

Vergaderjaar 2012–2013

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 196

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 13 februari 2013

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 29 november 2012 inzake technische vormgeving verrekening overgangsregeling kapitaallasten tweedelijns curatieve ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 192).

De op 21 december 2012 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 12 februari 2013 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

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 PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben kennisgenomen van het voornemen van het geven van een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om per 2013 de kapitaallasten in de hele geestelijke gezondheidszorg (ggz) te bekostigen op basis van zogenaamde normatieve huisvestingscomponenten (nhc's). Gebudgetteerde ggz-instellingen gaan risico lopen over hun totale ggz-vastgoed, aangezien instellingen niet meer (geheel) worden nagecalculeerd op hun werkelijke kapitaallasten. De vergoeding die gebudgetteerde ggz-instellingen ter dekking van hun kapitaallasten ontvangen wordt productieafhankelijk, zo lezen de leden van de PvdA-fractie. Deze leden zouden graag van de minister weten of zij er zicht op heeft of er momenteel ggz-instellingen in beeld zijn voor wie dit problematisch zal worden en om hoeveel instellingen dit zou gaan. Is het voor de gebudgetteerde ggz-instellingen mogelijk om vanuit hun productie ook de volledige lasten van hun vastgoed te financieren? Zijn dit volgens de minister de goede prikkels? Of zal het moeten financieren van de kapitaallasten uit productie tot meer productie leiden? Leidt deze maatregel tot meer effectiviteit? De leden van de fractie van de PvdA vernemen graag de visie van de minister hierop.

Er is een overgangsregeling vastgesteld om erin te voorzien dat instellingen voor een steeds kleiner percentage worden nagecalculeerd op hun werkelijke kapitaallasten en dat de gerealiseerde nhc-productie van instellingen voor een steeds groter percentage bepalend wordt voor de vergoeding die instellingen per saldo ontvangen ter dekking van hun kapitaallasten. In welke stappen per jaar worden de percentages van de nhc hoger en de nacalculatie lager? Wordt dezelfde overgangsregeling aangehouden als in de rest van de AWBZ? De leden van de fractie van de PvdA willen tevens graag weten op welke wijze ggz-instellingen momenteel worden voorbereid op deze overgangssituatie.

De leden van de PvdA-fractie lezen dat de minister de financiële verrekening van de overgangsregeling via het Zorgverzekeringsfonds wil laten verlopen. Voor zover de nhc-omzet van een instelling afwijkt van waarop die instelling op grond van de overgangsregeling recht heeft, wordt het verschil verrekend met het Zorgverzekeringsfonds, zo lezen deze leden. Als de nhc-omzet hoger is dan waarop instellingen op grond van de overgangsregeling recht hebben wordt dit teruggestort in het Zorgverzekeringsfonds en als de nhc-omzet kleiner is dan waarop de instelling op basis van de overgangsregeling recht heeft, ontvangt de instelling het verschil uit het Zorgverzekeringsfonds door middel van het instrument «beschikbaarheidsbijdrage». De leden van de PvdA-fractie willen graag van de minister weten of dit betekent dat de zorgverzekeraars volledig risicodragend worden voor deze overgangsregeling. Welke effecten verwacht de minister de komende jaren op zorginkoop en contractering van ggz-instellingen?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het voornemen van de minister om een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit inzake de technische vormgeving verrekening overgangsregeling kapitaallasten tweedelijns curatieve ggz. Deze leden willen hierop kort ingaan.

De leden van de SP-fractie vragen hoe de minister kan garanderen, dat de introductie van de normatieve huisvestingscomponent als basis voor de bekostiging van de kapitaallasten waardoor ggz-instellingen risico gaan lopen over hun totale vastgoed, niet ten koste zal gaan van de kwaliteit van zorg.

De minister schrijft dat de vergoeding die instellingen ter dekking van hun kapitaallasten ontvangen, eerst deels en later geheel productafhankelijk wordt. De leden van de SP-fractie vragen waaruit dat «deel» bestaat en hoe dat deel wordt bepaald. Voorts vragen zij waarom er gekozen is voor de datum van 31 december 2017 om de overgangsregeling te laten eindigen.

