

Vergaderjaar 2007–2008

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 177

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 17 januari 2008

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 7 november 2007 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van 11 juli 2007 inzake overheveling geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (29 689, nr. 144).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Van Gerven** (SP) zegt niet voor de overheveling van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet te zijn en evenmin voor de invoering van dbc's. De overheveling betekent in zijn ogen een afname van de solidariteit. De AWBZ is namelijk een volksverzekering met een premieheffing naar draagkracht. De Zorgverzekeringswet is dat niet. Zij regelt het recht op zorg, maar met het element van concurrentie tussen de verschillende zorgverzekeraars en tussen de verschillende zorgaanbieders. De overheveling brengt ook onduidelijkheden, bureaucratie en kostenstijgingen met zich mee. De macht van de patiënt neemt er mee af en bovendien wordt voor een verkeerd uitgangspunt gekozen, namelijk kostenbeheersing. Het uitgangspunt moet juist zijn: mensen de zorg bieden die zij nodig hebben. Het kabinet wil de ggz per 1 januari 2008 overhevelen, maar er moeten nog veel voorbereidingen worden getroffen en daardoor lopen patiënten die gebruik moeten maken van de ggz grote risico's, terwijl zij door de aard van hun ziekte en hun omstandigheden de meest kwetsbare groep zijn. Een ander bezwaar wordt gevormd door de gevolgen voor de vrijgevestigde zorgaanbieders en de instellingen. Zij krijgen te maken met een toename aan administratieve lasten, waardoor de kans op faillissementen toeneemt, met als gevolg verschraving van de zorg. Hoe denkt de minister te voorkomen dat patiënten hun vertrouwde behandelaar kwijtraken? Is het niet opmerkelijk dat dit gevaar dreigt, terwijl met de introductie van de marktwerking in de zorg een hogere kwaliteit en meer keuzevrijheid werd verwacht? Die keuzevrijheid kan ook minder worden door concentratie van zorgaanbieders, waardoor niet de patiënt, maar de zorgverzekeraars meer macht krijgen. Het is dan ook onbegrijpelijk dat de coalitiepartijen en de VVD de introductie van dbc's en marktwerking zien

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Van Gijlswijk (SP), Ouweland (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA) en Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Azough (GroenLinks), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Vietsch (CDA), Sterk (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gill'ard (PvdA), Jonker (CDA), Langkamp (SP), Jacobi (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), De Wit (SP), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Hamer (PvdA) en Ortega-Martijn (ChristenUnie).

als de panacee voor het bereiken van de doelstelling van goede zorg voor zo weinig mogelijk geld.

Kan de minister garanderen dat ggz-patiënten te allen tijde de zorg krijgen die ze nodig hebben? Hoe zal de minister de problematiek van de activerende begeleiding oplossen? Activerende begeleiding wordt namelijk niet beschouwd als geneeskundige zorg, waardoor de vergoeding dreigt te vervallen. Instellingen voor maatschappelijke opvang en beschermde woonvormen en de vereniging voor budgethouders Per Saldo hebben om die reden al de noodklok geluid. Wat vindt de minister van het advies van het CVZ (College van zorgverzekeraars) op dit punt? Wil hij voorkomen dat de vergoeding voor activerende begeleiding niet meer wordt gegeven, omdat activerende begeleiding duurder is dan ondersteunende begeleiding?

De heer Van Gerven merkt voorts op dat de SP op principiële gronden tegen een regeling met eigen bijdragen is. Een eigen bijdrage is een straf voor het feit dat men ziek is. Bovendien is de verplichting van een eigen bijdrage voor geestelijke gezondheidszorg discriminatoir, omdat men bij het gebruik van somatische zorg geen eigen bijdrage is verschuldigd. Voor de eerstelijns psychologische zorg wordt bijvoorbeeld per 1 januari 2008 een eigen bijdrage van € 10 geïntroduceerd. Is dit niet onrechtvaardig en bureaucratisch? Opmerkelijk is ook dat de hulpverleners zelf de eigen bijdrage moeten innen, maar hoe wordt dit geregeld? Wil de minister zoeken naar een andere oplossing? Hoe zal de minister voorkomen dat een administratieve chaos ontstaat? Volgens onder andere Zorgverzekeraars Nederland leveren de eigen bijdragen een bedrag van 25 mln. op, terwijl alleen al voor de verzekeraars de extra uitvoeringskosten 8 mln. bedragen. Zou alleen daarom niet moeten worden afgezien van het betalen van een eigen bijdrage?

Op welke manier wordt een adequate financiering van de hulpverleners geregeld? Het is gebruikelijk dat een werknemer maandelijks loon ontvangt. Is het dan ook niet redelijk dat bij de overheveling de zorgverzekeraars de betaling zodanig organiseren dat zowel de vrijgevestigde bureaus als de instellingen maandelijks inkomsten hebben? Anders bestaat immers het gevaar dat zij tegen hoge rente moeten lenen om aan hun verplichtingen te kunnen voldoen. Op die manier zou geld wegvloeien van de zorg naar private banken, hetgeen uiteindelijk leidt tot premieverhoging en geldverspilling. Is bekend hoeveel een en ander gaat kosten?

De minister heeft beloofd dat door de liberalisering geen enkel ziekenhuis failliet gaat. Geldt die belofte ook voor de vrijgevestigden? Zullen zij dus door deze overheveling hun onderneming niet hoeven te beëindigen? Wil de minister de zorgverzekeraars dwingen tot het geven van een adequate bevoorschotting? Wil de minister garanderen dat er ook bij de overheveling continuïteit van zorg zal zijn, zodat de patiënt de hulpverlener behoudt waar hij tevreden mee is?

Zal voor 1 januari overal de software zijn aangepast? Van de 33 verschillende softwaresystemen waren er na 8 oktober namelijk maar 14 over die voldeden aan de schakeltest.

Dreigt ook niet het gevaar van toename van wachtlijsten? De toegestane volumegroei voor de overgehevelde geestelijke gezondheidszorg bedraagt circa 2%, maar de vraag is of dat percentage reëel is. Ook het percentage van 8 wordt namelijk genoemd.

Is er zekerheid voor de preventieactiviteiten van de aanbieders van geestelijke gezondheidszorg? Het gevaar dreigt dat de middelen daarvoor komen te vervallen. Hoe zullen activiteiten als Effe Dimme, Maatjes Vriendendienst en deskundigheidsbevordering depressiepreventie worden gefinancierd? Op welke manier wil de minister de kwaliteit van de zorg waarborgen? Dreigt niet het gevaar dat die zal afnemen door de concurrentie en de neiging van zorgverzekeraars om zo voordelig mogelijk in te kopen? Zorgverzekeraars Nederland wijst ook op de kans van kosten-

stijging als gevolg van het restitutiesysteem. Er zullen namelijk declaraties worden ingediend voor het gebruik van alternatieve therapieën, het volgen van begeleidingstrajecten en het gebruik van onduidelijke internet-hulpverlening.

Wat wil de minister doen met de Steunpunten ggz? Volgens het Landelijk platform GGZ staat het voortbestaan ervan onder druk vanwege het vervallen van zorgvernieuwingsgelden AWBZ per 1 januari 2008.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA) zegt voorstander te zijn van overheveling van de ggz van de AWBZ naar de Zvw alsmede van de invoering van dbc's. Deze overheveling kan verbetering van de zorgverlening met zich meebrengen en de positie van de patiënt ten goede komen. Hij krijgt namelijk meer keuzevrijheid. Belangrijker is echter dat op deze manier de geestelijke gezondheidszorg haar stigma kwijtraakt.

Mevrouw Bouwmeester zegt een goede voorbereiding van de overheveling en de invoering van dbc's in de ggz zeer belangrijk te vinden. Die voorbereiding moet immers waarborgen dat de kwaliteit van de zorg inderdaad verbetert, dat de zorg toegankelijker en transparanter wordt en dat er meer samenhang in de zorgverlening komt, maar ook de kosten moeten beheersbaar blijven. Daarnaast verdient de continuïteit in de zorgverlening aandacht. Na een jaar zal de ggz-patiënt bijvoorbeeld van Zvw-zorg overgaan op AWBZ-zorg. Hoe verloopt de indicatiestelling dan? Het gevaar dreigt dat een nieuwe indicatiestelling een andere uitkomst geeft en de patiënt niet meer dezelfde zorg krijgt.

De continuïteit kan ook in gevaar komen door de verschillende financieringsstromen. In de toekomst kan de ggz gefinancierd worden op grond van de WMO, de Zvw en de AWBZ. Wie behoudt de regie bij wisseling van de financieringsbron? Zal zorg die eigenlijk gefinancierd moet worden op grond van de AWBZ of WMO niet ten onrechte onder de Zvw vallen? Zullen de dbc's die voor de ggz gaan gelden geheel in overeenstemming zijn met de zorgzwaarte?

Mevrouw Bouwmeester wijst ook op het aspect van lastenverzwaring voor de vrijevestigden doordat die met dbc's moeten gaan werken. Hoeveel uren zullen zij bezig zijn met de registratie van de zorg? Heeft de minister ook oog voor de risico's van het werken met dbc's? Hoe wordt bijvoorbeeld voorkomen dat met het rekken van de behandelduur de dbc onnodig duur wordt? Is het mogelijk mensen te belonen voor het verkorten van de behandelduur?

Mensen die ondersteunende of activerende begeleiding nodig hebben verdienen speciaal aandacht. Het gevaar bestaat dat zij deze vorm van zorg kwijtraken, omdat die met de Zvw-systematiek anders wordt beoordeeld dan met de AWBZ-systematiek. Met de Zvw kan bijvoorbeeld begeleiding onderdeel zijn van geneeskundige zorg, terwijl die met de AWBZ juist een kernfunctie is. Een oplossing zou kunnen zijn om voortaan te spreken van zorggerelateerde begeleiding.

Mevrouw Bouwmeester zegt eveneens vragen te hebben over het betalen van een eigen bijdrage. Zowel de gebruikers als de aanbieders van zorg zien die als een drempel voor de toegang tot zorg. Voor de gebruiker kan zich zelfs een stapeling van eigen bijdragen voordoen, terwijl onder de Zvw ook nog het eigen risico geldt. Vindt de minister in dit licht de eigen bijdrage nog wel terecht? Is hij ook van mening dat een eigen bijdrage nooit een drempel mag opwerpen voor de toegang tot de zorg die men nodig heeft? Hoe zullen onverzekerden behandeld worden? Vooral bij de geestelijke gezondheidszorg heeft men vaak te maken met mensen die niet verzekerd zijn vanwege hun moeilijke positie, terwijl dan ook nog vaak gedwongen behandeling nodig is.

De zorgaanbieders vinden de eigen bijdrage ook niet passen bij de filosofie van de Zorgverzekeringswet. Zij wijzen erop dat het innen van de eigen bijdrage technisch niet uitvoerbaar is en veel bureaucratie met zich meebrengt. GGZ-Nederland heeft zelfs aangegeven de eigen bijdrage niet

te willen innen. Wil de minister laten onderzoeken wat mogelijk toch de positieve effecten van het systeem van eigen bijdrage kunnen zijn, maar ook wat eventueel de negatieve effecten zijn?

Mevrouw Bouwmeester zegt voorts dat de patiënt door de overheveling meer keuzevrijheid kan krijgen, maar dat er niettemin het gevaar is van afname van het aantal zorgaanbieders. Dat zou die keuzevrijheid weer minder maken. De vrijgevestigden hebben er bijvoorbeeld op gewezen dat het nieuwe systeem zo bureaucratisch is dat zij hun onderneming willen beëindigen. Wat vindt de minister hiervan?

Nog belangrijker dan keuzevrijheid is het behoud van kwaliteit van de zorg, want keuzevrijheid kan de kwaliteit ook in gevaar brengen. Houders van een pgb kunnen namelijk van allerlei aanbieders in de zorg gebruik maken. Zij kunnen dus goed bedoelende, maar niet altijd verantwoorde hulpverleners raadplegen. Hoe wordt voorkomen dat ten onrechte dergelijke hulpverleners worden gesubsidieerd? Zorgverzekeraars Nederland kent heel duidelijke regels, maar het Patiëntenplatform vindt de regelgeving dermate stringent dat de keuzevrijheid te veel wordt beperkt.

De invoering van de systematiek van de dbc's in de ggz zorgt terecht voor meer transparantie, hetgeen de onderhandelingen met de zorgverzekeraar gemakkelijker moet maken, maar zolang niet duidelijk is wat elke zorgverzekeraar vergoedt aan geestelijke gezondheidszorg, kan de consument geen polis afsluiten. Bovendien is een bepaalde groep mensen die ggz nodig hebben niet in staat om te kiezen tussen zorgverzekeraars. De ondersteunende platforms zijn als gevolg van de wijziging van de WMO voor een groot deel verdwenen. Op welke manier worden de patiënten geholpen die zelf niet kunnen kiezen? In aanmerking moet ook worden genomen dat door de overheveling de macht van de zorgverzekeraars groter wordt. Dat vraagt om een tegenmacht. Op welke manier kan die georganiseerd worden?

Mevrouw Bouwmeester merkt voorts op dat de overheveling ook het oogmerk heeft van beperking van instroom in de tweede lijn en versterking van de zorg in de eerste lijn. Versterking van de zorg in de eerste lijn kan alleen zonder wachtlijsten en met voldoende hulpverleners. Wordt aan beide criteria voldaan? Wordt voorkomen dat patiënten ten onrechte zijn aangewezen op de eerstelijnszorg? Op welke manier zal de minister zorgen voor een verantwoorde kostenbeheersing bij een stijgende vraag van met name ambulante ggz-hulp in de eerste lijn?

De heer **Omtzigt** (CDA) zegt buitengewoon verheugd te zijn met de overheveling van de geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ naar de Zvw, die mede dankzij de inspanningen van de sector, goed is voorbereid. Veel belang hecht hij aan monitoring van de operatie en aan bewaking van de kwaliteit van de zorg. Met het oog op het laatste vraagt hij specifiek aandacht voor de activerende begeleiding. Het gevaar bestaat namelijk dat de vergoeding van die zorg stopt als die niet meer gepaard gaat met behandeling. Vreest de minister niet voor substitutie van activerende naar ondersteunde begeleiding. Hoe zal hij controleren of die zich voordoet? Zal hij eventueel kiezen voor de oplossing die de CVZ heeft voorgesteld? Ook bij het gebruik van pgb's kan de zorgverlening minder worden. Wil de minister in het geval zich knelpunten voordoen met het gebruik van pgb's vooral met een praktische oplossing komen?

De heer Omtzigt zegt tijdig van het verloop van de operatie op de hoogte te willen blijven. De Kamer zou bijvoorbeeld voor 1 maart geïnformeerd moeten worden over de resultaten van de overheveling, zodat zij ruimschoots de gelegenheid heeft om voorafgaande aan het zomerreces met de minister van gedachten te wisselen over eventuele aanpassingen. Het jaar 2008 is namelijk een overgangsjaar. De eventuele aanpassingen die in 2009 hun beslag krijgen, moeten ook worden besproken met de sector met het oog op de samenstelling van de dbc's.

De interactie tussen dbc's en zorgzwaartepakketten kan voor problemen zorgen. Het is mogelijk dat voor een psychiatrische patiënt eerst een dbc geldt en later een zorgzwaartepakket. Belangrijk is dan dat het een goed aansluit op het ander en de benodigde zorg na de overgang in stand blijft. De heer Omtzigt merkt voorts op principieel niet tegen het betalen van een eigen bijdrage te zijn, maar erkent dat de eigen bijdrage bureaucratie en onduidelijkheden met zich mee kan brengen. De eigen bijdrage past ook niet bij de systematiek van de Zvw, omdat die reeds het eigen risico kent. Wat wil de minister daaraan doen? Wil hij zoveel mogelijk streven naar praktische oplossingen en ook daarover de Kamer voor 1 maart informeren?

De heer Omtzigt sluit zich aan bij de opmerkingen van mevrouw Bouwmeester over de keuzevrijheid voor de consument. Bij het kiezen van een zorgpolis is namelijk nog niet duidelijk welke zorgverzekeraar wat gecontracteerd heeft. Op welke manier denkt de minister te voorkomen dat de consument achteraf wordt geconfronteerd met een polis die hem niet de mogelijkheid biedt om de zorg te krijgen die hij nodig heeft? Wil de minister ervoor zorgen dat in 2008 duidelijk wordt hoe hoog bijvoorbeeld de restitutie is als iemand een niet gecontracteerde psychiater inschakelt? De NZa zegt nog niet te weten of zij bij hun monitoring ook het gebruik van de pgb's zal betrekken. Wil de minister ervoor zorgen dat dit wel gebeurt, zodat onduidelijkheden over het gebruik van pgb's kunnen worden weggenomen?

De heer Omtzigt zegt het niet terecht te vinden dat de zorgverzekeraar geen enkel risico loopt met het verzekeren van ggz-patiënten. De zorgverzekeraar krijgt namelijk compensatie voor de extra kosten die patiënten met een hoog gezondheidsrisico met zich meebrengen. Deze compensatie moet voorkomen dat een verzekeraar personen die voorspelbaar verliesgevend zijn, weigert te verzekeren. Doordat de risicoverevening voor ggz-patiënten nog niet optimaal is, krijgt het Rijk dit jaar te maken met een nacalculatie van de zorgverzekeraars. Op de lange termijn kan het slecht functionerende model leiden tot problemen voor mensen die ggz nodig hebben, omdat het voor verzekeraars onaantrekkelijk kan zijn om ggz-patiënten in een collectieve verzekering op te nemen vanwege hun hoge kosten bij somatische klachten. Zij hebben daarvoor namelijk een langere herstelperiode nodig en dat wordt met het huidige model niet duidelijk. Wil de minister de schriftelijke vragen hierover beantwoorden en wil hij ervoor zorgen dat er volgend jaar een geschikt vereveningsmodel is?

De heer Omtzigt merkt tot slot op dat in sommige gevallen anonimiteit van groot belang is. Het kan voorkomen dat meisjes worden opgevangen in instellingen omdat zij worden bedreigd met eerwraak. Deze opvang wordt gefinancierd met de AWBZ en die wet maakte het mogelijk de meisjes anonimiteit te garanderen. Met de overheveling naar de Zvw zullen de gegevens van deze meisjes echter bekend worden bij de verzekeraar en daarmee bij de polishouder. Die polishouder is hun vader of moeder en de instellingen beschermen de meisjes vaak tegen hun ouders. Kan de minister de Kamer op zeer korte termijn laten weten hoe hij ervoor gaat zorgen dat de persoonsgegevens van deze beschermde meisjes niet openbaar worden, zodat hun familie op geen enkele manier achter hun verblijfsadres kan komen?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD) zegt verheugd te zijn dat nadat de overheveling van de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ naar de Zvw herhaaldelijk is uitgesteld, die eindelijk plaatsvindt. Zij heeft er begrip voor dat om praktische redenen alle geestelijke gezondheidszorg gedurende één jaar vergoed wordt op grond van de Zvw en dat de intramurale ggz na 365 dagen onder de AWBZ valt. Instellingen die patiënten langer dan één jaar in behandeling hebben, krijgen dus voor die patiënten te maken met een overgang van de ene financieringssyste-

tiek, namelijk die van de dbc's, naar de andere, die van de zzp's, de zorgzwaartepakketten. Dit brengt extra administratie met zich mee. Wil de minister voortdurend en ook samen met de sector blijven zoeken naar een oplossing voor deze administratieve lastendruk voor de zorgaanbieders en die dus tot een minimum beperken? Is de minister bekend met een mogelijk neveneffect van de overgang van de ene vergoedingssystematiek naar de andere? Die zou tot gevolg kunnen hebben dat de ligduur van AWBZ-patiënten korter wordt.

