

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**  
1104243-161748-CZ

**Bijlage(n)**  
1

**Uw kenmerk**  
25424

Datum 9 mei 2017  
Betreft Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) inzake het rapport van de Algemene Rekenkamer over de 'Bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg'

*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 om de minister een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen over het bij brief van 26 januari 2017 door de Algemene Rekenkamer aan u aangeboden rapport, genaamd 'Bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg' (Kamerstuk 25 424, nr. 341). Deze vragen en opmerkingen zijn op 24 februari 2017 aan de minister toegezonden.

Hierbij treft u de vragen en opmerkingen vanuit de fracties aan, met aansluitend daarop mijn reactie per fractie.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn

## **Inhoudsopgave**

## **Blz.**

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de staatssecretaris	7

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

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

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het rapport 'Bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg'. Zij hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat er de afgelopen jaren veel energie is gestoken in het kunnen voorspellen van uitkomsten van behandelingen en in het corrigeren voor verklaarbare verschillen in behandeluitkomsten. Er wordt gesteld dat de geboekte vooruitgang vooralsnog beperkt is. Deze leden vragen de minister of er een verklaring is te geven waarom de vooruitgang beperkt is. Wordt dit met name veroorzaakt door het ontbreken van informatie? Wat moet er veranderen om meer zicht te krijgen op de verschillen tussen behandeluitkomsten? Welke rol gaat het Kwaliteitsstatuut hierin spelen? Op welke wijze zal de op Routine Outcome Monitoring (ROM) gebaseerde informatie de komende jaren verbeterd worden, zodat de kwaliteit een rol kan gaan spelen bij de zorginkoop? Is de minister van mening dat de planning, dat wil zeggen de invoering van een aangepast model prestatiebekostiging in 2019, nog steeds haalbaar is?

In het rapport wordt gesteld dat het de vraag is of het überhaupt mogelijk zal zijn om voor alle aandoeningen een koppeling te maken tussen de zorgvraag van de patiënt, de behandeling, de normen voor de uitkomst van zorg en de bekostiging. Wat is er voor nodig om deze koppeling wel te kunnen maken? Waarom lukt het wel om meer inzicht te krijgen in de resultaten wanneer zorgverzekeraars en zorgaanbieders hier experimentele inkoopafspraken over maken? Wat kan geleerd worden van deze afspraken voor de zorginkoop in de geestelijke gezondheidszorg in algemene zin?

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

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling kennisgenomen van het rapport over het onderzoek van de Algemene Rekenkamer naar de bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Deze leden erkennen het belang van een goed werkend bekostigingsmodel en inzicht in kwaliteit van zorg. Zij hebben daarom met interesse de conclusies en aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer gelezen en hebben hierover enkele aanvullende vragen.

De leden van de PvdA-fractie lezen dat de prestatiebekostiging volgens de Algemene Rekenkamer heeft gezorgd voor meer beschikbare informatie voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waarmee zij kunnen komen tot concrete afspraken over de te leveren zorg. Ook lezen deze leden dat het veld kwaliteitsindicatoren heeft vastgesteld. Kan de minister toelichten hoe zij deze conclusie ziet en op welke manier volgens haar ook de patiënten en cliënten kunnen profiteren van deze beschikbare informatie, buiten het feit dat volgens de Algemene Rekenkamer de ontwikkelingen er in het algemeen toe hebben geleid dat in de curatieve ggz meer aandacht is gekomen voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg? Weten patiënten en cliënten nu ook meer over de kwaliteit van

de verschillende curatieve ggz-aanbieders? Op welke manier wordt de beschikbare informatie op een begrijpelijke en inzichtelijke wijze voor patiënten en cliënten beschikbaar gesteld zodat ook zij hun voordeel hiermee kunnen doen bij bijvoorbeeld het kiezen voor een zorgaanbieder of zorgverzekeraar?

De leden van de PvdA-fractie zien de constatering van zowel de Algemene Rekenkamer als de minister in haar reactie, over het feit dat onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor een groot deel gaan over financiële plafonds en nog niet over de kwaliteit van zorgaanbieders. Kan de minister aangeven welke ambitie zij kent om de inkoop op basis van kwaliteit verder te bevorderen en daarmee niet alleen het gesprek over kwaliteit tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars een impuls te geven, maar ook de daadwerkelijke inkoop?

De leden van de fractie van de PvdA begrijpen uit de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat de informatie, voortkomende uit ROM-metingen, nog sterk moet verbeteren, aangezien de geboekte vooruitgang op dit punt vooralsnog beperkt is. Welke stappen worden op dit moment ondernomen om deze vooruitgang te bespoedigen en te verbeteren binnen de inspanningen van de Wetenschappelijke Raad van Stichting Benchmark GGZ? Aan welke aspecten wordt in haar onderzoeksagenda specifiek aandacht besteed?

De leden van de fractie van de PvdA vragen wat de minister van de aanbeveling van de Algemene Rekenkamer vindt om nieuwe kwaliteitsindicatoren expliciet te beoordelen op de mogelijkheden om instellingen betekenisvol te vergelijken. Kan de minister hiernaast nogmaals uitgebreid toelichten waarom zij de opvatting van de Algemene Rekenkamer niet deelt wat betreft het risico welke volgens de Algemene Rekenkamer speelt bij de nieuwe bekostiging van de curatieve ggz, bij een behandeling waarbij verschillende domeinen betrokken zijn?

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

De leden van de SP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het rapport van de Algemene Rekenkamer over de bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Volgens genoemde leden brengt prestatiebekostiging de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg in gevaar. De zorg die een patiënt nodig heeft is niet langer leidend in financiering van de ggz, maar het bedrag dat een zorgverzekeraar hiervoor bereid is uit te trekken. Het rapport toont aan dat zorgverzekeraars niet inkopen op kwaliteit, maar alleen op prijs. Prestatiebekostiging heeft geleid tot een toename van bureaucratie onder zorgverleners en minder tijd voor de patiënt. Volgens deze leden toont het rapport van de Algemene Rekenkamer aan dat de huidige complexiteit van financiering in de curatieve ggz onwenselijk is en de patiënt niet ten goede komt. De leden van de SP-fractie hebben naar aanleiding van dit rapport onderstaande opmerkingen en vragen.

Van alle uitgaven aan curatieve ggz gaat 93.7% naar gespecialiseerde ggz. Er zijn 160.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen, die gebruikmaken van deze gespecialiseerde ggz. Deze mensen ontvangen afwisselende behandelingen; de ene keer van korte duur en de andere keer weer van lange duur. In veel gevallen is genezing niet mogelijk, maar is er sprake van langdurige ondersteuning. De leden van de SP-fractie lezen in het rapport dat de systematiek van prestatiebekostiging niet de juiste manier is om zorg te financieren voor deze kwetsbare groep mensen. De wetmatigheden van de prestatiebekostiging zijn niet in het voordeel van deze groep mensen, die per definitie niet rendabel is voor zorginstellingen. Genoemde leden vragen de minister of het niet veel beter zou

zijn om deze groep mensen met ernstige psychische aandoeningen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de Wet langdurige zorg (Wlz) over te hevelen. Volgens de leden van de SP-fractie leidt prestatiefinanciering er in de praktijk toe dat zorginstellingen in ernstige problemen komen en de behandeling van mensen met zeer ernstige psychische aandoeningen op de tocht komt te staan. Deze leden verwijzen hierbij naar de ontvangen brandbrief van Arkin, waarin staat dat Zilveren Kruis de gemaakte afspraken niet nakomt en weigert te betalen voor de geleverde zorg aan mensen met een ernstige psychische stoornis. Deze leden vragen de minister of zij dit een wenselijke ontwikkeling acht. Erkent de minister dat continuïteit van de behandeling van een groep zeer kwetsbare mensen op deze manier gevaar loopt? Erkent de minister dat dit juist voor deze groep mensen zeer problematische gevolgen heeft? Deelt de minister de mening van de leden van de SP-fractie dat het eenzijdig stopzetten van gemaakte afspraken door de grootste zorgverzekeraar, het vertrouwen in zorgverzekeraars sterk onderuit haalt?

Het vergelijken van zorginstellingen op basis van kwaliteit blijkt volgens het rapport slechts in zeer beperkte mate mogelijk. Effectiviteit van een behandeling is moeilijk los te zien van andere factoren die van invloed zijn op de patiënt, zoals kenmerken van de patiënt en de inzet van andere organisaties. De leden van de SP-fractie kunnen zich voorstellen dat de zorgverzekeraars ook tegen deze beperking aanlopen. Genoemde leden vragen de minister of zij dit signaal ook van zorgverzekeraars krijgt. Indien dit het geval is, horen deze leden graag wat de minister aan de zorgverzekeraars heeft geadviseerd.

De leden van de SP-fractie constateren dat vergelijking op basis van prijs en kwaliteit de basis vormt voor de huidige prestatiebekostiging in de curatieve ggz. In het rapport van de Algemene Rekenkamer staat dat het niet goed mogelijk is om instellingen te vergelijken op basis van kwaliteit. Voorts constateren deze leden dat inkoop door zorgverzekeraars op dit moment alleen gedaan wordt op basis van prijs en niet op basis van kwaliteit. Prestatiebekostiging zou het recept zijn voor inkoop op kwaliteit, maar dit faalt. Genoemde leden vragen de minister direct te zorgen dat dit verbetert of te stoppen met prestatiebekostiging. De leden van de SP-fractie vragen de minister expliciet om geen volgende fase te starten naar uitkomstfinanciering. Deze leden benadrukken dat het inkopen van zorg op basis van alleen de prijs leidt tot een 'race to the bottom', waar de patiënt de dupe van wordt.

De leden van de SP-fractie ontvangen veel signalen dat de invoering van de prestatiebekostiging heeft geleid tot kortere contracten voor zorgverleners. Kan de minister dit beaamen? Deze leden vragen de minister daarnaast wat de invloed is geweest van de invoering van de prestatiebekostiging op de arts-patiënt relatie.

De ROM-methode neemt een belangrijke plaats in bij het meten van kwaliteit. De Algemene Rekenkamer constateert dat de gebruikswaarde van de ROM-scores beperkt is vanwege het subjectieve karakter en de onvolledigheid van de gegevensverzameling. De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij erkent dat kwaliteitsmeting binnen de ggz niet mogelijk is. Daarnaast vragen deze leden of de minister overweegt af te zien van kwaliteitsmeting binnen de ggz.

De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij de constatering van deze leden deelt dat het ROM-systeem met name bruikbaar is voor behandelaars zelf en niet zozeer als kwaliteitsindicator. Voorts vragen genoemde leden aan de minister of het gebruik van de ROM niet beter beperkt kan blijven tot de behandelkamer, in plaats van te gebruiken als onderdeel van de benchmark. Daarnaast vragen deze leden aan de minister wat nu precies de rol van de ROM is bij de zorginkoop. Kan de minister garanderen dat zorgverzekeraars geen gebruik

maken van ROM-gegevens bij de inkoop van zorg, nu blijkt dat deze niet geschikt zijn om de zorginstellingen te vergelijken?

De vergelijking van de uitkomsten van de ROM wordt uitgevoerd door Stichting Benchmark GGZ. De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij nader kan uitleggen wat de rol van de zorgverzekeraars is geweest in de oprichting van de Stichting Benchmark GGZ. Deze leden zijn bezorgd over de mate waarin de Stichting Benchmark GGZ de privacy en bescherming van het medisch beroepsgeheim kan borgen, gegeven het feit dat zorgverzekeraars vertegenwoordigd zijn in het bestuur van de stichting. Kan de minister uiteenzetten hoe de veiligheid van patiëntgegevens, de bescherming van het medisch beroepsgeheim en privacy geborgd worden door de Stichting Benchmark GGZ? Kan de minister daarnaast ingaan op de vraag van de leden van de SP-fractie hoe het medisch beroepsgeheim van een zorgverlener geborgd wordt wanneer Stichting Benchmark GGZ ROM-gegevens deelt met andere partijen?

In het rapport van de Algemene Rekenkamer staat dat in 2013 in totaal 70% van de totale ggz-uitgaven geconcentreerd was bij 36 instellingen. De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij het wenselijk acht dat prestatiebekostiging leidt tot fusie op fusie van zorginstellingen, opdat zij hun onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraar kunnen verstevigen. Erkent de minister dat fusies van zorginstellingen worden veroorzaakt door de grote macht die is toebedeeld aan zorgverzekeraars in het huidige systeem? Is de minister van mening dat het ontstaan van zorgkolossen in het belang is van de patiënt?

Zelfstandige behandelaars en kleinere instellingen hebben een zwakke onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraar. De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij erkent dat vrijgevestigde behandelaars en kleine zorginstellingen geconfronteerd worden met een dictaat van de zorgverzekeraar over de prijs per afgeronde behandeling en het aantal declarabele uren en hierover niet kunnen onderhandelen. Genoemde leden vragen de minister vervolgens of zij voornemens is om de positie van zelfstandige behandelaars te verstevigen ten opzichte van zorgverzekeraars.

De Algemene Rekenkamer stelt dat in de praktijk 95% van de zorguitgaven gedaan wordt volgens een contract met een financieel plafond en niet via een afgesproken prijs per afgeronde behandeling. De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij dit wenselijk acht. Erkent de minister dat voor gespecialiseerde ggz een opgelegd financieel plafond tot onwerkbaar situaties leidt voor zorginstellingen en de continuïteit van zorg ernstig in gevaar brengt?

De Algemene Rekenkamer stelt dat er in de praktijk nauwelijks wordt onderhandeld over de prijs van diagnose-behandelcombinaties (dbc's). De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij erkent dat dit aantoonbaar bewijs levert dat de dbc-systematiek niet werkt en overbodig is bij inkoop. Genoemde leden constateren dat het gebruik van dbc's en de bijbehorende 'stoplichten' in de praktijk de verkeerde prikkel afgeeft aan zorgverleners. De prikkel is niet de behoefte van de patiënt, maar de prikkel is net zo lang doorgaan met behandelen totdat de patiënt genoeg opbrengt. Erkent de minister dat de dbc's de verkeerde prikkels afgeven? Erkent de minister dat door de dbc's zorgverleners worden opgeleid om te kijken naar de behandeling waarmee een patiënt het meeste opbrengt, in plaats van de behandeling waar de patiënt het meeste behoefte aan heeft?

De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij van mening is dat de afzonderlijke afspraken tussen een zorgverzekeraar en zorginstellingen (zoals Arkin) om geen financieel plafond te hanteren voor crisisbehandelingen, wenselijk

zijn. Deelt de minister de mening van deze leden dat crisisbehandelingen voor iedere zorgaanbieder uitgezonderd zouden moeten worden van een financieel plafond? Zij vragen daarnaast of de minister uiteen kan zetten of deze afspraak in de praktijk werkt. Vindt de minister dat er meer afzonderlijke afspraken gemaakt moeten worden?

De leden van de SP-fractie vinden het van groot belang dat er op eenvoudige wijze heldere publieke verantwoording kan worden afgelegd over het geld dat besteed wordt in de zorg. De huidige complexiteit van de financieringssystematiek in de curatieve ggz belemmert deze publieke verantwoording. Is de minister van mening dat op dit moment voldoende publieke verantwoording kan worden afgelegd over het geld dat besteed wordt in de curatieve ggz? Wat is er volgens de minister nodig om meer publieke verantwoording af te kunnen leggen? Kan de minister uiteenzetten op welke wijze het nieuwe bekostigingsmodel verantwoordingsproblemen moet gaan voorkomen?

De leden van de SP-fractie constateren dat het rapport van de Algemene Rekenkamer aantoont dat prestatiebekostiging niet werkt en leidt tot zorginkoop op basis van prijs en niet op kwaliteit. Kan de minister uiteenzetten wat zij in de praktijk gaat doen met deze bevindingen van de Algemene Rekenkamer? Genoemde leden constateren dat doelmatigheid en kwaliteit een doel is van de huidige bekostigingssystematiek in de ggz. Deze leden vrezen dat de invoering van de zorgstandaarden en productstructuur zal leiden tot meer bureaucratie en niet tot meer kwaliteit. Deelt de minister deze zorgen? Kan de minister reageren op de bevinding van de Algemene Rekenkamer dat het hanteren van zorgstandaarden en productstructuur niet automatisch leidt tot doelmatige zorg?

Kan de minister daarnaast een reactie geven op de punten die in het nawoord van de Algemene Rekenkamer worden aangestipt?

### **Vragen en opmerkingen van de D66-fractie**

De afgelopen jaren is de nieuwe bekostiging in de curatieve ggz gefaseerd ingevoerd, waarbij het budget van de zorgaanbieder niet langer centraal staat, maar wel de kosten van de gehele behandeling van de patiënt (prestatiebekostiging). Deze vorm van bekostiging ontwikkelt zich in termijnen, om uiteindelijk uit te komen bij een model van bekostiging op basis van outcome. Echter de overgang naar prestatiebekostiging heeft bij veel ggz-instellingen voor problemen gezorgd als het ging om de jaarverantwoording, concludeert de Algemene Rekenkamer. Deze problemen zijn vaak een gevolg van de complexiteit. Daarom danken de leden van de D66-fractie de Algemene Rekenkamer voor het uitgebreide, brede onderzoek dat zij gedaan heeft naar de bekostiging van de curatieve ggz. Deze leden hopen dan ook dat de minister voortvarend aan de slag gaat met de aanbevelingen en nieuw opgedane inzichten. Zij zien nog wel aanleiding voor enkele vragen.

De leden van de D66-fractie vinden het verontrustend dat de onderhandelingsruimte bijna niet benut wordt en dat dit resulteert in een praktijksituatie waarin 95% van de contracten wordt afgesloten met een financieel plafond. Een prijs per afgeronde behandeling is dan niet afgesproken, wel een maximumbedrag tot waar declaraties van de zorgaanbieders worden vergoed. Kan de minister reflecteren in hoeverre ze dit onwenselijk acht? En welke stappen zij wil ondernemen om de onderhandelingsruimte te benutten? De manier waarop de zorginkoop nu gerealiseerd wordt is niet in lijn met de theorie achter het bekostigingsstelsel. Deze leden vinden dit een gemiste kans en verzoeken de minister hier bovenop te blijven zitten. Zij verzoeken de minister voorts in te gaan

op de consequenties van deze praktijksituatie voor de kwaliteit van behandelingen, wachtlijsten en behandelstops.

De Algemene Rekenkamer spreekt over het belang van één taal als het gaat om kwaliteit. Ook voor de toekomstige aanpassingen van de bekostiging hechten de leden van de D66-fractie hier belang aan, omdat op deze wijze ook kwaliteit inzichtelijker gemaakt kan worden en beter vergelijkbaar. Graag ontvangen deze leden een reactie van de minister.

De leden van de D66-fractie zijn niet negatief over de reactie van de minister waarin zij aangeeft op hoofdlijnen de conclusies en aanbevelingen te onderschrijven. Positief is dat nu op patiëntniveau steeds meer informatie beschikbaar is dan ten tijde van het oude bekostigingsmodel en deze leden zijn ook enthousiast over de genomen stappen van het veld om transparantie te bevorderen. Graag vernemen genoemde leden nog welke stappen de minister wenst te zetten om (laagdrempelige) transparantie nog beter te realiseren. Kan de minister daarbij aangeven welke projecten hiervoor op dit moment lopen?

Een van de conclusies van de Algemene Rekenkamer is dat de zorginkoop te veel gericht is op uitgavenbeheersing en daarmee eigenlijk te weinig op de kwaliteit van zorg. De minister wijst op praktijkvoorbeelden waarbij kwaliteitsvergelijking wel plaatsvindt. De leden van de D66-fractie vernemen graag van de minister welke stappen zij zal zetten om de 'best-practices' die er al zijn beter uit te rollen. Ook vernemen deze leden graag op welke goede voorbeelden de minister hier doelt. De Algemene Rekenkamer wijst de minister erop dat zij niet is ingegaan op het deel van de aanbeveling dat zich richt op het beoordelen van nieuwe kwaliteitsindicatoren zodat instellingen betekenisvol vergeleken kunnen worden en daarmee de zorginkoop ondersteunen. De leden van de D66-fractie verzoeken de minister dat hier te doen en daarbij te reflecteren hoe het belang van 'één taal' wordt meegenomen.

De leden van de D66-fractie achten de reactie van de minister vrij minimaal als zij ingaat op de derde conclusie 'hoge verwachtingen nieuwe bekostiging'; zij verzoeken haar hier nogmaals uitgebreid te reflecteren op deze conclusie. Daarnaast verzoeken deze leden de minister om met betrokken partijen een plan van aanpak op te stellen om te realiseren dat verantwoordings- en controlearrangementen helder zijn rondom nieuwe bekostiging.

Tot slot verzoeken de leden van de D66-fractie de minister om onnodige complexiteit te voorkomen en waar nodig bij te sturen, zodat de zorg betaalbaar en van kwalitatief hoge aard wordt gehouden. Graag ontvangen deze leden hierop een reactie van de minister.

## **II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS**

### **Reactie op de vragen en opmerkingen van de VVD-fractie**

*De leden van de VVD-fractie vragen waarom er in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) – vooralsnog beperkt – vooruitgang is geboekt bij het verklaren van verschillen tussen behandeluitkomsten. Zij vragen wat er moet veranderen om meer zicht te krijgen op de verschillen tussen behandeluitkomsten en welke rol het Kwaliteitsstatuut hierin gaat spelen.*

Het verklaren van de behandeluitkomst in de ggz is niet eenvoudig. De behandeluitkomst wordt door veel factoren beïnvloed, zoals patiëntkenmerken,

kenmerken van de behandelaar, de relatie tussen de behandelde en de behandelaar, de behandeling (aard, duur, intensiteit), externe factoren (zoals zorg uit andere domeinen of familie- of werkomstandigheden) en de zorgaanbieder (bedrijfsvoering, cultuur). Voor allerlei patiëntvariabelen (zoals leeftijd, hoofddiagnose, leefsituatie) zijn er inmiddels casemixcorrectiemodellen opgesteld en kunnen casemixgecorrigeerde behandeluitkomsten getoond worden, wat een aantal van de genoemde problemen ondervangt. Het verbeteren van kwaliteitsmeting is echter een voortdurend proces. In het Kwaliteitsstatuut is opgenomen dat de effectiviteit van behandelingen regelmatig door de zorgaanbieder wordt gemeten (met een frequentie die stoornis- en patiëntafhankelijk is en die wordt beschreven in de zorgstandaarden) en is vastgelegd hoe en met welk doel zorgaanbieders informatie over behandeluitkomsten aanleveren.

*De leden van de VVD-fractie vragen op welke manier de informatie die is gebaseerd op Routine Outcome Monitoring (ROM) in de komende jaren zal worden verbeterd, zodat de kwaliteit een rol kan gaan spelen bij de zorginkoop.*

Kwaliteit kan, tot op zekere hoogte, ook nu al een rol spelen bij de zorginkoop door middel van gesprekken op basis van (met name) structuur- en procesfactoren van kwaliteit. De verbetering van informatie over behandeluitkomsten en de overige maatregelen uit de 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie' (Kamerstuk 25 424, nr. 292) zullen naar mijn verwachting het gesprek over kwaliteit bij de zorginkoop een grote impuls geven.

Voor verbetering van de op ROM gebaseerde informatie over behandeluitkomsten zal completere informatie helpen, meer standaardisatie en uniformering van het meten en een betere aansluiting van de meetmomenten op het klinische proces. Ook kan de casemixcorrectie verder verfijnd worden.

*De VVD-fractie vraagt de minister of zij van mening is dat de invoering van een aangepast model van prestatiebekostiging nog steeds haalbaar is per 2019.*

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de minister afgelopen najaar laten weten dat, vanwege de vereiste zorgvuldigheid, invoering van de nieuwe bekostiging per 2019 niet meer haalbaar is. De eerst mogelijke invoeringsdatum schuift op naar 2020 (Kamerstuk 25 424, nr. 337). In de voortgangsrapportage van de NZa van 6 februari 2017, die de minister heeft doorgestuurd naar de Tweede Kamer (Kamerstuk 25 424, nr. 343), is dit verder toegelicht.

*De leden van de VVD-fractie merken op dat het volgens de Algemene Rekenkamer de vraag is of het mogelijk zal zijn om voor alle aandoeningen een koppeling te maken tussen de zorgvraag van de patiënt, de behandeling, de normen voor de uitkomst van zorg en de bekostiging. Zij vragen wat er nodig is om deze koppeling wel te kunnen maken.*

Het nieuwe bekostigingsmodel werkt met zogenaamde zorgclusters. Elk zorgcluster staat voor een bepaald zorgvraagprofiel. Door per zorgcluster, in overeenstemming met de relevante zorgstandaarden, de bijbehorende behandeling op hoofdlijnen te omschrijven, kan een directe koppeling worden gelegd tussen de zorgvraag zoals omschreven in de zorgclusters en de bijbehorende behandeling. Voor het (eventueel) in de toekomst kunnen maken van een koppeling tussen behandeluitkomsten en de bekostiging, waarbij zorgaanbieders op basis van behandeluitkomsten worden bekostigd, is het nodig dat de vergelijkbaarheid van informatie over behandeluitkomsten wordt verbeterd.



*De VVD-fractie vraagt ook waarom het wel lukt om meer inzicht te krijgen in de resultaten wanneer zorgverzekeraars en zorgaanbieders hier experimentele inkoopafspraken over maken. Zij vragen ook wat geleerd kan worden van deze afspraken voor de zorginkoop in de ggz in algemene zin.*

Ik kan deze vraag het beste beantwoorden aan de hand van een voorbeeld. In de reactie van de minister op het rapport van de Algemene Rekenkamer (Kamerstuk 25 424, nr. 341) verwijst zij naar de experimentele inkoopafspraken die Zilveren Kruis – in samenwerking met de landelijke Depressievereniging – heeft gemaakt met zorgaanbieders in de depressiezorg.<sup>1</sup> Hierbij werd een kwaliteitsvergelijking tussen 24 ggz-aanbieders gemaakt door aan een aantal zorgaanbieders te vragen om hun kwaliteit te laten zien door middel van door hen zelf uitgekozen indicatoren. Daarna volgden interviews met vertegenwoordigers van de instellingen. Uiteindelijk hebben – op basis van deze vergelijking – vijf zorgaanbieders een voorkeurscontract gekregen voor depressiezorg.

Uit dit soort voorbeelden blijkt dat kwaliteitsvergelijking ook meerwaarde voor de zorginkoop kan hebben als die op een andere manier plaatsvindt dan op basis van uniforme indicatoren voor behandeluitkomsten, waarop de scores van alle zorgaanbieders 100% zuiver vergelijkbaar zijn. Voorwaarde is dan wel dat dit gebeurt met een reële blik op de zeggingskracht en betekenis van de verzamelde informatie.

### **Reactie op de vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie**

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de minister aankijkt tegen de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat de prestatiebekostiging heeft gezorgd voor meer beschikbare informatie voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders en tegen het feit dat het veld kwaliteitsindicatoren heeft vastgesteld. Ook vragen deze leden om een toelichting op hoe ook de patiënten en cliënten kunnen profiteren van deze informatie.*

Ik onderschrijf de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat door de invoering van prestatiebekostiging meer informatie beschikbaar is gekomen over de geneeskundige ggz en dat in de geneeskundige ggz meer aandacht is gekomen voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. In het kader van de 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie' is een subsidie toegekend aan het Landelijk Platform GGz<sup>2</sup> voor het ontwikkelen van een keuzewebsite voor de ggz. Doel is patiënten en hun naasten te helpen met het vinden van informatie over hun aandoening, mogelijke behandelingen, behandellocaties, ervaringen met zorg, vergoedingen en wachttijden. Tevens is het doel om 'samen beslissen' te ondersteunen. Belangrijke bronnen voor deze informatie zijn de partijen zelf, de kwaliteitsstandaarden van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz en openbare bronnen bij het Zorginstituut Nederland en Vektis.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of de minister kan aangeven welke ambitie zij heeft om de inkoop van ggz op basis van kwaliteit te bevorderen en daarmee niet alleen het gesprek over kwaliteit tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars een impuls te geven, maar ook de daadwerkelijke inkoop.*

Mijn ambitie is dat de rol van kwaliteit bij de zorginkoop fors wordt vergroot. Ik verwacht dat de uitvoering van de 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie' daar een grote bijdrage aan zal leveren.

<sup>1</sup> <https://www.skivr.nl/partnernieuws/id28849-samen-op-zoek-naar-de-beste-depressiezorg-.html>

<sup>2</sup> Nu geheten: MIND

*De leden van de fractie van de PvdA vragen welke stappen op dit moment binnen de Wetenschappelijke Raad van SBG worden ondernomen om ROM-informatie te verbeteren en aan welke aspecten de onderzoeksagenda van de Raad specifiek aandacht besteedt.*

Op verschillende manieren wordt gewerkt aan de verbetering van ROM-informatie. Onderzoek van de Wetenschappelijke Raad van SBG en de afdeling wetenschappelijk onderzoek is gericht op drie hoofdonderwerpen: 1) casemixcorrectie, 2) onderzoek naar de invloed van meetinstrumenten en de keuze van meetmomenten op de gemeten behandeluitkomst en 3) de representativiteit van de uitkomstgegevens voor de gehele populatie. Op de onderzoeksagenda staan verdere uitsplitsingen naar specifieke onderwerpen. De volledige onderzoeksagenda staat op de website van SBG<sup>3</sup>.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen wat de minister van de aanbeveling van de Algemene Rekenkamer vindt om nieuwe kwaliteitsindicatoren expliciet te beoordelen op de mogelijkheden om instellingen betekenisvol te vergelijken. Deze vraag is ook gesteld door de leden van de SP-fractie en de leden van de D66-fractie.*

Het Zorginstituut voert hierop al een procedurele toets uit in het Toetsingskader. Als een meetinstrument (in dit geval de set ggz-indicatoren) wordt aangeboden met als gebruiksdoel publieksinformatie en/of zorginkoopinformatie, dan moeten de indienende partijen aangeven of de vergelijkbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit zijn onderzocht. Het past dan niet bij de (procedurele) toetsing conform het Toetsingskader dat het Zorginstituut daar zelf een inhoudelijk oordeel over geeft.

Partijen leveren via SBG indicatoren aan bij het Zorginstituut. In het bestuur van SBG zijn verzekeraars, zorgaanbieders en patiënten vertegenwoordigd, waardoor de aanlevering via SBG altijd een tripartiete karakter heeft. Daarnaast heeft SBG een Wetenschappelijke Raad. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO) heeft opdracht gekregen om voor de nieuwe zorgstandaarden indicatoren te ontwikkelen. Het is de bedoeling dat deze op termijn de huidige set gaan vervangen.

*De leden van de PvdA-fractie vragen de minister ook om nogmaals uitgebreid toe te lichten waarom zij de opvatting van de Algemene Rekenkamer niet deelt wat betreft het risico bij de nieuwe bekostiging van de curatieve ggz, bij een behandeling waarbij verschillende domeinen betrokken zijn. Ook de leden van de SP-fractie vragen naar de opvatting van de minister hierover.*

De Algemene Rekenkamer maakt zich in haar rapport zorgen over de vergelijkbaarheid van behandeluitkomsten bij ggz-cliënten bij een behandeling waarbij verschillende domeinen betrokken zijn (veelal patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening). Metingen van behandeluitkomsten zullen echter geen onderdeel vormen van de nieuwe bekostiging voor de ggz die de NZa nu ontwikkelt. Beperkingen rond de vergelijkbaarheid van behandeluitkomsten kunnen daarmee geen risico vormen voor de kwaliteit van de nieuwe bekostiging.

In haar nawoord noemt de Algemene Rekenkamer evenwel ook knelpunten die rond de huidige organisatie en financiering van zorg en ondersteuning van mensen

---

<sup>3</sup> <https://www.sbggz.nl/Benchmarken?contentitem=e7f263cc-6c13-49fe-ae7c-2a0e79daafd&parent=72c81d11-6939-4d60-9a59-7e4b8a76da97#Onderzoeksagenda-Wetenschappelijke-Raad>

met ernstige psychiatrische aandoeningen worden ervaren. De Algemene Rekenkamer citeert daarbij het 'Aanjaagteam Verwarde personen'. Deze signalen vind ik herkenbaar. Het 'Schakelteam voor personen met verward gedrag' zal de komende tijd met partijen in de regio bekijken waar de knelpunten zitten in de afstemming en de financiering. Het Schakelteam zal, om deze knelpunten op te lossen, op diverse plaatsen de financiers met elkaar in contact brengen. Waar blijkt dat de regels omtrent de bekostiging knellen en/of waar er onduidelijkheid bestaat over de afbakening tussen de verschillende domeinen, zal ik contact zoeken met de NZa en/of het Zorginstituut Nederland om onduidelijkheden weg te nemen en om in beeld te brengen waar de ruimte zit en hoe we innovatieve initiatieven kunnen stimuleren (bij het overleg over dat laatste kan ook een rol voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg nuttig zijn). Lessen uit dit traject kunnen waar relevant ook worden betrokken bij de vormgeving van de nieuwe bekostiging.

### **Reactie op de vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

*De leden van de SP-fractie vragen of het niet veel beter zou zijn om de groep mensen met ernstige psychische aandoeningen over te hevelen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de Wet langdurige zorg (Wlz).*

Bij de zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen is de medisch specialistische behandeling van stoornissen van groot belang. Deze behandeling past derhalve, ook wanneer sprake is van verblijf, in de Zvw. Indien deze intramurale ggz ook na drie jaar nog moet worden voortgezet komt een cliënt in de huidige situatie onder de Wlz te vallen.

Zoals u weet laat ik momenteel naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut een uitvoeringstoets doen naar de gevolgen voor de diverse domeinen indien de Wlz conform dat advies wordt opengesteld voor mensen met een psychische stoornis.

*De leden van de SP-fractie verwijzen naar een brandbrief van Arkin, waarin Arkin schrijft dat Zilveren Kruis de gemaakte afspraken niet nakomt en weigert te betalen voor de geleverde zorg aan mensen met een ernstige psychische stoornis. Zij stellen hierover diverse vragen.*

Voor de beantwoording van deze vragen verwijs ik naar de antwoorden van de minister op de Kamervragen die hierover eerder zijn gesteld (Kamervragen 2016-2017, nr. 1096). Daarin geeft de minister aan dat zorgverzekeraars, vanwege de zorgplicht die zij hebben, er verantwoordelijk voor zijn dat er voldoende zorg wordt ingekocht. Daarnaast hebben zorgverzekeraars een belangrijke rol als het gaat om het betaalbaar houden van die zorg. De contracten die zij in het kader van de zorginkoop afsluiten zijn daarbij essentieel.

*De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij ook van zorgverzekeraars het signaal heeft gekregen dat een vergelijking van zorginstellingen op basis van kwaliteit slechts in zeer beperkte mate mogelijk is en zo ja, wat zij daarop aan de zorgverzekeraars heeft geadviseerd.*

Verzekeraars zijn ten aanzien van de ggz al langer voorstander van het meer inzichtelijk maken van de geleverde zorg en de kwaliteit daarvan. Zij hebben dit ook steeds naar voren gebracht in overleggen en hebben maatregelen van de NZa en ggz-aanbieders die hieraan hebben bijgedragen dan ook steeds gesteund. Verzekeraars steunen ook de 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie' en geven aan dat hiermee belangrijke inspanningen worden verricht om inzicht in de kwaliteit en doelmatigheid van de ggz te vergroten.

*De leden van de SP-fractie stellen dat prestatiebekostiging faalt in het bevorderen van zorginkoop op basis van kwaliteit. Zij vragen er direct voor te zorgen dat dit verbetert of te stoppen met prestatiebekostiging. Ook vragen zij wat de minister in de praktijk gaat doen met de bevinding van de Algemene Rekenkamer dat onderhandelingen bij de zorginkoop nog niet zijn gebaseerd op een kwaliteitsvergelijking van zorgaanbieders.*

Met de invoering van prestatiebekostiging in de ggz streefde de minister een getrapte doelstelling na: doel was om via vergroting van de transparantie in de ggz een dynamiek te laten ontstaan die de totstandkoming van kwalitatief goede en doelmatige zorg stimuleert (zie Kamerstukken 25 424, nrs. 160 en 175). De Algemene Rekenkamer heeft geconstateerd dat de invoering van prestatiebekostiging in de ggz heeft gezorgd voor meer transparantie en dat met de invoering van prestatiebekostiging de aandacht voor de kwaliteit in de ggz is toegenomen. De mogelijkheden om zorgaanbieders onderling te vergelijken op basis van behandeluitkomsten kennen nog beperkingen, maar anderzijds is het onmiskenbaar dat er in de ggz-sector een dynamiek op gang komt die is gericht op het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. De door de ggz-sector opgestelde 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie' (Kamerstuk 25 424, nr. 292) laat dat zien.

Dit alles laat onverlet dat de Algemene Rekenkamer terecht constateert dat kwaliteit van zorg nog slechts een beperkte rol speelt bij de zorginkoop. Een te beperkte rol wat mij betreft. De 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie', die is opgesteld door organisaties van patiënten, zorgprofessionals en zorginstellingen, bevat diverse maatregelen om betere sturing op kwaliteit, door alle betrokkenen (inclusief patiënten), mogelijk te maken. Om deze maatregelen en ontwikkeling te (blijven) ondersteunen bepleit de ggz-sector in de 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie' voortzetting van het beleid van prestatiebekostiging op basis van een nieuw bekostigingsmodel. Het advies van de NZa over de ontwikkeling van deze nieuwe bekostiging, heb ik overgenomen (Kamerstuk 25 424, nr. 292). De tweede voortgangsrapportage van de NZa over de ontwikkeling van deze nieuwe bekostiging heb ik u op 21 februari toegestuurd (Kamerstuk 25 424, nr. 343).

*De leden van de SP-fractie vragen expliciet om geen volgende fase te starten naar uitkomstfinanciering. Zij benadrukken hierbij "dat het inkopen van zorg op basis van alleen de prijs leidt tot een 'race to the bottom', waar de patiënt de dupe van wordt."*

De bestaande indicatoren voor het meten van de behandeluitkomst (die zijn ontwikkeld in het kader van ROM) zijn nog niet geschikt om de basis te vormen van de nieuwe bekostiging. Daarvoor zullen die dan ook niet worden gebruikt. Het eerste jaar waarin de nieuwe bekostiging zorgvuldig kan worden ingevoerd is 2020. Voordat daarna nieuwe, majeure aanpassingen in de bekostiging kunnen worden gedaan, zal eerst voldoende ervaring moeten worden opgedaan met de nieuwe bekostiging. De wenselijkheid en mogelijkheden van een eventuele verdere doorontwikkeling naar uitkomstfinanciering in de ggz kunnen dan worden bezien. Overigens is onduidelijk waarom de SP in een eventuele toekomstige doorontwikkeling naar uitkomstfinanciering het risico ziet van zorginkoop op basis van "alleen de prijs" en een "race to the bottom" waar de patiënt de dupe van wordt, aangezien de kern van uitkomstfinanciering juist is dat goede behandeluitkomsten worden beloond.

*De leden van de SP-fractie geven aan veel signalen te ontvangen dat de invoering van de prestatiebekostiging heeft geleid tot kortere contracten voor zorgverleners en vragen de minister of zij dat kan beamen.*

Ik heb geen signalen ontvangen dat de invoering van de prestatiebekostiging binnen de ggz heeft geleid tot kortere contracten voor zorgverleners. Medio 2016 heeft de minister u een brief gestuurd over de stand van zaken meerjarige contracten (Kamerstuk 29 689 nr. 213). Hoofdconclusie in deze brief is dat er sprake is van een stijgende trend als het gaat om meerjarige contracten.

*De SP-fractie vraagt ook wat de invloed is geweest van de invoering van de prestatiebekostiging op de arts-patiënt relatie.*

Er is mij geen onderzoek bekend naar specifiek het effect van prestatiebekostiging op de arts-patiëntrelatie. Ook de Algemene Rekenkamer is hier niet op ingegaan.

In de evaluatie van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de NZa van Andersson Elffers Felix uit 2014, is wel gekeken naar het effect van tarief- en prestatieregulering in de ggz op het 'algemeen consumentenbelang', waarbij gekeken is naar het effect op de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de ggz. Dit effect was volgens AEF niet eenduidig. AEF schreef onder andere dat "het moeilijk is te onderscheiden in hoeverre de vermeende verbetering in toegankelijkheid en kwaliteit van zorg binnen de ggz te danken is aan de komst van DBC's en prestatiebekostiging of aan de overheveling van AWBZ naar Zvw".

*De leden van de SP-fractie vragen, verwijzend naar de constatering van de Algemene Rekenkamer dat de gebruikswaarde van de ROM-scores haar beperkingen kent, of de minister erkent dat kwaliteitsmeting binnen de ggz niet mogelijk is en of ik overweeg af te zien van kwaliteitsmeting binnen de ggz.*

Kwaliteitsmeting binnen de ggz is nodig om kwaliteit te stimuleren en te verbeteren waar nodig. Ook de Algemene Rekenkamer schrijft dat inzicht in kwaliteit van zorg nodig is "om in de curatieve ggz blijvend te werken aan de verbetering van de zorg". Kwaliteitsmeting binnen de ggz is ook mogelijk en ROM is een instrument dat hieraan bijdraagt. Het is belangrijk om op verschillende manieren naar kwaliteit te kijken en bij geconstateerde tekortkomingen het gesprek aan te gaan.

De verplichting tot het toepassen van ROM tijdens de behandeling en het aanleveren van ROM-gegevens bij SBG vloeit voort uit het "model-Kwaliteitsstatuut ggz".<sup>4</sup> Het model-Kwaliteitsstatuut is door alle betrokken partijen<sup>5</sup> zelf ontwikkeld en ondertekend en is opgenomen in het Kwaliteitsregister van het Zorginstituut. Het is een veldnorm die beschrijft wat te leveren goede geestelijke gezondheidszorg is.

Voor een uitgebreide beantwoording van deze vragen wijs ik u verder graag op de beantwoording (d.d. 23 maart 2017) van de Kamervragen die u eerder stelde over dit onderwerp (Kamerstukken, vergaderjaar 2016–2017, nr. 1477).

*De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij hun constatering deelt dat ROM met name bruikbaar is voor behandelaars zelf, in de behandelkamer, en niet zozeer als kwaliteitsindicator of als onderdeel van een benchmark.*

Naast inzicht over de voortgang van behandelingen, kan ROM, door de centrale verzameling en daarmee gecreëerde spiegelinformatie, ook iets zeggen over de kwaliteit van geleverde zorg. Voor een uitgebreide toelichting hieromtrent verwijst

<sup>4</sup> Bron: <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/Paginas/Home.aspx>, <https://www.ggzkwaliteitsstatuut.nl/Home/About>

<sup>5</sup> LPGGz, NVvP, GGZ NL, LVVP, NIP, InEen, Platform MeerGGZ, V&VN, P3NL en ZN

ik u naar de antwoorden op de eerder door u gestelde Kamervragen (Kamerstukken, vergaderjaar 2016–2017, nr. 1477).

*De leden van de SP-fractie vragen aan de minister wat nu precies de rol van ROM is bij de zorginkoop en of zij kan garanderen dat zorgverzekeraars geen gebruik maken van ROM-gegevens bij de inkoop van zorg.*

De verplichting tot toepassen van ROM tijdens de behandeling en het aanleveren van ROM-gegevens bij SBG vloeit voort uit het model-Kwaliteitsstatuut ggz. Op de naleving van die verplichting kunnen zorgverzekeraars letten bij de zorginkoop. Het model-Kwaliteitsstatuut<sup>6</sup> is door alle betrokken partijen<sup>7</sup> zelf ontwikkeld, ondertekend en opgenomen in het Kwaliteitsregister van het Zorginstituut en is een veldnorm. Het hebben van een Kwaliteitsstatuut is wettelijk verplicht.

Zorgverzekeraars kunnen daarnaast de ROM-benchmarkdata, geaggregeerd op instellingsniveau, inzien.<sup>8</sup> Op basis hiervan kunnen zorgaanbieders en verzekeraars met elkaar het gesprek voeren over geconstateerde verschillen. Zoals de minister al aangaf in haar reactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer zelf<sup>9</sup> en in de antwoorden op de genoemde Kamervragen (Kamerstukken, vergaderjaar 2016–2017, nr. 1477), zullen partijen steeds moeten (blijven) nagaan en benoemen waar de grenzen van het zinvolle gebruik van ROM-gegevens liggen, wat de zeggingskracht is en wat de tekortkomingen zijn van de ROM-informatie.

*De leden van de SP-fractie vragen wat de rol van de zorgverzekeraars is geweest in de oprichting van de Stichting Benchmark GGZ (SBG). Ook vragen zij hoe de veiligheid van patiëntgegevens, de bescherming van het medisch beroepsgeheim en privacy geborgd worden door SBG, in het bijzonder wanneer SBG ROM-gegevens deelt met andere partijen.*

Voor een uitgebreide beantwoording van deze vragen wijs ik u graag op de beantwoording d.d. 23 maart 2017 van de vragen die u eerder stelde over dit onderwerp (Kamerstukken, vergaderjaar 2016–2017, nr. 1477).

In 2010 was Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een van de oprichters van SBG, samen met GGZ Nederland en het Landelijk Platform GGz. Afgesproken werd dat ZN de jaarlijkse exploitatiekosten van SBG zou dragen en dat de ggz-aanbieders de kosten voor de voortzetting van implementatie van ROM en het aanleveren van data aan SBG zouden dragen.

Bescherming van het medisch beroepsgeheim, privacy en veiligheid van patiëntgegevens worden geborgd door de governancestructuur en werkwijze van zowel SBG als ZorgTTP. SBG mag uitsluitend onder strikte voorwaarden de dubbel gepseudonimiseerde ROM-gegevens delen met een andere partij. Zonder instemming van de zorgaanbieder zal SBG geen dubbel gepseudonimiseerde gegevens kunnen delen met een andere partij.

*De leden van de fractie van de SP vragen of de minister het wenselijk acht dat prestatiebekostiging leidt tot fusie op fusie van zorginstellingen, of zij erkent dat*

<sup>6</sup> Bron: <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/Paginas/Home.aspx>, <https://www.ggzkwaliteitsstatuut.nl/Home/About>

<sup>7</sup> LPGGz, NVvP, GGZ NL, LVVP, NIP, InEen, Platform MeerGGZ, V&VN, P3NL en ZN

<sup>8</sup> Zorgverzekeraars kunnen op een lager aggregatieniveau alleen meer benchmarkgegevens zien van de instelling als zij daarover met de betreffende aanbieder afspraken hebben gemaakt.

<sup>9</sup> Rapport van de Algemene Rekenkamer: Bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Gepubliceerd op 26 januari 2017.

*fusies van zorginstellingen worden veroorzaakt door de macht die is toebedeeld aan zorgverzekeraars in het huidige systeem en of zij vindt dat het ontstaan van zorgkolossen in het belang is van de patiënt.*

Ik ben niet van mening dat fusies tussen zorginstellingen worden veroorzaakt door prestatiebekostiging of door macht van zorgverzekeraars en dit blijkt ook niet uit het voorliggende rapport van de Algemene Rekenkamer. In de rapportage van de NZa waarnaar de Rekenkamer verwijst, wordt op dit punt alleen geconstateerd dat het aantal ggz-instellingen van 2012 tot 2013 licht is gestegen en dat er in 2013 een aanzienlijke spreiding is in de omvang van ggz-instellingen, waarbij 70% van de totale ggz-uitgaven is geconcentreerd bij 36 instellingen.<sup>10</sup> Ik ben niet van mening dat het ontstaan van zorgkolossen in het belang is van de patiënt. Om te waarborgen dat fusies van zorginstellingen vooraf goed worden doordacht en er na eventuele fusies afdoende alternatieven overblijven, toetst de NZa in het kader van de zorgspecifieke fusietoets onder meer op de zorgvuldige betrokkenheid van stakeholders en toetst de Autoriteit Consument en Markt voorgenomen fusies op de gevolgen voor de mededinging.

*De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij erkent dat vrijgevestigde behandelaars en kleine zorginstellingen geconfronteerd worden met een dictaat van de zorgverzekeraar over de prijs per afgeronde behandeling en het aantal declarabele uren en dat zij hierover niet kunnen onderhandelen. Ook vragen zij haar of zij voornemens is om de positie van zelfstandige behandelaars te verstevigen ten opzichte van zorgverzekeraars.*

De totstandkoming van afspraken over de kwaliteit en prijs van zorg is een proces dat plaatsvindt tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder. Door partijen is de afgelopen jaren gewerkt aan het tot stand brengen van "good contracting practices" en de NZa heeft haar regelgeving voor de zorginkoop hierop aangepast. Zo is per 1 januari 2016 een transparantieregeling van de NZa over de zorginkoop van kracht geworden. Daarin wordt voorgeschreven dat zorgverzekeraars hun zorginkoopbeleid uiterlijk op 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar voor de zorginkoop bekend maken en daarin informatie verstrekken over het proces van de zorginkoop. Ook is voorgeschreven dat de zorgverzekeraar in het tijdpad voor het zorginkoopproces een redelijke termijn opneemt voor de zorgaanbieders om het voorstel te bestuderen en vragen te stellen. Hierbij vind ik het ook belangrijk dat verzekeraars hun contractpartners op een fatsoenlijke manier te woord moeten staan en goed bereikbaar zijn voor vragen over het contract.

*De leden van de SP-fractie vragen of de minister het wenselijk acht dat in een groot deel van de ggz feitelijk wordt gewerkt met contracten met een financieel plafond en niet met een afgesproken prijs per afgeronde behandeling.*

In de ggz wordt veelvuldig gebruik gemaakt van omzetplafonds. Hier kunnen voor- en nadelen aan verbonden zijn. Het is aan de betrokken partijen zelf om te beoordelen of in een specifieke situatie de voordelen van het gebruik van een omzetplafond opwegen tegen de nadelen en om te beslissen of er wel of geen omzetplafond in een contract wordt opgenomen.

*De leden van de SP-fractie vragen of de minister erkent dat in de gespecialiseerde ggz een "opgelegd financieel plafond" tot onwerkbaar situaties leidt voor zorginstellingen en de continuïteit van zorg ernstig in gevaar brengt.*

Het werken met omzetplafonds ontslaat verzekeraars niet van hun zorgplicht. Zij dienen ervoor te zorgen dat een patiënt de noodzakelijke zorg tijdig ontvangt. Een

---

<sup>10</sup> NZa (2015), Marktscan ggz 2015, Deel A, p. 4 en p. 24.

zorgaanbieder mag een reeds gestarte behandeling niet staken, ook niet bij het bereiken van het omzetplafond. Hiermee is de continuïteit van de behandeling van de betrokken patiënten geborgd.

*De leden van de SP-fractie constateren dat de Algemene Rekenkamer stelt dat er in de praktijk nauwelijks wordt onderhandeld over de prijs van diagnosebehandelcombinaties (dbc's) en vragen de minister of zij erkent dat dit aantoonbaar bewijs levert dat de dbc-systematiek niet werkt en overbodig is bij inkoop.*

Nee, die conclusie trek ik niet. Een primair doel van de invoering van dbc-bekostiging was het vergroten van de transparantie in de ggz (zie Kamerstukken 25 424, nrs. 160 en 175). Op dat vlak zijn, zowel dankzij de dbc's als dankzij de bestuurlijke afspraken die hierover zijn gemaakt, resultaten geboekt. De Algemene Rekenkamer heeft geconcludeerd dat door de invoering van prestatiebekostiging meer informatie beschikbaar is gekomen over de geneeskundige ggz. Het gaat daarbij niet alleen om de door de Algemene Rekenkamer genoemde informatie over de hoeveelheid geleverde zorg, maar bijvoorbeeld ook om informatie over het zorgproces (zoals over de beroepenmix van behandelaren en de verhouding tussen directe en indirecte behandel tijd). Ook als niet (altijd) op dbc-niveau over de prijs wordt onderhandeld, is die informatie op geaggregeerd niveau van belang voor de zorginkoop.

Navraag bij de NZa leert overigens dat er tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars doorgaans wel afspraken worden gemaakt over de te declareren dbc-tarieven, maar dat zij daarnaast vaak ook omzetplafonds en eventueel prijsplafonds (een gemiddelde prijs per patiënt) afspreken, waardoor achteraf nog een verrekening kan plaatsvinden.

Dit alles neemt niet weg dat ikzelf en partijen in de ggz niet tevreden zijn met de huidige dbc's. Partijen hebben in de 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie' dan ook voor een doorontwikkeling van de bekostiging gepleit. Deze doorontwikkeling wordt ook door de NZa geadviseerd<sup>11</sup> en de minister heeft dat advies overgenomen (Kamerstuk 25 424, nr. 292).

*De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij erkent dat de dbc's de verkeerde prikkel afgeven (namelijk de prikkel om net zo lang door te gaan met behandelen totdat de patiënt genoeg opbrengt) en of zij erkent dat door de dbc's zorgverleners worden opgeleid om te kijken naar de behandeling waarmee een patiënt het meeste opbrengt, in plaats van de behandeling waar de patiënt het meeste behoefte aan heeft.*

Ik erken dat er misbruik kan worden gemaakt van het dbc-systeem. Tegelijkertijd constateer ik ook dat via contractafspraken over omzetplafonds en prijsplafonds de financiële prikkel hiertoe effectief kan worden verminderd. Dit blijkt uit de Marktscan GGZ 2014, deel B van de NZa (Kamerstuk 31 765, nr. 161). In deze Marktscan is ook te zien dat de NZa dit gedrag over 2013 (het eerste jaar met sectorbrede dbc-bekostiging) alleen bij een beperkte groep ggz-aanbieders heeft kunnen waarnemen. Dit alles neemt niet weg dat dit gedrag onacceptabel is. Sindsdien heeft de minister dan ook maatregelen genomen om dit gedrag tegen te gaan. Zo staat er met ingang van 2014 informatie op de ggz-declaratie over de werkelijk bestede behandel tijd in minuten (in plaats van alleen de dbc-tijdklasse). Hierdoor is het voor zorgverzekeraars nu eenvoudiger te zien als zorgaanbieders structureel net iets langer doorbehandelen dan de grens van een dbc-tijdklasse

---

<sup>11</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/11/17/kamerbrief-met-verzamelbrief-half-november>



waardoor zij structureel in een hogere dbc-tijdklasse terecht komen. Dat kan dan leiden tot nadere controles en maatregelen. Met de overgang naar een nieuwe ggz-bekostiging moeten de prikkels en mogelijkheden tot misbruik verder worden beperkt.

*De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij van mening is dat de afzonderlijke afspraken tussen een zorgverzekeraar en zorginstellingen (zoals Arkin) om geen financieel plafond te hanteren voor crisisbehandelingen, wenselijk zijn en dat crisisbehandelingen voor iedere zorgaanbieder uitgezonderd zouden moeten worden van een financieel plafond. Zij vragen daarnaast om een uiteenzetting of deze afspraak in de praktijk werkt.*

Het is aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om onderling de inhoud van hun contracten te bepalen. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht, die ook het werk van de crisisdiensten betreft. Zij hebben dus een verantwoordelijkheid om voldoende capaciteit voor de inzet van crisisdiensten te waarborgen, evenals voldoende behandelcapaciteit bij ggz-instellingen. Crisisdiensten richten zich op de beoordeling en stabilisatie van mensen die bij hen worden gemeld. Dat betekent dat crisisdiensten na de beoordeling deze mensen zo nodig overdragen aan de gespecialiseerde ggz. Ik vind het daarom van belang dat zorgverzekeraars voldoende inzicht hebben in de ingekochte capaciteit van zowel crisis-ggz als gespecialiseerde ggz.

*De leden van de SP-fractie vragen of de minister van mening is dat op dit moment voldoende publieke verantwoording kan worden afgelegd over het geld dat besteed wordt in de curatieve ggz, wat er volgens haar nodig is om "meer publieke verantwoording" af te kunnen leggen en of zij uiteen kan zetten op welke wijze het nieuwe bekostigingsmodel verantwoordingsproblemen moet gaan voorkomen.*

Voor het afleggen van een goede publieke verantwoording is het nodig dat regels en normen voldoende helder zijn. GGZ Nederland en de sectorcommissie zorg van de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) hebben afgelopen najaar aangegeven dat het eerdere knelpunt van de ervaren normonduidelijkheid voor de jaarrekeningen op dat moment al voor een belangrijk deel was weggenomen (Kamerstuk 25 424, nr. 333). Vanuit de sectorcommissie zorg van de NBA heb ik recentelijk nogmaals het signaal ontvangen dat de normen voldoende helder zijn, waardoor geen generiek uitstel meer nodig is voor het deponeren van de jaarrekeningen.

In de afgelopen periode hebben tussen betrokken partijen nog wel gesprekken plaatsgevonden over hoe de administratieve lasten rond de zogenaamde 'zelfonderzoeken' in de ggz, administratieve lasten die door diverse betrokkenen tot nu toe als hoog zijn ervaren, kunnen verminderen. Dit heeft tot gevolg gehad dat – hoewel GGZ Nederland de betreffende controlepunten en -normen in december al wel in concept onder haar leden heeft kunnen verspreiden – de definitieve controleplannen voor de zelfonderzoeken 2015, 2016 en 2017 in april nog niet door GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland waren vastgesteld. Inmiddels hebben ook deze gesprekken tot resultaten geleid: op 1 mei zijn het controleplan voor het zelfonderzoek 2015 en het bijbehorende accountantsprotocol gepubliceerd.<sup>12</sup> Hierin zijn diverse vereenvoudigingen aangebracht. Voor de controleplannen voor de zelfonderzoeken 2016 en 2017 wordt nog gekeken naar verdere veranderingen in de opzet.

---

<sup>12</sup> Zie <http://www.ggznederland.nl/actueel/zelfonderzoek-curatieve-ggz-2015-van-start> en <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=2056585217>

Met het nieuwe bekostigingsmodel kunnen (nieuwe) problemen met de controle en verantwoording worden voorkomen door, overeenkomstig de aanbeveling van de Algemene Rekenkamer, ervoor te zorgen dat partijen bij het opstellen van het nieuwe bekostigingsmodel tijdig uitwerken hoe het verantwoordings- en controlearrangement eruit komt te zien. Ik zal de NZa vragen erop toe te zien dat dit gebeurt en hierbij waar nodig een faciliterende rol te spelen.

*De leden van de SP-fractie vragen of de minister hun zorgen deelt dat de invoering van de zorgstandaarden en productstructuur zal leiden tot meer bureaucratie en niet tot meer kwaliteit en of zij kan reageren op de bevinding van de Algemene Rekenkamer dat het hanteren van zorgstandaarden en productstructuur niet automatisch leidt tot doelmatige zorg.*

De Algemene Rekenkamer schrijft dat de zorgstandaarden en de productstructuur mogelijkheden bieden om het inzicht in de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te vergroten. Ook schrijft de Rekenkamer dat dit inzicht nodig is om in de curatieve ggz blijvend te werken aan de verbetering van de zorg. Tegelijkertijd merkt de Algemene Rekenkamer op dat het niet vanzelfsprekend is dat de zorgstandaarden en de nieuwe productstructuur ook gaan bijdragen aan een beter functionerende zorginkoopmarkt. Daarvoor is onder meer nodig dat er samenhang is tussen de zorgstandaarden en de nieuwe productstructuur. Dat ben ik met de Algemene Rekenkamer eens. Daarom heeft de minister de NZa expliciet aandacht gevraagd voor de koppeling van de nieuwe bekostiging met zorgstandaarden en/of -richtlijnen. De NZa heeft in reactie daarop (d.d. 6 februari 2017) aangegeven het belang van een adequate aansluiting van de zorgclusters en de zorgstandaarden te onderschrijven en dat de NZa inzichtelijk gaat maken hoe de relatie van bestaande zorgstandaarden met zorgclusters is (Kamerstuk 25 424, nr. 343).

*De leden van de SP-fractie vragen om een reactie op de punten die in het nawoord van de Algemene Rekenkamer worden aangestipt.*

De Algemene Rekenkamer heeft in haar nawoord drie punten aangestipt.

- Voor mijn reactie op de aanbeveling van de Algemene Rekenkamer om nieuwe kwaliteitsindicatoren expliciet te beoordelen op de mogelijkheden om instellingen betekenisvol te vergelijken en daarmee de zorginkoop te ondersteunen, verwijs ik naar mijn antwoord op een vraag hierover van de PvdA-fractie.
- Voor een reactie op de opmerkingen van de Algemene Rekenkamer over de bekostiging van de behandeling van mensen met een ernstige psychische aandoening, verwijs ik ook naar mijn antwoord op een vraag hierover van de PvdA-fractie.
- Daarnaast onderstreept de Algemene Rekenkamer het belang dat de betrokken partijen bij het opstellen van het nieuwe bekostigingsmodel voor de ggz, tijdig uitwerken hoe het verantwoordings- en controlearrangement eruit komt te zien. Dit om nieuwe problemen bij de financiële jaarverantwoording te voorkomen. Ik ben dit met de Algemene Rekenkamer eens. Zie hiervoor het antwoord op een eerdere vraag van de SP-fractie.

## **Reactie op de vragen en opmerkingen van de D66-fractie**

*De leden van de D66-fractie vragen de minister om te reflecteren over in hoeverre zij het onwenselijk acht dat bij de zorginkoop "de onderhandelingsruimte bijna niet benut wordt" en dat in de praktijk 95% van de contracten wordt afgesloten met een financieel plafond, waarbij vooraf geen prijs per afgeronde behandeling wordt afgesproken. Zij geven daarbij aan dat de manier waarop de zorginkoop nu gerealiseerd wordt niet in lijn is met de theorie achter het bekostigingstelsel en dat zij dit een gemiste kans vinden. Ook vragen zij de minister welke stappen zij wil ondernemen om te bevorderen dat de onderhandelingsruimte beter wordt benut.*

Dat partijen ervoor kiezen om gebruik te maken van omzetplafonds zie ik op zichzelf niet als een knelpunt. Ik verwijs hiervoor ook naar mijn antwoord op een vraag hierover van de SP-fractie. Wel zou ik liever zien dat er meer afspraken worden gemaakt over de kwaliteit en doelmatigheid van zorg, al dan niet in combinatie met een omzetplafond.

Bij de invoering van prestatiebekostiging werd voorzien dat er tijd nodig was om tot een zorginkoop op basis van een vergelijking van kwaliteit en doelmatigheid te komen. De doelen van prestatiebekostiging zijn destijds dan ook beschreven in termen van de ontwikkeling richting een eindperspectief (Kamerstuk 25 424, nr. 160). De Tweede Kamer maakte zich destijds daarom ook zorgen dat het afstappen van het oude systeem van budgetbekostiging aanvankelijk – zolang het eindperspectief nog niet was bereikt – gepaard zou gaan met macrokostenstijgingen als gevolg van de volumeprikkels van het dbc-systeem. In reactie daarop (Kamerstuk 25 424, nr. 175, blz. 31) heeft de minister toen de verwachting uitgesproken dat verzekeraars volumerisico's zouden beheersen door, net als ten tijde van de budgetbekostiging, omzetplafonds af te spreken met zorgaanbieders.<sup>13</sup> Daarnaast sprak zij toen de verwachting uit dat – door het in toenemende mate beschikbaar komen van sturingsinformatie als gevolg van de afspraken in het bestuurlijk akkoord ggz – op termijn het zorgvolume ook beheerst zou kunnen worden door sturing op de doelmatigheid en kwaliteit van zorg door zowel zorgaanbieders als verzekeraars.

Waar die eerste verwachting duidelijk is uitgekomen, zijn de ontwikkelingen die moesten leiden tot de realisatie van die tweede verwachting, niet snel genoeg gegaan. Ik steun daarom de 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie' van de ggz-sector waarmee deze ontwikkelingen een grote, nieuwe impuls krijgen. Ik verwacht dat de uitvoering van deze agenda er ook toe zal leiden dat de prestatiebekostiging de zorginkoop beter zal gaan ondersteunen. De verwachting is dat de nieuwe productstructuur voor de ggz, die nu door de NZa met ggz-partijen wordt ontwikkeld (als onderdeel van deze agenda), een grotere medische herkenbaarheid heeft en een sterkere relatie legt tussen de zorgvraag van de patiënt en de behandeling. Daardoor zal deze het gesprek over doelmatigheid en kwaliteit in de zorginkoop beter kunnen faciliteren dan het huidige dbc-systeem.

Overigens is het – zoals ik ook al aangaf in mijn reactie op een vraag van de SP-fractie – niet zo dat er geen afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden gemaakt over de te declareren dbc-tarieven. Zorgaanbieders in de ggz spreken met verzekeraars vaak een percentage van het maximumtarief af waartegen kan worden gedeclareerd. Wel is het zo dat gelijktijdig vaak ook omzetplafonds en eventueel prijsplafonds (een gemiddelde prijs per patiënt) worden afgesproken, waardoor achteraf nog een verrekening kan plaatsvinden.

---

<sup>13</sup> Hiertoe aangespoord door de afbouw van de ex post compensaties in de risicoverevening en de bestuurlijke afspraken over het macrobudgettair kader voor de ggz.

*De leden van de D66-fractie vragen in te gaan op de consequenties van het gebruik van financiële plafonds voor de kwaliteit van behandelingen, wachtlijsten en behandelstops.*

De financiële plafonds hebben geen directe relatie met de kwaliteit van de behandelingen. De Zorgverzekeringswet schrijft voor dat zorgaanbieders zorg moeten leveren volgens 'professionele standaarden'. Partijen zijn nu bezig met het ontwikkelen en aanpassen van zorgstandaarden met als doel patiënten de juiste zorg, op de juiste plek, door de juiste persoon te verlenen en de zorg doelmatig en in goede samenhang te verlenen. Eind 2017 willen de betrokken partijen zorgstandaarden gereed hebben voor de meest voorkomende aandoeningen, inclusief een set bijbehorende kwaliteitsindicatoren. Verder wordt in het kwaliteitsstatuut, dat voor iedere zorgaanbieder verplicht is, beschreven wat zorgaanbieders geregeld hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve ggz te mogen verlenen.

Met betrekking tot de wachtlijsten en behandelstops: zorgaanbieders die te maken hebben met het bereiken van hun financiële plafond en/of wachttijden moeten dit altijd aangeven bij hun zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht voor hun verzekerden. Als de oorzaak van de wachttijden gelegen is in contractafspraken moeten partijen samen kijken naar een passende oplossing. Er is in de ggz voldoende macrobudgettaire ruimte voor zorgverzekeraars om, indien nodig, aanvullende afspraken te maken met zorgaanbieders. Een verzekerde kan door de zorgverzekeraar worden bemiddeld naar een zorgaanbieder die wel nog plek heeft. De zorgaanbieder kan de verzekerde ook op de mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling door de zorgverzekeraar wijzen.

*De leden van de D66-fractie hechten belang aan één taal als het gaat om kwaliteit, omdat op deze wijze ook kwaliteit inzichtelijker gemaakt kan worden en beter vergelijkbaar en vragen de reactie van de minister daarop.*

Ik ben het met de Algemene Rekenkamer eens dat het belangrijk is om één taal te spreken als het gaat om kwaliteit. Vergelijkbaarheid en inzicht in kwaliteit zijn belangrijk bij het werken aan continue verbetering van zorg. ROM kan hier een belangrijke rol bij spelen. Het blijft daarom belangrijk om kwaliteitsinstrumenten als ROM door te ontwikkelen en aan te scherpen, bijvoorbeeld door middel van (wetenschappelijk) onderzoek.

*De leden van de D66-fractie vernemen graag welke stappen de minister wenst te zetten om (laagdrempelige) transparantie nog beter te realiseren en welke projecten hiervoor op dit moment lopen.*

In het kader van de 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie' ontwikkelt het Landelijk Platform GGz (LPGGz)<sup>14</sup> een keuzewebsite voor de ggz. Voor een uitgebreide toelichting hierop verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 1 van de PvdA-fractie.

*De leden van de D66-fractie vernemen graag van de minister welke stappen zij zal zetten om de 'best-practices' die er al zijn op het gebied van zorginkoop op basis van kwaliteit, beter uit te rollen. Ook vernemen zij graag welke goede voorbeelden de minister ziet.*

Een goed voorbeeld is het initiatief van Zilveren Kruis om in samenwerking met de landelijke Depressievereniging met vijf zorgaanbieders voorkeurscontracten voor depressiezorg af te sluiten (zie hiervoor ook mijn antwoord op de laatste vraag

---

<sup>14</sup> Nu geheten: MIND

van de VVD-fractie).<sup>15</sup> Ook in het rapport van de Algemene Rekenkamer (blz. 24) worden enkele goede voorbeelden genoemd, zoals de meerjarige overeenkomst die zorgverzekeraar VGZ en ggz-instelling Vincent van Gogh met elkaar hebben gesloten met afspraken over 21 experimenten waarin op innovatieve manieren wordt gewerkt aan betere zorg. Via de ondersteuning van de door de ggz-sector opgestelde 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie' wil ik de aandacht voor kwaliteit in de zorginkoop verder bevorderen.

*De leden van de D66-fractie vragen de minister om in te gaan op de aanbeveling van de Algemene Rekenkamer om nieuwe kwaliteitsindicatoren te beoordelen zodat instellingen betekenisvol vergeleken kunnen worden en daarmee de zorginkoop kan worden ondersteund.*

Ik verwijs hiervoor naar het antwoord op een gelijklopende vraag van de PvdA-fractie.

*De leden van de D66-fractie vinden de reactie van de minister op de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat VWS en de betrokken organisaties hoge verwachtingen hebben van het nieuwe model van prestatiebekostiging, te summier en vragen haar uitgebreider op deze conclusie te reflecteren.*

In haar reactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer heeft de minister deze conclusie van de Algemene Rekenkamer willen relativeren. De door de Rekenkamer genoemde "hoge verwachtingen" zijn namelijk niet primair verbonden aan de invoering van de nieuwe bekostiging, waarover het definitieve besluit nog moet vallen, maar op de implementatie van de maatregelen die genoemd staan in de 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie'. De nieuwe bekostiging is hierbij een ondersteunend element. De echte kwaliteitsimpuls in de ggz moet komen van de daadwerkelijke implementatie van die maatregelen. Dit kan door de nieuwe bekostiging worden gefaciliteerd.

*De leden van de D66-fractie verzoeken de minister om met betrokken partijen een plan van aanpak op te stellen om te realiseren dat verantwoordings- en controlearrangementen helder zijn rondom nieuwe bekostiging. Ook vragen zij haar om onnodige complexiteit van de nieuwe bekostiging te voorkomen en waar nodig bij te sturen.*

Ik vind het essentieel dat de nieuwe bekostiging efficiënt, effectief en goed uitvoerbaar is en dus niet onnodig complex. Een expliciete toets op administratieve lasten en draagvlak is daarom noodzakelijk om te zijner tijd een besluit over de invoering van de nieuwe bekostiging te kunnen nemen. De NZa voert deze uit. De NZa houdt mij via voortgangsrapportages, die ik steeds doorstuur naar de Tweede Kamer, op de hoogte van de ontwikkeling van de nieuwe bekostiging, zodat ik waar nodig nadere sturing kan geven.

Zoals ook al aangegeven in het antwoord op de vraag hierover van de leden van de SP-fractie, ben ik het met de Algemene Rekenkamer eens dat – gezien de ervaringen in het verleden – het van belang is dat de betrokken partijen bij het opstellen van het nieuwe bekostigingsmodel tijdig uitwerken hoe het verantwoordings- en controlearrangement eruit komt te zien.

---

<sup>15</sup> Zie: <https://www.skipr.nl/partnernieuws/id28849-samen-op-zoek-naar-de-beste-depressiezorg-.html>