

Vergaderjaar 2012–2013

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 201

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 1 maart 2013

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 25 februari 2013 inzake de contractonderhandelingen ggz-sector (Kamerstuk 25 424, nr. 198).

De op 27 februari 2013 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 28 februari 2013 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de minister	5

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben nog enkele vragen aan de minister.

Voor de leden van de fractie van de PvdA staat goede, toegankelijke, veilige en beschikbare zorg centraal. Daarom maken deze leden zich zorgen dat de onderhandelingsconflicten negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. Genoemde leden vragen de minister welke concrete gevolgen al zichtbaar zijn of worden ten aanzien van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Hoe kan worden voorkomen dat patiënten hiervan de dupe worden?

De leden van de fractie van de PvdA vragen de minister welke concrete signalen zij heeft ontvangen van ggz-aanbieders die van zorgverzekeraars contracten ontvangen op de nullijn of met een kleiner budget. Welke aanbieders en zorgverzekeraars zijn hierbij betrokken? Klopt het dat de onderhandelingen nog gaande zijn?

De leden van de PvdA-fractie hechten belang aan het bestuurlijk akkoord dat is gesloten tussen VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), zodat de zorg ook op langere termijn beschikbaar blijft voor de patiënt. Deze leden vragen de minister in hoeverre dit akkoord wordt nageleefd en de budgettaire afspraken uit het hoofdlijnenakkoord worden nagekomen.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met onvrede kennisgenomen van de reactie van de minister op de contractonderhandelingen in de ggz-sector. Zij begrijpen niet waarom de minister wegstijgt bij de vastlopende onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ggz-instellingen. Erkent de minister haar medeondertekening van het convenant met deze sector en de zorgverzekeraars?

De leden van de SP-fractie constateren dat zorgverzekeraars aangeven dat zij voor de zekerheid onder de afgesproken 2,5% groeiruimte afspraken maken. Hoeveel ggz-instellingen krijgen deze wel? Was de minister ervan op de hoogte dat zorgverzekeraars de groeiruimte niet maximaal uitkeren? Heeft zij hiervoor toestemming gegeven?

Genoemde leden constateren dat ggz-instellingen niet op een nullijn maar op een minlijn worden gezet. Zij worden in 2013 niet gecompenseerd voor de prijscompensatie. Zij hebben onvrede over het feit dat ggz-instellingen in 2013 geen prijscompensatie meer krijgen van 2,75%. Het is de vraag of zorgverzekeraars dit in 2014 wel of niet terugbetalen. De leden van de SP-fractie verzoeken de minister de prijscompensatie in 2013 uit te laten keren. Indien de minister dit niet beoogt, willen deze leden daar een uitgebreide reactie op ontvangen.

De leden van de SP-fractie willen weten wat de minlijn voor de ggz-sector inhoudt. Kan de minister aangeven welke ggz-instellingen wel mogen groeien en welke ggz-instellingen niet? Gaat het alleen om grote ggz-instellingen of worden de kleine ggz-instellingen op de minlijn geplaatst? Voorts willen deze leden weten of er bepaalde regio's zijn waarin ggz-instellingen niet meer mogen groeien.

Genoemde leden maken zich grote zorgen, omdat ggz-instellingen in de problemen raken, waardoor de zorg voor 85.000 patiënten dreigt te verdwijnen. Is de minister het eens met de leden van de SP-fractie dat de zorgverzekeraars met deze opstelling geen enkel oog meer hebben voor de patiënt? Hoe heeft de verzekerde zich voor kunnen bereiden – bij zijn keuze voor de zorgverzekeraar – op deze instelling van hun verzekeraar?

De minister geeft in haar brief aan dat zorgaanbieders een maximale inspanningsverplichting op zich genomen hebben om binnen het kader zorg te bieden, zonder dat er wachtlijsten ontstaan. Kunnen zorgaanbieders dit wel waarmaken, nu zij op de minlijn worden gezet, zo vragen de leden van de SP-fractie. Gaan de zorgverzekeraars besluiten waar patiënten zorg kunnen krijgen? Vindt de minister dit in het belang van de patiënt? Voorts willen genoemde leden weten wat de wachtlijsten momenteel zijn in de ggz-sector, voor het aantal wachtenden, welke grondslagen er zijn en in welke regio's wachtlijsten zijn.

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de consequenties voor de patiënten, maar ook voor het personeel. Hoeveel extra ontslagen in tijden van deze crisis vindt de minister wenselijk?

Tot slot willen de leden van de SP-fractie weten met welke redenen de minister de macht aan de zorgverzekeraars geeft om te bepalen hoe de ggz-sector georganiseerd wordt. Tevens willen zij weten hoe de zorgkantoren omgaan met de inkoop in de AWBZ en hoe het nu geregeld is met de inkoop van kleine zorgaanbieders en zelfstandigen.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie maken zich grote zorgen over het feit dat de contractonderhandelingen tussen de ggz-instellingen en de zorgverzekeraars dreigen te mislukken, omdat het onwaarschijnlijk lijkt dat met het oog op de onderhandelingsdeadline van 1 maart 2013 een akkoord wordt bereikt. Daarmee dreigt tevens het «Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014» te mislukken. Deze leden vragen de minister daarom als initiatiefnemer van het bestuurlijk akkoord in te grijpen, om te voorkomen dat patiënten op wachtlijsten terechtkomen, personeel ontslagen wordt en de beoogde kostenbeheersing tot 2,5% groei per jaar niet wordt gehaald.

De leden van de D66-fractie stellen op basis van haar brief van 25 februari vast dat volgens de minister in het bestuurlijk akkoord € 4,153 miljard beschikbaar is gesteld voor de curatieve ggz in 2013. Dat is inclusief de in het bestuurlijk akkoord overeengekomen groei van 2,5% ten opzichte van 2012. Naar de mening van genoemde leden wijst de minister er terecht op dat de procentuele groei per zorgaanbieder kan afwijken van de 2,5% zoals genoemd in het bestuurlijk akkoord. Deze leden zijn het tevens met haar eens dat er geen taak voor de minister is weggelegd in de individuele onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ggz-instellingen met betrekking tot het toekennen van de groeiruimte van de betreffende instellingen.

Echter, in hetzelfde antwoord van de minister verwijst zij naar een loon- en prijsbijstelling van (geraamd) 2,75% ter grootte van € 4,267 miljard -/- € 4,153 miljard is € 114 miljoen. Het toekennen van deze middelen is gebaseerd op het convenant over de nieuwe aanpak voor de bepaling van de overheidsbijdrage in de arbeidsontwikkeling (OVA) voor het VWS-veld (1999). De leden van de D66-fractie constateren dat het OVA-convenant nog steeds van kracht is, getuige de brief van de minister: zij benoemt namelijk in een voetnoot de loon- en prijsbijstelling van indicatief 2,75%.

De leden van de D66-fractie herinneren de minister aan haar medeverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het OVA-convenant uit 1999. Tegelijkertijd constateren deze leden dat de zorgverzekeraars menen dat de middelen, bedoeld voor loon- en prijsbijstellingen, achtergehouden kunnen worden voor vermeende overschrijdingen. Genoemde leden hebben de indruk dat de zorgverzekeraars zich hierdoor middelen toe-eigenen, waar zij geen recht op hebben. Zij vragen de minister daarop te reageren. Klopt het dat de zorgverzekeraars hier uitsluitend een kassiersfunctie hebben en dat deze middelen niet aangewend kunnen worden voor het maken van productieafspraken of het afdekken van overschrijdingen als gevolg van verkeerd inkoopbeleid?