In de beleidsregels van de NZa is de financiële verrekening van de overgangsregeling nog niet vastgesteld. De leden van de SP-fractie vragen aan welke kaders de overgangsregeling moet voldoen en wie deze kaders heeft vastgesteld of zal vaststellen. Worden de nu gebudgetteerde ggz-instellingen nauw betrokken bij de kaders of voorwaarden, zo vragen genoemde leden.

De leden van de SP-fractie vragen wat er gebeurt als een instelling de kapitaallasten niet kan opbrengen om welke reden dan ook. Deze leden maken zich namelijk zorgen over instellingen met een (zeer) specialistisch aanbod die mogelijk het risico van de door de minister gekozen «productiesystematiek» niet kunnen dragen. Genoemde leden vragen derhalve welke vangnetten er zijn om te zorgen dat er geen kwetsbare mensen tussen wal en schip zullen vallen.

Voorts vragen de leden van de SP-fractie welke gevolgen dit gaat hebben voor de vereiste vermogenspositie van zorginstellingen die financiers van vastgoed nu eisen. Deze leden vragen de minister om een toelichting op dit punt.

De leden van de SP-fractie vragen tevens hoe het zit met de risico's van de continuïteit van kapitaallasten en het mogelijk terugvallen van «productie».

In het schriftelijk overleg over de invoering prestatiebekostiging tweedelijns curatieve ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 175) heeft de minister geen antwoord gegeven op een vraag van de leden van de SP-fractie en dus zijn deze leden genoodzaakt de vraag weer te stellen: welke onderliggende evaluatie rechtvaardigt de keuze van de minister om van ziekten of problemen «producten» te maken waarop geconcentreerd dient te worden? Tel daarbij op dat instellingen met de nhc een groter financieel risico gaan lopen en de leden van de SP-fractie vrezen dat instellingen zullen kiezen voor de goedkoopste en meest concurrerende oplossing in plaats van de patiënt. Is ook niet een risico dat er productie gedraaid gaat worden om de kapitaallasten gefinancierd te krijgen, omdat bij meer productie de kapitaallasten relatief dalen? Is dit niet een perverse prikkel?

De leden van de SP-fractie vragen de garantie dat het welbevinden en de veiligheid van patiënten en personeel op de werkvloer te allen tijde leidend zal zijn.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het voornemen van de minister om per 2013 de kapitaallasten in de hele geestelijke gezondheidszorg, ook de tweedelijns curatieve (Zvw-gefinancierde) ggz, te bekostigen op basis van zogenaamde normatieve huisvestingscomponenten. Voor deze leden is dit een logisch vervolg op de invoering van de prestatiebekostiging en de introductie in 2012 van de nhc's binnen de AWBZ-gefinancierde ggz. Het is goed dat nu in verschillende wetten, de AWBZ, de Wet forensische zorg en de Zorgverzekeringswet voor dezelfde bekostigingssystematiek is gekozen.

De leden van de D66-fractie zijn zich ervan bewust dat instellingen volgens deze bekostiging niet meer worden nagecalculeerd op hun werkelijke kapitaallasten, maar dat de vergoeding afhankelijk wordt van hun productie. Voor deze leden een begrijpelijke volgende stap om de zorg goed, toegankelijk en doelmatig te houden. Invoering van deze bekostiging moet echter wel op verantwoorde wijze plaatsvinden. De patiënt mag niet de dupe worden en de instellingen mogen niet te grote risico's lopen. Daarom hebben genoemde leden nog wel enkele vragen en opmerkingen.

In de brief van de minister wordt gesteld dat de huidige gebudgetteerde ggz-instellingen de komende jaren risico's lopen over hun totale vastgoed. Kan de minister een inschatting geven hoe groot die risico's zijn en welke maatregelen zij kan nemen bij problemen voor instellingen en patiënten?

Binnen de AWBZ-gefinancierde ggz zijn de normatieve huisvestingscomponenten dit jaar al ingevoerd. Kan de minister aangeven wat de eerste ervaringen zijn?

De leden van D66-fractie zijn blij dat er een overgangsregeling is gekomen waarbij het percentage nacalculatie vanaf 2013 kleiner en het percentage gerealiseerde productie steeds groter wordt voor bekostiging van de kapitaallasten. Deze leden vinden het positief dat met de overgangsregeling een harde overgang voor de instellingen is voorkomen. Kan de minister aangeven dat dit inderdaad het geval is voor instellingen die de afgelopen jaren veel of juist heel weinig hebben geïnvesteerd in vastgoed?

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA geven aan kennis te hebben genomen van het voornemen van het geven van een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om per 2013 de kapitaallasten in de hele geestelijke gezondheidszorg (ggz) te bekostigen op basis van zogenaamde normatieve huisvestingscomponenten (nhc's).

Graag benadruk ik dat het voornemen dat ik in mijn brief van 29 november aan de Eerste en Tweede Kamer heb gemeld (Kamerstuk 25 424, nr. 192) niet de invoering van nhc's (voor de bekostiging van kapitaallasten in de curatieve ggz) en de bijbehorende overgangsregeling zelf betreft. In de curatieve ggz is per 1 januari van dit jaar namelijk al sprake van bekostiging van kapitaallasten op basis van nhc's, binnen een overgangsregime. Daarmee is uitvoering gegeven aan het beleid dat is verwoord in de voorhangbrief aan het parlement van 1 juni 2011 (Kamerstuk 30 597, nr. 187) – rekening houdend met de uitkomsten van het algemeen overleg dat hierover op 30 juni 2011 met uw Kamer is

gevoerd – en de voorhangbrief «Invoering prestatiebekostiging tweede-
lijns curatieve ggz» van 21 februari 2012 (Kamerstuk 25 424, nr. 160).

Het voornemen dat ik met mijn brief van 29 november 2012 aan het parlement kenbaar heb gemaakt, betreft de technische vormgeving van de financiële afrekening van de overgangsregeling. In mijn brief van 29 november maak ik het voornemen bekend die financiële afrekening tussen zorgaanbieders en het Zorgverzekeringsfonds te laten plaatsvinden en niet met individuele verzekeraars. Ik ben voornemens om de NZa uitsluitend met betrekking tot dit laatste (technische) punt nog een (aanvullende) aanwijzing te sturen. Uitsluitend dit laatste voornemen hangt nu bij het parlement voor.

De leden van de PvdA-fractie zouden graag van de minister weten of zij er zicht op heeft of er momenteel ggz-instellingen in beeld zijn voor wie de overstap naar nhc's problematisch zal worden en om hoeveel instellingen dit zou gaan.

Per 2012 is de bekostiging via de normatieve huisvestingscomponent (nhc) al van start gegaan voor het AWBZ-deel van de ggz. Ik heb geen signalen ontvangen dat instellingen door de overstap naar nhc's in de financiële gevarenszone zijn gekomen.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het voor de gebudgetteerde ggz-instellingen mogelijk is om vanuit hun productie ook de volledige lasten van hun vastgoed te financieren.

De hoogte van de nhc's zijn zodanig berekend dat adequate financiering van de kapitaallasten van het zorgvastgoed van instellingen mogelijk is. De nhc's zijn gebaseerd op de vervangingswaarde van het vastgoed (terwijl in de situatie van volledige nacalculatie de vergoeding voor kapitaallasten was gebaseerd op historische kosten van het vastgoed). De nhc's zijn berekend op basis van kengetallen die voorheen werden gehanteerd als prestatie-eis voor nieuwbouw van voorzieningen, waarbij rekening is gehouden met verschillende bezettingsgraden voor verschillende voorzieningen. De nhc's zijn zodoende genoeg om daarmee over de gehele levenscyclus van een nieuwbouwvoorziening (uitgaande van een genormeerd bezettingspercentage en bij een vastgestelde investeringsnorm) rente, afschrijvings- en instandhoudingsuitgaven te dekken. Bij de start van de exploitatie worden de kosten van nieuwbouw nog niet volledig door de nhc gedekt. Later in de levensduur van het gebouw, zorgen de nhc's voor een overdekking van de kosten. Over de volledige looptijd van 30 jaar vallen de plussen en minnen tegen elkaar weg. De ruime overgangperiode (die per 2018 afloopt) stelt instellingen in de gelegenheid zich adequaat op dit nieuwe regime voor te bereiden.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de invoering van de nhc in de tweedelijns curatieve ggz tot de goede prikkels leidt. Zij vragen zich af of de invoering tot meer productie zal leiden. Ook vragen zij of deze maatregel tot meer effectiviteit leidt.