Mevrouw Van Miltenburg zegt voorts dat de VVD grote moeite heeft met de overgang van de bekostiging van de activerende begeleiding van de AWBZ naar de Zvw. Deze vorm van zorg kan aan mensen in en buiten een instelling worden geleverd. Met de nieuwe systematiek wordt ervan uitgegaan dat activerende begeleiding altijd gekoppeld kan worden aan behandeling en dus vergoed behoort te worden op grond van de Zvw. Die koppeling is echter niet altijd mogelijk. Behandeling hoeft niet altijd het belangrijkste aspect te zijn. Daarom is met de AWBZ-systematiek de activerende begeleiding ook geduid als «begeleiding». Dat is gedaan omdat de functie niet in alle gevallen eenduidig is. Met de overheveling wordt bij activerende begeleiding de behandeling het belangrijkste aspect, maar dat is die niet. Bovendien zou op grond van de afspraak die de Kamer en de sector met de minister hebben gemaakt, deze overheveling niet alleen budgettair neutraal, maar ook pakketneutraal worden uitgevoerd. Zowel de cliëntenorganisaties als de zorgverzekeraars en het NZa voorspellen dat mensen met activerende begeleiding geen aanspraak zullen kunnen maken op vergoeding, enerzijds omdat die niet kan worden ondergebracht in een dbc en anderzijds omdat die niet meer vergoed wordt op grond van de AWBZ. De oorzaak is dat ten onrechte is uitgegaan van het aanbod bij de traditionele AWBZ-zorg, maar met de nieuwe vorm van AWBZ-zorg is een geheel nieuw aanbod ontstaan. Het meest komt dit tot uiting bij mensen die gebruik maken van een pgb of maatschappelijke opvang. De laatste groep maakt pas zeer recent gebruik van AWBZ-zorg. Voor hen is een geheel nieuwe behandelmethode ontwikkeld. Het is onwenselijk om deze nieuwe, vraaggestuurde zorg te laten verdwijnen door de rigide toepassing van de regels. Bij de intramurale zorg blijft de functie van activerende begeleiding aanwezig door middel van de zzp. Daarom is het zeer wel denkbaar dat mensen met een intramurale indicatie voor activerende begeleiding deze zorg buiten de instelling krijgen, hetzij in de vorm van een pgb hetzij op grond van het nieuwe zzp en die zorg vergoed krijgen op grond van de AWBZ. Patiënten zonder een zzp zullen aangewezen zijn op vergoeding op grond van de Zvw en dus op de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar zal deze vorm van zorg echter niet of nauwelijks vergoeden. Deze Kafkaïaanse situatie is voor de VVD onacceptabel.

De minister heeft zich veel moeite gegeven om voor instellingen vangnetconstructies te bedenken. De ongeveer 1600 vrijgevestigde therapeuten moeten zichzelf zien te redden. Voortaan zullen zij geen vaste maandelijkse inkomsten meer hebben, maar moeten wachten op betaling na geleverde zorg. De gemiddelde duur van de diagnose behandelcombinatie voor de ggz is ongeveer zes maanden en dus zullen de vrijgevestigden het eerste halfjaar geen inkomsten hebben. De zorgverzekeraars hebben nog niet gezegd hieraan iets te zullen doen. Zij zouden een voorschot kunnen geven, maar eigenlijk past het geven van voorschotten niet bij de systematiek van verzekeraars. Wel zal voorzien worden in een regeling die het de vrijgevestigden mogelijk maakt om een rentepercentage te eisen van 1,5. Dit is wel heel erg laag als men in aanmerking neemt dat de hulpverleners zelf voor het eerste halfjaar een commerciële lening moeten afsluiten. De Belastingdienst gaat ervan uit dat iemand op zijn kapitaal jaarlijks 4% winst maakt. Zou het niet redelijk zijn de hulpverleners ook een dergelijk percentage in rekening te laten brengen?

De vrijgevestigden hebben ook nog te maken met investeringen voor het werken met dbc's. Instellingen hebben de afgelopen jaren op grond van de AWBZ aanspraak kunnen maken op gelden voor het investeren in ict. De instellingen kunnen nu gebruik maken van deze investering die bekostigd is op grond van de AWBZ. De vrijgevestigden hebben nooit aanspraak kunnen maken op een dergelijke vergoeding en daardoor worden zij in feite op achterstand geplaatst. Erkent de minister dit en, zo ja, wat wil hij hieraan doen? In aanmerking moet nog worden genomen dat er een tekort is aan vrijgevestigde behandelaars, waardoor de consument geconfronteerd wordt met soms zeer lange wachtlijsten. Door de negatieve gevolgen van de overheveling voor de vrijgevestigden, zouden velen hun praktijk kunnen beëindigen. Daardoor zou de behoefte aan hulpverleners nog groter worden. Op welke manier denkt de minister dit probleem te voorkomen?

Het feit dat veel mensen op grond van de AWBZ met succes gebruik maakten van een pgb, was destijds aanleiding om met een amendement het pgb op grond van de Zvw mogelijk te maken. De minister wil hiertoe een experiment laten uitvoeren. De starre houding van de zorgverzekeraars baart evenwel zorgen. Wil de minister de Kamer informeren over de inrichting en de uitvoering van het experiment met het pgb voor de ggz? Centraal zal steeds moeten staan dat de klant met het pgb inkoopmacht behoudt alsmede de regie over zijn eigen zorg. Wil de minister nadrukkelijk voorkomen dat de verzekeraars de kans krijgen om het experiment te laten mislukken?

Mevrouw Van Miltenburg sluit zich tot slot aan bij de opmerkingen van de woordvoerder van het CDA over de risicoverevening en over de positie van meisjes en vrouwen in de beschermde opvang.

Antwoord van de minister

De **minister** onderstreept de opmerkingen van de meeste sprekers over het belang van de voorgenomen overheveling van de geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ naar de Zvw per 1 januari 2008. Het feit dat vanaf die datum het voor de financiering geen verschil uitmaakt of de patiënt zich meldt met een geestelijke of lichamelijke zorgvraag bij een hulpverlener brengt veel voordelen met zich mee. Een van de grote voordelen is de toename van meer samenhang in de zorg voor patiënten met somatische klachten en die met psychische klachten.

De minister wijst er voorts op dat de aanstaande overheveling alleen tot stand kon komen door succesvolle samenwerking van de betrokken partijen. Het ontwikkelen van dbc's door de landelijke projectgroep met als resultaat de publicatie van de Inkoop- en verkoopgids DBC GGZ 2008 door GGZ-Nederland en Zorgverzekeraars Nederland is daarvan een voorbeeld, maar ook meer in het algemeen is er in de afgelopen jaren hard gewerkt door de sector van de geestelijke gezondheidszorg om tot meer stroomlijning van die zorg te komen.

De minister memoreert nog eens de grote voordelen van de overheveling: meer samenhang in het regime van de AWBZ, meer samenhang in de curatieve zorg en recht doen aan de oorspronkelijke doelstelling van de AWBZ. Verder wordt de positie van de cliënt sterker, want de zorgverzekeraar gaat voor de cliënt op zoek naar de instelling die hem de beste zorg kan leveren en met invoering van de dbc's komt er meer zicht op de kosten.

De minister zegt het met de leden eens te zijn dat de overheveling niet het verdwijnen van veel bureaus voor geestelijke gezondheidszorg tot gevolg mag hebben, want dat zou leiden tot afname van de keuzevrijheid voor de patiënt, terwijl het oogmerk is die te laten toenemen. De NZa zal erop moeten toezien dat fusies in de zorg niet leiden tot monopolieposities, want ook dat kan strijdig zijn met het idee dat de positie van de consument sterker wordt. De Zvw bevat wel waarborgen voor de positie van de

patiënt, bijvoorbeeld voor de mogelijkheid van de cliënt om zijn eigen behandelaar te kiezen.

Er wordt gestreefd naar een «zachte landing» van de overheveling. Daarom zal 2008 een overgangsjaar zijn en gebruikt worden om eventueel aanpassingen door te voeren. Een van de aanpassingen betreft de eigen bijdrage ggz. Het kabinet streeft naar een structurele oplossing daarvoor. Het heffen van een eigen bijdrage per zitting is namelijk strijdig met het systeem van vergoeding op basis van dbc's. Bij de dbc staat bijvoorbeeld de aandoening centraal en niet de behandelaar. Het heffen van de eigen bijdrage is in het overgangsjaar 2008 echter nodig om de overheveling budgettair neutraal te laten verlopen.

Voor de instellingen is een vangnet gecreëerd. Dat houdt in dat de aanbieders en de verzekeraars afspraken maken op basis van de oude NZa-parameters, terwijl de declaraties aan de hand van dbc's geschieden. Een eventueel prijsverschil wordt verrekend. Op deze manier is het ook mogelijk om de oude en de nieuwe situatie met elkaar te vergelijken, waardoor uiteindelijk een goed risicovereveningssysteem kan worden opgezet. Aan de hand van de dbc's ontstaat voorts inzicht in de tariefstructuur waardoor op langere termijn alle aanbieders in de zorg de nodige zekerheid kan worden geboden. Ook met de vrijgevestigden kunnen door het verbeterde inzicht in de tariefstructuur bij de instellingen nieuwe afspraken worden gemaakt.

Er zal in het overgangsjaar met een risicovereveningsmodel voor verzekeraars ervaring worden opgedaan. De criteria van het model zullen zoveel mogelijk passen bij de vereeningscriteria van de curatieve zorg. Er is vooralsnog gekozen voor een eenvoudig model met volledige nacalculatie. Het is dus niet risicodragend. Het model kent naast de criteria voor de curatieve zorg twee criteria die specifiek zijn voor de geneeskundige ggz, het zogenaamde éénpersoonsadres en een ggz-regiocriterium. Dit model is dus nodig om de uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds naar de verzekeraars mogelijk te maken en om eindelijk te komen tot een verantwoord systeem voor de verzekeraars.

De minister merkt voorts op dat met de overheveling ggz-patiënten ook gebruik zullen kunnen maken van een pgb, maar de zorgverzekeraar kan bij het toekennen van een pgb kwaliteitseisen stellen. Het stellen van kwaliteitseisen past bij het idee van het vergoeden van op genezing gerichte ggz. Bij de overheveling van ggz gaat het namelijk om die zorg die gericht is op herstel of op het voorkomen van een verergering van een aandoening. De zorgverzekeraars dienen cliënten met een pgb wel voldoende ruimte te bieden bij het kiezen van een zorgaanbieder. Cliënten die een pgb hebben, behouden dat bij de overheveling tot het einde van de termijn van het indicatiebesluit.

In januari wordt begonnen met de digitale declaratie. Door de nodige aanpassing van de software zal de administratie aanvankelijk niet optimaal zijn. Bovendien laat de ontwikkeling van de zogenaamde declaratiemodulen bij sommige softwareleveranciers op zich wachten. Ondanks een zorgvuldig invoeringstraject zullen met name de algemene en de universitaire ziekenhuizen nog veel aanpassingen moeten doorvoeren. Niettemin is er zodanige vooruitgang dat er voldoende vertrouwen is in de totstandkoming van het een goed digitaal systeem.

De minister merkt voorts op dat bij het monitoren van de overgang zoveel mogelijk gebruik zal worden gemaakt van bestaande informatiestromen. Over de manier waarop de monitor vorm wordt gegeven, wordt nog overleg gevoerd met de sector, onder andere met de brancheorganisaties, maar zeker ook met de NZa. Het streven is erop gericht om de Kamer in de loop van het voorjaar van 2008 in te lichten over de eerste bevindingen van de overgang.

De minister gaat vervolgens in op de opmerkingen over de eigen bijdrage. Hij merkt op dat het handhaven van de eigen bijdrage voor psychotherapie niet alleen bedoeld is om de overgang pakketneutraal te laten

verlopen, maar ook om zicht te krijgen op het aantal zittingen per patiënt. Voor instellingen is de systematiek van de eigen bijdrage niet onoverkomelijk, want zij hebben in verband met de vangnetconstructie toch al een tweede administratie. Voor de vrijevestigden ontstaat echter een aparte declaratiestroom. Bovendien moeten zij controleren of het maximum van de eigen bijdrage wordt bereikt en de geïnde bijdrage afdragen aan de verzekeraar. Met verzekeraars en aanbieders wordt gezocht naar de meest eenvoudige oplossing. Waar mogelijk wordt aangesloten bij het declaratiesystematiek van de dbc's. Hiervoor heeft Zorgverzekeraars Nederland een voorstel gedaan dat past bij de ministeriële regeling. Zodra over het overleg met de sector meer bekend is, zal de Kamer nader worden geïnformeerd.

Per 1 januari 2008 wordt de eerstelijns psychologische zorg opgenomen in de basisverzekering en dat zal wellicht de vraag naar die zorgvorm doen toenemen. Dit is geen onwenselijke ontwikkeling, omdat op deze manier mensen die die zorg nodig hebben, geholpen worden. Verder kan deze toename duiden op substitutie van tweedelijns naar eerstelijns, hetgeen betekent dat de toegang tot deze zorg laagdrempeliger is geworden. Voor de eerstelijns psychologische zorg wordt per 1 januari 2008 wel een eigen bijdrage geïntroduceerd en het aantal te vergoeden zittingen gemaximeerd op acht. De eigen bijdrage is bedoeld om de stijging van de zorgkosten tegen te gaan. Het vragen van een eigen bijdrage heeft namelijk een remmend effect op de vraag naar zorg. Bovendien past het vragen van een eigen bijdrage in de eerste lijn bij de systematiek van de tweede lijn. Daar geldt in 2008 voor psychotherapie een eigen bijdrage van € 15. Om tegen te gaan dat patiënten snel overgaan van eerste lijn naar tweede lijn, is in de tweede lijn de eigen bijdrage daar hoger.

De eigen bijdrage zorgt wel voor stapeling van de kosten voor de cliënt. Naast de eigen bijdrage geldt namelijk het eigen risico. Hierin komt in 2009 verandering. Wel moet in aanmerking worden genomen dat met de voorziene AMvB het eigen risico niet in een keer hoeft te worden betaald. Conform het amendement-Van der Vlies zal per zorgvraag steeds een percentage van de kosten in rekening worden gebracht. Echter, als het om dure zorg gaat, zal weer een vast bedrag gelden, zodat ook dan niet ineens het eigen risico hoeft te worden betaald en de langere remweg blijft gelden. Het voordeel van dit systeem is dat ook voor de cliënt de prijsverschillen tussen de zorgaanbieders duidelijker worden. Het kabinet heeft het voornemen om voor het zomerreces de Kamer een voorstel te doen voor de AMvB waarmee het eigen risico wordt geregeld.

Naast de doelstelling van budgettaire neutraliteit wordt met de overheveling ook gestreefd naar pakketneutraliteit. Er kan zich een probleem voordoen voor de activerende begeleiding. Om voor vergoeding van die zorgvorm in aanmerking te komen, dient de begeleiding gericht te zijn op genezing. In het verleden is de activerende begeleiding in sommige gevallen gebruikt om bijvoorbeeld mensen te helpen structuur in hun leven te brengen. Dan is zij niet op genezing gericht en in dergelijke gevallen zal die begeleiding niet op basis van de Zvw worden vergoed. Instellingen kunnen voor de activerende begeleiding wel een psychiater inhuren en langs die weg voor vergoeding in aanmerking komen. In het overgangsjaar zal met de monitor wel worden gelet op mogelijke substitutie waarbij de ene vorm van begeleiding in plaats van de andere komt. Houders van een pgb die activerende begeleiding nodig hebben, maken vaak gebruik van niet-geregistreerde hulpverleners. Ook dat kan een knelpunt zijn. De zorgverzekeraars stellen namelijk als voorwaarde voor het toekennen van een pgb dat de hulpverlener geregistreerd is. De pgb-houder wil meestal de hulpverlener inhuren waarmee hij bekend is. Met het oog daarop is de zorgverzekeraars verzocht om voor die patiënten een ruimhartig regime te laten gelden.

De minister erkent dat de vrijevestigden door de overgang te maken krijgen met extra kosten voor het installeren van hard en software die

nodig is om met ingang van 1 januari 2008 de vergoeding voor geleverde zorg aan de hand van dbc's te kunnen declareren bij de zorgverzekeraar. Zij kunnen met hun verzekeraar afspraken maken over de bevoorschotting. Mocht dat niet mogelijk zijn dan kan de zorgaanbieder op grond van de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit voor bevoorschotting en rentevergoeding de rentekosten van een mogelijk krediet doorberekenen aan de zorgverzekeraar. Belangrijk is dat de vrijgevestigden vanaf 1 januari in staat zijn om hun declaraties digitaal in te zenden. Om ze daarbij te ondersteunen, wordt een helpteam gevormd voor de implementatie van de benodigde software. Er is een spoorboekje opgesteld met betrekking tot de implementatie en het gebruik van de software. De verwachting is dat alle systemen tijdig op orde zullen zijn, maar om ernstige problemen te voorkomen, zal een soort veegteam resterende digitale knelpunten trachten op te lossen.

Uit onderzoek is gebleken dat een deel van de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten dat aangaf volgend jaar te zullen stoppen met de eigen praktijk, dat toch niet doet. Sommige vrijgevestigden zullen stoppen vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Tegenover de mogelijke afname van het aantal vrijgevestigden staat de kans op verhoging van de kwaliteit van de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg. Het leveren van die zorg wordt namelijk transparanter en door degenen die de kwaliteit kunnen beoordelen, ingekocht.

Zowel voor de intramurale ggz die valt onder de Zvw als voor de intramurale zorg die onder de AWBZ valt zal een vangnet voor de bekostiging worden gecreëerd als de patiënt in aanmerking komt voor een zorgzwaartepakket. In 2008 is de oude vorm van bekostiging bepalend voor de hoogte van het budget. In dat jaar wordt het werken met zzp's en dbc's gemonitord. Beide bekostigingsvormen kunnen worden vergeleken met de oude bekostigingsvorm. Indien nodig zullen in overleg met de sector en met de NZa in 2008 aanpassingen worden doorgevoerd. De NZa zal toezien op een goede aansluiting van de zorg in het eerste jaar met de zorg in de daarop volgende jaren.

Net als bij de ziekenhuiszorg geldt voor de ggz dat in acute situaties ook onverzekerden de nodige geestelijke gezondheidszorg krijgen. Wel zal steeds gecontroleerd worden of de zorgvrager is verzekerd. De systematiek die in 2008 zal gelden, zal met zich meebrengen dat iemand die eenmaal verzekerd is, verzekerd blijft. Na een jaar wordt alle ggz vergoed op grond van de AWBZ. Daarvoor is wel een indicatiestelling door het CIZ (Centrum voor indicatiestelling zorg) nodig. Alle patiënten die met ingang van 1 januari 2008 onder behandeling zijn, worden verzekerd onder de condities die voor hen reeds golden.

