturen van de bekostiging van de afgelopen jaren als het gaat om de ggz?

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

Inleiding

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

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

Prestaties en toeslagen

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

¹ Kamerstuk 30 597-397

Kapitaallasten

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

Correct declareren

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

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

Kostenbeheersing, risicodragendheid en macrobeheersinstrument

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

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

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

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

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

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

Ook vinden de leden van de CDA-fractie dan van belang om te weten of het budget van de zorg persoonsvolgend is. Met andere woorden: indien de zorgverzekeraar de patiënt uitbehandelt acht, of het budget dan naar de gemeente overgaat. Overigens vragen de leden van de CDA-fractie of de zorgverzekeraar dit zelfstandig mag beslissen of dat er een verklaring «uitbehandeld in de Zorgverzekeringswet» van de hoofdbehandelaar er ten grondslag aan ligt. De leden van de CDA-fractie nemen aan dat een dergelijke beslissing door een hoofdbehandelaar genomen wordt.

Daarbij willen de leden van de CDA-fractie weten of pakket ZZP GGZ B-6C (beschermd wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging) naar de gemeente of de Zorgverzekeringswet gaat. Of is het de bedoeling dat de gemeente en de zorgverzekeraar in de overgangsfase samen de cliënten die gebruik maken van ZZP GGZ B – 6 C betalen.

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

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

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

Kapitaallasten

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

Kostenbeheersing, risicodragendheid en macrobeheersinstrument

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

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

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie zijn blij dat de Minister de motie Keijzer/Bergkamp volgt en mensen die langdurig zijn aangewezen op ggz in de Wet langdurige zorg (Wlz) houdt. Deze leden constateren verder dat de

langdurige intramurale ggz waarbij nadrukkelijk behandeling centraal staat wordt ondergebracht in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorgverzekeraars worden vanaf 2015 op grond van de Zvw in eerste instantie verantwoordelijk voor de eerste drie jaar op behandeling gerichte intramurale ggz voor volwassenen, zo stellen deze leden vast. Hiermee beoogt de Minister verzekeraars en zorgaanbieders meer te bewegen om ook na het eerste jaar te blijven inzetten op het herstel, zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt. Deze leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen.

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

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

II. Reactie van de minister

Reactie op de vragen van de VVD-fractie

De leden van de VVD constateren dat tot de invoering van één bekostigingssysteem voor alle vormen van ggz-zorg in de Zvw verschillende systemen van bekostiging blijven bestaan en vragen in hoeverre het bestaan van deze verschillende systemen leidt tot problemen voor zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders.

Inderdaad is er sprake van verschillende bekostigingssystemen voor alle vormen van ggz-zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw). In de overgangssituatie wordt aangesloten bij de bekostigingssystemen die zorgaanbieders nu al hanteren. Na de overheveling van de langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz naar de Zvw zal de zorgverzekeraar, in plaats van het zorgkantoor, te maken krijgen met ZZP's. Vrijwel alle zorgverzekeraars zijn echter ook zorgkantoor en zijn daardoor bekend met het ZZP-systeem en in staat dat uit te voeren. Ik verwacht dan ook niet dat het hanteren van verschillende systemen leidt tot problemen voor zorgverzekeraars.

De leden van de VVD vragen wat het uitgangspunt zal zijn voor de nieuwe bekostiging. Met de nieuwe productstructuur moet beter een relatie te leggen zijn tussen de zorgvraag van de patiënt en de behandelinzet. Betekent dit dat financiering op basis van uitkomst plaats zal vinden?

Een andere productstructuur in de gespecialiseerde ggz moet meer informatie bevatten dan de huidige structuur op basis van diagnoses en tijdklassen, zodat er een betere relatie is te leggen tussen zorgvraag en behandelinzet. Die informatie heeft niet per se betrekking op uitkomsten. Met de sector werkt de NZa momenteel aan de ontwikkeling van de nieuwe productstructuur. Hoe die nieuwe structuur er precies uit komt te zien is nog niet bekend.

De leden van de VVD-fractie constateren dat het streven is zorgverzekeraars volledig risicodragend te maken per ultimo 2017 en dat hiertoe de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel verbeterd wordt via een aantal stappen. Ze vragen zich af wat in de tussenliggende jaren (voor ultimo 2017) voor de langdurige intramurale GGZ de inzet van ex post compensaties zal zijn.

Ten aanzien van de risicodragendheid van de naar de Zvw over te hevelen langdurige ggz geldt voor het kabinet dat de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel leidend is. Het kabinet streeft naar volledig risicodragende uitvoering van deze zorg door zorgverzekeraars ultimo 2017; in 2017 zal hierover definitief worden besloten. Zoals ik in de voorhangbrief bekostiging langdurige ggz heb aangegeven zal het kabinet zoals gebruikelijk in september van het voorafgaande jaar de inzet van ex post compensaties vaststellen. De ex post compensaties zullen zo snel als verantwoord mogelijk worden afgebouwd, waarbij de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel leidend zal zijn.

Reactie op de vragen van de PvdA-fractie

Volgens de leden van de PvdA-fractie lijkt de hoogte van de compensatie van zorgverzekeraars, en de mate waarin deze de werkelijk gemaakte kosten dekt, meer van invloed dan de abstracte gedachte dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders altijd baat hebben bij het streven naar ambulantisering. De leden van de PvdA fractie vragen in hoeverre er zicht is op de werkelijke kosten die gemoeid zijn met deze zorg, in hoeverre de nieuwe bekostiging de gemaakte kosten dekt, en hoe de Minister deze zorg ziet. Hoe draagt zij zorg voor inzicht in de werkelijk kosten? De leden van de PvdA-fractie vragen zich af of het risicovereveningssysteem fijnmazig genoeg is om verschillen in de populatie van zorgverzekeraars te compenseren en welke aanpassingen in het risicovereveningssysteem er zijn om risicoselectie door zorgverzekeraars tegen te gaan.

De contouren van de nieuwe bekostiging van de ggz zijn nog niet zo precies dat het nu al duidelijk is hoe ambulante zorg in de toekomst bekostigd gaat worden. In het algemeen staan verschillende methoden ter beschikking om te bepalen hoe hoog tarieven mogen zijn – in geval van gereguleerde tarieven – ter dekking van gemaakte kosten. Zo hanteren we in de generalistische basis ggz een normatieve benadering en is de gespecialiseerde ggz gebaseerd op historische kostprijzen. Te zijner tijd zal ook bij de nieuwe bekostiging een keuze uit benaderingen gemaakt moeten worden.

Van jaar op jaar werk ik aan het op peil houden en waar mogelijk verbeteren van de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel. De komende jaren zal ik een hoge prioriteit geven aan het inpassen van de overheveling van de langdurige intramurale ggz in het risicoverevenings-

systeem. Om de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel te verbeteren zal zorgvraagzwaarte worden meegenomen als vereveningscriterium in het ex ante risicovereveningsmodel en zal de nieuwe inhoudelijk verbeterde productstructuur worden gesimuleerd. Daarnaast onderzoekt het kabinet verder gaande verbetering van het model door het opnemen van meer specifieke morbiditeitscriteria en een criterium gebaseerd op meerjarige hoge kosten, of door onderscheid te maken tussen ambulante en intramurale ggz-zorg. Op basis van bovenstaande onderzoeken zal het kabinet besluiten of het ex ante risicovereveningsmodel de voorspelbare kostenverschillen van de langdurige intramurale ggz tussen zorgverzekeraars adequaat genoeg compenseert om volledige risicodragendheid mogelijk te maken. Ten aanzien van de risicodragendheid van de naar de Zvw over te hevelen langdurige ggz geldt voor het kabinet dat de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel leidend is. Het kabinet streeft naar volledig risicodragende uitvoering van deze zorg door zorgverzekeraars ultimo 2017; in 2017 zal hierover definitief worden besloten.

Bekostiging langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz

De leden van de PvdA vragen hoe ver de NZa is gevorderd met de inhoudelijk verbetering van de productstructuur voor de gespecialiseerde ggz, welke knelpunten resteren en wanneer deze naar verwachting zijn weggenomen.

De NZa heeft in 2014 een begin gemaakt met het traject tot aanpassing van de productstructuur. Bij het ontwikkelen van die nieuwe structuur werkt de NZa inhoudelijk samen met de sector. Brancheorganisaties van zorgaanbieders, beroepsverenigingen en zorgverzekeraars hebben afgesproken om in 2014 te onderzoeken of in de gespecialiseerde ggz voor de groepen «Angst» en «Depressie» een alternatieve productstructuur mogelijk is in 2016. In die structuur moet niet alleen de diagnose maar ook het verloop van de stoornis, ook wel de stagering genoemd, een plaats krijgen. Aan de hand van het onderzoek zal meer zicht komen op eventuele knelpunten. Ook zal dan het tijdspad voor de verdere doorontwikkeling nauwkeuriger kunnen worden vastgesteld.

Correct declareren

De leden van de PvdA-fractie zouden graag meer informatie krijgen over de machtigingen die zorgverzekeraars in kunnen zetten voor de controle van de juiste indicatiestelling. Op welke wijze stellen deze machtigingen verzekeraars in staat zicht te houden op dit proces? Ook zouden deze leden graag meer informatie verkrijgen over de genoemde geautomatiseerde toetskaders. Op welke wijze bieden deze geautomatiseerde toetskaders de zorgverzekeraars zicht op een juiste indicatiestelling door de behandelaar?

Ik informeer de PvdA-fractie hier graag nader over. Het is de taak van de zorgverzekeraar om er op toe te zien dat de juiste ZZP wordt gedeclareerd. Gezien de aard van de ZZP's, waarbij het te declareren product al bij aanvang van de behandeling wordt bepaald, kunnen de zorgverzekeraars er voor kiezen gebruik te maken van de mogelijkheid om door middel van machtigingen zicht te houden op een juiste indicatiestelling door de behandelaar. De keuze om te machtigen is een individuele afweging van de zorgverzekeraar (tenzij in de wet bepaald). De zorgverzekeraar dient daartoe wel in de polis op te nemen dat voor de toegang tot de langdurige ggz in de Zvw een machtiging is vereist. Er is geen centraal beleid vanuit ZN om te komen tot geautomatiseerde toetskaders.

De leden van de PvdA begrijpen dat de profielbeschrijvingen van ZZP's opgenomen moeten worden in de regelgeving van de NZa en vragen of deze profielbeschrijving past binnen de NZa-systematiek. Zijn hier op voorhand conversieproblemen te verwachten en hoe zouden deze eventuele problemen kunnen worden vermeden?

Inderdaad is de bedoeling om de profielbeschrijvingen van ZZP's in regelgeving van de NZa vast te leggen. De NZa doet waar nodig aanpassingen in de profielen zodat zij passend zijn in de Zvw-systematiek. Omdat VWS op dit moment formeel eigenaar is van de profielen, zal VWS bij het geven van de aanwijzing aan de NZa de profielen van ZZP B 3 tot en met 7 formeel overdragen aan de NZa. Ik heb tot op heden geen signalen dat er conversieproblemen te verwachten zijn.

De leden van de PvdA-fractie geven aan de ratio achter het verschaffen van voldoende informatie op de factuur met het oog op controle door de zorgverzekeraar dan wel de patiënt te zien. Wel vragen zij hierbij aandacht voor de administratieve lasten voor zorgaanbieders en de waarborging van de privacy van de patiënt. Hoeveel specifieke aandacht over de klachten van de patiënt moet er op de rekening staan en hoe wordt gewaarborgd dat de informatie niet toegankelijk is voor degenen die hier niet toe bevoegd zijn?

Ik heb aangegeven dat ik het van belang vind dat de factuur ook informatie bevat over de hoofdbehandelaar, zijn beroep, en de hoeveelheid door hem bestede tijd. Inmiddels is gebleken dat binnen de ZZP-systematiek dergelijke informatie niet geregistreerd wordt en dat het technisch niet mogelijk is om dit per 2015 aan te passen. De NZa beziet momenteel hoe en met welke ingangsdatum dergelijke informatie wel beschikbaar zou kunnen worden gesteld op de factuur met het oog op de formele en materiële controle door zorgverzekeraars. De regelingen van VWS en NZa over de aan zorgverzekeraars te verstrekken medische persoonsgegevens op de factuur moeten voldoen aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. De zorgverzekeraars oefenen hun controle uit conform de door het College bescherming persoonsgegevens getoetste controleprotocollen. De zorgverzekeraars moeten op grond van de Wbp passende organisatorische maatregelen nemen om de persoonsgegevens van de patiënt tegen verlies of enige vorm van onrechtmatige verwerking te beschermen. Hiertoe behoort ook het waarborgen dat de persoonsgegevens niet toegankelijk zijn voor personen die onbevoegd zijn om daarvan kennis te nemen.

De leden van de PvdA onderschrijven oordeel van de NZa dat bij implementatie aandacht moet zijn voor fraudebestendigheid en frauderisico's van het systeem. Genoemde leden zijn van mening dat lessen uit andere sectoren omtrent correct declareren en best practices ter voorkoming van fraude wel degelijk handvatten kunnen bieden om fraudegevoeligheid meer in detail te beoordelen in tegenstelling tot de opmerking in het NZa-advies dat slechts een analyse op hoofdlijnen mogelijk is. De leden van de PvdA vernemen graag hoe ik sta tegenover hun pleidooi om bij de vormgeving van het nieuwe bekostigingssysteem frauderisico's op voorhand aandacht te geven en zo veel mogelijk weg te nemen.

Naar aanleiding van alle fraudesignalen heeft de NZa in haar advies alvast een eerste reactie over frauderisico's gegeven. Inmiddels heeft de NZa, op mijn verzoek, alsnog een uitgebreide fraudetoets uitgevoerd. De resultaten daarvan zijn als bijlage bij dit verslag gevoegd.³

De conclusies van de NZa zijn dat:

- de declarabele prestaties en tarieven vrijwel niet wijzigen;
- de (omzet-)prijken voor aanbieders in feite ook niet veranderen;
- het verdwijnen van de onafhankelijke indicatie en het individuele instellingsgebonden budgetplafond het risico op upcoding in de Zvw weliswaar vergroot, maar daar staat de verwachting van de NZa tegenover dat zorgverzekeraars in de langdurige intramurale ggz, net zoals in de curatieve ggz veelal gebeurt, omzetplafonds zullen afsluiten met (de grote) aanbieders. Omzetplafonds halen in belangrijke mate de prikkel voor upcoding weg. Dit is te zien in de curatieve ggz;
- het macrobeheersinstrument in de Zvw een perverse prikkel met zich mee kan brengen voor omzetvergroting;
- door het weglaten van het aantal uren zorg in een ZZP, het risico op onderbehandeling bestaat. Zowel bij de inkoop van de zorg als bij de controle op declaraties is niet inzichtelijk hoeveel zorg er geleverd is.

De beoordeling van de fraudebestendigheid van het overgangsmodel door de NZa leidt tot de conclusie dat de risico's niet substantieel wijzigen. Waar nodig zal de NZa in haar toezicht erop toe moeten zien dat de ongewenste effecten niet gaan optreden. Bij de vormgeving van de nieuwe bekostiging ben ik van mening dat eventuele frauderisico's aan de voorkant zoveel mogelijk moeten worden uitgesloten. Zoals ik heb eerder aan uw Kamer heb gemeld, zal de NZa bij majeure bekostigingswijzigingen altijd een fraudetoets uitvoeren. De bevindingen uit de fraudetoets zullen meegenomen worden bij de vormgeving van de nieuwe bekostigingssystematiek.

Kostenbeheersing

De leden van de PvdA-fractie vragen in welke mate de Zvw premie, alsook de Wlz premie wordt beïnvloed door verschuivingen in groepen patiënten tussen deze twee regimes.

In de brief van 4 maart 2014 over de premiegevolgen van de overhevelingen (Kamerstuk 30 597, nr. 432) en het daaropvolgende schriftelijk overleg met uw Kamer is uitgebreid ingegaan op de premiegevolgen voor de Zvw en Wet langdurige zorg (Wlz). Daarbij is uitgegaan van de situatie waarbij de volledige intramurale ggz zou worden overgeheveld naar de Zvw. Nu deze overheveling beperkt blijft tot de eerste drie jaar valt de stijging van de nominale Zvw-premie in 2015 door de overhevelingen naar verwachting € 2 lager uit, en blijft daarmee nog steeds beperkt tot maximaal € 20.

Als voorlopige schatting van de Wlz-premie is eerder uitgegaan van een premie van 10%, met een marge in de raming van 9–11% die met name veroorzaakt wordt door de onzekerheid over de ontwikkeling van de grondslagen waarover de premie geheven wordt. Het achterblijven van een deel van de intramurale ggz in de Wlz leidt ten opzichte van de eerdere schatting van 10% tot een hogere Wlz-premie in de orde van grootte van 0,2%-punt. Dit ligt echter nog steeds ruim binnen de eerder aangegeven betrouwbaarheidsmarge van de raming.

³ Zie bijlage «memo Risicoinventarisatie overheveling langdurige GGZ» (NZa, 28 mei 2014). Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

De leden van de PvdA zien een scenario voor zich dat bij strengere criteria voor instroom van ggz patiënten in de Wlz, de premie voor de Wlz daalt terwijl de premie van de Zvw stijgt. Zij vragen of ik de objectieve criteria voor instroom in de Wlz van ggz patiënten ook zie als een instrument waarmee de premie voor zowel Zvw als Wlz beïnvloed kan worden?

Inderdaad is de omvang van de langdurige ggz in de Wlz mede bepalend voor de hoogte van de premie in Wlz en Zvw. De huidige positionering van de langdurige ggz beoogt echter om de eindsituatie zo dicht mogelijk te benaderen. Het is zeker niet mijn bedoeling om deze criteria in te zetten als instrument om de premie te beïnvloeden. De objectieve inhoudelijke criteria zijn bedoeld om te bepalen voor welke ggz-zorgvragen de Wlz het meest passende domein is. Wanneer de objectieve inhoudelijke criteria worden ingevoerd zal bezien worden of dit gevolgen heeft voor de premie in Zvw of Wlz.

De leden van de PvdA-fractie geven aan blij te zijn met de genoemde invullingen in het ex ante risicovereveningsmodel. Ze vragen een overzicht van de mate waarin deze voorgestelde toevoegingen de voorspellende waarde van dit model ten goede komen. Ze vragen zich daarnaast af of de kwantiteit alsook de kwaliteit van de informatie die benodigd is voor de simulatie van het de nieuwe productstructuur afdoende is.

Uit de literatuur is niet bekend in welke mate de voorgestelde toevoegingen aan het risicovereveningsmodel bijdragen aan de voorspellende waarde van het model. Dit zal in de komende jaren, na afronding van de verschillende onderzoeken in het kader van de risicoverevening, bekend worden. Ik zal hier zoals gebruikelijk uw Kamer jaarlijks in september over berichten. Voor de simulatie van de nieuwe productstructuur zijn op verzekerdenniveau gegevens beschikbaar vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Onderzocht zal worden of het noodzakelijk is om de gegevens te converteren en zo ja hoe deze gegevens geconverteerd kunnen worden om deze gegevens representatief te maken voor het te verwachten schadebeeld voor de langdurige intramurale ggz in 2017. Dit is voor vereveningsjaar 2014 voor het vereveningsmodel voor de geneeskundige ggz bijvoorbeeld ook gedaan voor de invoering van de generalistische basis geestelijke gezondheidszorg.

De leden van de PvdA-fractie wijzen er op een prikkel tot risicoselectie en een verstoring van het gelijke speelveld voor de zorgverzekeraars wanneer het risicovereveningssysteem tekortschiet. Ze willen daarom graag weten welke concrete aanpassingen er gemaakt worden in het ex ante risicovereveningsmodel om deze perverse prikkel weg te nemen en een gelijk speelveld voor de zorgverzekeraars te garanderen.

Ik ben me er van bewust dat waakzaamheid ten aanzien van risicoselectie en continue aandacht voor verbetering van het risicovereveningssysteem essentieel zijn. Daarom werk ik van jaar op jaar aan het op peil houden en waar mogelijk verbeteren van de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel. De komende jaren zal ik hoge prioriteit geven aan het inpassen van de overheveling van de langdurige intramurale ggz in het risicovereveningssysteem. Om de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel te verbeteren zal zorgvraagzwaarte worden meegenomen als vereveningscriterium in het ex ante risicovereveningsmodel 2017 en zal de nieuwe inhoudelijk verbeterde productstructuur worden gesimuleerd. Daarnaast onderzoekt het kabinet verdergaande verbetering van het model door het opnemen van meer specifieke morbiditeitscriteria en een criterium gebaseerd op meerjarige hoge kosten, of door onderscheid te maken tussen ambulante en intramurale ggz-zorg. Door het opnemen van

bijvoorbeeld specifieke morbiditeitscriteria (bijvoorbeeld diagnose-informatie uit het voorafgaande jaar) zal de vereveningsbijdrage voor specifieke groepen gebruikers van langdurige intramurale ggz beter aan gaan sluiten bij de gerealiseerde kosten, zullen de voorspelbare negatieve resultaten voor zorgverzekeraars en dus de prikkel tot risicoselectie afnemen.

De leden van de PvdA-fractie willen graag weten (naar aanleiding van de beantwoording van vragen omtrent het macrobeheersinstrument 2014 in relatie tot het advies van de commissie Baarsma, zie Kamerstuk 29 248, nr. 262)) hoe het staat met de voortgang van de uitwerking van de resterende vraagstukken rondom de vormgeving en uitvoering van een gedifferentieerd macrobeheersinstrument (mbi).

In het verslag van een schriftelijk overleg over de invoering van integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg (van 25 maart jongstleden) heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over de voortgang van het onderzoek naar het gedifferentieerd mbi (zie Kamerstuk 32 620, nr. 114). Kortheidshalve verwijs ik u hier naar genoemd verslag. Ik heb in het algemeen overleg invoering integrale bekostiging medisch-specialistische zorg van 24 april 2014 toegezegd de Tweede Kamer over het vervolgtraject nader te zullen informeren

De leden van de PvdA-fractie vragen ook of een specialistisch mbi ingezet zou kunnen worden om de kosten die gemaakt zijn voor behandelingen, waarvan in de praktijk blijkt dat er twijfel bestaat of deze effectief zijn, achteraf terug te halen.

Nee, het macrobeheersinstrument (mbi) is daarvoor niet het juiste instrument. Behandelingen die niet zijn aangewezen gelet op de gezondheidstoestand van de cliënt (ik ga ervan uit dat de leden van de PvdA-fractie op dit soort behandelingen doelen), mogen nu al niet vergoed worden. Het is nu reeds de wettelijke taak van verzekeraars om hierop te controleren. De diverse maatregelen die in het kader van het bestuurlijk akkoord ggz zijn genomen om meer informatie op de ggz-factuur te plaatsen maken deze controles beter mogelijk. Ook kunnen verzekeraars bijvoorbeeld gebruik maken van de mogelijkheid om door middel van machtigingen zicht te houden op een juiste indicatiestelling door de behandelaar.

Daarnaast geldt dat behandelingen die in hun algemeenheid niet voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk geen deel behoren uit te maken van het basispakket. Het toenmalige CVZ (de voorganger van het Zorginstituut Nederland) heeft eerder geoordeeld dat dit het geval is bij bijvoorbeeld psychoanalyse en neurofeedback. In zijn rapport Geneeskundige GGZ deel 2, van juli 2013, heeft het toenmalige CVZ een dynamisch overzicht opgenomen van psychologische interventies die niet voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk. Hieraan kan worden toegevoegd dat het Zorginstituut inmiddels is gestart met een systematische doorlichting van het verzekerde pakket. De Tweede Kamer is daarover geïnformeerd bij brief van 30 september 2013, Kamerstuk 29 689, nr. 476.

Afsluitend zouden de leden van de PvdA fractie graag willen weten of het risico op overschrijdingen van het macrokader ggz door het onderbrengen van de langdurige ggz, basis ggz, alsook gespecialiseerde ggz in één kader is toegenomen, danwel is afgenomen.

Door het onderbrengen van de langdurige ggz, basis ggz, alsook gespecialiseerde ggz in één kader is het risico op onder- of overschrijvingen niet toe- of afgenomen. Wel wordt substitutie tussen deze drie deelsectoren makkelijker. Dat is van belang gezien de doelstelling om zorg waar mogelijk ambulant, dichtbij de patiënt, te verlenen.

Reactie op de vragen van de SP-fractie

De leden van de SP vragen of de wijziging in de vorm van de bekostiging van de langdurige intramurale ggz gepaard gaat met bezuinigingen en zo ja, om wat voor bedrag dit gaat (voor de komende vier jaar en de structurele bezuinigingsopgave).

Nee, de wijziging van de bekostiging van de langdurige intramurale ggz gaat niet gepaard met bezuinigingen.

Verder vragen de leden van SP-fractie of de Minister een overzicht kan sturen van de bekostiging van de afgelopen jaren als het gaat om de ggz.

Hieronder vinden de leden van de SP-fractie het gevraagde overzicht. Ik beperk me in het overzicht korthedshalve tot de ontwikkelingen vanaf de overheveling van de curatieve ggz naar de Zorgverzekeringswet in 2008.

Gespecialiseerde ggz (voorheen tweedelijns ggz):

2008–2012: bekostiging op basis van AWBZ-budgetparameters

2013-heden: bekostiging op basis van dbc's ggz. (In 2013 nog wel inkoop in representatie en vaststelling van transitiebedragen in het kader van een eenjarig overgangsmodel)

Eerstelijns psychologische zorg:

t/m 2013: bekostiging op basis van consulten

Generalistische basis ggz:

Vanaf 2014: zorgzwaarteproducten

Langdurige ggz:

Sinds 2007 wordt door zorgaanbieders gewerkt met ZZP's, t/m 2010 vond de afrekening plaats op basis van Awbz-parameters.

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

Het is mijns inziens onwaarschijnlijk dat puur als gevolg van de voorgenomen aanwijzing dergelijke effecten zullen optreden. De overheveling gaat tenslotte niet gepaard met een bezuiniging. Evenmin is er in 2015 sprake van een verandering van producten of tarieven voor deze zorg. Het is dan ook niet aannemelijk dat de kwaliteit van de langdurige intramurale ggz achteruit gaat of dat de continuïteit van deze zorg in gevaar komt. Integendeel, zoals de staatssecretaris heeft aangegeven in zijn brief van 24 maart 2014 inzake de Positionering langdurige intramurale ggz aan de Tweede Kamer (Kamerstuk 30 597, nr. 427) is het doel van deze overheveling dat de zorg voor een groep patiënten waarbij het perspectief op

(spoedig) herstel en/of een overgang naar ambulante zorg en ondersteuning vrij groot is onder de Zorgverzekeringswet komt te vallen. Zorgverzekeraars worden meer dan voorheen verantwoordelijk voor het gehele behandelingstraject, zowel klinisch als ambulant. Daarmee worden aanbieders en zorgverzekeraars gestimuleerd om in te blijven zetten op herstel, participatie en ambulantisering. Ik verwacht dus een kwaliteitsimpuls. Dat het aantal bedden op termijn hetzelfde blijft is overigens onwaarschijnlijk, gezien de door alle ggz-partijen onderschreven ambulantiseringdoelstellingen uit het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ. Dit is mijns inziens een positieve ontwikkeling.

Inleiding

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

Zoals de staatsecretaris in de eerdergenoemde brief over de positionering van de langdurige intramurale ggz heeft aangegeven, is er uitvoerig gesproken met patiënten- en aanbiedersorganisaties over een goede invulling van de genoemde motie. Het uitgangspunt is daarbij geweest dat mensen met psychische problemen de juiste zorg en ondersteuning kunnen krijgen in zowel de Zvw, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015, als de Wlz. Dit heeft geresulteerd in het voorstel dat cliënten na drie jaar intramurale behandeling (ZZP B) vanuit de Zvw kunnen instromen in de Wlz.

Zo wordt al per 1 januari 2015 ruimte geboden aan de meest kwetsbare, meest langdurige ggz-patiënten om in de Wlz in te stromen. Dit is een voorlopige oplossing waarbij een administratief toelatingscriterium wordt gebruikt. Daarnaast is in overleg met patiënten- en aanbiedersorganisaties toegang tot de Wlz vanuit de Wmo in het vooruitzicht gesteld, zij het pas zodra de objectieve inhoudelijke criteria voor toegang tot de Wlz zijn geformuleerd. Als die inhoudelijke criteria er zijn, dan zullen die criteria ook gaan gelden voor intramurale behandeling. Daarmee wordt ruimhartig invulling gegeven aan de genoemde motie.

De leden van de SP-fractie vragen of ik kan aangeven hoeveel mensen op dit moment gebruik maken van de ggz. Zij vragen of ik de ontwikkeling van het aantal mensen dat een beroep doet op de ggz van de afgelopen 5 jaar en voor de komende 5 jaar kan schetsen, en of ik een overzicht/tabel aan de Kamer kan doen toekomen hoe lang mensen gebruik hebben gemaakt van de ggz de afgelopen 5 jaar. Verder vragen zij wat de verwachtingen zijn voor de komende 5 jaar op dit punt.

In de Marktscan GGZ van de NZa die ik u op 14 mei 2014 heb doen toekomen (Kamerstuk 25 424, nr. 245) is de onderstaande tabel overgenomen (paragraaf 2.2, p. 14):

Aantal patiënten ggz

	2009	2010	2011	Gem. groei 2009–2011
Eerstelijns	288.908	305.330	328.368	6,6%
Tweedelijns	865.711	929.164	952.131	4,9%
Langdurende ggz	71.004	83.666	91.132	13,4%
Totaal	1.225.623	1.318.160	1.371.631	5,4%
Groei		7,6%	4,1%	

In de Marktscan GGZ van de NZa vindt een nadere uitsplitsing plaats van aantallen patiënten naar leeftijdscategorie (curatieve ggz) en naar type zorg (langdurende ggz) (paragraaf 2.2.1–2, p 14–16, aldaar zijn ook nadere bronvermelding en toelichting op de cijfers te vinden).

Ik beschik niet over een raming voor de groei van het aantal patiënten voor de komende jaren, maar ik ga ervan uit dat de groei uit de periode 2009–2011 zich niet in die mate voortzet. Het beleid is immers gericht op meer zelfmanagement, behandeling van klachten door de huisarts en zijn praktijkondersteuner ggz en het verzekerde pakket is duidelijker afgebakend.

Het Sectorrapport 2012, feiten en cijfers over een sector in beweging van GGZ Nederland (mei 2014) geeft voor zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onderstaande gemiddelde behandelduur. Voor alle duidelijkheid, het rapport maakt hierbij geen onderscheid tussen klinische en ambulante zorg. Dit rapport is overigens te vinden op de website van GGZ Nederland.

Gemiddelde behandelduur in maanden, naar hoofddiagnose, 2012

	Gem. behandelduur in maanden
schizofrenie en andere psychotische stoornissen	41,2
dissociatieve stoornissen	33,3
persoonlijkheidsstoornissen	24,2
stemmingsstoornissen	23,8
stoornissen in de kindertijd	23,0
aan een middel gebonden stoornissen	20,8
aanpassingsstoornissen	20,0
angststoornissen	18,4
eetstoornissen	16,8
somatoforme stoornis	15,6
seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	15,4
psychische stoornissen door somatische aandoening	14,3
delirium, dementie, cognitieve stoornissen	13,3
stoornissen in de impulsbeheersing	12,7
nagebootste stoornissen	12,1
slaapstoornissen	11,8
TOTAAL	19,5

Gezien alle recente veranderingen in de ggz die zijn gericht op goede, doelmatige en passende zorg ga ik ervan uit dat de gemiddelde behandelduur in de komende jaren niet zal stijgen.

Verder vragen de leden van de SP-fractie hoeveel mensen er nu in de AWBZ zitten en straks naar de Zorgverzekeringswet dan wel Wlz gaan, mochten de kabinetsplannen worden aangenomen?

Op basis van gegevens van VEKTIS hebben we een goed beeld van hoeveel mensen de overheveling van het tweede en derde jaar intramuraal verblijf naar de Zvw betreft. Op peildatum december 2013 maakten zo'n 7300 mensen gebruik van zorg op basis van een ZZP

B-indicatie. Van deze groep maakten zo'n 3100 mensen op dat moment korter dan drie jaar gebruik van intramuraal verblijf gericht op behandeling. Zo'n 4200 mensen maakten daar drie jaar of langer gebruik van. Op basis hiervan is onze inschatting dat per 1 januari 2015 de zorg voor ruim drieduizend mensen overgaat naar de Zvw. De zorg voor ruim vierduizend mensen gaat over naar de Wlz.

Prestaties en toeslagen

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat op termijn te komen tot een bekostigingssysteem een goed streven is. Zij vragen wat de nieuwe bekostigingswijze exact inhoudt en of dit niet een verdere vermarkting van de ggz betekent? Zij vragen hoe ik ga voorkomen dat een nieuwe bekostigingsstructuur leidt tot nieuwe perverse financiële prikkels en productiegericht werken in plaats van te werken op basis van behoefte van patiënten. Genoemde leden vragen of ik ook meer duidelijkheid kan geven over de zorgprofielen en of de genoemde streefdata voor invoering reëel zijn. Zij vragen of ik bereid ben af te zien van streefdata wanneer blijkt dat zorgaanbieders onvoldoende voorbereid zijn op nieuw systeem. Zo nee, zo vragen zij, ga ik er dan voor zorgen dat er geen nadelige effecten zijn voor betrokken zorgaanbieders, medewerkers en cliënten?

Zoals ik in reactie op vragen van leden van de PvdA-fractie al heb aangegeven, heeft de NZa samen met brancheorganisaties van zorgaanbieders, beroepsverenigingen en zorgverzekeraars in 2014 een begin gemaakt met de aanpassing van de productstructuur. In die structuur moet niet alleen de diagnose maar ook het verloop van de stoornis een plaats krijgen. Kernpunt is een informatierijke productstructuur die aansluit bij de zorgvraag van patiënten. Een van de redenen voor een nieuwe productstructuur is dat de verkeerde prikkels van tijdschrijven moeten verdwijnen. Bij de nieuwe productstructuur is het zaak de verkeerde prikkels te minimaliseren. Daarop ligt ook de focus, onder andere aan de hand van de fraudetoets. De zorgaanbieders zijn zelf direct betrokken bij de ontwikkeling van de nieuwe productstructuur vanwege de benodigde inhoudelijke kennis. Zij zijn dus in staat tijdig bij de NZa aan te geven welke nadelige effecten zijn te verwachten. Of de streefdatum van invoering reëel is, zal afhangen van de voortgang van de ontwikkeling van de nieuwe productstructuur.

Kapitaallasten

De leden van de SP-fractie vragen of de voorgenomen aanwijzing over de bekostiging van de langdurige intramurale of behandeling gerichte ggz, ongewenste consequenties heeft op de kapitaallasten van zorgaanbieders. Deze leden denken hierbij aan de problemen zoals deze zich voordoen bij verzorgingshuizen die vanwege de bezuinigingen van deze regering in problemen dreigen te komen.⁴ Zij vragen of soortgelijke problemen zich mogelijk voordoen bij instellingen voor de ggz. Zijn deze kosten evenals andere frictiekosten voorzien in de bezuinigingsdoelstelling? Is het niet wenselijk een collectief vangnet te creëren om de financiering van het vastgoed beter mogelijk te maken en de kapitaallasten beheersbaar? Genoemde leden verwachten een uitgebreide toelichting op dit punt.

De maatregelen die worden genoemd in de voorhangbrief hebben geen materiële gevolgen voor de kapitaallasten van de betreffende zorginstellingen. De betreffende instellingen vallen tot en met dit jaar nog onder de overgangsregeling kapitaallasten voor AWBZ-zorg. Met ingang van 2015

⁴ Zie onder andere «Banken: Miljarden strop sluiting verzorgingshuizen», banken.nl, d.d. 2 mei 2014

vallen zij onder de overgangsregeling kapitaallasten voor de curatieve ggz die instellingen precies dezelfde zekerheden biedt. Kortom, ik verwacht niet dat dergelijke problemen als gevolg van de aanwijzing zullen optreden. Verder gaat deze overheveling zoals gezegd niet gepaard met een bezuiniging. Ik ben dan ook niet voornemens om bovenop de overgangsregeling kapitaallasten aanvullende maatregelen te nemen. De overgangsregeling volstaat.

Correct declareren

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over het onvoldoende afschermen van vertrouwelijke patiëntgegevens voor zorgverzekeraars. Zij merken op dat ik aangeef dat, om zorgverzekeraars in de positie te brengen dat toegezien kan worden dat de juiste zvp gedeclareerd wordt, er meer informatie op de factuur komt. Genoemde leden vragen of dit niet in strijd is met het medisch beroepsgeheim.

Ik heb aangegeven dat ik het van belang vind dat de factuur ook informatie bevat over de hoofdbehandelaar, zijn beroep, en de hoeveelheid door hem bestede tijd. Inmiddels is gebleken dat binnen de ZVP-systematiek dergelijke informatie niet geregistreerd wordt en dat het technisch niet mogelijk is om dit per 2015 aan te passen. De NZa beziet momenteel hoe en met welke ingangsdatum dergelijke informatie wel beschikbaar zou kunnen worden gesteld op de factuur met het oog op de formele en materiële controle door zorgverzekeraars. De regelingen van VWS en NZa over de aan zorgverzekeraars te verstrekken medische persoonsgegevens op de factuur moeten voldoen aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit, zoals dat nu ook al geldt voor de ggz-zorg die onder ZVW wordt geleverd. De zorgverzekeraars verwerken de declaratiegegevens conform de uniforme maatregel privacy afhandeling declaraties. De zorgverzekeraars moeten op grond van de Wbp de passende organisatorische maatregelen nemen om de persoonsgegevens van de patiënt tegen verlies of enige vorm van onrechtmatige verwerking te beschermen. Hiertoe behoort ook het waarborgen dat de persoonsgegevens niet toegankelijk zijn voor personen die onbevoegd zijn om daarvan kennis te nemen. Alle persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid, verkregen in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering (of de Zorgverzekeringswet zelf), afkomstig van een zorgaanbieder vallen onder de geheimhoudingsplicht vernoemd in artikel 87 Zvw en artikel 68a Wmg.

De leden van de SP-fractie vragen verder welke mensen met welke achtergrond van de zorgverzekeraars zich bezig houden met de declaraties. Zij vragen hoe ik garandeer dat de zorgverzekeraars geen inzicht krijgen in vertrouwelijke patiëntgegevens of deze eenvoudig kunnen herleiden op basis van vermelde kenmerken op de factuur? Deze leden verwachten hierop een uitgebreide toelichting.

Ten opzichte van de huidige situatie treedt er geen verandering op. Zoals al aangegeven verwerken zorgverzekeraars de declaratiegegevens conform de uniforme maatregel privacy afhandeling declaraties. De medewerkers die zich binnen een zorgverzekeraar bezighouden met declaraties zijn vaak de administratieve medewerkers die deze informatie nodig hebben voor een goede taakuitoefening. Om welke functies dit gaat kan per zorgverzekeraar verschillen. De medewerkers die reguliere declaraties afhandelen zijn op grond van hun arbeidsovereenkomst geheimhouding verschuldigd. Overigens verloopt het declaratieproces in de meeste gevallen volledig geautomatiseerd en is inzage van een medewerker van een zorgverzekeraar niet nodig. De zorgverzekeraars zijn zelf verantwoordelijk om de waarborgen die voortvloeien uit de Wbp, Zvw

en Wmg zoals de bescherming van privacy gevoelige gegevens adequaat in te richten.

De leden van de SP-fractie vragen zich af of ik hun mening deelt dat het ex ante vereveningsmodel voor de langdurige intramurale ggz erg lastig is, vragen zich af of de voorgenomen wijzigingen van het ex ante vereveningsmodel voldoende zijn en vragen zich af wanneer het ex ante vereveningsmodel volgens mij van zodanige kwaliteit is dat ex post verevening afgebouwd kan worden.

Ik deel de mening van de leden van de SP-fractie dat het lastig is om een adequaat ex ante vereveningsmodel voor de langdurige ggz te ontwikkelen. Onderzoek naar dit model zal ik daarom de komende jaren een hoge prioriteit geven. Ik zal over de resultaten hiervan zoals gebruikelijk uw Kamer jaarlijks in juni en september berichten. Op basis van het onderzoek zal het kabinet besluiten of het ex ante risicovereveningsmodel de voorspelbare kostenverschillen van de langdurige intramurale ggz tussen zorgverzekeraars adequaat genoeg compenseert om volledige risicodragendheid mogelijk te maken. Om dit te beoordelen wordt gebruik gemaakt van de gebruikelijke objectieve maatstaven als de verklaringskracht van het model en het effect van het ex ante vereveningsmodel op verzekeraarniveau. Ten aanzien van de risicodragendheid van de naar de Zvw over te hevelen langdurige ggz geldt voor het kabinet dat de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel leidend is. Het kabinet streeft naar volledig risicodragende uitvoering van deze zorg door zorgverzekeraars ultimo 2017; in 2017 zal hierover definitief worden besloten.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat het überhaupt niet mogelijk is om uit te sluiten dat cliënten de dupe worden van risicoselectie bij de ggz met het uitsluiten van het ex post vereveningsmodel. Door de wettelijke acceptatieplicht wordt directe risicoselectie uitgesloten. Echter, omdat voor alle verzekerden met eenzelfde polis een gelijke nominale premie moet worden geheven, is er een prikkel tot indirecte risicoselectie. Immers als de premie per verzekerde niet aangepast kan worden aan het bijbehorende risicoprofiel van de verzekerde, leidt een zorgverzekeraar verlies op verzekerden met een ongunstig risicoprofiel. Dit kan ertoe leiden dat zorgverzekeraars, ondanks de acceptatieplicht, zullen trachten ongezonde verzekerden te mijden. Zorgverzekeraars moeten worden gecompenseerd voor voorspelbaar verliesgevend en winstgevend verzekerden. Als zorgverzekeraars niet voldoende worden gecompenseerd voor voorspelbaar verliesgevend verzekerden dan wel worden overgecompenseerd waardoor er voorspelbaar winstgevend verzekerden ontstaan, dan ontstaat een prikkel tot risicoselectie. Door het ex ante vereveningsmodel jaarlijks te verbeteren zorg ik er voor dat de prikkel tot indirecte risicoselectie gemitigeerd wordt. Zoals eerder aangegeven zal ik in 2017, na de invoering van alle voorgenomen wijzigingen in het ex ante vereveningsmodel, beoordelen of het ex ante risicovereveningsmodel de voorspelbare kostenverschillen van de langdurige intramurale ggz tussen zorgverzekeraars adequaat genoeg compenseert om volledige risicodragendheid mogelijk te maken.

Kostenbeheersing, risicodragendheid en macrobeheersinstrument

De leden van de SP-fractie delen zoals gezegd de wens van de Minister om ambulantisering te bevorderen. Het belang van de cliënt moet daarbij echter altijd voorop blijven staan naar mening van deze leden. Als ambulante behandeling en begeleiding onvoldoende zijn moet klinische behandeling en begeleiding gewaarborgd zijn. Hoeveel intramurale capaciteit dient te worden afgebouwd volgens de minister? Is bij een

dergelijke taakstelling nog voldoende intramurale capaciteit gegarandeerd gezien de behoefte bij patiënten?

In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ heb ik met veldpartijen de afspraak vastgelegd dat de huidige totale beddencapaciteit tot 2020 afgebouwd zal worden met een derde ten opzichte van de omvang van de bedden in 2008 en deze afbouw tegelijkertijd te substitueren door middel van (opbouw van) ambulante zorg. De afbouw van de bedden kan dus over een langere periode plaatsvinden. Het is de bedoeling dat tegelijkertijd (nieuwe) ambulante alternatieve zorgvormen ontwikkeld worden. Uiteraard zal voor de meest ernstige psychiatrische patiënten/cliënten (deels) intramurale voorzieningen beschikbaar moeten blijven. Ik wil dit proces (de afbouw van intramurale beddencapaciteit en tegelijkertijd de opbouw van ambulante zorg) nauwlettend volgen. Daarom zal met ingang van 1 januari 2015 een monitor ambulantisering uitgevoerd worden die beide processen in beeld zal brengen. Van belang is dat ook de ervaringen van de cliënten/patiënten zelf hierin meegenomen zullen worden.

De leden van de SP-fractie vragen ook hoe voorkomen kan worden dat met de overheveling van de langdurige ggz naar de Zorgverzekeringswet, onder druk van zorgverzekeraars de kwaliteit van de zorg in het geding komt. Zij vragen hoe ik ga voorkomen dat niet de zorgbehoefte maar het geld leidend wordt.

Zoals ik al heb aangegeven is mijn verwachting dat zorgverzekeraars juist meer dan nu worden gestimuleerd om in te blijven zetten op herstel, participatie en ambulantisering. Zorgverzekeraars worden tenslotte voor het overgrote deel van de ggz-patiënten verantwoordelijk voor het gehele behandelingstraject, zowel klinisch als ambulante. Ondoelmatige zorg van geringe kwaliteit is voor zorgverzekeraars op korte noch lange termijn aantrekkelijk, ook financieel niet.

Reactie op de vragen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie verzoeken mij de aanname dat «wanneer iemand drie jaar of langer intramuraal behandeld wordt, dan is de kans groot dat hij blijvend aangewezen is op zware intramurale zorg uit hoofde van de Wlz» op basis van wetenschappelijke literatuur te onderbouwen.

Het gaat hier om een eerste stap, totdat de objectieve inhoudelijke criteria ontwikkeld en geoperationaliseerd zijn. Het voert dan ook wat ver om de verwachting ten aanzien van het herstelperspectief van mensen die drie jaar of langer intramuraal behandeld worden wetenschappelijk te laten onderbouwen. Wel is van belang dat in ieder geval in het tweede en derde jaar intramuraal verblijf nog een groot deel van de patiënten uitstroomt uit klinisch verblijf. Dat pleit er mijns inziens sterk voor deze zorg in de Zvw onder te brengen.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten of dit ook tot een wijziging van de zorg van de cliënten kan leiden. Daarmee bedoelen deze leden dat de cliënt naar een andere instelling moet (omdat de zorgverzekeraar geen contract met de instelling heeft), ambulante zorg gaat ontvangen, zijn dagbesteding kwijtraakt of de vervoersvoorziening niet door de zorgverzekeraar vergoed wordt.

Cliënten die op 1 januari 2015 in zorg zijn of op die datum een geldig indicatiebesluit hebben worden beschouwd als zijnde in bezit van een geldige verwijzing voor zorg op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze cliënten behouden dus binnen de Zvw recht op zorg. Gelet op hun zorgplicht zullen zorgverzekeraars ervoor moeten zorgen dat deze cliënten

hun zorg ontvangen. Met ZN en de koepels van zorgaanbieders is een overgangsafspraken gemaakt dat deze cliënten zorg kunnen ontvangen van dezelfde aanbieder. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders zullen er in de contractering rekening mee moeten houden dat cliënten die op 1 januari 2015 in zorg zijn en op die datum een geldig indicatiebesluit hebben van dezelfde aanbieder zorg kunnen ontvangen. Het is in de Zvw in beginsel aan de behandelaar om te bepalen of intramurale zorg noodzakelijk is, of dat de behandeling ambulant kan worden voortgezet.

Binnen de Zvw hebben cliënten recht op intramurale zorg (inclusief dagbesteding). Binnen de ZZZ B producten die in de Zvw zullen worden gehanteerd, verandert er niets ten aanzien van dagbesteding. Indien dagbesteding niet op de locatie van de intramurale zorgaanbieder plaatsvindt, is het mogelijk dat de zorgaanbieder een toeslag vervoer in rekening brengt. Deze bekostigingstoeslag wordt aangepast aan de Zvw, zodat verzekeraars in staat zijn om te controleren dat dit vervoer plaatsvindt in de context van de aanspraak op intramurale geneeskundige ggz.

De overheveling zelf zal dan ook naar verwachting niet leiden tot een wijziging van de zorg van cliënten. Natuurlijk kunnen zorgaanbieders er wel zelf toe besluiten de zorg anders in te richten.

De leden van de CDA-fractie constateren dat Zorgverzekeraars Nederland in hun reactie op het advies van de NZa «Overheveling van de langdurige GGZ gericht op behandeling en verblijf», aangeeft dat in de overgangsfase de BZZP's worden overgeheveld naar de Zvw. Gedurende de overgangsfase zullen zorgverzekeraars een herindicatie- en ambulantiseringstraject opstarten, waarbij de patiënt centraal staat. De leden van de CDA-fractie interpreteren dit als dat zorgverzekeraars gedurende de overgangsfase alvast de inhoud van de zorg van patiënten mogen veranderen ondanks dat de objectieve en onafhankelijke criteria nog niet geformuleerd zijn. Zij vragen een reactie van mij op dit punt. Blijft ook bij ZZZ GGZ 4B tot en met 7B het verblijf in een instelling van een cliënt/patiënt gegarandeerd?

Ook in de de Zvw blijft verblijf onderdeel van de GGZ B ZZZP's. Dat wordt vastgelegd in de regelgeving van de NZa. Zorgverzekeraars hebben uiteraard de ruimte om eigen beleid te formuleren voor de langdurige intramurale ggz. Uiteindelijk beslist op patiëntniveau niet de zorgverzekeraar, maar de behandelaar of voortzetting van de intramurale behandeling noodzakelijk is. Zorgverzekeraars zullen in hun inkoop naar verwachting altijd herstel en ambulantisering van de patiënt betrekken, en afspraken maken over de kwaliteit van zorg. Bovendien zullen zorgverzekeraars de zorgaanbieder aanspreken als deze die gemaakte afspraken niet nakomt. De zorgverzekeraar kan de zorgaanbieder er op aanspreken als de kwaliteit of doelmatigheid van de zorg te wensen overlaat, en dat betrekking in de inkooponderhandelingen.

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

Zoals ik hierboven al heb aangegeven, beslist op patiëntniveau niet de zorgverzekeraar, maar de behandelaar of voortzetting van de intramurale behandeling noodzakelijk is. Wel kunnen de zorgverzekeraars gebruik

maken van de mogelijkheid om door middel van machtigingen zicht te houden op een juiste indicatiestelling door de behandelaar. Er kan dus geen sprake zijn van «zorgverzekeraars die patiënten overdragen aan gemeenten». Voor zover een dergelijke overdracht zal plaatsvinden, zal de behandelaar dat doen.

Indien de intramurale ggz niet meer gericht is op behandeling en het verblijf niet medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg, is er geen sprake meer van een aanspraak op zorg op grond van de Zorgverzekeringswet. Dit laat onverlet dat geneeskundige zorg bijvoorbeeld ook als doel kan hebben het voorkomen van verergering van een stoornis. Wel zijn gemeenten en verzekeraars verantwoordelijk voor een goede aansluiting van de domeinen, zodat patiënten niet tussen de wal en het schip vallen.

Daarbij is een nadere afbakening tussen de domeinen door het Zorginstituut Nederland wenselijk. De staatssecretaris heeft in de werkafspraken langdurige ggz afgesproken dat het Zorginstituut gevraagd zal worden zich hier over te buigen. Daarnaast is het goed om te melden dat het Zorginstituut een duiding zal uitbrengen over «medisch noodzakelijk verblijf voor ggz-cliënten in de Zorgverzekeringswet.» Mijn verwachting is dat deze activiteiten van Zorginstituut Nederland zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en patiënten meer houvast zullen geven op het gebied van de intramurale ggz.

Ook vinden de leden van de CDA-fractie dan van belang om te weten of het budget van de zorg persoonsvolgend is. Met andere woorden: indien de zorgverzekeraar de patiënt uitbehandelt acht, of het budget dan naar de gemeente overgaat. Overigens vragen de leden van de CDA-fractie of de zorgverzekeraar dit zelfstandig mag beslissen of dat er een verklaring «uitbehandeld in de Zorgverzekeringswet» van de hoofdbehandelaar er ten grondslag aan ligt. De leden van de CDA-fractie nemen aan dat een dergelijke beslissing door een hoofdbehandelaar genomen wordt.

Het budget van de zorg is niet persoonsvolgend. Wel is met veldpartijen afgesproken dat, indien de noodzaak daartoe wordt aangetoond door een objectieve en inhoudelijke evaluatie en monitor, een herschikking van de budgetten plaats moet kunnen vinden. De aannahme van de leden van de CDA-fractie is juist. Niet de zorgverzekeraar, maar de behandelaar beslist of voortzetting van de intramurale behandeling noodzakelijk is.

Daarbij willen de leden van de CDA-fractie weten of pakket ZZZ GGZ B-6C (beschermd wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging) naar de gemeente of de Zorgverzekeringswet gaat. Of is het de bedoeling dat de gemeente en de zorgverzekeraar in de overgangsfase samen de cliënten die gebruik maken van ZZZ GGZ B – 6 C betalen.

Ik neem gezien de omschrijving aan dat het CDA hierbij doelt op ZZZ GGZ 6 C (Beschermd wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging). Deze zorg gaat evenals alle andere ZZZ GGZ C zorg («beschermd wonen») per 1 januari 2015 over naar het gemeentelijk domein. Het is niet de bedoeling dat gemeenten en zorgverzekeraars dit gezamenlijk gaan betalen.

Tevens vragen de leden van de CDA-fractie of de aanspraak op het individueel gebruik van de rolstoel of vervoer van en naar de dagbesteding ook bij de overheveling in de Zvw wordt overgeheveld?

In de Zvw zit geen gebruik van een individueel aangepaste rolstoel. De groep langdurig intramurale ggz-cliënten kan, net als overige verzekerden met Zvw-verblijf, daarvoor bij de gemeente voor een Wmo-voorziening

terecht. De kosten van vervoer van en naar de dagbesteding voor cliënten met een indicatie ggz-verblijf met behandeling worden overgeheveld naar de Zvw. Ten aanzien van vervoer van en naar dagbesteding is de enige verandering dat de vormgeving van deze toeslag wordt aangepast aan de Zvw, zodat verzekeraars in staat zijn om te controleren dat dit vervoer plaatsvindt in de context van de aanspraak op intramurale geneeskundige ggz.

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

Nee, dat is niet het geval. De behandelaar bepaalt welke vorm van zorg de patiënt ontvangt. Het is de taak van de zorgverzekeraar om er op toe te zien dat de juiste ZZP wordt gedeclareerd. Gezien de aard van de ZZP's, waarbij het te declareren product al bij aanvang van de behandeling wordt bepaald, kunnen de zorgverzekeraars er voor kiezen gebruik te maken van de mogelijkheid om door middel van machtigingen zicht te houden op een juiste indicatiestelling door de behandelaar. De zorgverzekeraar dient daartoe wel in de polis op te nemen dat voor de toegang tot de langdurige ggz in de Zvw een machtiging is vereist. Zorgverzekeraars zullen in de inkoop afspraken maken over kwaliteit, herstel en ambulantisering om aan hun zorgplicht te kunnen voldoen. In de reguliere gesprekken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder zal aan bod komen wat er van die afspraken terecht is gekomen. Op die wijze kunnen zorgverzekeraars – indirect – toetsen of de zorg passend was voor hun verzekerde populatie

De leden van de CDA-fractie willen graag weten wanneer de inhoudelijke criteria gereed moeten zijn en per wanneer ze in werking kunnen treden. Worden voor de Wet langdurige zorg ook andere toegangscriteria dan voor de ZZP GGZ C en B gesteld en wie gaat de indicatiestelling doen? De staatssecretaris is voornemens Zorginstituut Nederland op korte termijn onderzoek te (laten) verrichten naar een nieuwe manier van vaststellen of een verzekerde in het kader van de Wet langdurige zorg recht heeft op een integraal zorgpakket op grond van die wet. Het gaat om een onderzoek naar de factoren die maken dat iemand aan de criteria van de Wlz voldoet, naar de wijze waarop die meetbaar zijn, en naar de manier waarop de resultaten van de meting afgewogen moeten worden. In dat kader zal de staatssecretaris Zorginstituut Nederland vragen om hem ook te adviseren over objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang van ggz-cliënten tot de Wlz. Het streven is dat dit onderzoek begin 2015 wordt afgerond. Hij heeft Zorginstituut Nederland verzocht om in ieder geval de partijen die betrokken zijn bij de werkafspraken langdurige ggz hierbij te consulteren. Mede op basis van het advies van Zorginstituut Nederland zal hij een besluit nemen over de vaststelling en implementatie van de objectieve inhoudelijke toetsingscriteria. Dat zal ook het moment zijn waarop een invoeringsdatum kan worden bepaald. Aangezien de invoering van inhoudelijke criteria voor toegang tot de Wlz aanpassingen op wetsniveau vereist, gegeven het voornemen om de driejaarsgrens ook in de Wlz vast te leggen, zal de invoeringsdatum niet vóór 1 januari 2016 liggen. Wat de toegangscriteria zullen zijn, en in hoeverre deze verschillen van de criteria voor ZZP GGZ B en C, valt op dit moment nog niet te zeggen. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) zal de indicatiestelling voor toegang tot de Wlz blijven doen.

Het streven is dat de gehele gespecialiseerde ggz op termijn wordt bekostigd op basis van één bekostigingssysteem. De leden van CDA-fractie vragen of ik daarmee bedoel dat de geestelijke gezondheidszorg straks geen onderdeel van de langdurige zorg meer vormt.

Ik bedoel daarmee te zeggen dat de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, waaronder straks ook het tweede en derde jaar intramuraal verblijf gericht op behandeling valt, op basis van één bekostigingssysteem wordt bekostigd. Een deel van de geestelijke gezondheidszorg blijft natuurlijk langdurige zorg.

Kapitaallasten

In relatie tot mijn voornemen om de NZa te verzoeken om bij de technische uitvoering van de overgangsregeling voor kapitaallasten aan te sluiten bij de bestaande werkwijze in de Zvw (te weten nacalculatorisch en afrekening van overschotten en tekorten via het Zorgverzekeringsfonds) willen de leden van de CDA-fractie graag weten welk effect dit heeft op de premie en de bijdrage die werkgevers betalen.

De technische uitvoering van de overgangsregeling kapitaallasten heeft geen effect op de financiële aanspraken die instellingen op basis van de regeling hebben in vergelijking met de situatie bij ongewijzigd beleid (de situatie waarin de langdurige ggz onder de overgangsregeling kapitaallasten voor AWBZ-zorg zou blijven vallen.) In die zin is er geen premie-effect te verwachten.

De leden van de CDA-fractie vragen mij ook hoe lang het duurt, voordat de omvang van overschotten en tekorten met betrekking tot de kapitaallasten definitief vastgesteld zijn. Graag meer helderheid hierover.

De omvang van overschotten en tekorten met betrekking tot de kapitaallasten worden definitief vastgesteld over het jaar T nadat uiterlijk op 1 juni T+1 de formulieren zijn ingestuurd bij de NZa. In het 3e en 4e kwartaal T+1 wordt de nacalculatie over T opgesteld en zullen naar verwachting voor alle aanbieders uiterlijk in het 4e kwartaal T+1 alle verrekeningen hebben plaatsgevonden.

De leden van de CDA-fractie benadrukken dit onderwerp ook, omdat veel ggz-instellingen als gevolg van de ambulantisering en de wijziging in financiering bezig zijn om hun instellingsterreinen/vastgoed af te stoten. Dit zou tot aanzienlijke tekorten kunnen leiden, die via het zorgverzekeringsfonds dan verrekend worden. Zij vragen hoe ik tegen dit risico aankijk en welke oplossingen ik hiervoor zie.

Voor zover instellingen hun vastgoed afstoten vervallen ook hun kapitaallasten voor dat vastgoed en daarmee ook de (resterende) budgetgaranties die men op dat vastgoed heeft in het kader van de overgangsregeling kapitaallasten. Het afstoten van vastgoed leidt daarom niet tot een stijging van bedragen die eventueel uit hoofde van de overgangsregeling uit het Zorgverzekeringsfonds moeten worden uitgekeerd.

Kostenbeheersing, risicodragendheid en macrobeheersinstrument

De leden van de CDA-fractie geven aan zich grote zorgen te maken om de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel voor de langdurige intramurale ggz en geven aan het risico te zien dat een slechte verevening tot indirecte risicoselectie leidt. Zij vragen mij om voor 1 juni 2014 met

een onderbouwing te komen van het risicovereveningsmodel met betrekking tot de ZZP GGZ B pakketten.

De komende jaren zal ik een hoge prioriteit geven aan ontwikkelen van een ex ante vereveningsmodel voor de langdurige intramurale ggz. Door het ex ante model jaarlijks te verbeteren zorg ik er voor dat de prikkel tot indirecte risicoselectie gemitigeerd wordt. Zoals gebruikelijk zal ik uw Kamer jaarlijks informeren over de vormgeving van het risicovereveningsstelsel voor het komende jaar. Ik zal in juni 2014 in een brief uw Kamer berichten over de voorgenomen vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel 2015 en in september 2014 over de voorgenomen vormgeving van de ex post compensaties in het risicovereveningsstelsel 2015. In deze brieven zal ik aangeven hoe de langdurige intramurale ggz in 2015 ingepast zal worden in het risicovereveningsstelsel 2015.

Voor een beheerste overstap is het van belang volgens de NZa dat de individuele zorgverzekeraars over voldoende informatie beschikken over de aan hun verzekerden geleverde zorg in het verleden. Het advies van de NZa aan de Minister was om begin 2014 een trusted third party in te schakelen die alle berekeningen uitvoert en de gewenste gegevens oplevert. De leden van de CDA-fractie willen graag weten wie die trusted third party is geworden en wat uit die berekeningen gekomen is.

Ik heb er voor gekozen de overdracht van gegevens van zorgkantoren aan zorgverzekeraars door deze partijen zelf te laten organiseren. Zij hebben hier vanwege de eerdere overhevelingen van zorg vanuit de AWBZ naar de zorgverzekeringswet voldoende ervaring mee. Voor zover noodzakelijk zullen deze gegevens waarschijnlijk binnen een beveiligde omgeving van Vektis worden overgedragen. De overdracht wordt uitgevoerd binnen de kaders van de wet- en regelgeving op het gebied van de bescherming van persoonsgegevens.

Het CDA constateert dat Zorgverzekeraars Nederland in hun commentaar op het consultatiedocument aangeeft dat zonder inzicht in zorgzwaarte een inhoudelijk argument ontbreekt om af te wijken van de 365 dagen grens als scheiding tussen curatieve en langdurige ggz. Gedurende de overgangsfase dient de grens van 365 dagen in stand te worden gehouden. Graag een reactie van de Minister op dit standpunt.

Mijns inziens zijn er wel degelijk goede argumenten om af te wijken van de grens van 365 dagen. Deze zijn door de staatssecretaris uiteengezet in zijn brief over de positionering van de langdurige intramurale ggz. Het doel van de verschuiving van de jaargrens naar drie jaar, is dat de zorg voor een groep patiënten waarbij het perspectief op (spoedig) herstel en/of een overgang naar ambulante zorg en ondersteuning vrij groot is onder de Zorgverzekeringswet komt te vallen. Zorgverzekeraars worden meer dan voorheen verantwoordelijk voor het gehele behandelingstraject, zowel klinisch als ambulant. Daarmee worden aanbieders en zorgverzekeraars gestimuleerd om in te blijven zetten op herstel, participatie en ambulantisering.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie vragen mij welke minimumvereisten ik voor het ex ante model stel en nader toe te lichten welke risicokenmerken op dit moment worden onderzocht en hoeveel onderzoekscapaciteit hiervoor beschikbaar is. Zij lezen dat ik denk aan de inzet van een bandbreedterekening en vragen zich af aan welke bandbreedte ik denkt. Daarnaast vragen zij of ik jaarlijks met de Kamer wil overleggen over de kwaliteits-

verbetering van het ex antemodel en de voorgenomen afbouw van de ex postmechanismen.

Het minimumvereiste dat ik stel aan het risicovereveningssysteem is het garanderen van een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars en het tegengaan van indirecte risicoselectie. Dit beoordeel ik aan de hand van objectieve maatstaven als de verklaringskracht van het model en het effect van het ex ante vereveningsmodel op verzekeraarniveau. Op dit moment is het onderzoeksprogramma voor het risicovereveningsmodel 2015 net afgerond. Ik zal net als voorgaande jaren in juni 2014 in een brief uw Kamer berichten over de uitkomsten van dit onderzoeksprogramma en de voorgenomen vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel 2015. Gedurende de komende maanden wordt het voorgenomen ex ante risicovereveningsmodel toegepast op de meest recente onderzoeksgegevens waarbij rekening gehouden wordt met besluiten over het verzekerde pakket, de hoogte van het eigen risico en de raming van het macroprestatiebedrag. Voor het begeleiden van dit onderzoek is voldoende capaciteit beschikbaar. Net als voorgaande jaren zal ik in september 2014 in een brief uw Kamer berichten over de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel en de voorgenomen vormgeving van de ex post compensaties in het risicovereveningssysteem 2015. Dit betekent dat ik op dit moment nog niet kan aangeven wat de inzet van ex post compensaties voor de langdurige intramurale ggz in 2015 zal zijn. Mochten de brieven hier aanleiding toe geven dan ben ik vanzelfsprekend bereid om hierover met uw Kamer te overleggen.

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

Het onder het mbi brengen van de langdurige ggz laat de knelpunten die spelen bij de ontwikkeling van een gedifferentieerd mbi (zoals benoemd in het verslag van een schriftelijk overleg over de invoering van integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg, Kamerstuk 32 620, nr. 114) onverlet.