

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 1139

Vragen van het lid **Kuzu** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *ontspoorde verslavingszorg* (ingezonden 27 november 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 30 januari 2013). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 832.

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht «Verslavingszorg zelf ontspoord»?<sup>1</sup>

Antwoord 1

Ja, ik ben op de hoogte van de inhoud van het artikel waarop wordt gedoeld.

Vraag 2

Klopt het dat, zoals de heer Oomen van zorgverzekeraar DSW aangeeft, tachtig procent van de instellingen die sinds 2008 zijn opgericht de hoge behandelcategorieën declareert, terwijl dat bij reguliere klinieken slechts 4 procent is? Hoe verklaart u dit verschil? Zijn deze declaraties terecht?

Antwoord 2

Ik heb navraag gedaan bij Vektis. Op basis van door Vektis ter hand gestelde gegevens heb ik kunnen vaststellen dat instellingen die na 2008 zijn opgericht uitsluitend hebben gedeclareerd in de verblijfs categorieën 3 en 4 van de productstructuur verblijf, terwijl voor de gebudgetteerde instellingen het zwaartepunt ligt in de categorieën 2 en

De opmerking van DSW dat ook voor behandeling duurdere prestaties in rekening worden gebracht dan medisch noodzakelijk is, kan ik niet beoordelen.

Het is aan zorgverzekeraars om na te gaan of deze declaraties terecht zijn en of de geleverde zorg doelmatig is. Dit gebeurt nu veelal achteraf door middel van controles. Ik ben blij dat DSW dit actief oppakt.

Omdat zorgverzekeraars momenteel beperkt zicht hebben op de zwaarte van de zorgvraag van de cliënt, is in het bestuurlijk akkoord opgenomen dat partijen in onderling overleg bepalen welke extra gegevens dan wel inzichten moeten worden uitgewisseld, zodat verzekeraars hun rol als inkopers van

<sup>1</sup> «Verslavingszorg zelf ontspoord», de Telegraaf, 22 november 2012

doelmatige zorg beter waar kunnen maken. Daarmee worden zij tevens beter geëquipeerd om toezicht te houden op de doelmatigheid van de geleverde zorg.

#### Vraag 3

Deelt u de mening dat er een perverse volumeprikkel ontstaat door het ontbreken van een budgetplafond voor nieuwe instellingen? Wat gaat u eraan doen, nu blijkt dat dit leidt tot veel hogere declaraties van nieuwe toetreders?

#### Antwoord 3

Die mening deel ik niet. Vanaf het jaar 2012 heb ik met verzekeraars afspraken gemaakt over een scherpe zorginkoop. Verzekeraars hebben daarbij toegezegd dat zij met niet-gebudgetteerde instellingen, voor zover zij daarmee contracten afsluiten, p\*q afspraken maken (omzetmaxima afspreken). Daar gaat een volumebeheersende werking vanuit. Daarnaast hebben verzekeraars aangegeven voor 2012 volumebeheersende maatregelen te zullen nemen in de vorm van onder andere een verlaging van de restitutievergoeding voor niet-gecontracteerde zorg.

#### Vraag 4

Bent u op de hoogte van de constatering van DWS dat cliënten in de verslavingszorg worden opgenomen zonder dat dit medisch noodzakelijk is? Wat vindt u hiervan? Welke mogelijkheden heeft u om dit te voorkomen?

#### Antwoord 4

Ik ben van mening dat een klinische opname alleen dient te gebeuren wanneer dat noodzakelijk is. Ik ben voorstander van maatwerk, de juiste zorg op de juiste plaats en ambulant waar dit mogelijk is. Ik keur het dan ook af vanuit zowel het oogpunt van kwaliteit als doelmatigheid dat er opnames plaatsvinden die niet nodig zouden zijn. Om onnodige opnames te voorkomen heb ik met de sector een bestuurlijk akkoord gesloten waarin ondermeer is opgenomen dat de GGZ-macrokosten met maximaal 2,5% groeien en dat het aantal bedden zal worden gereduceerd met 33% in 2020 ten opzichte van 2008 en dat daarvoor in de plaats meer ambulant zal worden behandeld. Als zorgverzekeraars constateren dat er onrechtmatig en ondoelmatig wordt gedeclareerd, dan hoeven zij die declaraties niet te vergoeden. Als dat al is gebeurd, kunnen zij dat bedrag terugvorderen. Als verzekeraars vermoeden dat een aanbieder zich niet houdt aan de wet- en regelgeving wat betreft hun declaratiegedrag, dan kunnen zij dat melden aan de NZa.

#### Vraag 5

Wat vindt u van de constatering van DSW dat er 500 euro per dag gerekend wordt voor enkel het verblijf in een verslavingskliniek? Geldt dit bedrag in de gehele sector? Vindt u dit bedrag proportioneel?

#### Antwoord 5

Het genoemde bedrag door DSW heeft betrekking op de inmiddels verouderde productstructuur van de DBC voor verblijf. Hierbij werd gewerkt met tijdtranches op basis waarvan de prijs van de DBC per dag werd bepaald. Het vermelde bedrag komt voor in de tariefbeschikking van de NZa.

Met ingang van 2012 is een nieuwe productstructuur voor verblijf ingevoerd die is ingedeeld in 7 categorieën en is afhankelijk van de intensiteit van de behandeling (wat een combinatie is van zorgvraag en het aantal FTE dat per bed wordt ingezet).

De huidige productstructuur voor verblijf met bijbehorende bedragen staat in de tariefbeschikking van de NZa. De bedragen variëren van € 167,10 voor deelopprestatie verblijf A (lichte verzorgingsgraad) via deelopprestatie verblijf F (extra intensieve verzorgingsgraad) voor een bedrag van € 386,46 naar maximaal € 770,88 voor deelopprestatie verblijf G (zeer intensieve verzorgingsgraad); vermelde bedragen zijn per dag. Deze bedragen gelden voor de hele sector en zijn vastgesteld op basis van de gemiddelde werkelijke kosten na een kostprijsonderzoek.

Het is niet aan mij te oordelen of 500 euro proportioneel is. Zorgverzekeraars dienen na te gaan of het gedeclareerde bedrag voor verblijf correct is of niet.

#### Vraag 6

Bent u bekend met het gegeven dat in verslavingsklinieken mensen zonder medische achtergrond therapie geven en regelmatig standaard het maximale bedrag voor een minimum aan zorg vragen? Wat vindt u van deze constatering van DSW? Deelt u de mening dat dit niet de bedoeling kan zijn? Zo ja, wat gaat u aan deze situatie doen? Zo nee, waarom niet?

#### Antwoord 6

Ik ben bekend met deze constateringen van DSW.

Ten aanzien van de constatering dat mensen zonder medische achtergrond therapie geven, wil ik u verwijzen naar mijn antwoord op vraag 3 van de heer Van Veen hierover (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 1136).

Ten aanzien van de constatering van DSW dat het maximale bedrag gevraagd wordt voor een minimum aan zorg, deel ik de mening dat dat zeer onwenselijk is. Ik streef zoals u weet naar een zo doelmatig mogelijke inzet van middelen in de zorg, ook binnen de GGZ-sector.

Op 18 juni 2012 heb ik u geïnformeerd over het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ dat ik met de sector heb gesloten. In dit bestuurlijk akkoord zijn niet alleen afspraken gemaakt over de groei van de GGZ macrokosten met maximaal 2,5% maar ook afspraken die er (mede) toe leiden dat verzekeraars steeds beter in staat zullen zijn te sturen op de prijs en de kwaliteit van zorg. Afgesproken is dat zorgaanbieders zicht zullen geven op de doelmatigheid, effectiviteit, veiligheid en de patiëntervaring van de geleverde zorg, onder andere via Routine Outcome Monitoring (ROM). Ook is afgesproken dat zorgaanbieders informatie beschikbaar zullen stellen over de zwaarte van de zorgvraag van hun patiënten. Hierdoor zal per zorgaanbieder steeds transparanter worden wat de zorgvraag van zijn patiëntenpopulatie is, wat de kosten zijn van de behandeling en wat het behandelresultaat is. Hierdoor ontstaat voor zowel zorgaanbieders als verzekeraars steeds beter inzicht in welke zorg wel en welke zorg niet of minder goed werkt in relatie tot de kosten en gegeven de zorgvraag van de cliënt. Er ontstaat zo dus een «lerend systeem». Dit heeft een positief effect op de (kwaliteits)ontwikkeling van zorgpaden en de kwaliteit en doelmatigheid van zorg en helpt over- of onderbehandeling te voorkomen. Ook zijn in het bestuurlijk akkoord diverse afspraken gemaakt die er mede toe dienen dat zorg zo veel mogelijk ambulant en alleen als dat noodzakelijk is in een intramurale setting wordt geleverd: partijen hebben in dit kader de gezamenlijke ambitie onderschreven om de totale beddenscapaciteit in de periode tot 2020 af te bouwen met een derde ten opzichte van de capaciteit in 2008.

De bovenstaande afspraken zijn ook van toepassing op de verslavingszorg.

#### Vraag 7

Bent u bereid om in overleg met Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland de meest perverse prikkels in de verslavingszorg in kaart te brengen, een plan van aanpak op te stellen met concrete maatregelen om dit soort praktijken tegen te gaan en te komen tot een doelmatige en kwalitatief goede verslavingszorg? Kunt u voor 1 maart 2013 dit plan van aanpak aan de Kamer sturen?

#### Antwoord 7

Gezien de bij vraag 6 genoemde afspraken met het veld is dit juist een plan van aanpak.

Zoals ik hierboven duidelijk heb gemaakt, is er mij alles aan gelegen het systeem zo in te richten dat iedereen zijn werk goed kan doen. Dat laat onverlet dat er mensen zijn die willens en wetens misbruik maken van de mogelijkheden die er zijn. Daarom wijs ik hier graag op de toezegging die ik heb gedaan tijdens de recente begrotingsbehandeling om een risicoanalyse op fraude in de GGZ te starten. De verslavingszorg zal daarin worden meegenomen. Over de resultaten van de risicoanalyse zal ik uw Kamer later dit jaar informeren.

**Toelichting:**

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van het lid Van Veen (VVD), ingezonden 23 november 2012 (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 1136)