Hoe wordt voorkomen dat met het rekken van de behandelduur de dbc onnodig duur wordt? Door een poosje langer te behandelen kom je namelijk op een duurdere dbc uit. Het systeem kent echter een prikkel om de behandelduur niet onnodig te verlengen. Verzekeraars kunnen namelijk zien dat een zorgaanbieder vaker dan gemiddeld een dure dbc afsluit. Op die manier maken de aanbieders zichzelf duurder dan gemiddeld. Met een nulmeting is de opstelling van de dbc's onder het oude systeem vastgelegd. Aan de hand van het DIS, het dbc-informatiesysteem, wordt de opstelling van de dbc's onder het nieuwe systeem gemonitord. Op die manier kan de eventuele upcoding worden gesignaleerd.

De minister merkt voorts op dat er met de overheveling ook een betere regie voor het zorgproces komt. De huisarts stuurt voortaan niet alleen de wijze van behandeling van somatische klachten, maar ook die van psychische. Hij kan patiënten voor beide soorten zorg verwijzen naar de tweede lijn en bijvoorbeeld Bureau Jeugdzorg, het Centrum voor Jeugd en Gezin en het Centrum voor maatschappelijk werk inschakelen. Bij de AWBZ-zorg voert het CIZ de regie.

De minister erkent het belang van bescherming van privacygegevens van meisjes en vrouwen in opvanghuizen. Het verstrekken van gegevens uit

de basisadministratie van de zorgverzekeraars aan derden is niet toegestaan, maar er is voortaan het risico dat de polishouder automatisch gegevens achterhaalt die vrouwen en meisjes in opvanghuizen kwetsbaar maakt. Het platform Privacy van de zorgverzekeraars inventariseert hoe de belangen van deze extra kwetsbare groepen beter gewaarborgd kunnen worden. Daarvoor heeft het een gedragscode opgesteld, met een addendum dat criteria en maatregelen bevat waarmee zorgverzekeraars de privacy van deze doelgroep kunnen waarborgen. Daarnaast werken zorgverzekeraars momenteel met een werkgroep aan de verdere invulling van het privacykader. Om tot een adequate oplossing te komen is de betrokkenheid van partijen die met de dagelijkse praktijk te maken hebben van grote waarde. De Kamer zal schriftelijk geïnformeerd worden over de precieze inhoud van de gedragscode en van de verdere ontwikkelingen op de hoogte worden gehouden.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Van Gerven** (SP) zegt het niet eens te zijn met de uitspraak van de minister dat er in het veld enkel en alleen enthousiast gereageerd wordt op de plannen van de minister. Er is zelfs kritiek. In de media wordt gemeld dat voor de psychiaters en psychologen sterke toename van de administratieve lasten wordt verwacht. De voorzitter van de Nederlandse vereniging van vrijevestigde psychotherapeuten meldt zelfs dat kaalslag in de ggz dreigt. Over de toename van de administratieve lasten zijn overigens Kamervragen gesteld, maar de beantwoording is niet adequaat. Er staat bijvoorbeeld dat het niet gemakkelijk is om de administratieve lasten van de vrijevestigden in een percentage van de omzet uit te drukken, terwijl dat eenvoudig is uit te rekenen. Wil de minister in het overgangsjaar de toename van administratieve lasten monitoren, zodat langs die weg de Kamer voldoende inzicht krijgt?

De heer Van Gerven vraagt nogmaals hoe in de toekomst de preventieactiviteiten van ggz-aanbieders zullen worden gefinancierd en wat er gebeurt met de steunpunten ggz. Die zullen straks niet meer onder de AWBZ vallen.

Wil de minister ook monitoren hoe de wachtlijsten zich ontwikkelen? In de begroting wordt voor de zorg een budgettaire groei van 2% genoemd, terwijl de afgelopen jaren een percentage van 7 gold. Zullen met een dergelijk budgettair kader wachtlijsten nog wel te vermijden zijn?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA) vraagt opnieuw aandacht voor mensen die in een beschermde opvang verblijven. Zij genieten activerende of ondersteunende begeleiding om te voorkomen dat zij weer afglijden in de oude situatie. Die begeleiding is echter niet altijd gekoppeld aan behandeling en daarom bestaat de kans dat deze vorm van zorg niet vergoed wordt op grond van de Zvw. Op welke manier zal die dan wel vergoed worden? Een deel van de ggz-patiënten is vanwege hun situatie niet in staat om zelfstandig een polis af te sluiten die bij hen past. Hoe wordt dit opgelost?

Mevrouw Bouwmeester vraagt voorts aandacht voor mogelijke negatieve effecten van de eigen bijdrage. Zou die tot gevolg kunnen hebben dat mensen niet om zorg vragen vanwege de kosten, gelet ook op het systeem van eigen risico onder de Zvw? Wil de minister een onderzoek laten uitvoeren naar het effect van de eigen bijdrage, zodat duidelijk wordt of die inderdaad een remmend effect heeft op de kosten en of die niet verhindert dat mensen vanwege de kosten de nodige zorg ontberen? Wil de minister ook aandacht besteden aan de positie van ggz-patiënten die vanwege hun situatie niet in staat zijn om zelfstandig een polis af te sluiten die bij hen past. Hoe wordt dat probleem opgelost?

Mevrouw Bouwmeester wijst erop dat verwijzing naar de tweede lijn alleen wordt voorkomen met een sterke eerste lijn. De huisartsen hebben

vooral nog positief geregeerd op hun taakuitbreiding, maar zij wijzen er wel op dat het nieuwe systeem alleen werkt als er geen wachtlijsten zijn. Er moet ook voldoende aanbod zijn van hulpverleners in de eerste lijn. Daaraan ontbreekt het nog.

Mevrouw Bouwmeester zegt graag zicht te willen houden op de ontwikkelingen. Zij vraagt daarom de minister om de volgende onderwerpen te betrekken bij de monitor: de mogelijke verschuiving van hulpvragen, de ontwikkeling van de wachtlijsten, de afstemming van zorginhoudelijke aspecten, de ontwikkeling van de kwaliteit van de zorg en het inzetten van pgb's?

De heer **Omtzigt** (CDA) zegt buitengewoon tevreden te zijn met de toezegging van de minister dat hij de systematiek van het eigen risico zodanig wil aanpassen dat die past bij de bedoeling van het amendement-Van der Vlies. Wel zal de minister zijn voorstel ruim voor het zomerreces met een voorhangprocedure moeten doen, zodat de Kamer voldoende de gelegenheid heeft om te reageren.

Bij het monitoren van de ontwikkelingen tijdens het overgangsjaar dient verder aandacht te worden besteed aan de keuzevrijheid van de patiënten. Mensen die het risico lopen dat zij in 2008 opnieuw een psychiater moeten raadplegen, moeten daarvoor nu een geschikte polis afsluiten, maar de contractonderhandelingen van de verzekeraars met zorgaanbieders worden nog gevoerd. In aanmerking moet worden genomen dat juist het oogmerk van de stelselherziening was mensen meer keuzevrijheid en kwaliteit te bieden. Daarom dient tijdens het overgangsjaar gecontroleerd te worden of dit element na de overheveling tot zijn recht komt.

De heer Omtzigt maakt zich eveneens zorgen over de financiering van de activerende begeleiding bij de maatschappelijke opvang. Het is zeer de vraag of voor deze vorm van zorg een geschikte dbc te vinden is, omdat die daarvoor altijd gepaard moet gaan met een behandeling. Wil de minister daarom de Kamer desnoods schriftelijk laten weten hoe de bekostiging van deze vorm van zorg zal worden geregeld?

Verder is er nog onduidelijkheid over de bewaking van gegevens van vrouwen en meisjes in de beschermde opvang. Het moet op grond van een wettelijke regeling onmogelijk zijn dat de polishouder de verblijfplaats van bijvoorbeeld een meisje in de vrouwenopvang kan achterhalen. Wil de minister de Kamer ook hierover nader informeren?

De heer Omtzigt wijst tot slot op het belang van een goede risicoverevening voor de verzekeraars. Hierop zal hij bij het schriftelijke overleg over de verevening terugkomen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD) vindt het teleurstellend dat de minister de vrijgevestigden niet op de een of andere manier tegemoet wil komen, terwijl hij wel constateert dat zij door de overheveling met extra lasten te maken krijgen.

Ook op het punt van de activerende begeleiding stelt naar haar mening de minister zich te terughoudend op. Mensen met AWBZ-zorg moeten na een jaar hun declaraties niet meer bij de zorgverzekeraar, maar bij het zorgkantoor indienen, ook als de behandeling bijna is afgerond. Dit zorgt voor extra bureaucratie die de minister zou moeten voorkomen.

Mevrouw Van Miltenburg wijst er voorts op dat de verzekeraars niet van plan zijn met bevoorschotting te werken. Bevoorschotting past ook niet bij de systematiek van de Zorgverzekeringswet. Wat wil de minister daaraan doen? Op welke manier zal hij verder bewerkstelligen dat verzekeraars die patiënten absoluut geen pgb willen toekennen, dat wel als experiment zullen doen?

De **minister** erkent dat de vrijgevestigden met extra investeringen te maken krijgen om de omslag van AWBZ naar Zvw te kunnen maken. Voor

zover die kosten eenmalig zijn, zijn zij fiscaal aftrekbaar. Voor zover de extra lasten reguliere lasten zijn, kunnen zij verwerkt worden in de dbc-tarieven. Daarnaast zullen kosten gemaakt moeten worden voor het omgaan met de nieuwe software, maar die hoeven niet onoverkomelijk te zijn.

De minister merkt voorts op dat de verkaveling van de financiering van ggz pakketneutraal dient te verlopen. Aan de hand van de bevindingen in 2008 zal die verkaveling beoordeeld worden. Voor geestelijke gezondheidszorg geldt voortaan de Zvw, de AWBZ en de WMO, maar de Zvw is voortaan de eerst aangewezen wettelijke basis. Voor zover preventie bijvoorbeeld gericht is op de behandeling van een persoon, worden de kosten daarvoor verwerkt in de dbc. Collectieve preventie valt onder de WMO. De Kamer zal nog schriftelijk geïnformeerd worden over een mogelijke oplossing voor activerende zorg die niet vergoed wordt op basis van de Zvw. Activerende begeleiding zal namelijk niet altijd inpasbaar zijn in een dbc. De Kamer zal ook schriftelijk geïnformeerd worden over de financiering van de steunpunten ggz.

De minister zegt verder dat in het overgangsjaar naar een oplossing wordt gezocht voor de eigen bijdrage. Hij tekent daarbij aan dat uit onderzoek niet is gebleken dat de systematiek van de eigen bijdrage mensen belemmert om de nodige zorg te vragen, maar met een onderzoek in het voorjaar van 2008 zullen de verschillende vormen van eigen bijdragen worden onderzocht op hun effecten. Daarbij zal specifiek het effect van de eigen bijdrage voor ggz-patiënten in aanmerking worden genomen.

In het algemeen zal ook voor de ggz de kwaliteit van de zorg meer inzichtelijk moeten worden, zodat mensen in staat zijn de polis af te sluiten die bij hen past. Mensen die vanwege een bijzondere moeilijke omstandigheid niet zelf een polis kunnen afsluiten, kunnen meestal terugvallen op de hulp van mantelzorgers. Mocht men echter bij het afsluiten van een naturapolis niet de gewenste behandelaar hebben, dan kan men altijd gebruik maken van de restitutie bepaling. Als dus een ggz-patiënt te maken krijgt met een psychische terugval en zijn verzekeraar de nodige zorg voor hem niet heeft gecontracteerd, kan hij kiezen voor de behandelaar waarmee hij een band had. Weliswaar krijgt de patiënt dan niet alles vergoed. Met de monitor zal echter gecontroleerd worden of dusdanig breed wordt gecontracteerd dat de patiënt voldoende keuzevrijheid heeft en dat de polissen voldoende duidelijk maken bij wie men eventueel terecht kan voor behandeling. De Kamer zal schriftelijk geïnformeerd worden over de mogelijkheid om de inzichtelijkheid van de polissen zo nodig structureel te verbeteren. Verder zullen met de monitor de ontwikkelingen worden geregistreerd op het gebied van: bureaucratie, de wachtlijsten, de keuzevrijheid, het voldoen van het groeipercentage, de zorginhoudelijke afstemming, de kwaliteit van de zorg en de ruimte voor het pgb.

De minister merkt tot slot op te zullen onderzoeken in hoeverre de code voor privacybescherming toereikend is om te waarborgen dat in specifieke situaties de bescherming van personen verzekerd is. Hij zal nagaan of een wettelijke regeling voor bescherming van privacygegevens gewenst is en wie aansprakelijk is bij het lekken van gegevens. De Kamer wordt hierover bij brief nader geïnformeerd.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen