

Vergaderjaar 2012–2013

32 398

Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg)

Nr. 17

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 24 september 2012

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 Veiligheid en Justitie over de voorhangbrief van 14 juni 2012 inzake invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg (Kamerstuk 32 398, nr. 16).

De op 20 juli 2012 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 21 september 2012 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Elias

De adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de minister	4

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorhangbrief inzake de invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg. Deze leden zijn er een voorstander van om administratieve lasten in de zorgsector sterk te verminderen en de financiering zoveel mogelijk gelijk te trekken. Wel hebben zij nog enkele vragen bij de brief van de staatssecretaris.

In de brief worden de uitgangspunten voor de prestatiebekostiging geformuleerd. De leden van de CDA-fractie vragen of bij de invoering van Diagnose Behandel en Beveiliging Combinaties (DBBC's) als bekostigingsinstrument ook delen van de zorg via een beschikbaarheidsbijdrage gefinancierd zullen worden. Daarnaast vragen deze leden waarom niet gekozen is voor bandbreedtes in de DBBC's, als het uitgangspunt is om zoveel mogelijk de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) te volgen. Deze keus is immers wel voor de curatieve GGZ gemaakt. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft geadviseerd om ten aanzien van de tariefstructuur op de korte termijn maximumtarieven te introduceren, in ieder geval gedurende de transitieperiode. Ziet de staatssecretaris het bestaan van de maximumtarieven ook als een tijdelijkheid?

De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat er de komende twee jaar nog wel sprake is van een dubbele administratie. Verder willen deze leden graag nadere uitleg over wat de staatssecretaris bedoelt met de opmerkingen dat de zorginkoper op een zorgvuldige wijze zal omgaan met de bevoorschotting en daarin geen onverantwoorde stappen gaat nemen.

De veldpartijen geven aan dat zij op punten wel graag willen zien dat er wijzigingen in de productstructuur zullen gaan plaatsvinden. Tevens formuleert de NZa in haar advies ook enkele ontwikkelpunten voor de productstructuur. Waarom kiest de staatssecretaris er dan toch voor om met de ontwikkelpunten in de productstructuur niet verder aan de slag te gaan?

De staatssecretaris schrijft in de brief dat zodra een besluit over de overgang naar de Normatieve Huisvestingscomponent (NHC) kan worden genomen, hij de Kamer informeert. De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de staatssecretaris een dergelijk besluit verwacht. Daarnaast kunnen deze leden zich indenken dat de bouwvereisten voor instellingen die forensische zorg verlenen meestal zwaarder (verzwaarde uitvoering van de behandelruimten) zullen zijn dan bij een normale zorginstelling. Worden deze verschillen ook verdisconteerd in de NHC voor de forensische zorg?

De leden van de CDA-fractie vinden het verstandig dat het mogelijk is om het vangnet eventueel te verlengen. Overigens viel in de bijdrage van de veldpartijen op dat zij de invoering van de prestatiebekostiging per 1 januari 2014 wensen. Hoe kijkt de staatssecretaris hier tegen aan? De NZa schrijft namelijk ook in haar advies dat als zich onverhoopt de situatie voordoet dat er geen productstructuur met een voldoende kwaliteit tarieven vastgesteld kan worden, zij adviseert de overstap naar

DBBC-bekostiging pas per 2014 te maken. Wat is de stand van zaken van het vaststellen van de productstructuur met een voldoende kwaliteit tarieven?

In de inleidende brief gaat de NZa in op de verhouding tussen de NZa en het ministerie van Veiligheid en Justitie en ook DBC-Onderhoud. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de staatssecretaris de onderlinge relatie ziet, gezien de uitvoering van de wettelijke verantwoordelijkheden en taken.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met zorg kennisgenomen van de voorhangbrief inzake invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg. Deze leden vinden het verbijsterend en wereldvreemd dat de staatssecretaris de forensische zorg als een markt betitelt. Genoemde leden vragen de staatssecretaris om uitgebreid toe te lichten op grond waarvan deze «markt» zou kunnen functioneren. Zij vragen de staatssecretaris om de verschillende partijen te noemen en te beargumenteren hoe de rolverdeling tussen deze partijen zou moeten leiden tot marktwerking. De leden van de SP-fractie wijzen erop dat de doelgroep van forensische zorg nooit kan functioneren als consument. Ten eerste, omdat deze doelgroep onvrijwillig tot de «markt» toetreedt, maar is veroordeeld tot de rechter. Deze leden vragen de staatssecretaris of hij het ermee eens is dat een markt alleen kan functioneren als er sprake is van vrijwillige toetreding van consumenten. Ten tweede betreft het doelgroepen die door een ernstige psychiatrische of verstandelijke handicap niet of verminderd toerekeningsvatbaar zijn. De leden van de SP-fractie concluderen dat in een forensisch stelsel op basis van marktwerking deze mensen nooit als consument kunnen functioneren, maar feitelijk tot handelswaar worden gedegradeerd. Zij vragen de staatssecretaris hierop te reageren.