De leden van de D66-fractie vragen of de minister de mening deelt dat het OVA-convenant uit 1999 over de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling nog steeds van kracht is. Deelt de minister voorts de mening dat in het bestuurlijk akkoord, wat zij zelf heeft geïnitieerd, onder «punt S» is afgesproken om voor 2013 en 2014 op een structurele jaarlijkse uitgaven-groei uit te komen van 2,5%, exclusief de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling? Stelt zij zich op het standpunt dat de zorgverzekeraars daarom gehouden zijn om de middelen voor loon- en prijsbijstelling integraal toe te kennen? Wil zij de zorgverzekeraars hierop aanspreken, wanneer dit onderdeel van het bestuurlijk akkoord / OVA-convenant niet wordt nageleefd? Hoe beschouwt de minister haar rol als initiatiefnemer van het bestuurlijk akkoord? Wat zijn volgens de minister de gevolgen als de onderhandelingen tussen de ggz-instellingen en de zorgverzekeraars voor de deadline van 1 maart mislukken? Hoe schat de minister de kans in dat bij het mislukken van de onderhandelingen de ggz-instellingen over zullen gaan tot het schrappen van ongeveer 4500 banen en dat de wachtlijsten voor patiënten zullen oplopen, omdat er zo'n 100.000 patiënten minder behandeld kunnen worden? Wil zij alles bewerkstelligen om dit te voorkomen?

De leden van de D66-fractie roepen de minister op om haar verantwoordelijkheid te nemen en de dreigende patstelling in de contractonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ggz-instellingen vlot te trekken.

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben de reactie van de minister gelezen op de signalen uit het ggz-veld over de contractonderhandelingen tussen ggz-instellingen en zorgverzekeraars. Deze leden vragen gezien de korte reactie of de urgentie van de situatie wordt onderkend. Hoe komt het dat de onderhandelingen tussen de ggz-instellingen met de zorgverzekeraars zo moeizaam verlopen? Op welke wijze voelt de minister zich verantwoordelijk voor de wijze waarop onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars verlopen? Ziet de minister in dat de tijd dringt? Voor 1 maart moeten er immers productieafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden ingediend. Wat gebeurt er als er geen afspraken zijn gemaakt voor 1 maart?

Zorgverzekeraars geven aan dat wanneer de onvoorziene kosten meevallen er ruimte komt voor aanvullende afspraken. Op welke termijn

is er duidelijkheid over de mogelijke overschrijdingen of meevallers inzake de declaraties over 2012?

II. REACTIE VAN DE MINISTER

De leden van de PvdA-fractie maken zich zorgen dat de onderhandelingsconflicten in de ggz negatieve gevolgen zullen hebben voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. Zij vragen mij welke concrete gevolgen al zichtbaar zijn of worden ten aanzien van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Hoe kan worden voorkomen dat patiënten hiervan de dupe worden?

Ik zie en verwacht geen negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. De partijen die het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014 hebben ondertekend, onderschrijven het akkoord nog steeds en onderschrijven daarmee dus ook dat het daar afgesproken beschikbare macrobudgettaire kader voldoende is om de benodigde ggz op een adequate wijze te leveren. De zorgplicht van verzekeraars maakt dat verzekeraars verplicht zijn ook voldoende zorg in te kopen. De NZa houdt daar toezicht op. Ook van GGZ Nederland heb ik begrepen dat de patiëntenzorg niet in gevaar komt. Door mijn ministerie wordt regelmatig bestuurlijk overleg gevoerd met de ondertekenende partijen, waarbij eventuele knelpunten in de uitwerking van het Bestuurlijk Akkoord worden besproken.

De leden van de fractie van de PvdA vragen mij welke concrete signalen ik heb ontvangen van ggz-aanbieders die van zorgverzekeraars contracten ontvangen op de nullijn of met een kleiner budget. Zij vragen mij welke aanbieders en zorgverzekeraars hierbij zijn betrokken en of het klopt dat de onderhandelingen nog gaande zijn.

Ik heb geen totaaloverzicht van aanbieders met wie verzekeraars een nullijn of negatieve groei willen afspreken. De onderhandelingen zijn nog gaande. GGZ Nederland heeft het signaal afgegeven dat dit breed in de sector speelt. De NZa heeft van enkele instellingen begrepen dat zij van mening zijn dat de inzet van zorgverzekeraars bij de onderhandelingen te scherp is tegen de achtergrond van de bestuurlijke afspraken.

De leden van de PvdA-fractie vragen mij in hoeverre het Bestuurlijk Akkoord wordt nageleefd en of de budgettaire afspraken uit het hoofdlijnenakkoord worden nagekomen.

Het macrobudgettaire kader dat in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst Ggz 2013–2014 is afgesproken is een kader voor de *maximum* uitgavenontwikkeling. Omdat de uitgavenontwikkeling over 2012 nog onzeker is, hebben sommige verzekeraars ervoor gekozen om bij hun zorginkoop vooralsnog gemiddeld voor 2013 de nullijn te hanteren en dus uit te gaan van uitgaven over 2012 met 0% groei (omdat bij uitgaan van 2,5% uitgaven-groei een eventuele overschrijding in 2012 door zou kunnen werken naar 2013 en dat is ongewenst). Verzekeraars sluiten niet uit dat er later in het jaar nog ruimte komt voor aanvullende afspraken. Het afgesproken macrobudgettaire kader blijft daarbij onverminderd van kracht. Verzekeraars zijn vrij om bij hun zorginkoop de bovengenoemde insteek te kiezen, mits zij kunnen blijven voldoen aan hun zorgplicht. Daarnaast betekent het feit dat het makro kader 2013 2,5% hoger ligt dan het makro kader 2012, niet dat elke individuele aanbieder 2,5% groei geboden moet worden. Sommige aanbieders kunnen wellicht harder groeien dan 2,5%, andere krijgen wellicht 0% groei en weer andere aanbieders krijgen wellicht een negatieve groei.

De leden van de SP-fractie begrijpen niet waarom ik «wegkijk» bij de vastlopende onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ggz-instellingen en vragen of ik mijn medeondertekening van het convenant met deze sector en de zorgverzekeraars erken.

In het Bestuurlijk Akkoord zijn afspraken gemaakt over de macrouitgavenontwikkeling en de verbetering van de geestelijke gezondheidszorg door het organiseren van de zorg rondom de patiënt: meer zorg door de huisarts en zijn ondersteuner, meer zorg in de generalistische basis-ggz en minder zorg in de specialistische ggz. Meer ambulante zorg en minder intramurale zorg. En er zijn afspraken gemaakt over de ontwikkeling van richtlijnen en het vergroten van de transparantie van kwaliteit. De invulling van deze afspraken op microniveau is aan de betreffende partijen zelf. Het is niet mijn taak als minister om mij te mengen in de onderhandelingen tussen individuele verzekeraars en individuele ggz-instellingen.

De leden van de SP-fractie constateren dat zorgverzekeraars aangeven dat zij voor de zekerheid onder de afgesproken 2,5% groeiruimte afspraken maken. Zij vragen hoeveel ggz-instellingen deze wel krijgen. Ook vragen zij of ik ervan op de hoogte was dat zorgverzekeraars de groeiruimte niet maximaal uitkeren en of ik daarvoor toestemming heb gegeven.

De onderhandelingen in de sector zijn nog gaande, het is dus nog onbekend hoeveel instellingen een groeicontract hebben afgesproken en hoeveel niet.

Uit de insteek die verzekeraars op dit moment in de onderhandelingen kiezen, kan niet worden geconcludeerd dat de beschikbare macrobudgettaire ruimte niet geheel zal worden opgemaakt. Zoals al aangegeven in mijn antwoord op de laatste vraag van de PvdA-fractie hebben sommige verzekeraars ervoor gekozen om bij hun zorginkoop vooralsnog gemiddeld voor 2013 de nullijn te hanteren (en dus uit te gaan van het macrokader voor 2012 met 0% groei), omdat de uitgavenontwikkeling over 2012 nog onzeker is (en bij uitgaan van 2,5% uitgavengroei een eventuele overschrijding in 2012 door zou kunnen werken naar 2013). Zoals aangegeven in mijn antwoord op de laatste vraag van de PvdA-fractie zijn verzekeraars vrij om voor deze onderhandelingsinsteek te kiezen en hoeven zij daarvoor aan mij geen toestemming te vragen.

Volgens de leden van de SP-fractie worden ggz-instellingen in 2013 niet gecompenseerd voor de prijscompensatie. De leden van de SP-fractie verzoeken mij de prijscompensatie in 2013 uit te laten keren.

De prijzen van dbc's in de tweedelijns curatieve ggz zijn met de invoering van prestatiebekostiging met ingang van dit jaar onderhandelbaar geworden tot aan het door de NZa vastgestelde maximumtarief, dat jaarlijks wordt geïndexeerd. In de eerstelijns ggz zijn er vrije prijzen. Een indexering van de prijzen die de instelling feitelijk bij de verzekeraar kan declareren is daarmee dus geen vanzelfsprekendheid, maar een onderhandelingsresultaat.

De leden van de SP-fractie willen weten wat de minlijn voor de ggz-sector inhoudt.

Er is geen sprake van een «minlijn» voor de ggz-sector. Het macrokader dat in 2013 beschikbaar is voor de curatieve ggz is met 2,5% gegroeid (exclusief de loon- en prijsbijstelling) ten opzichte van het kader voor 2012. Voor 2013 komt dit neer op een macrokader van € 4,153 miljard (zie bladzijde 199 van de begroting). Inclusief een loon- en prijsbijstelling van

indicatief 2,75%, waar bij het afsluiten van het bestuurlijk akkoord vanuit werd gegaan, komt dit uit op € 4,267 miljard. Jaarlijks wordt bij Voorjaarsnota de werkelijke loon- en prijsontwikkeling bepaald.

De leden van de SP-fractie vragen mij welke ggz-instellingen wel mogen groeien en welke ggz-instellingen niet. Zij vragen of het alleen om grote ggz-instellingen gaat of ook om kleine ggz-instellingen. Voorts willen deze leden weten of er bepaalde regio's zijn waarin ggz-instellingen niet meer mogen groeien.

Welke ggz-instellingen mogen groeien en welke niet is niet aan mij om te bepalen. Verzekeraars zijn vrij om te bepalen bij welke zorgaanbieder zij ggz in kopen en bij welke niet. Ook zijn zij vrij om te bepalen bij welke zorgaanbieder zij meer zorg in willen inkopen dan vorig jaar en bij welke aanbieder even veel of minder dan vorig jaar. Zij zijn daarbij wel gehouden aan hun zorgplicht. De onderhandelingen in de ggz-sector zijn nog gaande en de uitkomsten van de onderhandelingen zijn dus nog niet bekend.

De genoemde leden van de SP-fractie maken zich grote zorgen, omdat ggz-instellingen in de problemen raken, waardoor volgens die leden de zorg voor 85.000 patiënten dreigt te verdwijnen. Zij vragen mij of ik het met hen eens ben dat de zorgverzekeraars met deze opstelling geen enkel oog meer hebben voor de patiënt en zij vragen hoe de verzekerde zich hierop heeft kunnen voorbereiden bij zijn keuze voor een zorgverzekeraar.

Ik zie geen dreiging voor de continuïteit van zorg van 85.000 patiënten. Verzekeraars zijn gehouden aan hun zorgplicht. Ik vind de opvatting van de leden van de SP-fractie dat verzekeraars geen oog meer zouden hebben voor de patiënt ongefundeerd.

De leden van de SP-fractie wijzen erop dat ik in mijn brief heb aangegeven, dat zorgaanbieders een maximale inspanningsverplichting op zich hebben genomen om binnen het kader zorg te bieden, zonder dat er wachtlijsten ontstaan. Kunnen zorgaanbieders dit wel waarmaken, nu zij op de minlijn worden gezet, zo vragen de leden van de SP-fractie.

Zoals hiervoor al toegelicht wordt de ggz-sector niet op de minlijn gezet.

De leden van de SP-fractie vragen mij of verzekeraars gaan besluiten waar patiënten zorg kunnen krijgen en of ik dit in het belang vind van de patiënt.

Binnen het huidige zorgstelsel is de verzekeraar een regierol toebedeeld. Hij moet namens zijn verzekerden zorg inkopen bij zorgaanbieders. Omdat verzekerden vrij zijn in het kiezen van hun verzekeraar en verzekeraars een acceptatieplicht kennen, ondervinden zij een prikkel om dit op een adequate wijze te doen en dus ook adequaat rekening te houden met de belangen van de patiënt.

De leden van de SP-fractie willen weten wat de wachtlijsten momenteel zijn in de ggz-sector, voor het aantal wachtenden, welke grondslagen er zijn en in welke regio's wachtlijsten zijn.

De meest actuele wachttijdgegevens zijn te vinden in de Marktscan ggz van de NZa (deze is gepubliceerd op de NZa-website). In de laatste Marktscan is te lezen dat in de eerstelijns psychologische zorg de cliënten in 2011 gemiddeld 21 dagen op hulp wachten, wat iets langer is dan de wachttijd in 2010, maar drie dagen korter dan in 2009. In de Marktscan is geen opsplitsing naar regio gepubliceerd.

Over de totale gemiddelde wachttijd in de ambulante tweedelijns curatieve ggz zijn in de laatste marktscan geen nieuwe gegevens beschikbaar ten opzichte van de gegevens die zijn opgenomen in de monitor ggz 2010 van de NZa. Hierin stond onder andere vermeld dat de gemiddelde wachttijd voor volwassenen in de ambulante tweedelijns ggz in 2010 voor zowel de aanmelding als voor de behandeling circa 4 ½ week was.

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de consequenties voor de patiënten, maar ook voor het personeel. Zij vragen hoeveel ontslagen ik in tijden van deze crisis wenselijk vind.

Omdat verzekeraars een zorgplicht hebben en dus voldoende zorg zullen moeten inkopen en er in het makrodoel voldoende middelen voor curatieve ggz beschikbaar zijn, verwacht ik niet dat de werkgelegenheid in de ggz zal afnemen.

Tot slot willen de leden van de SP-fractie weten met welke redenen de minister de macht aan de zorgverzekeraars geeft om te bepalen hoe de ggz-sector georganiseerd wordt. Tevens willen zij weten hoe de zorgkantoren omgaan met de inkoop in de AWBZ en hoe het nu geregeld is met de inkoop van kleine zorgaanbieders en zelfstandigen.

Verplichtingen en verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars zijn vastgelegd in onder meer de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg). In 2008 is de curatieve ggz overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Als gevolg van deze overheveling zijn zorgverzekeraars sinds 2008 verantwoordelijk voor de inkoop van curatieve ggz. Ook het zorgaanbod van kleine zorgaanbieders en zelfstandig behandelaars maakt deel uit van zorg die op de zorginkoopmarkt wordt gecontracteerd.

De AWBZ zorg wordt niet op deze manier gecontracteerd. De AWBZ-zorg wordt ingekocht door zorgkantoren. Nederland is verdeeld in 32 zorgkantoorregio's. Per regio is één zorgkantoor actief. Bij het zorgkantoor van de regio ligt de zorgplicht voor alle cliënten uit in deze regio. Zorgkantoren hebben geen contracterplicht. De zorgkantoren dienen met het totaal van de door hen ingekochte zorg binnen hun op regioniveau vastgestelde contracteerruimte te blijven. De financiële middelen binnen totale de contracteerruimte zijn gemaximeerd.

De leden van de D66-fractie maken zich grote zorgen over het feit dat de contractonderhandelingen tussen de ggz-instellingen en de zorgverzekeraars dreigen te mislukken, omdat het onwaarschijnlijk lijkt dat met het oog op de onderhandelingsdeadline van 1 maart 2013 een akkoord wordt bereikt. Volgens de leden van de D66-fractie dreigt daarmee tevens het «Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014» te mislukken. Deze leden vragen mij daarom als initiatiefnemer van het bestuurlijk akkoord in te grijpen, om te voorkomen dat patiënten op wachtlijsten terechtkomen, personeel ontslagen wordt en de beoogde kostenbeheersing tot 2,5% groei per jaar niet wordt gehaald.

De huidige knelpunten in de contractonderhandelingen geven geen aanleiding om te vrezen dat de continuïteit van zorg voor patiënten in gevaar komt, dat de werkgelegenheid in de ggz vermindert of dat de beoogde kostenbeheersing niet tot stand komt. De zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben gedurende het gehele jaar (ook na 1 maart) de mogelijkheid om (aanvullende) productieafspraken te maken, zowel in volume als in prijs, als zij dat nodig achten. Daarnaast wordt het Bestuurlijk Akkoord door alle ondertekenende partijen nog steeds onderschreven.

De deadline van 1 maart is alleen van belang in het kader van het zogenaamde transitie­model dat de NZa heeft vastgesteld in verband met de invoering van prestatie­bekostiging in de tweedelijns curatieve ggz. In het betreffende transitie­model wordt door de NZa eenmalig een zogenaamd «verreken­bedrag» vastgesteld voor de aanbieder, dat aan de aanbieder wordt uitgekeerd, of dat de aanbieder moet afstaan. Om dit adequaat vast te kunnen stellen moeten verzekeraars en aanbieders tijdig hun productieafspraken inleveren (waarbij 1 maart als deadline geldt). Als aanbieders voor 1 maart geen productieafspraken hebben kunnen maken met de verzekeraar, kunnen aanbieders echter ook een eenzijdige opgave indienen bij de NZa. Bij eenzijdige opgave verzoekt de NZa de representerende zorgverzekeraar om alsnog binnen vier weken tot overeenstemming te komen met de betreffende zorgaanbieder. Indien zorgaanbieder en -verzekeraar binnen deze vier weken geen overeenstemming bereiken, kan de representerende zorgverzekeraar zelf ook een eenzijdige opgave indienen. Op basis van de aangeleverde informatie stelt de NZa vervolgens het verreken­bedrag vast. Zowel aanbieder als verzekeraar heeft de mogelijkheid om tegen het besluit in bezwaar te gaan. Na vaststelling van het verreken­bedrag kan dit niet meer worden aangepast. De productieafspraken zelf kunnen evenwel naderhand nog worden gewijzigd, al naar gelang verzekeraars en aanbieders dit noodzakelijk of wenselijk achten.

De leden van de D66-fractie wijzen op mijn medeverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het OVA-convenant uit 1999. Zij vragen of ik de mening deel dat het OVA-convenant uit 1999 over de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling nog steeds van kracht is. Zij menen dat zorgverzekeraars de middelen, bedoeld voor loon- en prijsbijstellingen, achterhouden en hebben de indruk dat de zorgverzekeraars zich hierdoor middelen toe-eigenen, waar zij geen recht op hebben. Zij vragen mij hierop te reageren en vragen of het klopt dat de zorgverzekeraars hier uitsluitend een kassiersfunctie hebben en dat deze middelen niet aangewend kunnen worden voor het maken van productieafspraken of het afdekken van overschrijdingen als gevolg van verkeerd inkoop­beleid. Zij vragen mij of ik mij op het standpunt stel dat de zorgverzekeraars gehouden zijn om de middelen voor loon- en prijsbijstelling integraal toe te kennen, en of ik de zorgverzekeraars erop wil aanspreken, wanneer dit onderdeel van het bestuurlijk akkoord/ OVA-convenant niet wordt nageleefd. Zij vragen in dit verband hoe ik mijn rol beschouw als initiatiefnemer van het bestuurlijk akkoord.

In het ova-convenant tussen werkgevers in de zorg en VWS, is afgesproken dat jaarlijks de loonbijstelling wordt verwerkt in de budgetten en tarieven die door VWS dan wel door de intermediaire organen (als NZa, CVZ) worden vastgesteld. In de tweedelijns curatieve ggz stelt de NZa sinds dit jaar (2013) – in verband met de invoering van prestatie­bekostiging – alleen nog *maximumtarieven*¹ vast. Deze prijzen zijn daarom onderhandelbaar geworden tot aan het door de NZa vastgestelde maximumtarief. In de eerstelijns ggz zijn er vrije prijzen. Een indexering (met de ova) van de prijzen die de instelling feitelijk bij de verzekeraar kan declareren is daarmee dus geen vanzelfsprekendheid meer, maar een onderhandelingsresultaat.

¹ Preciezer geformuleerd gaat het om zogenaamde max-max tarieven. Bij een max-max tarief is er een standaardmaximum en een hoger maximum. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen onderling afspreken gebruik te maken van het hogere maximum wanneer zij het erover eens zijn dat in het betreffende geval het standaardmaximum tekort schiet. Dit betekent dat alleen gebruik gemaakt kan worden van het hogere maximum wanneer er sprake is van een contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

De leden van de D66-fractie vragen wat de gevolgen zijn als de onderhandelingen tussen de ggz-instellingen en de zorgverzekeraars voor de deadline van 1 maart mislukken. Zij vragen hoe groot ik de kans inschat dat bij het mislukken van de onderhandelingen de ggz-instellingen over zullen gaan tot het schrappen van ongeveer 4500 banen en dat de wachtlijsten voor patiënten zullen oplopen, omdat er zo'n 100000 patiënten minder behandeld kunnen worden.

Voor het antwoord op deze vraag, verwijs ik naar mijn antwoord op de eerste vraag van de D66-fractie. Gelet op dit antwoord, schat ik de door de D66-fractie genoemde risico's laag in.

De leden van de D66-fractie roepen mij op om de dreigende patstelling in de contractonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ggz-instellingen vlot te trekken.

Gelet op mijn beantwoording van de eerdere vragen zie ik daar geen aanleiding toe.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of ik de urgentie van de situatie onderken en wat er gebeurt als er geen afspraken worden gemaakt voor 1 maart.

Hiervoor verwijs ik naar het antwoord op de eerste vraag van de D66-fractie.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe het komt dat de onderhandelingen tussen de ggz-instellingen met de zorgverzekeraars zo moeizaam verlopen.

Op basis van signalen uit het ggz-veld, komt dit omdat sommige grote verzekeraars bij hun zorginkoop vooralsnog uitgaan van een budgettaire ruimte ter grootte van de uitgaven over 2012 met 0% groei (dit in verband met onzekerheid over de vraag of er in 2012 overschrijdingen hebben plaatsgevonden).

De ChristenUnie-fractie vraagt op welke wijze ik mij verantwoordelijk voel voor de wijze waarop onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars verlopen.

In het Bestuurlijk Akkoord heb ik op macroniveau afspraken gemaakt over onder andere de voor curatieve ggz beschikbare middelen. Door mijn ministerie wordt regelmatig bestuurlijk overleg gevoerd met de onderkenende partijen, waarbij eventuele knelpunten in de uitwerking van het Bestuurlijk Akkoord worden besproken.

De onderhandelingen op microniveau zijn primair een zaak tussen zorgaanbieders en verzekeraars. De NZa ziet erop toe dat verzekeraars zich houden aan hun zorgplicht. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van zorg. Verder toets ik na afloop van het jaar of de macro-uitgavenontwikkeling in de sector binnen de afgesproken kaders is gebleven. Als er lopende het jaar al signalen zijn dat het macrokader (dreigt) te worden overschreden dan spreek ik – conform de afspraken hierover in het Bestuurlijk Akkoord – verzekeraars en aanbieders daarop aan.

De leden van de ChristenUnie-fractie wijzen erop dat zorgverzekeraars aangeven dat wanneer de onvoorziene kosten meevallen er ruimte komt voor aanvullende afspraken. Op welke termijn is er duidelijkheid over de mogelijke overschrijdingen of meevallers inzake de declaraties over 2012?

Verzekeraars krijgen in de loop van het jaar steeds beter zicht op hun schadelast over het jaar 2012. Een generaal beeld van eventuele overschrijdingen in de curatieve ggz over 2012 ontstaat op zijn vroegst in oktober van dit jaar.