

Vergaderjaar 2006–2007

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 144**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 juli 2007

Na twee jaar uitstel is de overheveling van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2008 een feit. Om zorg te dragen voor een soepele overgang, wordt 2008 bestempeld als overgangsjaar. In dit overgangsjaar wordt de nieuwe systematiek geïntroduceerd en wordt getracht het volume waar mogelijk te beheersen.

#### **Aanleiding**

De geneeskundige ggz maakt reeds sinds 1 januari 2006 deel uit van de Zvw. De afgelopen jaren werd een bedrag uit het zorgverzekeringsfonds overgeheveld naar de AWBZ ter dekking van de ggz. Tot twee keer toe is de daadwerkelijke overheveling van de geneeskundige ggz van de AWBZ naar de Zvw uitgesteld. De overheveling vindt nu gelijktijdig plaats met de invoering van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) declaratie per 1 januari 2008. De stand van zaken van de invoering van de DBC declaratie vindt u in de bijlage.<sup>1</sup>

De afgelopen paar jaar is hard toegewerkt naar de overheveling van de geneeskundige ggz van de AWBZ naar de Zvw. Gelijktijdig vindt een verschuiving plaats van de eerstelijnspsychologische zorg (EPZ) van de aanvullende verzekering naar de Zvw. Er worden acht zittingen EPZ in het basispakket opgenomen. Met de overheveling worden zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de zorginkoop en afrekening. Deze overstap brengt een aantal veranderingen met zich mee voor de geneeskundige ggz. De afgelopen paar maanden heb ik dan ook intensief overleg gevoerd met de betrokken partijen over het invoeringsscenario. Doel was het creëren van randvoorwaarden voor een beheerste invoering in de Zvw. Voordat ik hier verder op inga zet ik eerst uiteen waarom de geneeskundige ggz overgeheveld wordt.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

## Waarom overhevelen?

Voor het overhevelen van de curatieve ggz zijn drie argumenten:

1. *De AWBZ wordt weer een verzekering voor langdurige, continue zorg.* Het overhevelen van alle op genezing gerichte zorg sluit aan bij de gedachte om de AWBZ weer terug te brengen naar haar oorspronkelijke doelstelling, namelijk een verzekering voor bijzondere ziektekosten. Dit voornemen beschreef de Staatssecretaris van VWS eerder in de brief van 15 september 2003 over «stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ (TK 2002–2003, 26 631 nr. 56) waarin een perspectief wordt geschetst van een AWBZ gericht op langdurige, continue zorg.
2. *Overhevelen voor meer samenhang in de curatieve zorg.* Overhevelen van de curatieve delen van de AWBZ naar de Zvw leidt ertoe dat het nu bestaande financiële schot tussen onderdelen van de curatieve zorg verdwijnt. Dit bevordert niet alleen de zorginhoudelijke samenhang in de curatieve zorg maar kan op termijn ook leiden tot doelmatigheids-winst. Na overheveling zijn het immers niet meer de zorgkantoren, maar de risicodragende zorgverzekeraars die integraal verantwoordelijk zijn voor de gehele curatieve zorg.
3. *Overhevelen zodat er meer samenhang komt in de AWBZ.* Met ingang van 1 april 2003 bestaat er in de regelgeving in principe geen onderscheid meer tussen de verschillende AWBZ-sectoren (verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg). De curatieve delen van de AWBZ zijn echter moeilijk onder te brengen in de regelgeving en bekostiging van de ontschotte AWBZ, die zich primair richt op langdurige, continue zorg. Voor de curatieve ggz heeft dat inmiddels geleid tot een aantal uitzonderingsbepalingen in de regelgeving. Door de overheveling kunnen deze uitzonderingen vervallen en kan de AWBZ-regelgeving en AWBZ-bekostiging verder worden vereenvoudigd.

Daarnaast wordt binnen de zorgverzekeringswet de positie van de cliënt versterkt. Een verhoging van de transparantie binnen de zorg, biedt cliënten (-organisaties) zicht op de kwaliteit van zorg. De te starten DBC declaratie biedt hiervoor eveneens aanknopingspunten. Zorgverzekeraars worden bovendien gestimuleerd op kwaliteit te letten bij de inkoop voor zorg voor hun verzekerden.

## Overgangsjaar 2008

Ik heb samen met de betrokken partijen naar een mogelijkheid gezocht om een beheerste invoering te realiseren. Door de veelheid aan belangen was het voor partijen zelf niet mogelijk om tot een voorstel te komen. Gehoord alle partijen, bepaal ik voor het overgangsjaar het volgende:

### *Uitgangspunt*

De overheveling van de geneeskundige ggz is per 1 januari 2008 een feit. Hiervoor heb ik reeds alles wetstechnisch in gereedheid gebracht. Om een beheerste landing te realiseren, vindt deze overgang budget- en pakket-neutraal plaats, met naast de invoering van de DBC declaratie, zo min mogelijk andere veranderingen. Het verder versterken van de transparantie in de zorg is één van de hoekstenen. Aan deze transparantie zal in het overgangsjaar hard gewerkt moeten worden.

### *Macrokader*

De voor de ggz beschikbare financiële ruimte wordt vastgesteld in de ontwerpbegroting 2008, die op Prinsjesdag wordt gepresenteerd. In het

kader van de ontwerpbegroting wordt in beeld gebracht wat de beschikbare ruimte is, inclusief de groeiruimte.

#### *Beheersmaatregelen en sturingsinstrumenten*

De beheersing van de kosten en het volume onder de Zvw is een complex geheel, waarbij elke partij een rol heeft. Het is voornamelijk de zorgverzekeraar die na de overheveling een groot deel van de regie in handen heeft. Hij heeft de instrumenten om aanbieders te prikkelen tot kwalitatief goede en doelmatige zorg. Verder heeft de zorgverzekeraar mogelijkheden om zijn verzekerden in beperkte mate te sturen naar bijvoorbeeld gecontracteerde zorgaanbieders. Het is belangrijk dat verzekeraars deze instrumenten inzetten, ook al om de zorg betaalbaar te houden. Er zijn al positieve voorbeelden van, zoals het stimuleren van stepped care, van outcomesturing, zoals het sturen op een afwijkende behandelduur, het stimuleren van kortdurende programma's en het meten van de cliënttevredenheid, van evidence based werken en het vergelijken van zorgtrajecten door benchmarks en tariefdifferentiatie. Omdat de schadelast voor de zorgverzekeraar voor volgend jaar momenteel niet goed kan worden ingeschat, ben ik bereid de zorgverzekeraars in 2008 volledig na te calculeren, ook voor de eerstelijnspsychologische zorg. Ik ga er daarbij vanuit dat de zorgverzekeraars, in het belang van gematigde premieontwikkeling de eerder genoemde instrumenten zullen inzetten om de kosten in 2008 te beheersen. Vanaf 1 januari 2009 lopen zorgverzekeraars een substantieel risico over de gemaakte kosten in de ggz.

Om een handvat te hebben bij de zorginkoop vraag ik, op verzoek van de zorgverzekeraars, aan de NZa of deze de verzekeraars voor het overgangsjaar wil ondersteunen. Als aanknopingspunt voor het maken van afspraken tussen zorgverzekeraar en aanbieder verzoek ik haar (eenmalig) een opstelling te maken van de bedragen die per instelling worden overgeheveld naar de Zvw.

#### *Bekostiging en financiering*

Met de overheveling van de tweede lijns curatieve ggz wordt de DBC de taal waarin de tweedelijns ggz-zorgaanbieders en verzekeraars afspraken maken. Per 1 januari 2008 wordt voor alle zorgaanbieders binnen de overte hevelen ggz gestart met het declareren van DBCs. Dit betekent dat de aanbieders DBC-tarieven in rekening brengen, die bij de verzekeraar worden ingediend. Uitzondering hierop vormt de eerstelijns psychologische zorg (EPZ). Voor deze zorg worden geen DBCs ingevoerd. Als vangnet voor de overstap van AWBZ naar Zvw bekostiging spreken ggz-instellingen in 2008 met de zorgverzekeraar een budget af dat nog wordt gebaseerd op de huidige NZa parameters. Hierbij gelden voor de ambulante zorg maximumtarieven en voor de klinische parameters vaste tarieven. Wanneer er een discrepantie optreedt tussen de gedeclareerde DBCs en het budget (op basis van NZa parameters), wordt dit verwerkt in een instellingsspecifiek verrekentarieef voor 2008, tot een maximum van de gemaakte productieafspraken. Voor bestaande ggz-instellingen die géén productie afspraken met zorgverzekeraars maken en voor nieuwe ggz-instellingen zal een maximum DBC-tarief gaan gelden. Over de overige tweedelijns ggz zorg, zoals die onder andere door vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten geleverd wordt, worden afspraken gemaakt op basis van DBCs. Deze DBCs kennen een maximumtarief. Voor de EPZ gelden, evenals nu in de aanvullende verzekering, vrije prijzen.

### *Overschrijdingen*

Als gezegd zal er een macrokader worden vastgesteld. Ik ga ervan uit dat partijen zich inspannen om zo doelmatig mogelijk te werken, en binnen het beschikbare kader te blijven. Mocht het macrokader toch overschreden worden dan is het nodig om dit in 2009 te compenseren met tariefmaatregelen, teneinde de zorg betaalbaar te houden. Daarbij gaat het in eerste instantie niet om een generieke tariefmaatregel die alle zorgaanbieders raakt. Ik onderschrijf het door partijen ingebrachte uitgangspunt «de overschrijder betaalt».

Mocht zich een overschrijding van het kader voordoen, dan vraag ik de NZa een gedifferentieerde korting toe te passen. Daarbij wordt ook rekening gehouden met de gewenste substitutie van de tweede naar de eerste lijn en meer of minder doelmatige zorgaanbieders.

### *Eigen bijdrage*

De eigen bijdrage psychotherapie per zitting blijft in het overgangsjaar gehandhaafd. Dit betekent dat ggz instellingen hun huidige eigen bijdrage psychotherapie voortzetten, naast de DBC systematiek. De vrijgevestigde psychotherapeuten en psychiaters moeten hiervoor de huidige zittingenregistratie een jaar langer in stand moeten houden. De verzekeraars zullen in hun onderhandelingen de neveninkomsten uit de eigen bijdrage moeten meewegen.

Voor de eerstelijnspsychologische zorg wordt, zoals reeds bekend, per 1 januari 2008 een eigen bijdrage van € 10 per zitting geïntroduceerd. In de Zvw worden maximaal acht zittingen vergoed. Aangezien een eigen bijdrage per zitting zich niet verhoudt tot de DBC systematiek, wordt 2008 gebruikt om voor de eigen bijdrage ggz een structurele oplossing te vinden.

### *Experiment PGB*

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben hun zorgen geuit over de nieuwe mogelijkheid van een PGB onder de Zorgverzekeringswet. Het biedt volgens hen te weinig sturingsmogelijkheden. Ik zie echter op dit moment geen aanleiding om het experiment PGB Zvw voor de ggz niet te starten. Het PGB onder de Zvw heeft een ander karakter dan onder de AWBZ. De Zorgverzekeringswet kent een andere verdeling van verantwoordelijkheden en rollen van partijen. Het PGB onder de Zvw is grotendeels vergelijkbaar met de mogelijkheid van een restitutie-polis. Zorgverzekeraars hebben mijnsinziens toereikende mogelijkheden om in hun polis voorwaarden op te nemen over bijvoorbeeld de toegang en controle van het PGB. Zij kunnen zo sturen op zowel laagdrempeligheid als doelmatige zorg.

Om zicht te houden op het PGB onder de Zvw monitort de NZa nauwgezet de ontwikkelingen en brengt jaarlijks een monitor uit. Eventuele onvolkomenheden komen zo snel aan het licht en kan er zondig tussentijds bijgestuurd worden.

Bij AmvB is reeds bepaald dat voor de huidige ggz-budgethouders een overgangsregeling geldt.

### *Tot slot*

De stap naar de Zvw wordt per 1 januari 2008 gezet. Er moet nog veel werk verzet worden, maar de voorbereidingen liggen op koers. Dat neemt niet weg dat kinderziektes vrijwel onvermijdelijk zijn: het gaat immers om een operatie waarmee bijna drie miljard euro is gemoeid (de overheve-

ling van de AWBZ naar de Zvw) en om een sector waar jaarlijks ruim 600 000 mensen mee in aanraking komen. Er wordt het komende half jaar dan ook samen met partijen een intensief monitoringstraject opgezet, om zowel de vorderingen van de DBC-invoering als de ontwikkelingen rond de overheveling te volgen. Met partijen zal een spoorboekje voor de monitoring worden opgesteld. VWS zal hiervoor het initiatief nemen. Dat zal onder andere uitmonden in mijlpalen voor de dataverzameling, zodat gaandeweg meer inzicht in de sector wordt verkregen en gemaakte productieafspraken kunnen worden gevolgd. Dit monitoringstraject zal ook in de eerste helft van 2008 een belangrijke rol spelen, zodat ongewenste ontwikkelingen vroegtijdig zijn te signaleren en zonnodig zijn bij te sturen. Het vormt tevens de basis voor de risicoverevening, de versterking van de transparantie en de kwaliteit in de over te hevelen ggz.

Uiteraard zijn we er dan nog niet. 2008 is een overgangsjaar. Ik heb de Nza gevraagd om een uitvoeringstoets uit te brengen, die ingaat op welke vervolgstappen richting het eindmodel moeten worden gezet en met welke snelheid deze genomen kunnen worden. Ik verwacht de volgende stap per 2009 te kunnen zetten. In het eindmodel is sprake van onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders over kwaliteit, prijs en hoeveelheid van de geleverde zorg.

Uiteraard werk ik samen met partijen aan een goede informatievoorziening richting cliënten ook terzake van de overheveling. Zowel met het oog op het overgangsjaar als de verdere toekomst.

Ik ben ervan overtuigd dat we met de genomen maatregelen zorgen voor een beheerste overheveling en dat we tegelijkertijd steeds dichterbij het einddoel komen: een ggz die in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit is en die goed aansluit bij de somatische zorg.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink