

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 Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 14 september 2020 inzake Uitwerking en besluit nieuwe bekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) (Kamerstuk 25 424, nr. 552) en de brief van 6 oktober 2020 inzake Aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de nieuwe bekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) (Kamerstuk 25 424, nr. 554).

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,  
Clemens

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de Staatssecretaris	11

## I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

### Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brieven van de Staatssecretaris. Graag willen zij de Staatssecretaris een aantal vragen voorleggen.

#### *Uitwerking en besluit nieuwe bekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz)*

De leden van de VVD-fractie lezen dat de Staatssecretaris voornemens is om het nieuwe zorgprestatie­model in te voeren per 2022. Deze leden zijn tevreden over deze ontwikkeling, maar zij vragen wel hoe de Staatssecretaris de komende twee jaar gaat zorgen dat betrokken partijen voldoende meegenomen worden in deze nieuwe bekostiging, zeker nu de NZa aangeeft dat op het gebied van de zorgvraagtypering geen overeenkomst is bereikt tussen betrokken veldpartijen. Genoemde leden hebben gezien dat de implementatie van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wv­ggz) de afgelopen tijd veel discussie heeft veroorzaakt. Hoe gaat de Staatssecretaris zorgen dat de nieuwe bekostiging, die op papier veelbelovend is, in de praktijk ook gaat werken? Wordt dit voorstel nu breed gedragen en is het gehele veld nauw betrokken bij de voorbereiding richting daadwerkelijke invoering?

De leden van de VVD-fractie zijn ook content over het feit dat de financiering van digitale zorg een plek krijgt in het zorgprestatie­model. Is er al gebruikgemaakt van de mogelijkheid om een facultatieve prestatie aan te melden bij de NZa of heeft de Staatssecretaris signalen dat partijen voornemens zijn dit te doen, zo vragen deze leden. Is de Staatssecretaris het eens met genoemde leden dat financiering van digitale zorg op deze wijze stimulering verdient en zo ja, hoe is de Staatssecretaris voornemens om daar invulling aan te geven?

De zorgvraagtypering zou per 2024 stabiel zijn en tegemoetkomen aan de gestelde gebruiksdoelen, zo lezen de leden van de VVD-fractie. Hoe gaat de Staatssecretaris tussen 2022 en 2024 ervoor zorgen dat er passende zorg geleverd wordt en dat er zo min mogelijk sprake is van ongepast gebruik? Genoemde leden vragen hoe de Staatssecretaris hierop gaat toezien.

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre mensen met seksuele klachten die veroorzaakt worden door andere dan lichamelijke oorzaken, denk aan trauma's rondom misbruik, terecht kunnen bij seksuologen. Hoe verloopt dat doorverwijsproces bij de huisarts en hoe zorgt de Staatssecretaris dat mensen met deze problemen niet onnodig lang in een doorverwijstraject zitten?

In hoeverre heeft de beslissing om het zorgprestatie­model in te voeren budgettaire consequenties voor de begroting van Justitie en Veiligheid? Hoe verhoudt invoering van het zorgprestatie­model als nieuwe methode voor bekostiging van de forensische zorg zich tot de bijdrage aan de Dienst Justitiële Inrichtingen voor de Forensische zorg de komende jaren, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

*Aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de nieuwe bekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz)*

De leden van de VVD-fractie lezen dat de NZa nog «een aantal technische criteria gaat vaststellen om definitief te bepalen welke beroepen binnen het zorgprestatie­model consul­ten kunnen registreren». Welke criteria zijn dit? Hoe worden deze vastgesteld en is het Ministerie van VWS daarbij betrokken? In hoeverre wordt het veld betrokken bij het vaststellen van de criteria, zo vragen deze leden.

De psychodiagnostisch werkende (PDW) wordt in de brief aangemerkt als «een van de aanvullende beroepen die kunnen bijdragen aan het verkorten van de wachttijden en daarvoor beter gefaciliteerd worden». Wat wordt bedoeld met deze «betere facilitering»?

Het veld is eensgezind over het belang van de psychodiagnostisch werkenden voor goede diagnostiek. Deelt de Staatssecretaris de mening dat verdere uitwerking van criteria door de NZa er niet toe mag leiden dat de PDW alsnog buiten de aangemerkte tijdschrijvende beroepen valt?

Is de Staatssecretaris het eens met de leden van de VVD-fractie dat het voor goede diagnostiek van groot belang is dat de psychodiagnostisch werkenden zelfstandig consul­ten kunnen schrijven, om te voorkomen dat instellingen ervoor kiezen een duurdere psycholoog in te zetten voor diagnostiek, terwijl deze beter ingezet kan worden als (regie)behandelaar? En dat er nu met de nieuwe bekostiging er een grote kans ligt om de positie van de PDW na jaren van onzekerheid en marginalisering eindelijk goed te regelen?

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

De leden van de CDA-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik de Staatssecretaris een aantal aanvullende vragen te stellen over uitwerking en besluit nieuwe bekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg.

De leden van de CDA-fractie zijn positief gestemd dat door het nieuwe bekostigings­stelsel de administratieve lastendruk wordt verminderd en er ruimte komt om kostendekkend te werken zodat bij de zwaardere ggz problematieken de wachttijden kunnen worden teruggedrongen.

Kan de Staatssecretaris met enkele praktijkvoorbeelden in kaart brengen wat de verschillen zijn tussen de huidige en de nieuwe situatie?

Genoemde leden lezen in de uitwerkings­brief van de NZa dat er ook meer mogelijkheden worden geboden om digitaal te gaan werken. Deze leden kunnen zich voorstellen dat dit bij bepaalde patiëntengroepen of problematieken een goede manier is om contact met de patiënt te houden en ondersteuning te bieden. De leden van de CDA-fractie vragen hierbij wel wie er nu gaat bepalen bij welke patiëntengroepen of bij welke problematieken digitale ondersteuning behulpzaam is tijdens de behandeling en bij welke groep dat niet zo is. Dit vragen deze leden naar aanleiding van opmerkingen van de Algemene Rekenkamer, namelijk dat financiële prikkels in de bekostiging van de ggz het voor de zorgaanbieders onaantrekkelijk maken zich ook te richten op patiënten met zware problemen.

In de brief van de NZa staat dat het zorgprestatie-model wordt ingevoerd per januari 2022, maar dat men nog niet uit de nieuwe typering van de zorgvraag van de patiënt is. Hier is geen consensus over bereikt. Waarom is er (nog) geen consensus bereikt? Waarom denkt men dan toch te kunnen starten per 1 januari 2022? Wat gebeurt er als er op 1 januari 2022 geen consensus is bereikt? Hoe kunnen zorgverzekeraars of patiënten zelf dan controleren of de zorg passend is?

Vervolgens lezen de leden van de CDA-fractie dat er grote herverdelings-effecten kunnen gaan ontstaan en dat zorgverzekeraars werken aan een overgangsmoedel. Er wordt een zogenaamde veldafsprak gemaakt. Wat wordt bedoeld met veldafsprak? Hoelang gaat het overgangsmoedel gebruikt worden? En heeft dit effect op het functioneren van het nieuwe bekostigingssysteem per 1 januari 2022? Deze leden begrijpen dat hier geen extra financiële middelen voor nodig zijn, maar gaat dit dan niet ten koste van de huidige populatie die bij de ggz in zorg is?

In het hoofdlijnenakkoord staat dat partijen functiedifferentiatie en taakherschikking gaan benutten maar de psychodiagnostisch werkenden die er juist op gericht zijn om bij complexe situaties een diagnose te stellen worden buitengesloten. Welke erkende beroepen kunnen nu en straks een declarabel consult registreren?

De conclusie van de NZa is dat de invoering van het zorgprestatie-model leidt tot een betere beheersing van de macrobeheerskosten. Maar hangt dat er niet mede van af, of de typering van de zorgvraag van de patiënt meegenomen wordt?

De Staatssecretaris stelt dat het zorgprestatie-model minder ruimte laat voor zorgaanbieders om door strategisch te declareren opbrengsten te maximaliseren, met name voor ongecontracteerde zorgaanbieders. Kan de Staatssecretaris dit uitgebreider toelichten?

Ook stelt de Staatssecretaris dat ongecontracteerde zorgverleners/zorgaanbieders dan eerder een contract met de zorgverzekeraar afsluiten. Dat is een positieve ontwikkeling maar werkt dit ook de andere kant op: zijn zorgverzekeraars dan ook eerder geneigd kleine zorgaanbieders en eenpitters dankzij dit nieuwe bekostigingssysteem een contract aan te bieden? Kan dat worden toegelicht?

Onlangs hebben de leden van de CDA-fractie vragen ingediend over het kwaliteitsregister. Daarbij is onder andere geconstateerd dat de crisis ggz niet meedoet aan dit kwaliteitsregister. De crisis ggz doet toch wel mee aan dit bekostigingssysteem? Deelt de Staatssecretaris de mening dat ten behoeve van de evaluatie van de kwaliteit inzicht in het gehele behandeltraject juist wel sterk is gewenst?

In het kader van monitoring en controle van fouten en fraude acht de Staatssecretaris van groot belang:

1. dat er een eenduidige en duidelijke uitwerking van alle onderdelen van het model is zodat er zo min mogelijk ruimte is voor interpretatieverschillen,
2. de kwaliteit van de data van zorgaanbieders,
3. de controlemogelijkheden bij zorgverzekeraars,
4. en de grotere rol van de patiënt.

In de nadere uitwerking en in de implementatie van het zorgprestatie-model moet hier aandacht voor zijn. Kan de Staatssecretaris de bovenstaande punten toelichten? Dit hoeft toch niet allemaal ontwikkeld te worden, met name nummer 3 en 4? Hoe veranderen de controlemogelijk-

heden bij zorgverzekeraars en de grotere rol van patiënten bij het onderhavige nieuwe bekostigingssysteem?

Het Talma rapport stelt dat een «gevaar» van het nieuwe systeem is dat er meer zorg verbruikt wordt dan het principe van het gepast gebruik. Om dit tegen te gaan zijn onder andere de omschrijvingen van de settings verder aangescherpt. Wat wordt hier precies mee bedoeld? Ook geeft het Talma rapport aan dat zorgvraagtypering noodzakelijk is omdat het systeem anders fraudegevoeliger wordt; waarom zou het nieuwe bekostigingssysteem dan toch moeten doorgaan ook als er (nog) geen afspraak is over de zorgvraagtypering?

Door een aantal partijen wordt gewerkt aan een alternatieve typering die specifiek is gericht op de EPA doelgroep (patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen). Dit alternatief is op dit moment nog onvoldoende concreet om beoordeeld te kunnen worden. Partijen verwachten dat op zijn vroegst in oktober 2020 een eerste beeld gegeven kan worden van de potentie van dit alternatief. Vervolgens concludeert de NZa dat de resultaten van de pilots voldoende basis bieden om de potentie van het zorgclustermodel als instrument voor zorgvraagtypering te kunnen beoordelen. Maar begrijpen de leden van de CDA-fractie het goed dat dit alleen het geval is als «de partijen» uit de vraagtypering van de EPA doelgroep komen? Of klopt dit niet? Met name omdat het zorgclustermodel onvoldoende lijkt aan te sluiten bij de ingewikkeldere/zwaardere ggz problematiek. En daar zit nu volgens de Algemene Rekenkamer net het probleem. Hoe ziet de Staatssecretaris dit precies? En deelt de Staatssecretaris de zorg van de leden van de CDA-fractie?

Wat betreft de forensische zorg wordt gesteld dat de uitkomst van risicotaxatie- en analyse bepalend is voor het type en de intensiteit van de geleverde zorg. Het is van belang dat gestructureerde risicotaxatie onderdeel is van de zorgvraagtypering in de forensische zorg en dat er wordt gekeken naar de ernst van het delict en het recidiverisico. Dat kunnen de leden van de CDA-fractie volgen. Partijen werken op dit moment gezamenlijk aan een model specifiek voor de forensische zorg dat voor de ernst van de problematiek zoveel mogelijk aansluit bij de reguliere ggz. Genoemde leden vragen of dit model klaar is voor 1 januari 2022. En zo niet, wat gaat er dan gebeuren?

Wat betekent dit nieuwe bekostigingsmodel van de ggz (en forensische zorg) voor de risicoverevening van 2022? Kan de Staatssecretaris dit al inzichtelijk maken? Waarom wel of waarom niet?

*Aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de nieuwe bekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz)*

Op pagina 4 stelt de Staatssecretaris dat er ook een «facultatieve prestatie» met een vrij tarief wordt geïntroduceerd om onder andere (regionaal) maatwerk af te spreken. Dit staat volgens de leden van de CDA-fractie haaks op het ontwikkelen van een lerende cultuur in de ggz en stimuleert nog meer dat 1000 bloemen bloeien. Kan de Staatssecretaris hierop een toelichting geven?

Op pagina 5 stelt de Staatssecretaris dat de indirecte behandel tijd grotendeels bekostigd gaat worden via een opslag die in de consulttarieven wordt verdisconteerd. Hoeveel procent gaat dat worden, zo vragen de leden van de CDA-fractie. En welk gedeelte van de prijs zal de indirecte kosten betreffen?

Op pagina 6 bovenaan staat dat de NZa momenteel de gevolgen voor het eigen risico in kaart brengt. De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de Kamer hierover geïnformeerd zal worden.

Onderaan pagina 6 staat dat er gewerkt gaat worden met een geactualiseerde lijst van beroepen die consulten kunnen registreren zoals de psychodiagnostisch werkende. Betekent registreren hier ook factureren, zo vragen deze leden.

Op pagina 7 schrijft de Staatssecretaris dat er in het zorgprestatie-model nog wel een risico is dat psychiaters in vrije vestiging tegen een hoog tarief patiënten met relatief lichte problematiek kunnen behandelen. De Staatssecretaris vraagt de NZa hier regels te stellen, maar hoe gaat de controle hierbij plaatsvinden? Is er een nulmeting?

Bij diagnostiek en zwaardere zorg is doorgaans meer behandel-tijd nodig. De vergoeding voor diagnostiekconsulten is hoger. De leden van de CDA-fractie vragen of er een bepaald percentage is. Is er een nulmeting?

Op pagina 8 staat dat de periode tot 2024 in het teken staat van het opdoen van ervaring. Maar hoe kan ervaring daadwerkelijk worden opgedaan terwijl er nog steeds discussie is over de zorgvraagtypering, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Op pagina 9 staat dat in de basis-ggz de volume-prikkels toenemen, hetgeen bij ongecontracteerde zorgaanbieders kan leiden tot langer doorbehandelen. Genoemde leden vragen hoe dit gemonitord gaat worden.

Op pagina 10 wordt terecht aandacht gevraagd voor het belang van goede dossieropbouw. De leden van de CDA-fractie vragen hoe geborgd gaat worden dat dossiers eenduidig en gestructureerd opgebouwd gaan worden.

Op pagina 11 staat dat de NZa is gevraagd naar aanvullende maatregelen om fraude in de forensische zorg te bestrijden. Deze leden of deze aanvullende maatregelen gedeeld zullen worden met de Kamer.

Op pagina 11 staat ten slotte dat er voor 2022 en 2023 ook nog een tijdelijke transitieprestatie komt. De leden van de CDA-fractie begrijpen dat niet, aangezien deze periode juist gebruikt zou worden om met nieuwe zorgvraagtypering ervaring op te doen. Kan de Staatssecretaris dit toelichten?

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

### *Algemeen*

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de uitwerking van de nieuwe bekostiging binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz). Zij zijn tevreden dat er met een brede vertegenwoordiging is gekeken naar een nieuwe manier van bekostigen die recht doet aan de complexiteit en rekening houdt met de administratieve lasten voor zorgverleners. Deze leden constateren dat de wijze waarop zorg wordt bekostigd grote invloed heeft op hoe die zorg wordt verleend. Geld kan een prikkel geven om bepaalde zorg wel of niet te geven. Onlangs nog benadrukte de Algemene Rekenkamer dit in zijn rapport «Geen plek voor grote problemen». Deze leden constateren ook dat elke manier van bekostigen zijn voor- en nadelen kent. Kan de Staatssecretaris een overzicht geven van de belangrijkste nadelen, of

uitdagingen, die te verwachten zijn bij de invoering van deze bekostiging? Kan in dit overzicht per nadeel worden aangegeven welke partij dit nadeel heeft benoemd? Het betreft dan uiteraard alleen de partijen die deelgenomen hebben aan de totstandkoming van het zorgprestatie-model. Worden deze nadelen, of uitdagingen, ook nauwkeurig gemonitord als het zorgprestatie-model wordt ingevoerd?

De leden van de D66-fractie vragen de Staatssecretaris of er geleerd is van internationale voorbeelden en literatuur op het gebied van bekostiging van de ggz en de fz. Zo ja, hoe is dit tot uiting gekomen in dit nieuwe zorgprestatie-model? In welke mate is er gekeken naar andere vormen van zorg, zoals jeugdzorg, wijkverpleging en de langdurige zorg?

De leden van de D66-fractie zijn tevreden dat er afstand wordt genomen van de dbc-systematiek omdat inmiddels is aangetoond dat deze niet aansluit bij de praktijk. Echter de gedachte achter de dbc-systematiek is wel dat er een bekostiging is per behandeling en er een prikkel is om behandelingen eerder af te ronden wanneer dat ook verantwoord is. De gedachte was om gepast gebruik van zorg te stimuleren alleen heeft de dbc-systematiek dit niet waargemaakt. Deze leden merken op dat van de 210.000 patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen maar een klein deel uitstroomt. Er ligt veel potentieel in gepast gebruik van zorg en herdiagnostiek zoals is verwoord in de aangenomen motie Diertens c.s. (Kamerstuk 25 424, nr. 542). Hoe wordt verantwoorde uitstroom en gepaste zorg gestimuleerd door middel van deze nieuwe bekostigingssystematiek? In het verlengde, is er een begrenzing op de maximum behandelduur? In het verlengde daarvan, zijn er in de nieuwe bekostigingssystematiek ook prikkels die langer dan noodzakelijke behandeling stimuleren? Deze leden benadrukken ook dat psychosociale ondersteuning in de eigen omgeving of basis-ggz soms beter is aangewezen dan specialistische zorg. Hoe zorgt deze bekostigingssystematiek voor een goede balans tussen deze twee vormen van zorg, zodat basiszorg of ondersteuning in de eigen omgeving het uitgangspunt is maar dat er wel tijdig wordt doorverwezen naar specialistische zorg zodra dit is aangewezen?

De leden van de D66-fractie vragen in welke mate preventie wordt bevorderd met behulp van deze systematiek. Zorgt deze bekostigingssystematiek er ook voor dat er een prikkel is om te voorkomen dat zorg nodig is?

De leden van de D66-fractie hebben in het verlengde van gepast gebruik van zorg ook vragen over de zorgvraagtypering zoals die wordt voorgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. De Algemene Rekenkamer constateerde dat het behandelen van patiënten met complexere zorgvraag financieel minder aantrekkelijk is op dit moment en dat daardoor onder andere wachttijden ontstaan. Daarnaast zijn met name grotere instellingen verantwoordelijk voor de patiënten met de complexere zorgvraag maar maken zij ook extra kosten, met name voor beschikbaarheid van personeel en kosten. Deze leden merken daarom op dat de zorgvraagtypering een belangrijke, zo niet essentiële, rol gaat spelen in deze nieuwe bekostiging. Het gaat bepalen of de hoogte van vergoeding ook daadwerkelijk past bij de zorgvraag. Voor alle zorgverleners moet de vergoeding voldoende zijn en vooral bij de complexere zorgvraag is het van belang dat de vergoeding voldoende is. Het is daarom zorgelijk om te lezen dat er nog geen overeenstemming is tussen partijen over de zorgvraagtypering maar er toch gestart wordt met het in gang zetten van het nieuwe bekostigingssysteem. Wanneer verwacht de Staatssecretaris meer duidelijkheid over de zorgvraagtypering? Kan de Staatssecretaris inzichtelijk maken wat de grootste belemmeringen zijn in het ontwikkelen

van een goedwerkend zorgvraagtyperingsmodel? Deze leden vinden het belangrijk dat er geen ondercompensatie is voor de zorg aan patiënten met de meest complexe zorgvraag. Kan de Staatssecretaris aangeven hoe in de zorgvraagtypering ondercompensatie, maar ook overcompensatie, wordt voorkomen? Hoe is hier de balans tussen de complexere zorgvraag en de lichtere zorgvraag? Zijn deze vragen te beantwoorden ondanks dat de zorgvraagtypering nog niet is afgerond?

De leden van de D66-fractie lezen dat terwijl de ontwikkeling van de zorgvraagtypering doorgaat er in de tussentijd wordt gewerkt met het zorgclustermodel. Dit wordt het tweesporenbeleid genoemd. Hoe goed is de voorspellende waarde van dit zorgclustermodel? Wat zijn de belangrijkste knelpunten in dit huidige zorgclustermodel? Is het starten van een proefjaar wel mogelijk als blijkt dat het zorgclustermodel niet toereikend is voor de doelen die de nieuwe bekostiging beogen? Kan dit juist ook niet zorgen voor verwarring bij de professionals die moeten gaan werken met de nieuwe bekostiging?

De leden van de D66-fractie hebben tot slot nog enkele praktische vragen. Kan de Staatssecretaris een lijst geven van de belangrijkste praktische randvoorwaarden die nodig zijn om te starten met het proefjaar in 2021? Zijn deze randvoorwaarden gereed om daadwerkelijk te starten met het proefjaar in 2021? In het bijzonder zijn deze leden benieuwd naar de gereedheid van de ICT-systemen, immers goed werkende systemen kunnen de administratieve lasten aanzienlijk doen drukken. Kan de Staatssecretaris voorts aangeven hoe het eigen risico wordt toegepast in dit model, bekeken vanuit het perspectief van de patiënt?

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

De leden van de GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van uitwerking en besluit nieuwe bekostiging ggz en forensische zorg. De onderliggende stukken roepen bij genoemde leden nog vragen op.

De Nederlandse Zorgautoriteit stelt dat zij verwacht dat door het zorgprestatie-model de risico's van de zorg beter beheerst worden. Zo genereert dit model meer gedetailleerde informatie over de geleverde zorg en wordt deze informatie «veel sneller beschikbaar». Het zorgprestatie-model moet aan tien zelfbenoemde ontwerpcriteria voldoen. De belangrijkste kenmerken zijn eenvoud en minder administratie. Hoe borgt de Staatssecretaris dat de gestelde ontwerpcriteria ook daadwerkelijk het gestelde doel behalen? Staan meer gedetailleerde informatie en transparantie over zorgbehandelingen niet op gespannen voet met minder administratie en eenvoud? Wat zijn het nut en de noodzaak van meer gedetailleerde informatie over geleverde zorg? Welke voor- en nadelen ziet de Staatssecretaris om zorgverleners niet simpelweg het vertrouwen te geven dat zij de juiste afwegingen maken en slechts op macroniveau verantwoording afleggen over de geleverde zorg en zorgkosten? In hoeverre schat de Staatssecretaris in dat de wijze waarop Nederland de zorg heeft georganiseerd, met verschillende zorgfinanciers, linksom of rechtsom altijd op gespannen voet staat met het terugbrengen van registratie- en administratielast? Worden de eisen voor zorgaanbieders bij dit model gestandaardiseerd zodat de verschillen tussen zorgfinanciers (bijvoorbeeld tussen zorgverzekeraars) worden teruggebracht? Kan de Staatssecretaris aangeven wat het aandeel is van de totale zorgkosten binnen alle overheidsuitgaven en hoe dit in verhouding staat met andere Europese landen?



De leden van de GroenLinks-fractie vragen wat dit nieuwe bekostigingsmodel concreet betekent voor de taakuitoefening van zorgverleners. Genoemde leden benadrukken dat een nieuw bekostigingsmodel een ingrijpende wijziging is en zij waarschuwen voor het gevaar dat de praktijkbeleving afwijkt van een theoretisch model. Deze leden zien graag een uitgebreide reactie hierop.

De NZa stelt dat het nieuwe systeem andere prikkels kent dan het (failliete) dbc-systeem. Het belangrijkste nieuwe risico dat ontstaat bij gecontracteerde zorg is de vergoeding van indirecte tijd die verdisconteerd zit in de tarieven. De NZa stelt dat hierdoor een prikkel ontstaat om minder indirecte tijd te leveren dan nodig is voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Hoe beoordeelt de Staatssecretaris dit risico? Kan de Staatssecretaris concrete praktijkvoorbeelden voorleggen waarbij dit tot ongewenste situaties kan leiden? Hoe gaat de Staatssecretaris ervoor waken dat hierdoor minder afstemming binnen en tussen instellingen plaatsvindt? Een van de resultaten van het prestatie-model moet zijn dat de vergoeding past bij de geleverde zorg. Ook patiënten met een complexe zorgvraag kunnen hierdoor een behandeling krijgen waar een passend tarief tegenover staat, stelt de NZa. Genoemde leden zijn blij met dit uitgangspunt, omdat terecht wordt gesteld dat hiermee getracht wordt de ondercompensatie van de zorg aan zwaardere patiënten tegen te gaan. Kan de Staatssecretaris concretiseren hoe hij denkt dat dit uitpakt in de praktijk en welke streefcijfers hanteert de Staatssecretaris met betrekking tot het terugdringen van de wachtlijsten bij juist de zwaarste patiënten? Tevens merken deze leden op dat dagbesteding en vaktherapie onderdeel uitmaken van de verblijfsprestaties en dat daardoor klinische patiënten niet apart mogen worden geregistreerd. Kan de Staatssecretaris aangeven waarom deze uitzondering specifiek geldt voor een algemeen erkende discipline als de vaktherapie? Kan de Staatssecretaris aangeven waarom vaktherapie niet als consult voor diagnostiek en/of behandeling kan worden geregistreerd bij klinische opname?

Uit de impactanalyse blijkt dat er aanzienlijke herverdelingseffecten kunnen optreden bij zorgaanbieders met het prestatie-model. De leden van de GroenLinks-fractie merken op dat er grote personeelstekorten en wachtlijsten zijn in de ggz. Hoe borgt deze voorgenomen transitie dat de invoering van het zorgprestatie-model niet als netto effect heeft dat zorgverleners hun werkzaamheden zien verdwijnen, zonder dat daar nieuwe werkgelegenheid voor terugkomt? Is een veldafpraak als overgangsregeling niet te vrijblijvend? Immers hierbij zullen verschillende belangen een rol spelen. Moet de overheid hier niet garant voor staan, zo vragen deze leden.

De NZa stelt ook dat het risico bestaat op te lang doorbehandelen van patiënten, met name bij ongecontracteerde zorgaanbieders. Wanneer is een patiënt uitbehandeld volgens de NZa? Wat zou er moeten gebeuren als een patiënt is uitbehandeld, maar de zorgvraag nog niet is opgelost? Welke actoren spelen vervolgens een rol zodat patiënten met voldoende welzijn kunnen participeren in de samenleving?

De Staatssecretaris stelt dat hij heeft besloten per 2022 het zogenaamde zorgprestatie-model in te voeren als nieuwe bekostiging voor de geneeskundige ggz en de fz. De Staatssecretaris deelt nog wel enkele zorgen over deze transitie in zijn brief. Op welke aspecten is de Staatssecretaris voornemens om in wet- en regelgeving af te wijken van het door de NZa gepresenteerde model? Wat zijn, naar inzien van de Staatssecretaris, de moeilijkste politieke afwegingen in de transitie naar het zorgprestatie-model? Tevens vragen de leden van de GroenLinks-fractie welke rol de Staatssecretaris voor zijn eigen ministerie voor zich ziet om de transitie te

maken. Op welke manier kan het Ministerie van VWS interveniëren wanneer de transitie niet goed verloopt? De Staatssecretaris stelt tot tienmaal toe dat hij de NZa zal vragen eventuele perverse prikkels en neveneffecten te monitoren. Maar ligt de handelingsbevoegdheid exclusief bij de NZa als uit monitoring blijkt dat zaken niet verlopen als vooraf geanticipeerd? Op welke manier vindt bovendien de monitoring bij de NZa plaats? Heeft de NZa genoeg middelen en capaciteit om al deze processen te monitoren? Wat voor interventies kan de NZa zelf tussentijds plegen?

De leden van de GroenLinks-fractie vragen in hoeverre zorgverleners en patiënten zelf bij dit proces zijn en ook in de toekomst worden betrokken. En op welke wijze is de Staatssecretaris voornemens om het parlement bij deze transitie te betrekken? Wanneer verwacht de Staatssecretaris de eerste wet- en regelgeving naar de Kamer te sturen?

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

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de uitwerking. Deze leden hebben naar aanleiding hiervan de onderstaande opmerkingen en vragen.

De leden van de SP-fractie zijn geen voorstander van een dbc-systeem, deze leden vinden het een goede stap om dit af te schaffen. De nieuwe wijze van bekostiging die wordt voorgesteld voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) behelst een zorgprestatie-model. Genoemde leden pleiten al langere tijd voor een eenvoudiger declaratieproces voor de geleverde zorg, voor een passend tarief voor mensen met een complexe zorgvraag, een begrijpelijke nota, minder administratie en een einde aan de minutenregistratie. Deze leden verwachten dan ook een grondige evaluatie/monitoring van deze veronderstelde gevolgen van het voorgestelde model.

De leden van de SP-fractie lezen dat er maximumtarieven van toepassing zullen zijn. Waarom, zo vragen deze leden, is er niet (ook) gekozen voor het vaststellen van minimumtarieven?

Afschaffing van de minutenregistratie is iets waar de leden van de SP-fractie al lang voor pleiten en zij juichen het toe dat dit hiermee overbodig wordt. Echter, dat iets niet meer nodig is betekent niet dat hiernaar niet meer gevraagd wordt. Kan gegarandeerd worden dat als deze nieuwe wijze van bekostiging ingevoerd wordt, de eis van minutenregistratie door geen enkele zorgverzekeraar meer geëist/opgelegd zal worden? Kan daarbij aangegeven worden of de invoering van het zorgprestatie-model ook leidt tot minder bureaucratie en administratieve belasting bij de contractering door zorgverzekeraars?

De leden van de SP-fractie zouden het een goede ontwikkeling vinden als het nieuwe bekostigingsmodel inderdaad leidt tot kortere wachtlijsten. Begrijpen deze leden het goed dat dit bekostigingsmodel tot kortere wachtlijsten leidt doordat het mogelijk wordt «aanvullende beroepen» in te schakelen en tot minder administratieve lasten? Wat zijn de precieze verwachtingen hierbij, oftewel wat is de verwachte impact op (de afname van) de wachtlijsten?

De impactanalyse laat aanzienlijke herverdelingseffecten zien, zo lezen de leden van de SP-fractie. Hoe daadwerkelijk de herverdeling uit zal pakken is van veel factoren afhankelijk en niet op voorhand met zekerheid te zeggen, zo staat aangegeven. Genoemde leden vragen of en zo ja hoe deze herverdelingseffecten worden gemonitord. Er zal waarschijnlijk een

positief effect zijn voor de arts-psychiater. Voor welke beroepsgroepen is het effect waarschijnlijk negatief en wat wordt hieraan gedaan?

Bepaalde gegevens van de patiënt dienen binnen dit bekostigingsmodel, bij declaraties/op de factuur, gedeeld te worden tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar (bijvoorbeeld een typering van de zorgvraag van de patiënt). Welke (persoonlijke) gegevens dienen precies gedeeld te worden met de zorgverzekeraar en op welke wijze verschilt dit van de informatie die op dit moment gedeeld wordt? Wat wordt precies bedoeld met een typering van de zorgvraag, hoe gedetailleerd dient deze informatie te zijn?

In de brief staat «een bekostiging die veel mogelijkheden voor dat soort financiële opbrengsten biedt, maakt het voor bepaalde zorgaanbieders aantrekkelijker om ongecontracteerd te werken (omdat contracten deze mogelijkheden vaak weer inperken)». De leden van de SP-fractie vragen om een nadere toelichting op deze zinsnede. Kan precies worden toegelicht op welke manier dit zorgprestatiemodel een contract met een zorgverzekeraar ontmoedigt en of dit gemonitord zal worden?

#### *Bijlage Zorgprestatiemodel GGZ&FZ rapportage voor besluitvorming*

De leden van de SP-fractie vragen wat de reden is achter de uitzondering voor vaktherapie. Waarom is ervoor gekozen dat vaktherapie niet als consult voor diagnostiek en/of behandeling kan worden geregistreerd bij klinische opname? Hoe verhoudt de opname van vaktherapie in de verblijfscomponent zich tot de uitgangspunten om de declaraties van de ggz, en de bijbehorende zorgvraag van ggz-cliënten transparant te maken? Hoe verhoudt de opname van vaktherapie in de verblijfscomponent zich tot de uitgangspunten van vereenvoudiging conform de aanbevelingen van de Commissie Transparantie en Tijdigheid, de uitgangspunten om de cliënt meer inzicht te geven in de ggz-nota en het transparanter maken van de declaraties van de ggz-instellingen naar zorgverzekeraars?

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