De leden van de SP-fractie vragen de staatssecretaris toe te lichten wat precies de onoverkomelijke problemen met de huidige bekostiging zijn die invoering van prestatiebekostiging noodzakelijk maken. Deze leden vragen de staatssecretaris ook welke alternatieven voor prestatiebekostiging zijn overwogen en op grond waarvan elk van deze alternatieven zijn afgewezen.

De invoering van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in de curatieve zorg ging, evenals het huidige voornemen met betrekking tot de forensische zorg, uit van hoge verwachtingen. De leden van de SP-fractie zijn van mening dat de invoering van DBC's totaal is mislukt. Zij vragen het kabinet nauwkeurig en cijfermatig te onderbouwen wat er in de ziekenhuiszorg en de GGZ terecht is gekomen van transparantie, kwaliteit en toegankelijkheid. Is het niet zo dat de DBC's de zorg juist hebben vertroebeld, tot aan creatief declareren toe? Welke lessen heeft het kabinet uit het DBC-fiasco geleerd en op grond waarvan verwacht de staatssecretaris dat het met de invoering van de DBBC's in de forensische zorg beter zal aflopen? De leden van de SP-fractie vrezen dat over enige tijd sprake zal zijn van «DBBC's op weg naar transparantie».

De leden van de SP-fractie herinneren de staatssecretaris aan de specifieke rol van DBC's en zorgzwaartepakketten (ZZP's) in de beoogde marktwerking binnen de curatieve respectievelijk de langdurige zorg. Deze bekostigingssystemen zouden de zorg opknippen in tussen zorgaanbieders vergelijkbare pakketten waarop kon worden geconcurrereerd en waarop de vermeende zorgconsument zijn keuzes kon maken. Deze leden constateren dat hiervan, zoals verwacht, niets terecht is gekomen of nog

kan komen. Dat een vergelijkbaar systeem ook in de forensische zorg dreigt te worden ingevoerd vinden de leden van de SP-fractie onbegrijpelijk. Zorgconsumenten bestaan niet en al helemaal niet in de forensische zorg. Wat is in de ogen van de staatssecretaris het nut van het opknippen van deze zorg in pakketten?

De staatssecretaris wil voor wat betreft de Normatieve Huisvestingscomponent zoveel mogelijk aansluiten bij de NHC's voor de GGZ- en AWBZ-zorg. Deze leden vragen de staatssecretaris om toe te lichten wat hiervan het beoogde doel is. In de langdurige zorg is de NHC ingevoerd met het oog op het scheiden van wonen en zorg. De leden van de SP-fractie kunnen zich dit nauwelijks voorstellen in de context van forensische zorg.

De leden van de SP-fractie vragen de staatssecretaris om de ontwikkeling in risicodragendheid van instellingen voor forensische zorg uiteen te zetten. Indien de risicodragendheid toeneemt, nemen ook de opgepotte reserves toe en het risico op financiële problematiek. Deze leden vragen de staatssecretaris hierop in te gaan.

Tot slot verzoeken de leden van de SP-fractie de staatssecretaris om vanwege de bijzondere doelgroep, het belang voor de maatschappij van zowel goede forensische zorg als beheersing van de zorgkosten, alsmede de negatieve ervaringen met prestatiebekostiging in de zorg, af te zien van invoering van deze vorm van financiering in de forensische zorg.

II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS

Met veel belangstelling heb ik kennis genomen van de vragen en opmerkingen van de fracties van het CDA en de SP in reactie op mijn voorhangbrief van 14 juni 2012 inzake invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg. Zij geven mij de gelegenheid om het doel en de achtergronden van invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg nader toe te lichten.

Achtergrond invoering prestatiebekostiging in de forensische zorg

Invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg komt voort uit het streven om de transparantie, onderlinge vergelijkbaarheid, betaalbaarheid en doelmatigheid van zorg te doen toenemen. Voorts verbetert hierdoor de aansluiting tussen de forensische en de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Wat betreft de bekostigingssystematiek wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en de AWBZ. Hierdoor worden de administratieve lasten voor zorgaanbieders beperkt. Op grond van de motie Van de Beeten (Kamerstukken I 2003/04, 28 979, E) betreft dit een belangrijke en door het parlement breed gesteunde doelstelling van de verbetering van het stelsel van forensische zorg.

De leden van de SP-fractie vragen mij om toe te lichten wat precies de onoverkomelijke problemen met de huidige bekostiging zijn die invoering van prestatiebekostiging noodzakelijk maken. Deze leden vragen mij welke alternatieven voor prestatiebekostiging zijn overwogen en op grond waarvan deze alternatieven zijn afgewezen.

Zoals ik hierboven heb aangegeven, is de keuze voor de invoering van prestatiebekostiging positief gemotiveerd. Ik ga over tot invoering van prestatiebekostiging omdat ik verwacht dat daarmee bovengenoemde doelen kunnen worden bereikt ten aanzien van de forensische zorg. Naast deze voordelen, is de invoering van prestatiebekostiging ook ingegeven

door de wens van het parlement en het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Ik wijs erop dat reeds in 2005 de interdepartementale werkgroep besturing en financiering van zorg in strafrechtelijk kader (commissie Houtman) heeft geadviseerd tot de ontwikkeling en implementatie van gereguleerde marktwerking in de forensische zorg. De parlementaire enquêtecommissie TBS (commissie Visser) heeft de invoering van gereguleerde marktwerking in haar eindrapport overgenomen. De NZa heeft in april dit jaar mij en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geadviseerd prestatiebekostiging per 1 januari 2013 in te voeren.

DBBC-systematiek in de forensische zorg

Door middel van Diagnose Behandelen en Beveiliging Combinaties (DBBC's) wordt de invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg gerealiseerd. De DBBC-systematiek is een bekostigingssysteem dat is gebaseerd op de geleverde prestaties en hiermee samenhangende kosten. Deze prestaties worden vastgelegd in eenduidig gedefinieerde zorgproducten. DBBC's zijn prestatiebeschrijvingen van zorg, waarin de beveiligingscomponenten zijn meegenomen.

De leden van de CDA-fractie vragen of bij de invoering van DBBC's als bekostigingsinstrument ook delen van de zorg via een beschikbaarheidsbijdrage gefinancierd zullen worden.

De zorgautoriteit kan een beschikbaarheidsbijdrage toekennen ten behoeve van de beschikbaarheid van bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van zorg als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, sub 1°, van de Wet marktordening gezondheidszorg. Het gaat daarbij om zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De beschikbaarheidsbijdrage kan een zorgaanbieder bij het College zorgverzekeringen in rekening brengen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds dan wel het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Aangezien de minister van Veiligheid en Justitie forensische zorg bekostigt, staat de weg van een beschikbaarheidsbijdrage niet open.

De SP-fractie vraagt mij wat het nut is van het opknippen van forensische zorg in pakketten.

Het werken met zorgpakketten ofwel DBBC's vergroot de transparantie en onderlinge vergelijkbaarheid van zowel behandelingen als instellingen. Hierdoor kunnen ook de prijs en kwaliteit van zorg beter worden vergeleken, wat de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg bevordert. Daarnaast levert de inkoop van zorg in DBBC's een bijdrage aan de transparantie en de doelmatigheid van het gehele stelsel omdat de DBBC's op geaggregeerd niveau inzicht geven in de problematiek van justitiabelen, zoals hierboven beschreven. De zorginkoop kan op basis hiervan worden aangepast, wat de werking van het stelsel bevordert.

De leden van de CDA-fractie vragen of het wel klopt dat er de komende twee jaar nog sprake is van een dubbele administratie.

