

Vergaderjaar 2010–2011

**25 424**

## **Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 118**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 juni 2011

Met deze brief stuur ik u mijn voornemens voor komend jaar voor de curatieve GGZ die voortvloeien uit de bij Voorjaarsnota geconstateerde overschrijding van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en maatregelen die eerder aangekondigd zijn (o.a. opgenomen in de VWS-begroting 2011 en in het Regeer- en Gedoogakkoord. Voor 2012 betreft het de volgende maatregelen:

1. Invoering eigen bijdrage in de tweedelijns-GGZ en verhoging eigen bijdrage eerstelijns-psychologische zorg
2. Invoering eigen bijdrage verblijf
3. Zelf betalen no-show GGZ
4. Verlagen aantal zittingen eerstelijnspsycholoog
5. Aanpassingsstoornis uit het pakket
6. Korting budget en tarief
7. Scherpere inkoop verzekeraars door budgettering alle GGZ-aanbieders
8. Subsidie anonieme e-mental health

Daarnaast informeer ik u over de stand van zaken omtrent invoering prestatiebekostiging en de beleidsagenda curatieve GGZ.

#### **Financiële problematiek**

Op basis van voorlopige realisatiecijfers over 2009 is bij de curatieve GGZ een structurele overschrijding geconstateerd van € 255 miljoen. Het is mogelijk dat de hoogte van de overschrijding als gevolg van actualisatie van gegevens nog wijziging ondergaat. Deze overschrijding moet worden geredresseerd, omdat de algemene financieel-economische situatie en de hoogte van de collectieve uitgaven nopen tot een beheerste kostenontwikkeling in de gezondheidszorg en een meer doelmatig gebruik van de beschikbare middelen. Daarnaast heeft het kabinet besloten dat de curatieve GGZ ook een bijdrage van € 158 miljoen moet leveren aan de oplossing van de totale BKZ-problematiek. Tot slot is in de VWS-begroting 2011 en in het Regeer- en Gedoogakkoord voor het jaar 2012 besloten tot

het nemen van maatregelen met een opbrengst van € 180 miljoen. Het totaal aan maatregelen voor 2012 in de curatieve GGZ komt daarmee uit op € 593 miljoen.

## **Perspectief**

Voor 2012 is daarbij gekeken op welke wijze dit haalbaar is. Hiermee resteert echter de noodzaak om meer structureel naar de sector te kijken. Het is mijn bedoeling om samen met de sector een brede beleidsagenda op te stellen, zoals ik die ook met de ziekenhuizen heb opgesteld. Daarin wil ik naast kostenbeheersing ook thema's als prestatiebekostiging, sturing verzekeraars, preventie, zelfmanagement en e-health, patiënt-nabije zorg in de eerste lijn (om substitutie met de tweede lijn te bewerkstelligen), ambulantisering, risicodragendheid verzekeraars en (transparantie van) kwaliteit van zorg adresseren. Ik streef ernaar een bestuurlijk akkoord te sluiten met de sector in het najaar van 2011.

## **Houdbaarheid curatieve GGZ**

Ik ben van mening dat de sector zelf kan werken aan een betaalbare curatieve GGZ. Zo kan in de curatieve GGZ in de toekomst een efficiëncyslag gemaakt worden, de eerstelijnszorg kan meer vraag opvangen vanuit de tweedelijns-GGZ en intramurale zorgverlening kan meer worden geambulantiséerd. Behandelingen voor de patiënt zullen zo effectief mogelijk moeten worden ingericht: snelle diagnostiek en niet onnodig lang behandelen. Waar nodig zal moeten worden ingezet op het geven van groepsbehandelingen. Ook e-health zal een veel groter onderdeel moeten gaan uitmaken van het behandelplan van een patiënt. Door een gecombineerd (preventief) hulpaanbod van e-health en face-to-face behandelingen kan de behandelduur ingekort worden. Op dit moment is het gebruik van internethulpverlening nog relatief beperkt: slechts 4,7% van de mensen met psychische problemen gebruikt dit medium<sup>1</sup>. Verschillende goede voorbeelden in Nederland geven aan dat deze manier van werken de behandeltermijn doet verkorten met goede resultaten. Zodoende wordt de zorg goedkoper en de behandeling efficiënter.

