

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA Den Haag

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Ons kenmerk**  
1022640-155471-CZ

**Bijlage(n)**  
-

**Uw kenmerk**  
29248/ 25424 nr. 292

Datum 30 november 2016

Betreft Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) inzake Oplossing en voorhang  
bekostiging doven-ggz en afbouw transitierégime curatieve ggz voor zeer  
gespecialiseerde instellingen

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Geachte voorzitter,

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen aan mij voor te leggen over de brief van 13 juli 2016 (kamerstuk 25424 nummer 292) waarmee ik uw Kamer informeerde over de oplossingen die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevonden heeft voor de knelpunten met betrekking tot de bekostiging van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) aan doven en de afwezigheidsdagen.

Bijgaand treft u de vragen en opmerkingen vanuit de fracties aan, met aansluitend daarop mijn reactie per fractie. Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

**29 248 Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**25 424 Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr.**

**INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld -----

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 13 juli 2016 inzake Oplossing en voorhang bekostiging doven-ggz en afbouw transitieregime curatieve geestelijke gezondheidszorg (cggz) voor zeer gespecialiseerde instellingen (Kamerstuk 29 248 / 25 424, nr. 292).

De op 22 september 2016 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van ----- toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,  
Clemens

## **Inhoudsopgave blz.**

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

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

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

De leden van de VVD-fractie hebben met veel interesse kennisgenomen van de voorhang bekostiging doven-ggz en afbouw voor zeer gespecialiseerde instellingen. Deze leden zijn van mening dat iedereen de passende zorg moet kunnen krijgen die hij of zij nodig heeft. Ook als het gaat om zeer specifieke groepen, zoals cliënten in zeer gespecialiseerde ggz-instellingen. Deze leden zijn daarom positief dat naar passende oplossingen is gezocht om de continuïteit van deze zorg ook in 2017 en verdere jaren te borgen.

Eén van de oplossingen is het voortzetten van het transitieregime voor 2017 voor de bekostiging van de doven-ggz. De leden van de VVD-fractie steunen de oplossing dat de desbetreffende instellingen voldoende gelegenheid hebben om de bedrijfsvoering aan te passen aan de veranderende bekostiging. Deze leden vragen de minister welke overwegingen het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ heeft gehad om negatief te adviseren voor opname op de DBC-beroepentabel. Kan de minister toelichten waarom het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ negatief heeft geoordeeld? Op basis van welke criteria heeft het dit gedaan? Zal de toeslag voldoende toereikend zijn om de continuïteit van deze zorg te borgen?

Uit de brief van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt onder meer dat er nog een aantal resterende knelpunten is binnen de Zorgverzekeringswet waar het gaat om de verdiscontering van afwezigheid tijdens het klinisch verblijf. Hoe zullen deze laatste knelpunten worden weggenomen in de verdere afbouw? Heeft de minister aanwijzingen dat de instellingen samen met zorgverzekeraars inderdaad voldoende ruimte vinden binnen de tarieven? Wordt dit ook meegenomen in de monitor van de NZa in november? Blijft de NZa ook na november nog monitoren? Kan de Kamer blijvend worden geïnformeerd, indien blijkt dat zorgverzekeraars en de instellingen te weinig gebruik blijven maken van het max-max tarief en daarmee mogelijk de continuïteit onder druk komt te staan?

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

De leden van de fractie van de PvdA hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de minister waarin oplossingen worden geschetst die de NZa ziet voor knelpunten met de bekostiging van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg aan doven en de afwezigheidsdagen. De minister stelt dat met deze oplossingen het merendeel van het transitieregime curatieve geestelijke gezondheidszorg voor zeer gespecialiseerde ggz-instellingen kan worden afgebouwd, waardoor ook deze sector voor het grote deel overgaat op prestatiebekostiging. Genoemde leden hebben daarover nog een aantal vragen en stellen als uitgangspunt dat de doven-ggz toegankelijk moet zijn voor patiënten die hierop aangewezen zijn en dat

aanbieders van deze zeer gespecialiseerde zorg een eerlijk, kostendekkend tarief moeten krijgen voor geleverde zorg.

De minister neemt het advies van de NZa over, die stelt dat problematiek met afwezigheidsdagen in de zeer gespecialiseerde curatieve ggz niet meer speelt omdat afwezigheidsdagen kunnen worden opgevangen binnen de bandbreedte van de tarieven. De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre aanbieders van zeer gespecialiseerde curatieve ggz zich hierin kunnen vinden. Zijn zij het eens met deze constatering van de NZa of menen sommige aanbieders dat er nog steeds redenen zijn om het transitieregime niet verder af te bouwen? Zo ja, welke redenen voeren zij aan? In hoeverre denken zij uit te kunnen komen met de huidige bandbreedte van tarieven? Kan de minister een overzicht geven van deze bandbreedte met betrekking tot zeer gespecialiseerde curatieve ggz en daarbij aangeven waar in die bandbreedte het meest gecontracteerd wordt? Genoemde leden willen voorkomen dat de bandbreedte weliswaar genoeg ruimte biedt om te compenseren voor afwezigheidsdagen voor aanbieders die tarieven hebben afgesproken aan de hoge kant van de bandbreedte, maar aanbieders die tarieven hebben afgesproken aan de lage kant van de bandbreedte in de problemen kunnen komen. Graag ontvangen deze leden een toelichting van de minister. Ook vragen genoemde leden in hoeverre de afwezigheidsdagen voor problemen zorgen in de bekostiging in de jeugd-ggz. Zo ja, hoe gaat de minister dit oplossen? Zo nee, waaruit blijkt dat?

De leden van de fractie van de PvdA waren de afgelopen twee jaar tevreden met het transitieregime voor de bekostiging van de doven-ggz omdat de toenmalige prestatiebekostiging niet toereikend was. Deze leden benadrukken het belang van goede communicatie tussen een dove ggz-patiënt en zijn/haar behandelaar. Destijds kon de gebarentolk of communicatiedeskundige niet tijdschrijven voor geleverde zorg, waardoor deze zorg niet declarabel was. Daarnaast kon het voorkomen dat behandelaars minder productief waren door de communicatieproblemen met de patiënt waardoor gangbare tarieven niet kostendekkend waren. De minister neemt het advies van de NZa over en komt met een toeslag voor het gebruik van een gebarentolk of communicatiedeskundige, bovenop het reguliere tarief. Genoemde leden vinden dit een positieve ontwikkeling, maar vinden het belangrijk dat deze oplossing de problemen voor de bekostiging van de doven-ggz definitief oplost en hebben daarover nog enkele vragen. Wat is het maximumtarief dat de NZa vaststelt voor de deelprestatie Toeslag inzet gebarentolk/communicatiedeskundige? Waaruit blijkt dat dit tarief kostendekkend is? In hoeverre zijn aanbieders van doven-ggz van mening dat de oplossing van de minister toereikend is? Zo ja, op welke wijze zijn zij geconsulteerd? Zo nee, op welke belemmeringen wijzen zij? In hoeverre zijn zorgverzekeraars verplicht om dit deeltarief te contracteren bij aanbieders van doven-ggz? Geldt dit ook voor de 'gemixte' aanbieders die naast reguliere ggz ook doven-ggz aanbieden? Genoemde leden zien graag dat de minister de NZa vraagt om komend jaar goed toezicht te houden op de contractering van doven-ggz, zodat er voldoende zorg beschikbaar is en aanbieders deze zorg tegen een kostendekkend tarief kunnen leveren. Wil de minister dat toezeggen?

Tot slot zijn de leden van de PvdA-fractie verheugd dat de minister het transitieregime voor de verminderde productiviteit nog doorzet tot 2018, in ieder geval tot uit onderzoek blijkt hoe groot de verminderde productiviteit in de doven-ggz is. Mocht uit onderzoek blijken dat de doven-ggz inderdaad te maken heeft

met een verminderde productiviteit ten gevolge van communicatieproblemen met de patiënt, dan gaan genoemde leden ervan uit dat de minister met een passende oplossing komt.

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

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de oplossing en voorhang bekostiging doven-ggz en afbouw transitierégime curatieve geestelijke gezondheidszorg voor zeer gespecialiseerde instellingen. Deze leden constateren dat de NZa eerder onderzoek heeft gedaan naar de overgang op prestatiebekostiging voor zeer gespecialiseerde gebudgetteerde ggz-instellingen. Kan de minister aangeven wat de resultaten hiervan zijn?

#### **Afwezigheidsdagen**

De leden van de SP-fractie willen weten hoe het komt dat voor een aantal instellingen de verdiscontering van afwezigheid in het DBC-tarief niet toereikend was. Welke problemen vloeiden hieruit voort en welke instellingen betrof dit? Op welke wijze is ondervangen dat de eerder geconstateerde problemen bij prestatiebekostiging niet zullen optreden? Heeft de minister garanties van de zorgverzekeraars dat de bekostiging van deze zeer gespecialiseerde instellingen niet zal leiden tot problemen in de continuïteit van zorg voor patiënten en/of het voortbestaan van deze instellingen?

#### **Doven-ggz**

De leden van de SP-fractie zijn tevreden dat de bekostiging voor de tolk gebarentaal en de communicatiedeskundige niet opgenomen wordt in de DBC-systematiek. Hoe is de hoogte van de toeslag berekend die nu ingezet gaat worden?

Met welke redenen kan de lagere productiviteit van overige behandelaren niet worden aangetoond? Hoe kan dit opgelost worden door te onderhandelen met de zorgverzekeraar? De leden van de SP-fractie zijn bezorgd dat zorgverzekeraars gaan sturen op financiële risico's en daardoor onvoldoende zorg inkopen voor mensen die dat nodig hebben. Kan de minister nader toelichten hoe dit voorkomen wordt?

#### **Monitoring**

De leden van de SP-fractie vragen de minister naar haar visie op de DBC-bekostiging voor de zeer gespecialiseerde instellingen in de ggz. Zij vragen de minister nauwkeurig en cijfermatig te onderbouwen wat er in de ggz is terechtgekomen van transparantie, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Welke lessen heeft de minister uit het eerdere DBC-fiasco geleerd?

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

Hieronder reageer ik op de vragen vanuit de verschillende fracties.

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

1. De leden van de VVD vragen of de minister kan toelichten waarom het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ negatief heeft geoordeeld over de opname van de doventolk op de beroepentabel. Op basis van welke criteria heeft het dit gedaan?

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ heeft de verschillende verzoeken voor plaatsing op de DBC-beroepentabel getoetst aan de hand van enkele voorwaarden, zoals: is het een BIG-geregistreerd beroep, voegt de beroepsgroep iets toe dat van belang is voor patiënten en naastbetrokkenen en behoort het beroep tot de categorie 'ondersteunende beroepen' of is het een beroep dat 'zelfstandig patiëntgebonden activiteiten en verrichtingen uitvoert'. Ten aanzien van de doventolk en communicatiedeskundige heeft het Netwerk geadviseerd deze niet op de DBC-beroepentabel op te nemen, omdat ze passen in de categorie ondersteunende beroepen. Het Netwerk heeft daarbij aangegeven dat het voorheen, ten tijde van de budgettering, bestaande toeslagsysteem voor doventolk en communicatiedeskundigen meer in overeenstemming is met de functie die de beide beroepen innemen.

2. De leden van de VVD vragen ook of de toeslag voldoende toereikend zal zijn om de continuïteit van deze zorg te borgen?

De NZa heeft een nieuwe toeslag voor de tolk gebarentaal/communicatiespecialist ontwikkeld. De NZa heeft deze deelprestatie gebaseerd op de inzet van een tolk gebarentaal en communicatiespecialist die direct verband houdt met de kosten van zorg aan deze doelgroep. De zorgverzekeraar zal deze zorg inkopen om aan zijn zorgplicht te voldoen. De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet door zorgverzekeraars, waaronder het naleven van de zorgplicht.

3. Uit de brief van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt onder meer dat er nog een aantal resterende knelpunten is binnen de Zorgverzekeringswet waar het gaat om de verdiscontering van afwezigheid tijdens het klinisch verblijf. De leden van de VVD vragen hoe deze laatste knelpunten worden weggenomen in de verdere afbouw?

De NZa heeft na de constatering dat een aantal zorgaanbieders nog problemen ondervond nader onderzoek gedaan naar de bandbreedte binnen de dbc-tarieven bij de betreffende zorgaanbieders om de resterende problematiek te dekken. Uit het onderzoek is gebleken dat bij deze zorgaanbieders nog voldoende onderhandelingsruimte binnen de tarieven is om met verzekeraars tot een passende oplossing te komen.

4. De leden van de VVD vragen of de minister aanwijzingen heeft dat de instellingen samen met zorgverzekeraars inderdaad voldoende ruimte vinden binnen de tarieven?

Binnen de bekostiging van gespecialiseerde ggz heeft de NZa een nieuwe "overige deelprestatie" ontwikkeld. De NZa heeft deze deelprestatie gebaseerd op de inzet van een tolk gebarentaal en communicatiespecialist die direct verband houdt met de kosten van zorg aan deze doelgroep. De NZa gaat ervan uit dat deze oplossing voldoende ruimte biedt voor verzekeraars en zorgaanbieders om tot goede afspraken te komen.

5. De leden van de VVD vragen tot slot of dit ook meegenomen wordt in de monitor van de NZa in november, en of de NZa ook na november blijft monitoren? Kan de Kamer blijvend worden geïnformeerd, indien blijkt dat zorgverzekeraars en de instellingen te weinig gebruik blijven maken van het max-max tarief en daarmee mogelijk de continuïteit onder druk komt te staan?

Ik heb de NZa gevraagd de afbouw van het transitieregime te monitoren, inclusief de afzonderlijke onderdelen zoals de afwezigheidsdagen en doven-ggz. De looptijd van de monitoring strekt zich uit voor de duur van de voorgenomen afbouw, dat wil zeggen tot en met 2017. Daarna zal het deel uitmaken van het reguliere toezicht van de NZa. Er is een wettelijke zorgplicht voor zorgverzekeraars. De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars deze zorgplicht nakomen. Hierover rapporteert de NZa jaarlijks in het Samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zvw. Ik stuur dit rapport vergezeld van een beleidsmatige reactie naar uw Kamer toe.

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

6. De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre aanbieders van zeer gespecialiseerde curatieve ggz zich kunnen vinden in het feit dat de minister het advies van de NZa overneemt, die stelt dat problematiek met afwezigheidsdagen in de zeer gespecialiseerde curatieve ggz niet meer speelt omdat afwezigheidsdagen kunnen worden opgevangen binnen de bandbreedte van de tarieven. Zijn zij het eens met deze constatering van de NZa of menen sommige aanbieders dat er nog steeds redenen zijn om het transitieregime niet verder af te bouwen? Zo ja, welke redenen voeren zij aan? In hoeverre denken zij uit te kunnen komen met de huidige bandbreedte van tarieven?

De NZa heeft aangegeven bij de vaststelling van de release 2017 geen signalen van aanbieders van zeer gespecialiseerde curatieve ggz te hebben ontvangen dat er nog een knelpunt bestaat met betrekking tot afwezigheidsdagen in het kader van de behandeling.

De problematiek met afwezigheidsdagen speelde vooral bij instellingen met veel jeugd of jongvolwassenen. Het is dan ook niet een specifiek probleem bij alleen de instellingen uit het verlengde transitie-model.

7. De leden van de PvdA vragen of de minister een overzicht kan geven van deze bandbreedte met betrekking tot zeer gespecialiseerde curatieve ggz en daarbij aangeven waar in die bandbreedte het meest gecontracteerd wordt?

Deze gehele bandbreedte kan door aanbieders en verzekeraars benut worden. De zeer gespecialiseerde ggz wordt bekostigd via ggz-dbc's. Voor elke DBC is door de NZa een maximumtarief vastgelegd, met daarnaast nog de mogelijkheid tot het in rekening brengen van toeslagen in specifieke gevallen, zoals de toeslag voor de tolk gebarentaal/communicatiespecialist. De

maximumtarieven zijn te vinden in de tariefbeschikkingen van de NZa.<sup>1</sup> Daarnaast kunnen zorgaanbieders afspraken maken met zorgverzekeraars over max-max tarieven. Ik verwijs u hiervoor naar de door de NZa uitgebrachte marktscan ggz 2015 deel A die ik u met brief van 25 mei 2016 heb toegezonden<sup>2</sup>. De NZa zal voor het eind van het jaar de nieuwe monitor uitbrengen voor wat betreft de toepassing van de max-max tarieven bij deze instellingen over meer recente jaren dan in de marktscan 2015 is beschreven. Deze monitor zal ik uw Kamer te zijner tijd toesturen.

8. De leden van de PvdA willen voorkomen dat de bandbreedte weliswaar genoeg ruimte biedt om te compenseren voor afwezigheidsdagen voor aanbieders die tarieven hebben afgesproken aan de hoge kant van de bandbreedte, maar aanbieders die tarieven hebben afgesproken aan de lage kant van de bandbreedte in de problemen kunnen komen. Graag ontvangen deze leden een toelichting van de minister.

Tijdens de monitoring van het verlengde transitie-model heeft een aantal zorgaanbieders aangegeven dat een deel van het probleem binnen de Zvw nog resteerde. De NZa heeft op basis van dit signaal van deze zorgaanbieders nog nader onderzoek gedaan naar de bandbreedte binnen de dbc-tarieven bij de betreffende zorgaanbieders om de resterende problematiek te dekken. Uit het onderzoek is gebleken dat bij deze zorgaanbieders nog voldoende onderhandelingsruimte is om met verzekeraars over de tarieven tot een passende oplossing te komen. De zorgverzekeraars hebben ook een rol in deze. Zij hebben zorgplicht en dienen voldoende zorg in te kopen voor hun verzekerden of zorg te vergoeden als verzekerden daar recht op hebben. De NZa ziet hierop toe.

9. Ook vragen genoemde leden in hoeverre de afwezigheidsdagen voor problemen zorgen in de bekostiging in de jeugd-ggz. Zo ja, hoe gaat de minister dit oplossen? Zo nee, waaruit blijkt dat?

De jeugd-ggz is met ingang van 1 januari 2015 overgegaan naar het gemeentelijk domein, naar de Jeugdwet. De gemeente heeft een jeugdhulpplicht, en moet dus voldoende passende zorg tegen passende tarieven contracteren. De wijze van inkoop varieert van inspanningsgericht (prijs per product) naar outcomegericht (trajectfinanciering) tot taakgericht (populatiebekostiging met resultaatafspraken). Verder komt er in 2017 een einde aan de dbc-financiering. De gemeenten en aanbieders onderhandelen nu over uurtarieven. Het is verder niet aan mij hierover een uitspraak te doen.

10. De leden van de PvdA vragen wat het maximumtarief is dat de NZa vaststelt voor de deelprestatie toeslag inzet gebarentolk/communicatiedeskundige?

Ik verwijs u hiervoor naar de tariefsbeschikking gespecialiseerde Geestelijke gezondheidszorg die de NZa met brief van 14 juli 2016 met kenmerk TB/REG-17600-02 heeft vastgesteld.

---

<sup>1</sup> Voor 2017:

[https://www.nza.nl/1048076/1048144/TB\\_REG\\_17600\\_02\\_Gespecialiseerde\\_ggz\\_2017.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048144/TB_REG_17600_02_Gespecialiseerde_ggz_2017.pdf)

<sup>2</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 315



11. De leden van de PvdA-fractie vragen waaruit blijkt dat het tarief voor de deelprestatie toeslag inzet gebarentolk/communicatiedeskundige kostendekkend is.

Conform het advies van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz heeft de NZa de toeslag voor de inzet van de tolk gebarentaal of communicatiespecialist ontwikkeld. De NZa stelt tarieven vast conform haar beleidsregel "Tariefprincipes in de curatieve zorg"<sup>3</sup>. De tarieven die de NZa heeft vastgesteld op basis van een kostenonderzoek, dienen redelijkerwijs kostendekkend te zijn en dus moet het tarief de zorgaanbieder redelijkerwijs in staat stellen om de zorg kostendekkend te leveren. Ook voor deze toeslag heeft de NZa deze principes gevolgd. De tarieven voor 2017 zullen nog worden herijkt.

12. De leden van de PvdA vragen in hoeverre aanbieders van doven-ggz van mening zijn dat de oplossing van de minister toereikend is? Zo ja, op welke wijze zijn zij geconsulteerd? Zo nee, op welke belemmeringen wijzen zij?

De toeslag is in nauwe samenwerking met betrokkenen vastgesteld. Alvorens de prestatie en het bijbehorende tarief werd vastgesteld door de NZa zijn betrokken zorgaanbieders geconsulteerd. De belangrijkste wensen die naar voren zijn gebracht hadden betrekking op lagere productiviteit (ten gevolge van de zorgvraag) en de wens om de tarieven voor 2018 te herijken. Hier doet de NZa vervolgonderzoek naar.

13. De leden vragen vervolgens in hoeverre zorgverzekeraars verplicht zijn om dit deeltarief te contracteren bij aanbieders van doven-ggz?

Verzekeraars hebben zorgplicht waarmee zij gevolg dienen te geven aan de zorgvraag van hun verzekerden. De toeslag financiert van een deel van de zorg die desbetreffende verzekerde nodig heeft en de verzekeraar dus zal inkopen.

14. De leden van de PvdA vragen of dit ook geldt voor de 'gemixte' aanbieders die naast reguliere ggz ook doven-ggz aanbieden?

De zorgplicht verandert hier niet mee. Bij de 'gemixte' aanbieders kan hier wel rekening mee worden gehouden bij de contractafspraken die een verzekeraar en een zorgaanbieder maken.

15. Genoemde leden zien graag dat de minister de NZa vraagt om komend jaar goed toezicht te houden op de contractering van doven-ggz, zodat er voldoende zorg beschikbaar is en aanbieders deze zorg tegen een kostendekkend tarief kunnen leveren.

Ik heb de NZa gevraagd de afbouw van het transitieregime te monitoren, inclusief de afzonderlijke onderdelen zoals de afwezigheidsdagen en doven-ggz. De looptijd van de monitoring strekt zich uit voor de duur van de voorgenomen afbouw, dat wil zeggen tot en met 2017. Daarna zal het deel uitmaken van het

---

<sup>3</sup> [www.nza.nl/1048076/1048090/BR\\_CU\\_5097\\_Tariefprincipes\\_curatieve\\_zorg.pdf](http://www.nza.nl/1048076/1048090/BR_CU_5097_Tariefprincipes_curatieve_zorg.pdf)

reguliere toezicht van de NZa, en in het verlengde daarvan de reguliere marktscans die de NZa uitvoert.

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

16. De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de oplossing en voorhang bekostiging doven-ggz en afbouw transitierégime curatieve geestelijke gezondheidszorg voor zeer gespecialiseerde instellingen. Deze leden constateren dat de NZa eerder onderzoek heeft gedaan naar de overgang op prestatiebekostiging voor zeer gespecialiseerde gebudgetteerde ggz-instellingen. Kan de minister aangeven wat de resultaten hiervan zijn?

Bij de invoering van prestatiebekostiging in de GGZ per 2013, en meer in het bijzonder bij de toepassing van het transitie-model, heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht een onafhankelijk kostenonderzoek uit te voeren bij de instellingen die in het transitie-model van 2013 een afwijkende verrekentfactor van 95% kenden. De belangrijkste conclusie was dat de NZa op basis van de uitkomsten weinig noodzaak ziet voor aanpassingen in de regelgeving. Uitzondering daarop waren de kosten doventolk en de afwezigheid bij verblijf. Ik heb daarop besloten het transitierégime voor deze instellingen behoedzaam af te bouwen, en heb de NZa verzocht voor de resterende problematiek oplossingen te treffen.

17. De leden van de SP-fractie willen weten hoe het komt dat voor een aantal instellingen de verdiscontering van afwezigheid in het dbc-tarief niet toereikend was. Welke problemen vloeiden hieruit voort en welke instellingen betrof dit? Op welke wijze is ondervangen dat de eerder geconstateerde problemen bij prestatiebekostiging niet zullen optreden?

De NZa licht dit in haar brief als volgt toe: 'Uit het oorspronkelijke kostenonderzoek bleek dat voor een aantal instellingen de verdiscontering van afwezigheid tijdens het klinische verblijf in het kader van de behandeling in het dbc-tarief niet toereikend zou zijn. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om cliënten die in het kader van hun behandeling in het weekend naar huis gaan. Dit leek overwegend jeugdige cliënten te betreffen. Gezien de overheveling van de jeugd-ggz leek dit probleem daarmee per 2015 voor een groot deel uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) verdwenen te zijn. Hiermee zou het knelpunt binnen het verlengde transitierégime zijn weggenomen. Tijdens de monitoring van het verlengde transitie-model heeft een aantal instellingen echter aangegeven dat een deel van het probleem toch nog binnen de Zvw resteerde.' Over welke zorgaanbieders dit betrof, doet de NZa geen uitspraken, aangezien dit bedrijfsgevoelige informatie is. De NZa heeft na de constatering dat een aantal instellingen nog problemen ondervond nader onderzoek gedaan naar de bandbreedte binnen de dbc-tarieven bij de betreffende zorgaanbieders om de resterende problematiek te dekken. Uit het onderzoek is gebleken dat bij deze zorgaanbieders nog voldoende onderhandelingsruimte is om met verzekeraars over de tarieven tot een passende oplossing te komen.

18. De leden van de SP vragen of de minister garanties van de zorgverzekeraars heeft dat de bekostiging van deze zeer gespecialiseerde instellingen niet zal leiden tot problemen in de continuïteit van zorg voor patiënten en/of het voortbestaan van deze instellingen?

De zorgverzekeraar heeft zorgplicht ten opzichte van de zorgvraag van zijn verzekerde. De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de Zvw door verzekeraars, waar het nakomen van de zorgplicht een onderdeel van is.

19. De leden van de SP-fractie zijn tevreden dat de bekostiging voor de tolk gebarentaal en de communicatiedeskundige niet opgenomen wordt in de dbc-systematiek. Zij vragen hoe de hoogte van de toeslag berekend is die nu ingezet gaat worden?

De toeslag is opgenomen binnen de dbc-systematiek. De hoogte van de toeslag is berekend op basis van een kostenonderzoek (zie vraag 11 en vraag 12).

20. De leden van de SP vragen met welke redenen de lagere productiviteit van overige behandelaren niet kan worden aangetoond? Hoe kan dit opgelost worden door te onderhandelen met de zorgverzekeraar?

De NZa geeft in haar brief aan dat de zorgaanbieders tijdens het onderzoek nog geen kwantitatieve onderbouwde oorzaak konden aangeven voor de lagere productiviteit van overige behandelaren. Daardoor is voor de NZa onduidelijk welk deel van de lagere productiviteit samenhangt met de zorg aan de specifieke patiëntengroep. De NZa neemt dit alsnog mee in een breder onderzoek naar de productiviteitsnorm binnen de ggz, dat in de tweede helft van dit jaar plaatsvindt en de basis biedt voor een tariefherijking in 2018. Deze nieuwe tarieven zullen de basis bieden voor onderhandeling met de zorgverzekeraar.

21. De leden van de SP-fractie zijn bezorgd dat zorgverzekeraars gaan sturen op financiële risico's en daardoor onvoldoende zorg inkopen voor mensen die dat nodig hebben. Kan de minister nader toelichten hoe dit voorkomen wordt?

Zoals ik u al eerder heb gemeld hebben zorgverzekeraars een zorgplicht ten opzichte van hun verzekerden, de NZa houdt toezicht op verzekeraars of zij aan die zorgplicht voldoen.

22. De leden van de SP-fractie vragen de minister naar haar visie op de DBC-bekostiging voor de zeer gespecialiseerde instellingen in de ggz. Zij vragen de minister nauwkeurig en cijfermatig te onderbouwen wat er in de ggz is terechtgekomen van transparantie, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg?

#### *Transparantie*

Een onderdeel in het Kwaliteitsstatuut ggz is het verplicht aanleveren van uitkomstgegevens (op basis van *routine outcome monitoring*, ROM) door alle aanbieders, met ingang van 1 januari 2017. Instellingen zijn hier al langer mee bezig en inmiddels ontvangt Stichting Benchmark ggz bruikbare gegevens over 85% van alle afgesloten zorgtrajecten (basis ggz en dbc's gespecialiseerde ggz). Dat wil zeggen dat over een zorgtraject een begin- en eindmeting is uitgevoerd. Voor vrijgevestigde aanbieders zal aanlevering per 1 januari 2017 mogelijk zijn. Sinds 1 oktober jongstleden kunnen vrijgevestigde aanbieders proefdraaien met aanlevering. Ruim 2600 aanbieders hebben zich inmiddels aangemeld en met 2300 daarvan zijn alle contracten voor de aanlevering van gegevens gesloten.

In de 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie in de ggz' hebben patiënten, aanbieders en verzekeraars afgesproken samen een website op te zetten die keuzeondersteunende (kwaliteits)informatie moet ontsluiten. Dit vergroot voor elk van hen de handelingsperspectieven: patiënten kunnen betere keuzes maken voorafgaand en tijdens een behandeling, aanbieders kunnen hun eigen prestaties spiegelen aan die van collega's en verzekeraars hebben meer mogelijkheid om in te kopen op kwaliteit. Voor realisatie hiervan hebben partijen een verzoek voor subsidie ingediend bij het Zorginstituut in het kader van het Jaar van de Transparantie, waar ik jaarlijks 5 miljoen euro beschikbaar stel en dat zich onder andere richt op de ggz.

#### *Kwaliteit*

Naast de ontwikkeling van het Kwaliteitsstatuut hebben partijen een kwaliteitsprogramma opgezet, dat wordt uitgevoerd door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz. Dit netwerk laat op dit moment 17 stoornisspecifieke zorgstandaarden ontwikkelen en 25 generieke modules die in elke zorgstandaard opgenomen kunnen worden. Ook ontwikkelt het netwerk een set uitkomstindicatoren die voor de brede ggz bruikbaar is. Veel van deze projecten zullen in 2017 worden opgeleverd en kunnen dan geïmplementeerd worden in de praktijk.

#### *Toegankelijkheid*

Uit de marktscan van de NZa blijkt dat het totaal van de aanmeldingswachtijd en de behandelingswachtijd (dus de wachtijd vanaf de aanmelding tot aan het begin van de behandeling) voor de ambulante gespecialiseerde ggz binnen de Treeknorm van 14 weken blijft. De wachtijd voor de aanmelding op zich zelf vind ik te lang. Dat vind ik ongewenst en daar zet ik acties op in zoals uitgebreid uiteengezet in mijn brief van 28 juni<sup>4</sup> jongstleden en mijn antwoorden in mijn brief van 19 oktober 2016<sup>5</sup> op vragen commissie over de wachttijden in de ggz.

23. De leden van de SP-fractie vragen de minister naar haar visie op de DBC-bekostiging voor de zeer gespecialiseerde instellingen in de ggz.
24. De leden van de SP vragen welke lessen de minister uit het eerdere DBC-fiasco heeft geleerd?

De invoering van de DBC-bekostiging voor de gespecialiseerde ggz is zeer beheerst en behoedzaam verlopen, waarbij voor de betrokken zorgaanbieders, gedurende een overgangperiode, de betreffende financiële risico's door middel van het transitieregime voor de bekostiging afdoende zijn beheerst. Nu uit de onderzoeken van de NZa is gebleken dat, met de invoering van de 'overige deelprestatie' voor de tolk gebarentaal en communicatiedeskundige, de zeer gespecialiseerde ggz binnen het reguliere dbc-systeem kan worden gefinancierd, kan dit transitieregime worden afgebouwd. Slechts voor één onderdeel van de zeer gespecialiseerde ggz zal, zoals toegelicht in mijn brief van 13 juli 2016<sup>6</sup>, het bestaande transitieregime nog met één jaar verlengd worden.

---

<sup>4</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 319

<sup>5</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 332

<sup>6</sup> Kamerstuk 29 248 / 25 424, nr. 292