Totdat de DBBC's volledig zijn ingevoerd is er sprake van een dubbele administratie voor de zorginstellingen. Een deel van de bekostiging geschiedt tot die tijd noodzakelijkerwijs op basis van de oude (NZa) budgetparameters.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat de invoering van DBC's totaal is mislukt. Zij vragen het kabinet nauwkeurig en cijfermatig te onderbouwen wat er in de ziekenhuiszorg en de GGZ terecht is gekomen van transparantie, kwaliteit en toegankelijkheid.

Om deze vraag te beantwoorden maak ik graag gebruik van monitorrapportages («Marktscans») van de NZa en voortgangsrapportages die de minister van VWS hierover eerder naar uw Kamer heeft gestuurd. De ontwikkelingen die zich in de ziekenhuiszorg en de GGZ voordoen op het vlak van onder andere de kwaliteit, transparantie en toegankelijkheid van zorg worden elk jaar nauwkeurig door de NZa gemonitord (zie bijvoorbeeld TK 2011–2012, 29 248, nr. 223 en nr. 230). De rapportages die de NZa hierover uitbrengt zijn in het verleden steeds betrokken bij besluiten om de DBC-bekostiging in de zorg uit te breiden. Ook wordt uw Kamer regelmatig geïnformeerd over de voortgang van de invoering van de DBC-bekostiging op basis van specifieke, meetbare, realistische en tijdgebonden doelstellingen (naar aanleiding van de motie Dijkstra, TK 2010–2011, 29 248, nr. 194). De laatste voortgangsrapportage is op 6 juli 2012 naar uw Kamer gestuurd (TK 2011–2012, 29 248, nr. 236).

De conclusies die het kabinet uit het geheel aan voortgangsinformatie trekt is dat zowel op het vlak van toegankelijkheid als de kwaliteitstransparantie de ontwikkelingen over het algemeen gunstig zijn. De invoering van de vernieuwde DBC-systematiek (DOT) per 2012, is volgens planning verlopen.

De feiten en cijfers uit deze rapportages geven geen grond voor de conclusie van de SP-fractie dat de invoering van de DBC's is mislukt.

Uit gegevens van de NZa blijkt verder dat in de ziekenhuiszorg de wachttijden in de periode 2006–2011 over het algemeen een dalende trend laten zien. De NZa schrijft in haar «Marktscan Medisch-specialistische zorg» van maart 2012 dat «in 2011 meer specialismen een afname van de wachttijd laten zien in vergelijking met voorgaande jaren. Voor een achttal specialismen komen de wachttijden nog boven de Treeknorm uit. Twee van deze specialismen, oogheelkunde en neurochirurgie, zitten door de daling van de wachttijd nog net boven de Treeknorm. Er zijn in 2011 nog maar twee behandelingen waar de wachttijd boven de Treeknorm zit, te weten borstverkleining en buikwandcorrectie. In voorgaande jaren zat ongeveer een op de vijf behandelingen nog boven Treeknorm. De wachttijden voor diagnostiek bevonden zich vorig jaar al onder de Treeknorm en zijn dit jaar verder afgenomen.»

Voor de GGZ heeft de NZa in haar laatste en voorlaatste «Marktscan Geestelijke gezondheidszorg» geen meerjarencijfers gegeven omtrent de wachttijden in de tweedelijns GGZ. In 2010 waren de wachttijden voor volwassenen in de tweedelijns curatieve GGZ zowel voor de aanmelding, als voor de behandeling circa 4½ week, voor jeugd was dit respectievelijk 7 en 7½ week. In de eerstelijns psychologische zorg wachtte een cliënt in 2010 gemiddeld 20 dagen op hulp. Dit is 3 dagen korter dan in 2009.

Voor wat betreft de kwaliteitstransparantie is de stand van zaken als volgt. Indicatoren van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg worden ontwikkeld en geïmplementeerd in het kader van het programma Zichtbare Zorg (ZiZo) en voor de patiënt beschikbaar gesteld via de portal www.kiesbeter.nl. Voor het vormgeven van het programma Zichtbare Zorg is een meerjarenplan gemaakt voor de periode 2011–2014. De doelstellingen die horen bij dit plan en informatie over de voortgang zijn opgenomen in de

voortgangsrapportage invoering prestatiebekostiging medisch-specialistische zorg die de Minister van VWS op 6 juli jl. naar uw Kamer heeft gestuurd (TK 2011–2012, 29 248, nr. 236). De NZa schrijft in haar laatste «Markscan Geestelijke gezondheidszorg» dat 204 van de 248 instellingen die het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) over 2010 hebben ingevuld, een of meerdere kwaliteitscertificaten hebben.

In het «Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013–2014», waarin ook afspraken met veldpartijen zijn gemaakt over de invoering van DBC-bekostiging, benadrukken de ondertekenende partijen het belang van transparantie van prestaties. Zorgaanbieders hebben zich eraan gecommitteerd om voor alle echelons (met uitzondering van de huisartsenfunctie en ondersteuningsfunctie GGZ) zicht te geven op de doelmatigheid, effectiviteit, veiligheid en de patiëntervaring van de geleverde zorg. Bij elke patiënt waar dat zinvol is en waar instrumenten voor zijn vastgesteld, worden gedurende de behandeling ROM-vragenlijsten afgenomen (ROM = Routine Outcome Monitoring). Dit heeft primair tot doel de behandeling te ondersteunen en verbeteren en de patiënt aanknopingspunten voor zelfmanagement te bieden.

De SP-fractie vraagt of de DBC's de zorg niet juist hebben vertroebeld en welke lessen het kabinet heeft geleerd uit wat de SP noemt het «DBC-fiasco». De leden van de SP-fractie herinneren mij aan de specifieke rol van DBC's in het stelsel van geregleerde concurrentie in de curatieve zorg. Zij stellen dat de DBC's in de curatieve zorg bedoeld waren om de zorg op te knippen in tussen zorgaanbieders vergelijkbare pakketten waarop kon worden geconcurrereerd en waarop de «vermeende zorgconsument» zijn keuzes kon maken. De leden van de SP-fractie geven aan te constateren dat hiervan niets terecht is gekomen of nog kan komen.

DBC's zijn geïntroduceerd om zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar meer mogelijkheden te bieden om te sturen op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg met naar verwachting positieve gevolgen voor de patiënt. Zoals hiervoor toegelicht, ziet het kabinet geen enkele reden om te spreken over een «DBC-fiasco». DBC's vergroten de transparantie van de zorg en hebben de zorg niet – zoals de SP-fractie stelt – « vertroebeld ». De DBC-systematiek die in 2005 werd geïntroduceerd was een eerste stap om zorgprocessen beter in beeld te brengen. De lessen die hieruit zijn getrokken, hebben geleid tot een DBC-verbetertraject, genaamd «DOT». Door het zorgaanbod slimmer te formuleren is met het DOT-programma het totaal aantal DBC's per 2012 sterk teruggebracht. Daarnaast zijn de 4 400 (DOT-)zorgproducten in vergelijking met de oude DBC's medisch herkenbaarder, waardoor voor artsen, verzekeraars en patiënten veel duidelijker wordt welke zorg is gedeclareerd. Ook zijn (DOT-)zorgproducten homogener en daardoor beter vergelijkbaar op de aspecten kostprijs en werklust. Uit de informatie uit de Marktscans van de NZa blijkt dat zowel de ontwikkelingen op het vlak van kwaliteitstransparantie, als op het vlak van de prijs over het algemeen gunstig zijn. Ik deel de conclusie van de SP-fractie dan ook niet dat van de doelen van de DBC's «niets terecht» is gekomen.

De leden van de SP-fractie verzoeken mij om vanwege de bijzondere doelgroep, het belang voor de maatschappij van zowel goede forensische zorg als beheersing van de zorgkosten, alsmede de negatieve ervaringen met prestatiebekostiging in de zorg, af te zien van invoering van deze vorm van financiering in de forensische zorg.

Ik zie geen aanleiding om aan dit verzoek tegemoet te komen, en verwijs daarbij naar ik hetgeen ik hiervoor heb aangevoerd in reactie op de vragen van de SP-fractie.

Productstructuur

De CDA-fractie vraagt waarom ervoor is gekozen om niet verder aan de slag te gaan met de door de NZa geformuleerde ontwikkelpunten in de productstructuur.

Deze veronderstelling van de CDA-fractie berust op een misverstand. Een belangrijke voorwaarde voor invoering van volledige prestatiebekostiging is een stabiele productstructuur. Ik heb in de voorhangbrief in reactie op het advies van de NZa aangegeven dat ik op korte termijn geen substantiële wijzigingen in de productstructuur door zal voeren teneinde geen extra onzekerheden voor de instellingen te introduceren gedurende de transitie. Dat neemt niet weg dat ik erken dat er op de middellange en lange termijn wel ontwikkelpunten zijn in de DBBC-structuur. Een belangrijk aandachtspunt in de doorontwikkeling is de verhouding tussen de bekostiging van curatieve GGZ en forensische zorg. De ontwikkeling in de DBBC's zal door de NZa worden opgepakt via een doorontwikkelagenda.

De CDA-fractie vraagt mij wat de stand van zaken is van het vaststellen van een productstructuur met tarieven van voldoende kwaliteit.

De NZa heeft aangegeven dat de DBBC-tarieven die op basis van het kostprijsonderzoek voor 2013 zijn berekend kwalitatief beduidend beter zijn dan de «niet gereguleerde prijzen» in 2012. De NZa let bij het bepalen van de tarieven bij uitstek op kostenhomogeniteit van de aangeleverde kostprijsdata. Pas als de data voldoende homogeen zijn, kunnen gemiddelde kostprijzen worden omgezet in tarieven. De NZa heeft de voorgenomen tarieven voor 2013 medio augustus naar buiten gebracht en zal deze vaststellen zodra de aanwijzing daartoe gegeven wordt.

De CDA-fractie vraag mij hoe ik de rolverdeling tussen de NZa, het ministerie van Veiligheid en Justitie en DBC-Onderhoud zie.

De NZa is met het Interimbesluit Forensische Zorg, dat in april van dit jaar in werking is getreden, verantwoordelijk voor de vaststelling van de prestaties en tarieven in de forensische zorg. Alvorens de NZa deze prestaties en tarieven vaststelt, is een aanwijzing van de minister van VWS in overeenstemming met de minister van Veiligheid en Justitie verplicht. DBC-Onderhoud vervult op dit moment een rol in de berekening van de tarieven voor forensische zorg. Het ministerie van Veiligheid en Justitie is verantwoordelijk voor de inkoop van forensische zorg en de plaatsing van justitiabelen in zorginstellingen.

De leden van de SP-fractie hebben mij gevraagd om de ontwikkeling in risicodragendheid van instellingen voor forensische zorg uiteen te zetten en hierbij in te gaan op het risico van opgepotte reserves.

Op basis van de door de NZa vastgestelde prestaties en tarieven in de forensische zorg wordt door het ministerie van Veiligheid en Justitie forensische zorg ingekocht bij verschillende instellingen. In deze systematiek neemt de risicodragendheid van instellingen toe. Instellingen zullen bij de overweging om forensische zorg aan te bieden afwegingen moeten maken alvorens investeringen hiervoor te plegen. Met name bestaande zorgaanbieders van forensische zorg, met in het verleden gepleegde investeringen voor forensische zorg, zullen de mogelijkheid

aangrijpen reserves aan te leggen (als ze die ruimte hebben) als tegenwicht voor toegenomen risico's.

De CDA-fractie vraagt waarom er niet gekozen is voor bandbreedtes in de DBBC's, als het uitgangspunt is om zoveel mogelijk de curatieve geestelijke gezondheidszorg te volgen.

Het uitgangspunt is inderdaad om de curatieve GGZ zoveel mogelijk te volgen. In de curatieve GGZ worden met ingang van 1 januari 2013 asymmetrische bandbreedtetarieven, in de vorm van een max-max tarief van +10% ten opzichte van het zogenaamde «standaardmaximum», ingevoerd. Dit houdt in het kort in dat marktpartijen overeen kunnen komen dat zij een tarief kunnen hanteren dat maximaal 10% hoger ligt dan het maximumtarief. Er geldt geen minimumtarief/ondergrens. Binnen eerdergenoemde bandbreedte kunnen zorgaanbieders prijsafspraken maken, wat enerzijds het realiseren van meer doelmatigheid faciliteert, en anderzijds zorgaanbieders met een patiëntendoelgroep die zo zwaar is dat het standaardmaximum niet voldoet, de mogelijkheid biedt om met zorgverzekeraars in gesprek te gaan over een hogere vergoeding. Van dergelijke extremen in zorgzwaarte is in de DBBC-systematiek voor de forensische zorg geen sprake, ook al omdat bijvoorbeeld de categorie Extreem Beheers en Vluchtgevaarlijke (EBVG) TBS-patiënten apart is opgenomen in de bekostiging voor 2013. Conform hetgeen is geadviseerd door de NZa in het advies inzake DBBC bekostiging in de forensische zorg van april 2012, kies ik ervoor maximumtarieven voor de DBBC's te hanteren, in ieder geval gedurende de transitieperiode.

De leden van de CDA-fractie vragen mij of ik het bestaan van maximumtarieven als een tijdelijkheid zie.

In eerdergenoemd advies, geeft de NZa aan op lange termijn mogelijkheden te zien voor meer onderhandeling. Volledig vrije prijzen zijn echter waarschijnlijk een brug te ver, aldus de NZa. Ook van belang hierbij is bijvoorbeeld dat er geen zelfkiezende en dus prijsbewuste consumenten zijn die de ontwikkeling van de markt disciplineren (bijvoorbeeld gebruik willen maken van specialistische voorzieningen). Een stap naar meer onderhandelingsvrijheid zou volgens de NZa in ieder geval pas ingezet kunnen worden na het doorlopen van de transitieperiode, als de financiële effecten duidelijker zijn en er meer ervaring is met het onderhandelen. Ik zal de ontwikkelingen op dit punt intensief volgen, en wil op dit moment nog niet vooruitlopen op de vraag tot welke tariefsoort dit op de langere termijn zal moeten leiden.

Moment van invoering

De leden van de CDA-fractie vragen mij hoe ik aankijk tegen de wens van de veldpartijen om de invoering van prestatiebekostiging uit te stellen tot 1 januari 2014.

Zoals ik in de voorhangbrief heb geschetst is het beste moment om te beginnen met de invoering van prestatiebekostiging 2013. Een belangrijke reden hiervoor is dat de forensische zorg hiermee gelijk optrekt met de curatieve GGZ. De feitelijk financiële risico's van invoering zijn gering. Ik wijs er hierbij op dat er het eerste jaar gewerkt zal worden met een zeer stevig vangnet.

De CDA-fractie vraagt nadere uitleg over wat ik bedoel met de opmerkingen dat de zorginkoper op zorgvuldige wijze zal omgaan met de bevoorschotting en daarin geen onverantwoorde stappen zal ondernemen.

Het is mijn intentie om de implementatie van de DBBC's in de forensische zorg geleidelijk en op voor de instellingen werkbare wijze te laten verlopen. Daarom heb ik ervoor gekozen om de bevoorschotting van zorgaanbieders in 2013 net als in 2012 te stellen op 50%. In combinatie met het zeer stevige vangnet biedt dit de instellingen voldoende financiële zekerheid voor invoering in 2013. Daar de NZa heeft aangegeven dat ook de productstructuur voldoende stabiel is, staat niets de invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg per 2013 dus in de weg.

Normatieve Huisvestingscomponent (NHC)

De leden van de CDA-fractie vragen mij wanneer ik een besluit verwacht over de overgang naar de Normatieve Huisvestingscomponent (NHC).

De NHC is een productiegebonden normatieve vergoeding voor huisvesting. De minister van VWS heeft in een aanwijzing aan de NZa d.d. 12 juli 2011 betreffende de curatieve GGZ, de AWBZ en de forensische zorg reeds opdracht gegeven om de NHC in de forensische zorg in te voeren. Zie hiertoe ook de voorhangbrief van de minister van VWS aan de Eerste en Tweede Kamer van 1 juni 2011 (TK 2010–2011, 30 597, nr. 187).

De NZa heeft een advies uitgebracht over de invoering van de NHC in de forensische zorg. De NZa adviseert om hiermee per 1 januari 2013 te beginnen. In het advies wordt in belangrijke mate aangesloten bij de kapitaallastebekostiging zoals die gaat gelden voor de geestelijke gezondheidszorg op basis van de zorgverzekeringswet en de AWBZ.

De SP-fractie vraagt mij toe te lichten wat het beoogde doel van deze aansluiting is.

Het voordeel van aansluiting bij de bekostiging van de kapitaallasten in overige sectoren is dat instellingen die verschillende vormen van zorg bieden niet te maken krijgen met verschillende systemen van bekostiging. Een onnodige uitbreiding van administratieve lasten wordt hiermee voorkomen. Ik ben ervan overtuigd dat de invoering van de NHC's een goede stap is omdat daarmee de verantwoordelijkheid voor de instandhouding en vervanging van gebouwen ten behoeve van forensische zorg voor een belangrijk deel bij de instellingen zelf komt te liggen. Mijn ministerie zal hierdoor minder te maken hebben met onvoorziene eenmalige investeringen wanneer gebouwen gerenoveerd of vervangen moeten worden.

De instellingen voor forensische zorg hebben aangegeven voorstander te zijn van een normatieve aanpak voor de huisvestingscomponent omdat dit past binnen prestatiebekostiging en ondernemerschap en omdat dezelfde uitgangspunten zijn gehanteerd bij de kapitaallastebekostiging zoals die voor de GGZ en de AWBZ is ontwikkeld, waardoor onnodige administratieve lasten worden voorkomen. In de aanwijzing die de minister van VWS in overeenstemming met de minister van Veiligheid en Justitie aan de NZa zal geven zal het voornemen om per 1 januari 2013 NHC-bekostiging in te voeren conform het advies van de NZa ook voor wat betreft de FPC's (TBS-klinieken) worden bekrachtigd.

De CDA-fractie vraagt mij tot slot of de verschillen in bouwvereisten met reguliere zorginstellingen, voor instellingen die forensische zorg verlenen verdisconteerd zullen worden in de NHC voor forensische zorg.

In de door de NZa voor de forensische zorg specifiek geadviseerde NHC-tarieven zijn alle gebouwkenmerken opgenomen. In de NHC's die door de NZa specifiek voor de forensische zorg zijn geadviseerd zijn

uiteraard de bouwkundige verschillen met reguliere zorginstellingen verdisconteerd.

Marktwerking

De SP-fractie vraagt mij om toe te lichten op grond waarvan de forensische zorg als «markt» zou kunnen functioneren. De leden van de fractie zijn van mening dat een markt alleen kan functioneren indien er sprake is van vrijwillige uit- en toetreding van consumenten. Van marktwerking in de forensische zorg kan volgens de leden van de SP-fractie dus geen sprake zijn.

De leden van de SP-fractie stellen terecht dat de justitiabele, in tegenstelling tot de patiënt in de reguliere zorg, niet de keuzevrijheid voor een forensische zorgaanbieder heeft. Dit verhoudt zich niet met het bijzondere karakter van de forensische zorg. Het gaat immers om zorg die door de rechter wordt opgelegd, of onderdeel uitmaakt van de tenuitvoerlegging van het rechterlijk vonnis. Forensische zorg wordt bekostigd door de minister van Veiligheid en Justitie. In het verlengde daarvan bepaalt deze in welke zorginstelling de justitiabele behandeld wordt. Op deze wijze wordt uitvoering gegeven aan het rechterlijk vonnis en invulling gegeven aan de verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van strafrechtelijke sancties.

In het forensisch zorgstelsel is het ministerie van Veiligheid en Justitie te kenmerken als een monopsonist: het ministerie is als enige inkoper aanwezig op een markt met meerdere aanbieders. De markt voor forensische zorg wijkt daarmee in een aantal opzichten af van de markt voor de reguliere GGZ, maar is weer vergelijkbaar met die van de AWBZ waarbij zorgkantoren regionale monopsonisten zijn. Door de inkoop van forensische zorg bij marktpartijen in de GGZ kan het ministerie van Veiligheid en Justitie beter inspelen op eventuele capaciteitstekorten. Daarnaast levert het een bijdrage aan de kwaliteit van zorg doordat alle contractpartijen hierover verantwoording afleggen. De afgelopen jaren opgedane ervaringen met dit inkoopmodel zijn positief. Zo is het zorgaanbod voor justitiabelen sterk uitgebreid en lukt het steeds beter om passende behandelmogelijkheden te realiseren. Ten slotte constateert de NZa, die toezicht op de marktwerking in de forensische zorg houdt, dat als gevolg van de invoering van het inkoopmodel steeds minder patiënten tussen wal en schip vallen¹.

¹ NZa, Advies Marktordening forensische zorg, april 2010