Daarnaast ben ik van mening dat momenteel bij de patiënten een financiële prikkel aanwezig is om te kiezen voor (duurdere) tweedelijnszorg, gezien het feit dat er in de tweede lijn geen eigen bijdrage is maar wel in de eerste lijn. Die ongewenste prikkel wil ik wegnemen.

Zorgverzekeraars hebben in het stelsel een belangrijke rol toebedeeld gekregen; zij zijn verantwoordelijk om voor hun verzekerden kwalitatief goede en betaalbare zorg in te kopen. In de huidige situatie maken zorgverzekeraars nog onvoldoende gebruik van de ruimte en instrumenten die het stelsel hun biedt. De prikkels voor verzekeraars om dit te doen zijn echter nog beperkt, onder andere omdat verzekeraars beperkt risico lopen voor de GGZ (voor 2010 in zijn geheel niet). Overigens wordt de risicodragendheid per 2012 verhoogd door het afschaffen van de ex post macrona calculatie voor de GGZ. Daarnaast geldt dat verzekeraars vinden onvoldoende inzicht te hebben in zorgzwaarte en beperkte kwaliteitsinformatie over de geleverde zorg. Daardoor is het lastig voor zorgverzekeraars om aanbieders met elkaar te vergelijken en daarop te sturen.

Qua bekostiging speelt het ongelijke speelveld tussen gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde aanbieders een rol. Gebudgetteerde aanbieders moeten ter vaststelling van hun budget met verzekeraars afspraken maken over onder andere de te leveren zorg. Niet-gebudgetteerde aanbieders worden bekostigd op basis van dbc's. Zij hoeven daartoe geen

<sup>1</sup> De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten/R. de Graaf, M. ten Have & S. van Dorsselaer. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010. Zie: <http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/feiten---cijfers---beleid/af/~media/files/inkijkexemplaren/af0898%20nemesis%20ii.ashx>

afspraken te maken met verzekeraars. Zij zijn hierdoor vrij in de hoeveelheid te leveren zorg en de prijs voor zover deze beneden het maximumtarief ligt. Deze zorgaanbieders bieden hun zorg aan tegen prijzen die liggen onder het maximumtarief.

In het geval een verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat, krijgt hij in het geval hij een naturapolis heeft de in de polis opgenomen restitutievergoeding (veelal circa 75–80% van het wettelijke tarief) vergoed. Zorgverzekeraars zijn vrij om in de naturapolis de hoogte van de restitutievergoeding voor niet-gecontracteerde zorg zelf vast te stellen, mits dit voor iedere verzekerde in dezelfde situatie gelijk is en geen belemmering vormt voor het invoeren van niet-gecontracteerde zorg. Zorgverzekeraars zouden door een lagere restitutievergoeding op te nemen in hun naturapolis verzekerden kunnen stimuleren om naar gecontracteerde zorg te gaan.

## Maatregelen

Ik stel een pakket aan maatregelen voor die bij elkaar oplossingen bieden ter dekking van de hiervoor geschetste financiële problematiek. Dit betreft eigen bijdrage-, pakket-, tarief- en budgetteringsmaatregelen, die opgenomen zijn in onderstaande tabel. Bij de maatregelen is zoveel als mogelijk de voorkeur gegeven aan maatregelen die aangrijpen op bovengenoemde knelpunten en die aansluiten bij de afspraken in het Regeerakkoord en bij de VWS-begroting 2011. Ik ben mij ervan bewust dat het pakket aan voorgestelde maatregelen zeer ingrijpend is. Dit is echter gezien de budgettaire omvang van de geconstateerde financiële problematiek onvermijdelijk.

### Geraamde opbrengst maatregelen curatieve GGZ (in miljoenen euro's) in 2012 en volgende jaren

	Reeds besloten in RA en VWS-begroting 2011 <sup>1</sup>	Additionele Maatregelen	Totaal
1. Invoering eigen bijdrage in de tweedelijns-GGZ en verhoging eigen bijdrage eerstelijns-psychologische zorg	150	76	226
2. Invoering eigen bijdrage verblijf (circa 145 euro per maand)		11	11
3. Zelf betalen no-show GGZ	20		20
4. Verlagen aantal zittingen eerstelijnspsycholoog (van 8 naar 5)	10		10
5. Aanpassingsstoornis uit het pakket		53	53
6. Korting budget en tarief		222	222
7. Scherpere inkoop verzekeraars door budgettering alle GGZ-aanbieders		53	53
8. Subsidie anonieme e-mental health		- 2	- 2
<b>Totaal</b>	<b>180</b>	<b>413</b>	<b>593</b>

<sup>1</sup> Voor nadere toelichting op deze afspraken verwijs ik u naar de financiële bijlage bij het RA.

Met betrekking tot de eigen bijdragen tref ik twee maatregelen.

- 1) De vormgeving van de eigen bijdragen wordt zodanig aangepast dat patiënten met lichte problematiek gestimuleerd worden zorg te zoeken in de eerste lijn. De eerstelijns-eigen bijdrage wordt bijgesteld tot € 20 per zitting (d.w.z. € 100<sup>1</sup> voor 5 zittingen). Ook wordt voor verzekerden van 18 jaar en ouder in de tweedelijnszorg een eigen bijdrage ingevoerd van € 295 per DBC. Daarop zijn twee uitzonderingen. Ten eerste de dbc's «diagnostiek» en «behandeling kort» met een behandelingsduur tot 200 minuten. Voor die dbc's wordt een eigen

<sup>1</sup> Dit is een verlaging ten opzichte van het Regeerakkoord waar uitgegaan wordt van € 155.

bijdrage ingevoerd van € 100. Ten tweede de dbc's «indirecte tijd» en «crisis». Daarvoor wordt geen eigen bijdrage ingevoerd. Ook wordt een maximum aan de eigen bijdragen per jaar gesteld: cliënten betalen per jaar voor maximaal twee dbc's tweedelijnszorg een eigen bijdrage.

- 2) Daarnaast wil ik een nominale eigen bijdrage voor verblijf onder de Zvw invoeren van circa € 145 per maand voor verzekerden van achttien jaar en ouder. Dit bedrag komt overeen met de eigen bijdrage die geldt voor de laagste inkomensgroep voor verblijf in een AWBZ-instelling.

Op het terrein van pakketmaatregelen is het van belang dat de Zvw-aanspraken scherper worden geformuleerd. Dit kan bijvoorbeeld door daar waar dit wenselijk is behandelingen voor bepaalde eenduidig omschreven indicaties van het pakket uit te sluiten (zoals bijvoorbeeld bij plastische chirurgie ook is geregeld). Daartoe is uiterlijk eind 2012 advies van het CVZ voor een scherpere pakketafbakening in de GGZ noodzakelijk. Voor de korte termijn biedt dit geen oplossing voor de budgettaire problematiek. Op korte termijn is het wél haalbaar om de behandeling van complete stoornissen uit het pakket te verwijderen. Vandaar dat ik – vooruitlopend op het CVZ-advies – ervoor kies om per 2012 de behandeling van aanpassingsstoornissen uit het pakket te verwijderen. Deze aandoening (die verwant is aan depressieve of angstsymptomen) is niet van dien aard dat ze een specifieke diagnose «angststoornis» of «depressie» rechtvaardigt. Gezien de aard van de klachten is de aandoening aanpassingsstoornis daarom een relatief lichte DSM-IV diagnose.

Daarnaast heb ik besloten tot een tweetal tarief- en budgetteringsmaatregelen. Om de structurele overschrijdingen in de curatieve GGZ te redresseren, ben ik voornemens om per 2012 voor de curatieve GGZ een tariefkorting door te voeren van € 222 miljoen. Ik zal de NZa vragen zowel de dbc-tarieven als de budgetten te korten.

Verder ben ik voornemens om een meer gelijk speelveld voor alle GGZ-aanbieders te creëren. Ik wil daartoe in de overgangsfase naar prestatiebekostiging ook de niet-gebudgetteerde instellingen en vrije beroepsbeoefenaren onder een vorm van budgettering brengen. Hierbij wil ik de verzekeraars, al dan niet via het representatiemodel, een duidelijke rol geven ten aanzien van de inkoop van doelmatige zorg. Ik constateer dat verzekeraars die rol bij de gebudgetteerde instellingen beter invullen dan bij de overige GGZ-aanbieders. Bij de overige GGZ-aanbieders zijn verzekeraars nu onvoldoende in staat om goede contracten te sluiten. Door verzekeraars via budgettering van de overige GGZ-aanbieders een vergelijkbare rol te geven, verwacht ik dat de zorgverzekeraars door een scherpere inkoop kosten kunnen besparen. Over de verdere technische uitwerking van dit model ben ik momenteel in overleg met de betrokken partijen.

### **Stand van zaken invoering prestatiebekostiging**

Door aan te sturen op meer comfort ten aanzien van kostenbeheersing verwacht ik tegelijkertijd ruimte te maken voor het in het Regeerakkoord geschetste perspectief van prestatiebekostiging in combinatie met volledige risicodragendheid en afschaffing macronacalculatie voor verzekeraars voor de curatieve GGZ uiterlijk in 2015.

Voor 2012 houd ik vast aan de budgettering van de voor 2008 toegetreden GGZ-instellingen. Hoewel er al veel werk is verricht, ben ik er namelijk nog niet van overtuigd dat de huidige dbc's voldoende stabiel zijn. Dit komt

onder andere doordat de huidige productstructuur vrij grofmazig is. Daarnaast geven zorgverzekeraars aan op dit moment onvoldoende inzicht te hebben in de zorgzwaarte bij inkoop van curatieve GGZ. Met betrokken partijen wil ik daarom op zoek naar een passende oplossing voor deze knelpunten. Ik wil onderzoek naar een objectieve maat voor zorgzwaarte. Ik zal de NZa vragen om een plan van aanpak voor vervolgstappen richting prestatiebekostiging, inclusief verfijning van de productstructuur. Bij invoering prestatiebekostiging dient in voldoende mate aan een aantal randvoorwaarden voldaan te zijn, te weten een budgettair beheersbaar systeem dat past binnen het beschikbare financiële kader, voldoende risicodragendheid van zorgverzekeraars, inzicht in kwaliteit en zorgzwaarte, voldoende sturingsmogelijkheden voor verzekeraars, een goede en stabiele productstructuur, juiste dbc-tarieven en eenduidige diagnosestelling. Hier gaan de komende tijd verdere stappen in gezet worden. De inzet is om per 2013 over te gaan op prestatiebekostiging.

### **Voorhang voorgenomen aanwijzing Wet marktordening gezondheidszorg**

Met het voorgaande heb ik u, conform artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG), geïnformeerd over de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik van plan ben op grond van artikel 7 van die wet aan de NZa te geven. Overeenkomstig artikel 8 van de WMG zal tot het geven van deze aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat dertig dagen, met in achtneming van het reces, zijn verstreken na verzending van deze brief. Gelet op het belang van tijdige duidelijkheid voor veldpartijen en de zorgautoriteit hecht ik er echter aan reeds op 1 juli 2011 bedoelde aanwijzing aan de NZa te geven. In de Ministerraad van 10 juni heeft besluitvorming over het samenstel aan maatregelen in de GGZ plaatsgevonden. Het was niet mogelijk om eerder te besluiten, omdat de maatregelen GGZ per 2012 en de maatregelen uit stringent pakketadvies CVZ van juni 2011 zijn meegenomen in de reeds in voorbereiding zijnde wijziging van het Besluit zorgverzekering, die reeds gepland stond voor de Ministerraad van 10 juni. Het was daarom niet mogelijk deze brief eerder toe te zenden. Dit betekent dat de zakelijke inhoud in plaats van de gebruikelijke 23 dagen buiten reces slechts 21 dagen buiten reces voorhangt.

### **Voorhang ontwerpbesluit tot wijziging van het Besluit zorgverzekering**

Om de behandeling van aanpassingsstoornissen uit het Zvw-pakket te verwijderen, dient de bevoegdheid om bij ministeriële regeling delen van geneeskundige zorg van het pakket te verzekeren prestaties uit te sluiten te worden verruimd. Deze ruimere bevoegdheid wordt met ingang van 1 januari 2012 in het Besluit zorgverzekering opgenomen.

Ook wordt met ingang van 1 januari 2012 in het Besluit zorgverzekering de bevoegdheid ingevoerd om bij ministeriële regeling een eigen bijdrage voor de tweedelijns-GGZ en voor GGZ-verblijf in te voeren. Deze voorgenomen wijzigingen worden opgenomen in het ontwerpbesluit tot wijziging van het Besluit zorgverzekering dat ik op grond van artikel 124 van de Zorgverzekeringswet bij de Eerste en de Tweede Kamer zal voorhangen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers