

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 485

Verslag van een schriftelijk overleg

Vastgesteld 1 december 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 10 september 2014 over de voorgenomen aanwijzing ex art. 8 Wmg inzake de afbouw van het transitieregime curatieve geestelijke gezondheidszorg (cggz) voor zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instellingen en de inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage voor een landelijk behandel- en expertisecentrum voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen (Kamerstuk 30 597, nr. 466).

De vragen en opmerkingen zijn op 8 oktober 2014 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 28 november 2014 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

1. Algemeen
2. Afbouw van het transitieregime cggz
3. Landelijk kennis- en expertisecentrum voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen

II. Reactie van de minister

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

1. Algemeen

De leden van de **PvdA-fractie** vinden het van groot belang dat de continuïteit van gespecialiseerde curatieve geestelijke gezondheidszorg (cggz) voor patiënten niet in gevaar komt nu de overstap naar zuivere prestatiebekostiging wordt gemaakt door voormalig gebudgetteerde instellingen. Een zachte en verantwoorde overgang van de oude budgetparameters naar dbc-bekostiging is noodzakelijk voor zowel aanbieders als patiënten. Geen enkele patiënt mag tussen wal en schip vallen en cggz-aanbieders mogen niet voor onnodig grote financiële opgaven worden geplaatst. Daarom hebben genoemde leden met veel interesse kennisgenomen van de voorgenomen aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) betreffende 1) de afbouw van het transitieregime cggz voor zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instellingen en 2) de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage voor een landelijk kennis- en expertisecentrum voor gespecialiseerde psychotraumazorg. Deze leden vragen na het lezen van de voorhangbrief concreet hoe de gang naar zuivere prestatiebekostiging ten goede komt aan de patiënt en de kwaliteit van zorg. Volgens genoemde leden behoort dit het uitgangspunt te zijn van iedere verandering in de zorg, maar in de voorhangbrief lezen zij hier weinig over terug. Graag ontvangen de leden van de PvdA-fractie een toelichting van de minister op dit punt.

De leden van de **SP-fractie** hebben met zorg kennisgenomen van de voorhangbrief met betrekking tot de voorgenomen aanwijzing inzake de afbouw van het transitieregime curatieve geestelijke gezondheidszorg voor zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instellingen en de inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage voor een landelijk behandel- en expertisecentrum voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen. Genoemde leden zijn geen voorstander van marktwerking in de zorg en zij zijn van mening dat de dbc-systematiek leidt tot meer bureaucratie, onduidelijkheid en fraude en derhalve een kostenopdrijvend effect heeft. Het voornemen om op de genoemde twee terreinen ook deze systematiek in te voeren is volgens deze leden dan ook als doordenderen op de verkeerde ingeslagen weg. Wat is hierop de reactie van de minister? De leden van de SP-fractie vragen of er, zolang er zich op tal van andere vlakken in de zorg nog zoveel problemen rondom dbc's en dot's voordoen, niet minimaal een pas op de plaats gemaakt dient te worden. Kan de minister zich daarin vinden? Zo neen, waarom niet? Alle signalen die de Kamer vanuit het veld verneemt staan immers op rood wat betreft de dbc-systematiek. Genoemde leden memoreren de minister aan het gegeven dat de jaarrekeningen van bijvoorbeeld ziekenhuizen nog altijd niet goedgekeurd zijn vanwege de chaos die de dbc-systematiek heeft opgeleverd. Welke garanties kan de minister geven dat niet een soortgelijke chaos ontstaat bij instellingen voor cggz?

De leden van de SP-fractie merken op dat de beschikbaarheidsbijdrage in het leven geroepen is met een reden: het bieden van zeer specialistische zorg waarvan iedereen het belang erkent maar die op zichzelf nooit rendabel zal zijn in financieel opzicht. Deze leden vragen de minister wat er sindsdien is veranderd in het zorglandschap dat de beschikbaarheidsbijdrage nu afgeschaft kan worden. Hoe gaat de minister de continuïteit van deze zorg dan garanderen? Genoemde leden wijzen de minister er daarbij op dat er nog altijd geen geschikt vereveningsmodel voor de ggz is en dat daardoor niet blind kan worden vertrouwd op de idee dat zorgverzekeraars specialistische ggz zullen financieren op een manier dat de instelling kan blijven bestaan. Kan de minister hierop ingaan? De leden van de SP-fractie zien dat zorgverzekeraars op forse wijze overgaan op selectieve inkoop; welke gevolgen heeft dit voor de continuïteit? Ziet de minister dit als wenselijke voorbode voor de zorginkoop bij de cggz? Wat als de overheid zich terugtrekt, en de zorgverzekeraars niet hun zorgplicht naar behoren oppakken, zo vragen deze leden de minister. Is de minister in dat geval bereid zo snel mogelijk terug te vallen op de beschikbaarheidsbijdrage? Of is de minister van mening dat cggz niet van groot belang is en indien onrendabel mag verdwijnen?

Genoemde leden wijzen erop dat specialistische zorg ook van belang is voor de ontwikkeling van de ggz in het algemeen. Hoe gaat de minister voorkomen dat ook die belangrijke functie van de cggz in gevaar komt? De leden van de SP-fractie verwachten een uitgebreide beantwoording van de hierboven gestelde vragen.

De leden van de **CDA-fractie** hebben kennisgenomen van de voorhangbrief voorgenomen aanwijzing inzake de afbouw van het transitierégime curatieve geestelijke gezondheidszorg. Deze leden hebben hierover enkele vragen.

2. Afbouw van het transitierégime cggz

In het afgelopen jaar heeft de NZa onderzocht in hoeverre zuivere prestatiebekostiging, met haar dbc's en bijbehorende maximumtarieven, toereikend is voor de gespecialiseerde cggz. Aanleiding was het door cggz-instellingen gevoelde financiële verschil tussen budgettering en prestatiebekostiging. De leden van de **PvdA-fractie** hebben met veel belangstelling kennisgenomen van de resultaten die stellen dat er weinig aanleiding is tot aanpassen van regelgeving of productstructuur voor de cggz. Genoemde leden zijn verheugd dat cggz-instellingen in principe geacht worden adequaat over te kunnen naar zuivere prestatiebekostiging met stapsgewijze beëindiging van het transitie-model, maar de praktijk moet nog uitwijzen dat het gaat zoals nu wordt beoogd. Het is voor deze leden van groot belang dat financiële consequenties voor het afbouwen van het transitierégime voor cggz-instellingen uitblijven. In de verdere inbreng stellen zij hierover een aantal vragen. De minister heeft de NZa en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) verzocht om de overgang naar zuivere prestatiebekostiging te monitoren. Genoemde leden vragen of de Kamer structureel op de hoogte kan worden gehouden van vorderingen, belemmeringen en financiële consequenties voor zowel de patiënt als cggz-instellingen en of een stand van zaken gegeven kan worden, nog voor het nog te plannen algemeen overleg ggz. De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de oorzaken die ten grondslag liggen aan het financiële verschil voor cggz-aanbieders als gevolg van de overgang naar prestatiebekostiging. Voor de continuïteit van cggz aan patiënten is het van belang dat aanbieders voldoende mogelijkheden hebben om aan de slag te gaan met deze oorzaken, zeker omdat het transitierégime stapsgewijs zal worden afgebouwd tot 2017. Hierover hebben genoemde leden enkele vragen. Als eerste oorzaak van de financiële verschillen wordt genoemd dat aanbieder en verzekeraar discussiëren over productieafspraken. Genoemde leden delen de conclusie dat dit inherent is aan prestatiebekostiging, maar zij vragen in hoeverre vooral de kleine cggz-aanbieders in de positie zijn om er met de verzekeraar uit te komen. Kan de minister dit duiden en aangeven of zij van aanbieders signalen heeft ontvangen dat onderhandelingen stuklopen? In hoeverre is de vrees voor 'upcoding' door cggz-instellingen gerechtvaardigd als zij door de overgang naar zuivere prestatiebekostiging te maken krijgen met een omzetsdaling? Hoe gaat de minister upcoding ondervangen? De voormalige bekostiging bood instellingen voldoende ruimte om zorg te leveren. In de prestatiebekostiging constateren de leden van de PvdA-fractie echter dat er soms een discrepantie ontstaat tussen NZa-beleidsregels en de manier waarop zorgverzekeraars zorg inkopen. In hoeverre verwacht de minister dat de overgang naar zuivere prestatiebekostiging in de cggz consequenties heeft voor de zorginkoop en continuïteit van zorg aan patiënten? Hoe gaat de minister deze consequenties ondervangen? Graag ontvangen zij een uitgebreide toelichting van de minister. Als tweede oorzaak wordt genoemd dat de mogelijkheden van de huidige regelgeving, waaronder onderlinge dienstverlening en het afspreken van een max-max tarief, nog onvoldoende benut worden. Dat achten genoemde leden niet wenselijk. Zij vragen de minister waarom de mogelijkheden niet ten volle worden benut. Hoe worden aanbieders hier actief op gewezen en welke rol hebben zorgverzekeraars? Is de minister voornemens om aanbieders actiever te informeren over de mogelijkheden? Zo ja, hoe gaat zij dit doen? Zo nee, waarom niet? Ook vragen deze leden in hoeverre kleinere aanbieders belemmeringen ondervinden om dienstverlening onderling te beleggen en om prijzen boven het maximumtarief af te spreken. Heeft de minister hierover signalen ontvangen? Zo ja, welke belemmeringen en welke oplossing biedt de minister?

Daarnaast zijn de leden van de PvdA-fractie de minister erkentelijk voor de voorgenomen aanpassingen aan het transitierégime voor cggz-aanbieders die zij voor 2015 als aanwijzing meegeeft aan de NZa. Wel hebben deze leden hierover nog enkele vragen. Het transitiebedrag wordt voor 2015 per aanbieder aangepast voor het aandeel aan zorg dat geleverd wordt aan 18-minners en dus overgaat van de Zorgverzekeringswet naar de Jeugdwet. Genoemde leden krijgen uit het veld signalen dat zorgverzekeraars de omzetplafonds van kleine, vrijgevestigde ggz-aanbieders soms veel verder reduceren dan het percentage 18-minners dat zij behandelen rechtvaardigt. Wat vindt de minister hiervan? Heeft de minister deze signalen ook ontvangen over gespecialiseerde cggz-aanbieders? En in hoeverre verwacht de minister dat de correctie in het

transitiebedrag, dat zij baseert op gegevens uit de nacalculatie 2013, proportioneel is aan het aandeel van zorg dat betreffende aanbieders aan 18-minners leveren? Daarnaast wordt het resterende transitiebedrag in 2015, 2016 en 2017 stapsgewijs afgebouwd met verrekeningsfactoren die respectievelijk 70%, 30% en 0% bedragen. Kan de minister toelichten hoe deze indexeringen tot stand zijn gekomen? En kan de minister toelichten waarom zij de verwachting heeft dat deze indexeringen in de praktijk zorgen voor een zorgvuldige overgang naar prestatiebekostiging in de cggz? De leden van de PvdA-fractie zijn blij met het besluit van de minister om de verrekeningsfactoren niet te betrekken op het deel van het transitiebedrag dat toegeschreven wordt aan verdiscontering van afwezigheid omdat dit nadelig kan uitpakken voor cggz-aanbieders die door hun specifieke case-mix minder afwezigheid van patiënten kennen tijdens de behandeling. De NZa zal een adequate verdiscontering van afwezigheid meenemen in de regelgeving voor 2016. Wanneer zal de Kamer hierover worden ingelicht? Verwacht de minister dat de NZa erin slaagt om te komen tot een verdiscontering van afwezigheid die voor cggz-instellingen recht doet aan hun specifieke case-mix? Ook zijn genoemde leden verheugd met het besluit van de minister om de verrekeningsfactoren niet te betrekken op het deel van het transitiebedrag dat toegeschreven wordt aan (doventolk-)zorg verleend door instellingen met een bovengemiddeld aantal patiënten met auditieve beperking. Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting op de berekening die hiervoor wordt uitgevoerd en op welke cijfers deze berekening gebaseerd is.

De leden van de **SP-fractie** hebben gelet op de recente debatten over de verwevenheid tussen het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit enkele vragen over het advies van de zorgautoriteit. Deze leden vragen bijvoorbeeld of ook bij dit advies conceptconclusies voorbesproken zijn en aangepast alvorens de Kamer geïnformeerd is. Indien daarvan sprake is, willen genoemde leden deze conceptconclusies graag inzien. De leden van de SP-fractie zouden daarnaast graag een overzicht van alle onderzoeken ontvangen waarbij er overleg heeft plaatsgevonden aangevuld met de conceptconclusies van de betreffende onderzoeken. Wat genoemde leden voorts verbaast is dat in de brief van de NZa aan de minister van 5 december 2013 te lezen valt dat de conceptconclusies van PricewaterhouseCoopers (PwC) door de NZa zijn voorbesproken met de betreffende instellingen. Vervolgens is dit rapport geheim omdat het vertrouwelijke bedrijfsgegevens van de instellingen bevat. Deze leden vragen de minister of het betreffende rapport geopenbaard kan worden. Indien niet, waarom niet? Erkent de minister dat de controlefunctie van de Kamer in gevaar komt als Kamerleden niet kunnen beoordelen of de besluiten op juiste gronden worden genomen? Kan de minister hierop ingaan? Wat de twijfel van de leden van de SP-fractie over de onafhankelijkheid van het onderzoek verder doet toenemen, is de conclusie van de NZa dat er ondanks de grote verschillen tussen de budgetomzet en de dbc-omzet er geen reden is voor aanpassingen in de huidige regelgeving of productstructuur. Bij de verklaring hiervan gaan de minister en de NZa volgens deze leden volledig voorbij aan de mogelijkheid dat het systeem van dbc-bekostiging op zich niet deugt en dat bureaucratie, onduidelijkheid en fraude er een onlosmakelijk onderdeel van uitmaken. Wat is de reactie van de minister hierop? Genoemde leden vragen de minister welke garantie er wordt gegeven dat dit advies van de NZa op een werkelijk kritische objectieve beschouwing is gebaseerd. Ook vragen deze leden een reactie van de minister op de opmerkelijke rol die PwC speelt. Was het niet onder andere PwC die aan de bel trok over de chaos bij jaarrekeningen van ziekenhuizen vanwege de dbc-systematiek, terwijl PwC nu adviseert een soortgelijke systematiek in te voeren voor de cggz?

De leden van de SP-fractie maken zich ook zorgen met betrekking tot de besluiten die de minister voornemens is te nemen. Omdat de cggz voor minderjarigen vanaf 2015 binnen het gemeentelijk domein valt en voor volwassenen de dbc-systematiek geïntroduceerd wordt, ontstaat er volgens deze leden mogelijk een chaos binnen instellingen. Hoe gaat de minister ervoor zorgdragen dat de bureaucratie niet verder zal toenemen? Ook vragen genoemde leden hoe het staat met de inkoop van cggz die wel binnen de Jeugdwet valt. De afbouw van de verrekenfactor naar 0% in 2017 is zoals gezegd volgens deze leden doorgaan op de verkeerde weg. Dat de minister een uitzondering maakt voor verdiscontering van afwezigheid en de bekostiging van de doventolk in afwachting van nader onderzoek is een verstandige pas op de plaats naar de mening van de leden van de SP-fractie. Zij betreuren het echter dat dit niet met de gehele cggz zo gedaan wordt. Deze leden verwachten een uitgebreide reactie van de minister.

De leden van de **CDA-fractie** vragen welke organisaties geconsulteerd zijn bij het onderzoek van PwC, het advies van de NZa en het besluit van de minister. Deze leden vragen tevens of de minister een overzicht kan geven van de zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instellingen die onder het transitierégime curatieve geestelijke gezondheidszorg vallen.

3. Landelijk kennis- en expertisecentrum voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen

De leden van de **PvdA-fractie** kunnen zich goed vinden in het NZa-advies dat stelt dat een beschikbaarheidsbijdrage nodig is om de landelijke kennisfunctie voor gespecialiseerde psychotraumazorg te behouden, maar dat deze bijdrage geen betrekking hoeft te hebben op reguliere zorgkosten die zijn te declareren met dbc's. Genoemde leden vinden het verstandig om de kennisfunctie voor psychotraumazorg te verenigen in een landelijk kennis- en expertisecentrum dat wordt bekostigd met een beschikbaarheidsbijdrage. Zij vragen nog wel hoe de minister de landelijke kennisfunctie gaat afbakenen van reguliere zorgtaken op het gebied van psychotraumazorg. Ook zijn deze leden benieuwd naar het deel van de beschikbaarheidsbijdrage psychotraumazorg dat de afgelopen jaren is uitgegeven aan reguliere zorg op het gebied van psychotraumazorg. Graag ontvangen de leden van de PvdA-fractie een toelichting van de minister.

De leden van de **SP-fractie** zijn van mening dat indien er geen sprake is van een dbc-systematiek, ook de complexe vraagstukken rondom het besluiten om al dan niet een beschikbaarheidsbijdrage in te zetten, zouden spelen. Hetzelfde geldt volgens deze leden voor de redelijk arbitraire wijze waarop de hoogte van de verrekeningsfactor tot stand komt. Genoemde leden wachten de uitkomsten van de NZa op dit gebied dan ook met belangstelling maar zonder veel vertrouwen af. Welke garantie kan de minister geven dat de adviezen van de NZa volledig objectief zijn? Is de minister bereid de niet voorbesproken conceptconclusies aan de Kamer te doen toekomen? En zijn alle onderliggende stukken in dit geval wel openbaar? De leden van de SP-fractie verwachten een uitgebreide toelichting op de antwoorden van de minister.

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat de minister heeft besloten de NZa te verzoeken het instrument beschikbaarheidsbijdrage in te zetten voor een landelijk kennis- en expertisecentrum voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen. Daarbij gaat het specifiek om de kennisfunctie van Centrum '45. Hierbij wordt de beschikbaarheidsbijdrage voor Centrum '45 per 2015 verlaagd. Genoemde leden vragen in hoeverre deze verlaging van de beschikbaarheidsbijdrage de veteranenzorg die Centrum '45 geeft in het kader van het Landelijk Zorgsysteem Veteranen (LZV) raakt.

De minister geeft aan dat het geld voor de expertisebijdrage niet langer aan zorg mag worden uitgegeven. De leden van de CDA-fractie vragen hoe groot het tekort is dat hierdoor bij Centrum '45 ontstaat. Welke gevolgen heeft dit voor de continuïteit van de zorgverlening?

De minister schrijft dat zorgverzekeraars onlangs gewezen zijn op de verantwoordelijkheid die zij hebben om ervoor te zorgen dat verzekerden voldoende gebruik kunnen maken van de zorg waar ze aanspraak op hebben en die nodig is voor hun zeer specifieke zorgvraag. Deze leden vragen hoe het staat met het overleg met zorgverzekeraars ten aanzien van de bekostiging van de beschikbaarheid van passende gespecialiseerde ggz voor de veteranen bij het LZV.

De leden van de CDA-fractie vragen of de minister eventueel bereid is de NZa te vragen aanvullende maatregelen te nemen indien de beschikbaarheid van de veteranenzorg van bij het LZV aangesloten gespecialiseerde ggz-instellingen in gevaar komt? Zo nee, waarom niet?

Genoemde leden vragen of de minister daarnaast overweegt om het instrument beschikbaarheidsbijdrage in te zetten als het gaat om het borgen van de beschikbaarheid van gespecialiseerde ggz binnen het LZV? Zo nee, waarom niet? Is de minister bereid om de NZa een advies uit te laten brengen over de hoogte van een dergelijke beschikbaarheidsbijdrage, zodat deze afdoende is om in 2015 en de daaropvolgende jaren de activiteiten ten behoeve van deelname aan het LZV te behouden? Zo nee, waarom niet?

In de overwegingen van de NZa om te adviseren het bijzonder transitie-model af te bouwen, lezen de leden van de CDA-fractie dat de mogelijkheden die de huidige regelgeving biedt onvoldoende worden gebruikt. Het gaat daarbij om de mogelijkheid voor zorgaanbieder en zorgverzekeraar om in een contract prijzen tot 10% boven het maximumtarief af te spreken (het max-max tarief). Genoemde leden vragen in hoeverre de minister mogelijkheden ziet om voor (de civiele instellingen in) het LZV een vergelijkbare maatregel met zorgverzekeraars te treffen.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie vragen na het lezen van de voorhangbrief concreet hoe de gang naar zuivere prestatiebekostiging ten goede komt aan de patiënt en de kwaliteit van zorg. Volgens

genoemde leden behoort dit het uitgangspunt te zijn van iedere verandering in de zorg, maar in de voorhangbrief lezen zij hier weinig over terug. Graag ontvangen de leden van de PvdA-fractie een toelichting van mij op dit punt.

Ik ben het uiteraard met de leden van de PvdA-fractie eens dat de overgang naar prestatiebekostiging ten goede moet komen aan de patiënt en de kwaliteit van zorg. Ik streef ernaar ook in de curatieve ggz samenhangende en doelmatige zorg rondom de patiënt te organiseren. Zoals ik in de brief "voorhangbrief inzake prestatiebekostiging tweedelijns curatieve ggz" heb aangegeven,¹ is de invoering van prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve ggz een van de voorwaarden daarvoor. Zorgverzekeraars zijn in ons zorgstelsel zo gepositioneerd dat zij een prikkel hebben om in het belang te handelen van hun verzekerden. Prestatiebekostiging is, anders dan de aanbodsgerichte budgetsystematiek die tot 2012 bestond, persoonsgebonden. Dit geeft de zorgaanbieder prikkels om kwaliteit en behandeluitkomsten transparanter te maken voor verzekeraar en voor patiënt, en stimuleert de totstandkoming van zorgpaden. Een betere, meer doelmatige organisatie van de zorg, in combinatie met transparantie over inhoud en uitkomsten van de zorg komt ten goede aan de patiënt. Dat de weg naar meer transparantie inderdaad wordt ingezet blijkt bijvoorbeeld uit de bestuurlijke afspraken over de uitwisseling van Routine Outcome Monitoring (ROM) data. En een goed voorbeeld van de investering van de sector in kwaliteit is de oprichting van het netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, met een ambitieus meerjarenprogramma voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. De prikkels voor zorgaanbieders om patiënten gepaste, kwalitatief goede zorg te bieden nemen dus toe.

In 2014 is met de beëindiging van de inkoop in representatie veruit het merendeel van de curatieve ggz al definitief overgegaan naar prestatiebekostiging. Nu maakt nog een beperkt aantal zeer gespecialiseerde instellingen gebruik van een transitierégime. Uit het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat de bekostigingssystematiek in de Zorgverzekeringswet (Zvw) in principe ook voor deze instellingen voldoet. Daarom kies ik er voor om dit transitierégime af te bouwen, stapsgewijs en zeer behoedzaam, zodat ook in dat deel van de sector de prikkels om samenhangende en doelmatige zorg te leveren, en om transparant te zijn over uitkomsten en kwaliteit, toenemen.

De leden van de PvdA-fractie constateren dat ik de NZa en ZN verzocht heb om de overgang naar zuivere prestatiebekostiging te monitoren. Genoemde leden vragen of de Kamer structureel op de hoogte kan worden gehouden van vorderingen, belemmeringen en financiële consequenties voor zowel de patiënt als cggz-instellingen en of een stand van zaken gegeven kan worden, nog voor het nog te plannen algemeen overleg ggz.

Ter verheldering merk ik op dat ik de NZa vraag om de overgang naar prestatiebekostiging bij de zeer gespecialiseerde ggz-instellingen te monitoren. ZN heb ik die vraag niet gesteld, ik heb ZN gewezen op de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars vanuit de zorgplicht. Het verzoek om te monitoren zal ik de NZa op korte termijn doen toekomen. Het eerstvolgende algemeen overleg over de ggz staat gepland op 3 december 2014, het is niet mogelijk en ook niet zinvol om dan al een stand van zaken te geven van de monitoring, aangezien er dan nog geen gegevens beschikbaar zullen zijn. Ik streef ernaar u zomer 2015 nader te informeren over de stand van zaken van de monitoring door de NZa.

Genoemde leden delen de conclusie van de NZa dat het inherent is aan prestatiebekostiging dat zorgverzekeraars en aanbieders discussiëren over productieafspraken, maar zij vragen mij in hoeverre vooral de kleine cggz-aanbieders in de positie zijn om er met de verzekeraar uit te komen. Zij vragen of ik dit kan duiden en kan aangeven of ik van aanbieders signalen heb ontvangen dat onderhandelingen stuklopen.

In het kader van het bestuurlijk akkoord voor de ggz is er geregeld overleg met de partijen die bij dit akkoord betrokken zijn. Ik begrijp uit dat overleg dat het voor kleine zorgaanbieders lastig is om in gesprek te komen met zorgverzekeraars en dat het voor zorgverzekeraars lastig is om in gesprek te gaan met een groot aantal kleine zorgaanbieders. Ik heb begrip voor de positie van beide partijen. Er zijn 'good contracting practices' afgesproken, die kunnen helpen bij een goed en transparant proces van zorgverkoop en -inkoop. Ik blijf de ontwikkelingen op dit gebied goed volgen. Overigens is in de eerstelijnszorg gebleken dat beroepsbeoefenaren zo met elkaar kunnen samenwerken, dat dit een positieve uitwerking heeft op de contractrelatie met de zorgverzekeraar.

¹ Kamerstuk 25 424, nr. 160

In mijn brief van 22 juli 2014 heb ik verschillende van dergelijke positieve voorbeelden van samenwerking gepresenteerd (Kamerstuk 31 765, nr. 94). Ik blijf in overleg met beroepsbeoefenaren zoeken naar best practices en verbetering van de praktijk. *Verder vragen de leden van de PvdA-fractie in hoeverre de vrees voor 'upcoding' door cggz-instellingen is gerechtvaardigd, als zij door de overgang naar zuivere prestatiebekostiging te maken krijgen met een omzetsdaling. Zij vragen hoe ik 'upcoding' ga ondervangen.*

We kunnen er niet voetstoots vanuit gaan dat de instellingen die onder het transitieregime vallen, geconfronteerd zullen worden met een omzetsdaling. Uit het kostenonderzoek is tenslotte gebleken dat ook voor deze instellingen de dbc ggz systematiek in principe voldoet. Wat de omzet van deze instellingen de komende jaren zal zijn, is mede afhankelijk van de uitkomst van de inkooponderhandelingen met zorgverzekeraars.

Ik neem aan dat de leden van de PvdA-fractie met 'upcoding' doelen op vormen van bewust onjuist declaratiegedrag. Dergelijk gedrag is niet toegestaan, zorgverzekeraars en de NZa zien daar nauwlettend op toe. In de afgelopen jaren is in de gespecialiseerde ggz een aantal maatregelen genomen om dergelijk gedrag te voorkomen. Een goed voorbeeld daarvan is de verplichting om gegevens over de werkelijke bestede tijd van over hoofd- en medebehandelaars op te nemen op de factuur.

De leden van de PvdA-fractie stellen dat de voormalige bekostiging instellingen voldoende ruimte bood om zorg te leveren. Zij constateren dat er in de prestatiebekostiging echter soms een discrepantie ontstaat tussen NZa-beleidsregels en de manier waarop zorgverzekeraars zorg inkopen. Zij vragen in hoeverre ik verwacht dat de overgang naar zuivere prestatiebekostiging in de cggz consequenties heeft voor de zorginkoop en continuïteit van zorg aan patiënten, en vragen hoe ik deze consequenties ga ondervangen.

Inderdaad hebben zorgverzekeraars de ruimte om in de polisvoorwaarden of in de contractering aanvullende (kwaliteits)eisen te stellen. Ten aanzien van de tarieven geldt dat het in de curatieve ggz om maximumtarieven gaat, zorgverzekeraars hebben dus de ruimte om tarieven lager dan het maximum af te spreken. De afbouw van het bijzonder transitieregime zal waarschijnlijk gevolgen hebben voor de zorginkoop. Zorgaanbieders zullen de waarde van de door hen geboden zeer specialistische zorg inzichtelijk moeten maken. Daarnaast zullen zorgverzekeraars zich rekenschap moeten geven van hun zorgplicht jegens cliënten met een vraag om zeer gespecialiseerde zorg en ervoor moeten zorgen dat voldoende zorgaanbod beschikbaar blijft teneinde aan hun zorgplicht te voldoen. De verantwoordelijkheid van beide partijen neemt dus toe, in lijn met de rolverdeling binnen het stelsel van de Zvw. Omdat hierbij enige behoedzaamheid is geboden, vraag ik de NZa om de overgang naar prestatiebekostiging van de zeer gespecialiseerde ggz-instellingen nauwlettend te monitoren.

De leden van de PvdA-fractie achten het niet wenselijk dat de mogelijkheden van de huidige regelgeving, waaronder onderlinge dienstverlening en het afspreken van een max-max tarief, nog onvoldoende benut worden. Zij vragen mij waarom de mogelijkheden niet ten volle worden benut, hoe aanbieders hier actief op worden gewezen en welke rol zorgverzekeraars hebben. Zij vragen of ik voornemens ben om aanbieders actiever te informeren over de mogelijkheden, zo ja, hoe ik dit ga doen, en zo nee, waarom niet. Ook vragen zij in hoeverre kleinere aanbieders belemmeringen ondervinden om dienstverlening onderling te beleggen en om prijzen boven het maximumtarief af te spreken. Zij vragen of ik hierover signalen heb ontvangen, en zo ja, welke belemmeringen en welke oplossing ik bied.

De NZa heeft de regelgeving omtrent onderlinge dienstverlening en het afspreken van een max-max tarief opgenomen in haar beleidsregels. Deze regels zijn uitgebreid geconsulteerd met het veld (brancheverenigingen). Zij worden bij het vaststellen van nieuwe beleidsregels per circulaire geïnformeerd over het wijzigen van beleid. Daarnaast besteedt de NZa ook via nieuwsberichten op haar website aandacht aan dergelijke wijzigingen. Er mag dan ook verondersteld worden dat deze regels voor iedereen in het veld duidelijk zijn. Bovendien zijn er in de ggz 'good contracting practices' afgesproken, die kunnen helpen bij een goed en transparant proces van zorgverkoop en -inkoop. Het signaal in het advies dat de mogelijkheden op het gebied van onderlinge dienstverlening en het afspreken van max-max tarieven onvoldoende gebruikt worden, heeft echter wel mijn aandacht. Juist daarom vraag ik de NZa bij de monitoring van de overgang naar prestatiebekostiging van de zeer gespecialiseerde ggz-instellingen nadrukkelijk om aandacht voor de toepassing van max-max tarieven en van onderlinge dienstverlening. Ik kan niet vooruitlopen op de resultaten van de monitoring. De NZa houdt mij op de hoogte van de ontwikkelingen, en zal

naar aanleiding van de monitoring bezien of het nodig is aanvullende maatregelen te nemen. Dergelijke maatregelen zouden ook kunnen liggen op het gebied van de informatievoorziening.

De leden van de PvdA-fractie krijgen signalen uit het veld dat zorgverzekeraars de omzetplafonds van kleine, vrijgevestigde ggz-aanbieders soms veel verder reduceren dan het percentage 18-minners dat zij behandelen. Zij vragen wat ik hiervan vind en of ik deze signalen ook heb ontvangen over gespecialiseerde cggz-aanbieders.

Ik heb de geluiden dat de omzetplafonds van kleine vrijgevestigde aanbieders verder worden gereduceerd dan met het percentage 18-minners dat zij behandelen ook gehoord. Zorgverzekeraars moeten aan hun zorgplicht voldoen. Zij hebben echter geen contracteerplicht. Zoals al gemeld is het voor kleine (gespecialiseerde) ggz-aanbieders soms lastig om in gesprek te geraken met zorgverzekeraars. Ook in dit geval geldt dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben, zij moeten dus voldoende gespecialiseerde zorg inkopen. Er zijn 'good contracting practices' afgesproken, die kunnen helpen bij een goed en transparant proces van zorgverkoop en -inkoop. *Verder vragen de leden van de PvdA-fractie in hoeverre ik verwacht dat de correctie in het transitiebedrag, dat zij baseert op gegevens uit de nacalculatie 2013, proportioneel is aan het aandeel van zorg dat betreffende aanbieders aan 18-minners leveren.*

De NZa heeft mij laten weten voornemens te zijn om in de Nacalculatie 2013 bij deze instellingen extra informatie op te vragen over het aandeel van de productie Kinder- en Jeugd (K&J) op de totale productie in 2013. De exacte formulering van de berekening moet nog worden vastgesteld. De betreffende instellingen worden daarbij technisch geconsulteerd. Het aandeel dat de productie K&J in de totale productie heeft, wordt verondersteld overeen te komen met het aandeel zorg aan 18-minners in het verschil tussen dbc- en budgetparameter afspraken.

De leden van de PvdA-fractie constateren dat het resterende transitiebedrag in 2015, 2016 en 2017 stapsgewijs afgebouwd wordt, met verrekeningsfactoren die respectievelijk 70%, 30% en 0% bedragen. Zij vragen of ik kan toelichten hoe deze indexeringen tot stand zijn gekomen. Daarnaast vragen zij waarom ik de verwachting heb dat deze indexeringen in de praktijk zorgen voor een zorgvuldige overgang naar prestatiebekostiging in de cggz.

Allereerst wil ik aangeven dat de stapsgewijze afbouw een extra voorzorgsmaatregel is. De NZa heeft mij niet geadviseerd om voor een stapsgewijze afbouw te kiezen. Ik vind een zachte landing van deze instellingen echter van groot belang. Instellingen hebben met het gekozen afbouwpad voldoende tijd om hun bedrijfsvoering in te richten op de gewijzigde omstandigheden. De eerste stap, naar 70%, komt overeen met het percentage in het reguliere transitieregime voor de curatieve ggz, dat per 2014 is beëindigd. Omdat het verschil tussen dbc- en parameter-afspraken bij de zeer gespecialiseerde instellingen aanzienlijk was (meer dan 15%), en dus mogelijk om ingrijpende aanpassingen van de bedrijfsvoering vraagt, is de tweede stap niet op 0%, maar op 30% gesteld. Kortom, de afbouw is zodanig behoedzaam dat deze mijns inziens een zorgvuldige overgang naar prestatiebekostiging garandeert, zeker in combinatie met nauwgezette monitoring door de NZa.

De leden van de PvdA-fractie zijn blij met mijn besluit om de verrekeningsfactoren niet te betrekken op het deel van het transitiebedrag dat toegeschreven wordt aan verdiscontering van afwezigheid, omdat dit nadelig kan uitpakken voor cggz-aanbieders die door hun specifieke case-mix minder afwezigheid van patiënten kennen tijdens de behandeling. Zij constateren dat de NZa een adequate verdiscontering van afwezigheid mee zal nemen in de regelgeving voor 2016, en vragen wanneer de Kamer hierover zal worden ingelicht. Zij vragen verder of ik verwacht dat de NZa erin slaagt om te komen tot een verdiscontering van afwezigheid die voor cggz-instellingen recht doet aan hun specifieke case-mix.

Van de NZa heb ik begrepen dat dit onderwerp wordt opgenomen op de doorontwikkelagenda van de dbc ggz productstructuur voor 2016. In het reguliere proces van vaststelling en uitvoering van de doorontwikkelagenda wordt in overleg met branchepartijen bekeken wat een passende oplossing is in de tarieven, de productstructuur, of anderszins. Ik heb er vertrouwen in dat de NZa in staat is om via deze route te komen goede regelgeving op het gebied van de verdiscontering van afwezigheid. De NZa streeft er naar op 1 juli van het jaar helderheid te geven over de aanpassingen van de regelgeving voor het daaropvolgende jaar. Dat geldt dus ook voor eventuele aanpassingen op het gebied van het verdisconteren van afwezigheidsdagen. Zoals ik hierboven aankondigde, streef ik ernaar de Kamer zomer 2015 nader te informeren over de stand van zaken

van de monitoring door de NZa. Ik zal de Kamer bij die gelegenheid ook informeren over de ontwikkelingen omtrent het verdisconteren van afwezigheidsdagen.

Daarnaast zijn de leden van de PvdA-fractie verheugd met mijn besluit om de verrekeningsfactoren niet te betrekken op het deel van het transitiebedrag dat toegeschreven wordt aan (doventolk-)zorg verleend door instellingen met een bovengemiddeld aantal patiënten met auditieve beperking. Deze leden vragen mij een nadere toelichting op de berekening die hiervoor wordt uitgevoerd en op welke cijfers deze berekening gebaseerd is.

De betreffende berekeningen worden op dit moment verder uitgewerkt door de NZa. De basis voor de berekeningen is het in de voorhangbrief genoemde kostenonderzoek van PricewaterhouseCoopers (PwC) uit 2013. Voor de kwantificering van het instellingsspecifieke verschil is 2013 als basisjaar gebruikt.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ik de landelijke kennisfunctie ga afbakenen van reguliere zorgtaken op het gebied van psychotraumazorg.

In het Besluit beschikbaarheidbijdrage Wmg wordt bepaald voor welke vormen van zorg een beschikbaarheidbijdrage kan worden verleend. Op grond van de Wmg ben ik verplicht een aanwijzing te geven aan de NZa zodat zij deze bijdrage kan verlenen. Zoals aangegeven in de voorhangbrief zal in de aanwijzing een nadere afbakening van de kennisfunctie plaatsvinden.

Ook zijn deze leden benieuwd naar het deel van de beschikbaarheidbijdrage psychotraumazorg dat de afgelopen jaren is uitgegeven aan reguliere zorg op het gebied van psychotraumazorg. Graag ontvangen de leden van de PvdA-fractie een toelichting.

De beschikbaarheidbijdrage voor psychotraumazorg wordt tot op heden ambtshalve verstrekt. Het doel van het kostenonderzoek was om inzicht te krijgen in de gemaakte kosten. Met het onderzoek heeft de NZa inzicht gekregen in de besteding van de beschikbaarheidbijdrage. Aangezien het hier concurrentiegevoelige informatie van de betreffende instelling betreft, kunnen deze gegevens niet openbaar gemaakt worden.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie geven aan geen voorstander te zijn van marktwerking in de zorg en van mening te zijn dat de dbc-systematiek leidt tot meer bureaucratie, onduidelijkheid en fraude en derhalve een kostenopdrijvend effect heeft. Het voornemen om op de genoemde twee terreinen ook deze systematiek in te voeren is volgens deze leden dan ook als doordenderen op de verkeerde ingeslagen weg. Zij stellen de vraag wat hierop mijn reactie is.

Zoals hierboven toegelicht, deel ik de mening van de SP-fractie over de effecten van de dbc-systematiek niet. Wel ben ik van mening dat het goed is om toe te werken naar een inhoudelijk verbeterde declaratiestructuur voor de gespecialiseerde ggz, met declaraties met een grotere medische herkenbaarheid. Momenteel wordt door de NZa in samenwerking met de sector gewerkt aan een verbeterde declaratiestructuur, waarin beter een relatie is te leggen tussen de zorgvraag van een patiënt en de behandelinzet dan in de huidige dbc's ggz. Overigens declareren de instellingen die onder het bijzonder transitierégime vallen al enige jaren op basis van de dbc ggz-systematiek. Er is wat dat betreft geen sprake van de invoering van een nieuw systeem. Zowel het transitierégime als de beschikbaarheidbijdrage voor gespecialiseerde psychotraumazorg zijn aanvullend op de reguliere (dbc) bekostiging.

De leden van de SP-fractie vragen mij of er, zolang er zich op tal van andere vlakken in de zorg nog zoveel problemen rondom dbc's en dot's voordoen, niet minimaal een pas op de plaats gemaakt dient te worden. Zij vragen of ik me daarin kan vinden, en zo neen, waarom niet.

Zoals uit het advies van de NZa blijkt is er geen reden om een pas op de plaats te maken ten aanzien van de voltooiing van de overgang naar prestatiebekostiging. De bekostigingssystematiek in de Zvw voldoet in principe ook voor de zeer gespecialiseerde instellingen. Wel kies ik voor een behoedzame, stapsgewijze afbouw van het transitierégime, en de terreinen waarop nog nader onderzoek nodig is, worden uitgezonderd van de afbouw.

De leden van de SP-fractie memoreren mij aan het gegeven dat de jaarrekeningen van bijvoorbeeld ziekenhuizen nog altijd niet goedgekeurd zijn vanwege de chaos die de dbc-

systematiek heeft opgeleverd. Zij vragen welke garanties ik kan geven dat niet een soortgelijke chaos ontstaat bij instellingen voor cggz.

Over de stand van zaken rond de jaarrekeningen 2013 in de ggz heb ik u per brief van 21 oktober 2014 geïnformeerd (Kamerstuk 25 424, nr. 252). De verwachting is dat partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en accountants) in november een plan van aanpak, c.q. herstelplan, kunnen vaststellen op basis waarvan de onzekerheden rond de omzetbepaling bij ggz-instellingen afdoende kunnen worden weggenomen. Een en ander heeft alles te maken met de overgang van het ene bekostigingsmodel op het andere en niet zozeer met de systematiek van bekostiging. *De leden van de SP-fractie merken op dat de beschikbaarheidsbijdrage in het leven geroepen is met een reden: het bieden van zeer specialistische zorg waarvan iedereen het belang erkent maar die op zichzelf nooit rendabel zal zijn in financieel opzicht. Deze leden vragen aan mij wat er sindsdien is veranderd in het zorglandschap dat de beschikbaarheidsbijdrage nu afgeschaft kan worden. Hoe gaat de minister de continuïteit van deze zorg dan garanderen?*

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) biedt op grond van artikel 56a de mogelijkheid zorgaanbieders een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen. Doel is de beschikbaarheid van bepaalde vormen van zorg te borgen. Deze bijdrage maakt bekostiging van zorgaanbieders mogelijk voor vormen van zorg:

- a. waarvan de kosten niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar, of door middel van tarieven in de zin van de Wmg in rekening zijn te brengen aan, individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden; of
- b. waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifiering markverstoring zou werken.

In het verleden is een beschikbaarheidsbijdrage verleend ten behoeve van het transitieregime voor zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instellingen. De bijdrage werd ingezet als overgangsmaatregel, om te voorkomen dat dergelijke instellingen mogelijk financieringsproblemen zouden ondervinden als gevolg van een voor hen te abrupte overgang van budgetbekostiging naar dbc-bekostiging. Het feit dat deze instellingen het zorgaanbod konden bekostigen door gebruik te maken van de dbc-systematiek maakt dat er in beginsel geen grondslag meer is voor het verlenen van een beschikbaarheidsbijdrage.

Bij die instellingen waar een groot verschil (ten minste 15%) bleek te bestaan tussen de afspraken voor 2013 in termen van budgetparameters en de afspraken in termen van dbc's, heeft de NZa in 2013 een kostenonderzoek laten uitvoeren. Daaruit is gebleken dat er geen zorginhoudelijke redenen zijn waarom de dbc ggz bekostiging voor deze instellingen niet zou voldoen. Alleen de verdiscontering van afwezigheid en de bekostiging van (doventolk-)zorg verleend door instellingen met een bovengemiddeld aantal patiënten met auditieve beperking vragen nader onderzoek. Er bestaat op dit moment dus geen grondslag om een beschikbaarheidsbijdrage te verlenen voor de genoemde zorg. Ik ben het echter met u eens dat het belangrijk is dat de continuïteit van zorg niet in gevaar komt. Ik bouw daarom het transitieregime niet in een keer, maar stapsgewijs af. Zo wordt een zachte landing in het systeem gegarandeerd. Bovendien verzoek ik, als extra voorzorgsmaatregel, de NZa om deze overgang nauwlettend te monitoren, en indien nodig aanvullende maatregelen te nemen. Tot slot heb ik de NZa gevraagd mij te adviseren over hoe het verstrekken van een beschikbaarheidsbijdrage invloed heeft op het gelijk speelveld van zorgverzekeraars. Ik verwacht dit advies nog dit jaar van de NZa te ontvangen, hierna zal ik mijn mening vormen.

De leden van de SP-fractie stellen dat er nog altijd geen geschikt vereveningsmodel voor de ggz is en dat daardoor niet blind kan worden vertrouwd op de idee dat zorgverzekeraars specialistische ggz zullen financieren op een manier dat de instelling kan blijven bestaan. Zij vragen of ik hierop kan ingaan.

In 2014 is het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige ggz uitgebreid met het vereveningskenmerk 'diagnosekostengroepen (DKG) psychische aandoeningen.' Door dit vereveningscriterium worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor verzekerden die vanwege hun chronische psychiatrische problematiek hoge voorspelbare kosten hebben in de geneeskundige ggz. Bij het vormgeven van de DKG's psychische aandoeningen worden langdurig zorgafhankelijke verzekerden onderscheiden op basis van dbc-informatie: de compensatie heeft dus uitsluitend betrekking op verzekerden die in de specialistische ggz behandeld worden. Voorts wordt in 2015 het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige ggz uitgebreid met het vereveningskenmerk

'meerjarige hoge kosten (MHK-GGZ).' Door dit vereveningscriterium kunnen structurele (voorspelbare) hoge kosten in het ex ante model voor de geneeskundige ggz substantieel beter verevend worden. Verzekerden die in dit vereveningskenmerk vallen, behoren tot de top 12,5 promille of top 5 promille verzekerden met de hoogste kosten. Hoewel het vereveningskenmerk MHK-GGZ gedefinieerd is voor de totale kosten geneeskundige ggz, worden de duurste verzekerden vooral in de specialistische ggz behandeld. Via deze twee nieuwe vereveningskenmerken is dus de compensatie voor verzekerden die in de specialistische ggz behandeld worden, sterk verbeterd.

Dat wil overigens niet zeggen dat een zorgverzekeraar een bepaalde instelling ten allen tijde zal blijven financieren. Een zorgverzekeraar kan ervoor kiezen om een ggz-instelling niet te contracteren, bijvoorbeeld omdat de kwaliteit van de zorg daar tekort schiet. Dit staat los van de risicoverevening.

De leden van de SP-fractie zien dat zorgverzekeraars op forse wijze overgaan op selectieve inkoop; welke gevolgen heeft dit voor de continuïteit? Ziet de minister dit als wenselijke voorbode voor de zorginkoop bij de cggz?

Ik vind het een positieve ontwikkeling dat zorgverzekeraars steeds meer overgaan tot selectieve zorginkoop, ook voor de ggz. Dit is het bestaansrecht van de zorgverzekeraar, die immers goede zorg tegen een scherpe prijs moet inkopen. Hiermee dragen zorgverzekeraars bij aan de kwaliteit van de zorg en aan het betaalbaar houden van de zorg. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en moeten derhalve voldoende zorg voor hun verzekerden inkopen. Wat betreft de continuïteit van zorg regelt het huidige artikel 13, vijfde lid, Zvw dat indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder wordt beëindigd, de verzekerde die op dat moment zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder houdt voor rekening van de zorgverzekeraar.

De leden van de SP-fractie vragen verder wat er gebeurt als de overheid zich terugtrekt, en de zorgverzekeraars niet hun zorgplicht naar behoren oppakken. Zij vragen ik of in dat geval bereid ben zo snel mogelijk terug te vallen op de beschikbaarheidsbijdrage, of dat ik van mening ben dat cggz niet van groot belang is en indien onrendabel mag verdwijnen.

De curatieve ggz is van groot belang. Het is niet voor niets dat ik gekozen heb voor een zeer behoedzame overgang naar prestatiebekostiging voor deze zeer gespecialiseerde ggz-instellingen. Het instrument beschikbaarheidsbijdrage is echter niet bedoeld voor situaties waarin partijen hun verantwoordelijkheid niet nemen. Ik verwacht van de zorgverzekeraars dat zij de zorgplicht serieus nemen, ook voor mensen die zeer gespecialiseerde zorg nodig hebben. Ik heb dat ook expliciet bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onder de aandacht gebracht. Verder wil ik er nogmaals op wijzen dat de NZa de overgang naar prestatiebekostiging van de zeer gespecialiseerde ggz-instellingen nauwlettend zal monitoren. Indien de NZa zou constateren dat de zorgplicht onvoldoende wordt nageleefd, biedt het toezichtsinstrumentarium van de NZa, zoals beschreven in de voorhangbrief, voldoende waarborgen.

Genoemde leden wijzen erop dat specialistische zorg ook van belang is voor de ontwikkeling van de ggz in het algemeen. Zij vragen hoe ik ga voorkomen dat ook die belangrijke functie van de cggz in gevaar komt.

Ik ben het eens met de leden van de SP-fractie dat (zeer) specialistische zorg ook van belang is voor de ontwikkeling van de ggz in het algemeen. Ik heb geen reden om aan te nemen dat die functie in gevaar komt door mijn voornemen om het bijzonder transitierégime af te bouwen. De behoedzame afbouw van het transitierégime, het nader onderzoek, en de monitoring zijn juist bedoeld om een zachte landing voor de betrokken instellingen te garanderen. Overigens is het zeker niet zo dat alleen deze instellingen (zeer) specialistische ggz leveren. Zeer specialistische zorg maakt evengoed deel uit van het aanbod van andere ggz-instellingen.

De leden van de SP-fractie hebben gelet op de recente debatten over de verwevenheid tussen het ministerie van VWS en de NZa enkele vragen over het advies van de zorgautoriteit. Deze leden vragen bijvoorbeeld of ook bij dit advies conceptconclusies voorbesproken zijn en aangepast alvorens de Kamer geïnformeerd is. Indien daarvan sprake is, willen genoemde leden deze conceptconclusies graag inzien. De leden van de SP-fractie zouden daarnaast graag een overzicht van alle onderzoeken ontvangen waarbij er overleg heeft plaatsgevonden aangevuld met de conceptconclusies van de betreffende onderzoeken.

Over de praktijk van het bespreken van concepten is in het debat van 9 september 2014 over de NZa uitgebreid gesproken. Zoals in het debat aan de orde is geweest kom ik in mijn uitgebreide

reactie op het rapport van de commissie Borstlap terug op het transparanter maken van de procedure op dit vlak. Dat neemt niet weg dat de NZa als onafhankelijke autoriteit zelf verantwoordelijk is voor haar adviezen.

De leden van de SP-fractie geven aan dat het hen verbaast dat in de brief van de NZa aan mij van 5 december 2013 te lezen valt dat de conceptconclusies van PwC door de NZa zijn voorbesproken met de betreffende instellingen. Zij merken op dat dit rapport vervolgens geheim is gehouden omdat het vertrouwelijke bedrijfsgegevens van de instellingen bevat. Deze leden vragen mij of het betreffende rapport geopenbaard kan worden, en indien niet, waarom niet. De leden van de SP-fractie vragen of ik erken dat de controlefunctie van de Kamer in gevaar komt als Kamerleden niet kunnen beoordelen of de besluiten op juiste gronden worden genomen. Zij vragen of ik hierop in kan gaan.

PwC heeft van de NZa de opdracht gekregen om te onderzoeken wat de oorzaken zijn van de verschillen bij deze specifieke instellingen tussen de nieuwe en de oude bekostigingssystematiek. PwC heeft een louter kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Zoals de leden van de SP-fractie zelf al aangeven kan dit niet geopenbaard worden omdat het vertrouwelijke bedrijfsgegevens van de betreffende instellingen bevat. De kwantitatieve analyse is door PwC geconsulteerd bij de betreffende instelling. De instelling moet zich ten slotte in de kwantitatieve gegevens kunnen herkennen. Na ontvangst van het onderzoek van PwC heeft de NZa de instellingen gevraagd een toelichting te geven op de door PwC uitgevoerde kwantitatieve analyse. Er is dus geen sprake van dat de NZa conceptconclusies met de betreffende instellingen heeft voorbesproken. De NZa heeft vervolgens conclusies getrokken ten aanzien van haar beleid en mij op basis daarvan geadviseerd. De analyse en conclusies van de NZa zijn terug te vinden in het meegezonden advies van de NZa. De gronden waarop ik mijn besluit heb genomen komen nadrukkelijk aan bod in de voorhangbrief. Daarmee wordt de Tweede Kamer in de gelegenheid gesteld zich een oordeel te vormen over mijn voornemens ten aanzien van het transitierégime.

Volgens de leden van de SP-fractie gaan de NZa en ik bij de verklaring van de grote verschillen tussen de budgetomzet en de dbc-omzet volledig voorbij aan de mogelijkheid dat het systeem van dbc-bekostiging op zich niet deugt en dat bureaucratie, onduidelijkheid en fraude er een onlosmakelijk onderdeel van uitmaken. Zij vragen mij wat mijn reactie hierop is.

Ik heb geen aanleiding om aan te nemen dat de bekostiging in de curatieve ggz niet zou deugen, of dat bureaucratie, onduidelijkheid en fraude er onlosmakelijk onderdeel van zouden uitmaken. Ook het voorliggende advies van de NZa geeft daar geen enkele aanwijzing voor. Zoals ik eerder al aangaf, ben ik wel van mening dat de dbc ggz systematiek nog verder verbeterd kan worden. Er wordt daarom gewerkt aan een inhoudelijk verbeterde productstructuur voor de gespecialiseerde ggz, met producten met een grotere medische herkenbaarheid.

De leden van de SP-fractie vragen mij welke garantie er wordt gegeven dat het advies van de NZa op een werkelijk kritische objectieve beschouwing is gebaseerd. Ook vragen zij mij om een reactie op de opmerkelijke rol die PwC volgens hen speelt. Zij vragen of het niet onder andere PwC was die aan de bel trok over de chaos bij jaarrekeningen van ziekenhuizen vanwege de dbc-systematiek, terwijl PwC nu adviseert een soortgelijke systematiek in te voeren voor de cggz.

Ik herken mij niet in het beeld dat PwC een opmerkelijke rol zou spelen. Evenmin is er sprake van een advies van PwC om de dbc-systematiek in te voeren in de cggz. Deze systematiek is tenslotte al enkele jaren geleden ingevoerd, ook bij de instellingen die vallen onder het transitierégime voor zeer gespecialiseerde instellingen. Zoals aangegeven heeft de PwC in opdracht van de NZa een kwantitatief onderzoek uitgevoerd. De NZa heeft vervolgens conclusies getrokken ten aanzien van haar beleid en mij op basis daarvan geadviseerd.

Volgens de leden van de SP-fractie ontstaat er mogelijk een chaos binnen instellingen omdat de cggz voor minderjarigen vanaf 2015 binnen het gemeentelijk domein valt en voor volwassenen de dbc-systematiek geïntroduceerd wordt. Zij vragen hoe ik er zorg voor draag dat de bureaucratie niet verder zal toenemen. Ook vragen genoemde leden hoe het staat met de inkoop van cggz die wel binnen de Jeugdwet valt.

In 2014 wordt in de gehele gespecialiseerde ggz al gewerkt met dbc's, dat geldt ook voor de instellingen die onder het transitierégime vallen. Voor wat betreft de curatieve ggz die onder de Jeugdwet valt is het volgende van belang. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en ZN hebben afspraken gemaakt over een ondersteuningsrol van verzekeraars bij de inkoop van jeugd-ggz door gemeenten. Één van de randvoorwaarden hierbij is dat gemeenten in elk geval tot en met 2017 verder gaan met de huidige productstructuren zoals gehanteerd in de basis-ggz

(zorgvraagzwaarteproducten) en gespecialiseerde ggz (dbc's). Tijdens deze periode wordt heroverwogen of de bestaande productstructuur bijdraagt aan een effectief jeugdstelsel en de beoogde integrale werkwijze, waar de jeugd-ggz een essentieel onderdeel van uitmaakt. Voor wat betreft de inkoop van de jeugd-ggz door gemeenten voor 2015 kan gemeld worden dat het inkoopproces zover gevorderd is dat alle regio's hebben gemeld met nagenoeg alle aanbieders die in hun regio werkzaam zijn een contract te hebben gesloten, in de vorm van een individueel contract of een raamcontract. In een aantal gevallen kon nog geen definitieve overeenstemming worden bereikt over de contractvoorwaarden. Over de voortgang van de inkoop van jeugdhulp wordt uw Kamer begin december uitgebreid geïnformeerd.

De leden van de SP-fractie vragen welke garantie ik kan geven dat de adviezen van de NZa volledig objectief zijn. Zij vragen of ik bereid ben de niet voorbesproken conceptconclusies aan de Kamer te doen toekomen, en of alle onderliggende stukken in dit geval wel openbaar zijn. De leden van de SP-fractie verwachten een uitgebreide toelichting op mijn antwoorden.

Ik heb geen reden om te twijfelen aan de objectiviteit van de adviezen van de NZa. Het was gebruikelijk dat concepten van commentaar worden voorzien. Het is aan de auteurs, in dit geval de NZa, dat commentaar te wegen en al dan niet te laten leiden tot veranderingen in de tekst. Het is eveneens gebruikelijk dat ik de Tweede Kamer niet de conceptstukken stuur, maar het definitieve advies. Zoals in het debat over de NZa op 9 september 2014 (Handelingen II 2013/14, nr. 106, item 13) aan de orde is geweest kom ik in mijn uitgebreide reactie op het rapport van de commissie Borstlap terug op het transparanter maken van de procedure op dit vlak. Ten aanzien van de openbaarheid van de stukken kan ik melden dat het advies van de NZa openbaar is. Dat geldt zoals gemeld in de voorhangbrief niet voor de kwantitatieve analyse van PwC, gezien de bedrijfsgevoelige informatie het advies bevat.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie vragen mij welke organisaties geconsulteerd zijn bij het onderzoek van PwC, het advies van de NZa en bij mijn besluit. Deze leden vragen tevens of ik een overzicht kan geven van de zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instellingen die onder het transitieregime curatieve geestelijke gezondheidszorg vallen.

Van het in de voorhangbrief bedoelde transitieregime hebben vier instellingen gebruik gemaakt. Ik kan niet aangeven welke instellingen dat zijn, aangezien het feit dat zij voldeden aan de voorwaarden die golden voor dit transitieregime concurrentiegevoelige informatie is,

De NZa heeft PwC de opdracht gegeven een kwantitatief onderzoek te doen bij deze instellingen en daarnaast bij Centrum '45 in verband met de beschikbaarheidsbijdrage voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen. De kwantitatieve analyses zijn door PwC geconsulteerd bij de betreffende instellingen. Een instelling moet zich ten slotte in de kwantitatieve gegevens kunnen herkennen. Vervolgens heeft de NZa de instellingen gevraagd een toelichting te geven op de door PwC uitgevoerde kwantitatieve analyse. Aangezien het om concurrentiegevoelige informatie gaat, zijn de onderliggende gegevens niet verder gedeeld, ook niet door de NZa met mij. Tijdens de voorbereiding van mijn besluit hebben twee instellingen die gebruik maken van het transitieregime zich gemeld bij het Ministerie van VWS. De ambtenaren van het Ministerie hebben hende gelegenheid geboden om hun zienswijze te geven.

De leden van de CDA-fractie lezen dat ik heb besloten de NZa te verzoeken het instrument beschikbaarheidsbijdrage in te zetten voor een landelijk kennis- en expertisecentrum voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen. Daarbij gaat het specifiek om de kennisfunctie van Stichting Centrum '45. Hierbij wordt de beschikbaarheidsbijdrage voor Centrum '45 per 2015 verlaagd. Genoemde leden vragen in hoeverre deze verlaging van de beschikbaarheidsbijdrage de veteranenzorg die Centrum '45 geeft in het kader van het Landelijk Zorgsysteem Veteranen (LZV) raakt.

De beschikbaarheidsbijdrage kan worden verlaagd omdat volgens de NZa voor de bekostiging van de zorg die Centrum '45 levert de in de cggz gehanteerde producten en tarieven in principe voldoen. Hierdoor bestaat er voor dit type zorg in beginsel geen juridische grondslag tot het verlenen van een beschikbaarheidsbijdrage. Er is dan ook geen reden om aan te nemen dat de verlaging van de beschikbaarheidsbijdrage gevolgen heeft voor de zorg die Stichting Centrum '45 levert aan veteranen. Ik verwacht dat de beschikbaarheid van passende ggz-zorg voor veteranen geborgd blijft.

De leden van de CDA-fractie merken op dat ik aangeef dat het geld voor de expertisebijdrage niet langer aan zorg mag worden uitgegeven. Zij vragen hoe groot het tekort is dat hierdoor bij Centrum '45 ontstaat, en welke gevolgen dit heeft voor de continuïteit van de zorgverlening.

Het is niet gezegd dat hierdoor bij Centrum '45 een tekort ontstaat. De afbouw van dit gedeelte van de beschikbaarheidsbijdrage is vereist omdat de zorg, zoals aangegeven, via de reguliere weg bekostigd kan worden. Daarbij is van belang dat bij de overgang naar prestatiebekostiging in de curatieve ggz per 2013 max-max tarieven zijn ingevoerd. Deze tarieven zijn ook van toepassing op de zorg die Centrum '45 levert. Hierover kan de instelling bij de inkooponderhandelingen in gesprek gaan met de contracterende zorgverzekeraars. Het spreekt voor zich dat NZa de verlaging van de beschikbaarheidsbijdrage zorgvuldig zal vormgeven. De NZa werkt dit op dit moment verder uit. Ten aanzien van de continuïteit van zorg wil ik nogmaals wijzen op de zorgplicht die zorgverzekeraars hebben jegens hun verzekerden en op de monitoring door de NZa.

Deze leden vragen hoe het staat met het overleg met zorgverzekeraars ten aanzien van de bekostiging van de beschikbaarheid van passende gespecialiseerde ggz voor de veteranen bij het LZV. Zij vragen of ik eventueel bereid ben de NZa te vragen aanvullende maatregelen te nemen indien de beschikbaarheid van de veteranenzorg van bij het LZV aangesloten gespecialiseerde ggz-instellingen in gevaar komt? Zo nee, waarom niet?

Het overleg tussen ZN en het LZV is nog gaande. Ik acht het van groot belang dat ook voor veteranen passende ggz-zorg beschikbaar blijft. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht jegens hun verzekerden, ook als het gaat om complexe ggz-zorgvragen van veteranen. Ik verwacht van de zorgverzekeraars dat zij uitvoering geven aan deze wettelijke plicht en dus ook zorg inkopen voor mensen die zeer gespecialiseerde zorg nodig hebben. De NZa ziet toe op de naleving van de zorgplicht. Haar toezichtsinstrumentarium biedt daarbij voldoende waarborgen. Ik verwacht niet dat het nodig zal zijn om de NZa te vragen om aanvullende maatregelen te treffen.

Genoemde leden vragen of ik daarnaast overweeg om het instrument beschikbaarheidsbijdrage in te zetten als het gaat om het borgen van de beschikbaarheid van gespecialiseerde ggz binnen het LZV, en zo nee, waarom niet. Verder vragen zij of ik bereid ben om de NZa een advies uit te laten brengen over de hoogte van een dergelijke beschikbaarheidsbijdrage, zodat deze afdoende is om in 2015 en de daaropvolgende jaren de activiteiten ten behoeve van deelname aan het LZV te behouden, en zo nee, waarom niet.

Ik heb op dit moment geen aanleiding om inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage te overwegen, of de NZa te laten onderzoeken wat de hoogte van een dergelijke beschikbaarheidsbijdrage zou moeten zijn. Veteranen met ggz-problematiek zijn zeker niet de enige patiëntengroep in de ggz voor wie zorg met een specialistische karakter passend kan zijn. De gespecialiseerde ggz voor veteranen kan, net als de overige (zeer) gespecialiseerde ggz-zorg, op basis van de dbc-ggz systematiek bekostigd worden. Indien het reguliere maximumtarief voor deze zorg niet zou voldoen, kunnen aanbieders en zorgverzekeraars afspreken om gebruik te maken van de ruimte die het max-max tarief biedt. Ik heb geen aanwijzingen dat die ruimte juist in het geval van de gespecialiseerde zorg voor veteranen onvoldoende zou zijn. Mocht blijken dat de beschikbaarheid van gespecialiseerde ggz-zorg voor veteranen om welke reden dan ook toch in gevaar zou komen, dan zijn zoals aangegeven de zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht als eerste aan zet.

In de overwegingen van de NZa om te adviseren het bijzonder transitie-model af te bouwen, lezen de leden van de CDA-fractie dat de mogelijkheden die de huidige regelgeving biedt onvoldoende worden gebruikt. Het gaat daarbij om de mogelijkheid voor zorgaanbieder en zorgverzekeraar om in een contract prijzen tot 10% boven het maximumtarief af te spreken (het max-max tarief). Genoemde leden vragen in hoeverre ik mogelijkheden zie om voor (de civiele instellingen in) het LZV een vergelijkbare maatregel met zorgverzekeraars te treffen.

Voor zover de instellingen die zijn aangesloten bij het LZV gespecialiseerde ggz-zorg leveren, geldt voor hen dezelfde tariefstructuur als voor andere ggz-instellingen. Dat wil zeggen dat ook zij de mogelijkheid hebben om met zorgverzekeraars in de contractering een prijs tot 10% boven het maximum-tarief af te spreken voor (een deel van) de door hen geleverde zorg. Of van die mogelijkheid gebruik wordt gemaakt is afhankelijk van de inkooponderhandelingen tussen aanbieder en verzekeraar.