Met de invoering van nhc's in de tweedelijns curatieve ggz (cggz) is naar mijn overtuiging de prikkelwerking in het stelsel verder verbeterd. Signalen uit het AWBZ-veld (waar al per 2012 nhc's zijn ingevoerd) wijzen erop dat instellingen in de AWBZ sinds (de aankondiging van) de invoering van het nieuwe kapitaallastenregime, actiever bezig zijn met hun vastgoed in relatie tot hun zorgverlening. Instellingen letten er beter op dat ze bouwen waar de cliënt naar vraagt en dat de bouw de zorgverlening voldoende ondersteunt. Ik verwacht dan ook dat de invoering van nhc's in de tweedelijns curatieve ggz deze ontwikkeling verder kracht

bijzet. Het feit dat instellingen meer verantwoordelijkheid dragen over het eigen vastgoedbeheer, maakt naar mijn overtuiging dat besturen meer afgewogen keuzes maken, waarmee de effectiviteit van investeringen in vastgoed (in termen van bijdrage aan doelmatigheid en kwaliteit van zorg) wordt verhoogd.

Ik verwacht niet dat instellingen als gevolg van de invoering van de nhc's meer intramurale zorg zullen leveren. In het bestuurlijk akkoord dat ik met diverse partijen in de ggz-sector heb gesloten, is de gezamenlijke ambitie opgenomen dat de totale bedden capaciteit in de ggz in de periode tot 2020 wordt afgebouwd met een derde ten opzichte van de bedden capaciteit in 2008. De bedoeling is dit mogelijk te maken door middel van substitutie van intramurale zorg door ambulante zorg. In het bestuurlijk akkoord is ook afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders al voor het jaar 2013 contractafspraken maken over beddenreductie. Individuele verzekeraars betalen per 2013 bovendien 100% van de nhc-kosten en lopen daar ook risico over. Zij ervaren dus een financiële prikkel om de nhc-kosten niet hoger te laten zijn dan nodig en daarmee ook om ambulantisering van zorg te bevorderen. De overgangsregeling kapitaallasten die voor de aanbieders van kracht is, zorgt ervoor dat financiële gevolgen hiervan voor instellingen nog tijdelijk worden gedempt. Hierdoor wordt het voor hen ook beter mogelijk om stappen te zetten om de ambities op het vlak van ambulantisering waar te maken.

Al met al zijn de prikkels niet gericht op het handhaven van de huidige bedden capaciteit (en bijbehorend vastgoed) en het leveren van meer intramurale zorg, maar op het afbouwen van de bedden capaciteit en het ambulantiseren van zorg.

Overigens zijn in het genoemde bestuurlijke akkoord ook afspraken gemaakt over de totale macrouitgavenontwikkeling in de curatieve ggz. Partijen hebben zich eraan gecommitteerd om zich tot het uiterste in te spannen om de in het akkoord verwoorde doelstelling ten aanzien van de macrouitgavenontwikkeling te realiseren.

De leden van de PvdA-fractie vragen in relatie tot de overgangsregeling in welke stappen per jaar het percentage wordt afgebouwd waarmee instellingen worden nagecalculeerd op hun werkelijke kapitaallasten, en het percentage van de nhc-bekostiging wordt opgehoogd. Ook vragen zij of dezelfde overgangsregeling wordt aangehouden als in de rest van de AWBZ.

De percentages uit de overgangsregeling voor de tweedelijns curatieve ggz sluiten aan bij de percentages zoals deze in de overgangsregeling voor de AWBZ-zorg zijn vastgesteld. De overgangsregeling voor het AWBZ-deel van de ggz is in 2012 van start gegaan met een bekostiging op basis van 10% nhc en 90% nacalculatie. De overgangsregeling voor het Zvw-deel van de ggz gaat per 2013 in en volgt het stramien, zoals in de regeling voor de AWBZ-zorg is vastgesteld. Dat betekent dat voor de volgende jaren de bekostiging plaatsvindt op basis van achtereenvolgens: 20% nhc en 80% nacalculatie (2013), 30% nhc en 70% nacalculatie (2014), 50% nhc en 50% nacalculatie (2015), 70% nhc en 30% nacalculatie (2016) en 85% nhc en 15% nacalculatie (2017). Per 2018 zal de bekostiging van de kapitaallasten volledig via nhc's verlopen en daarmee op basis van de productie.

De leden van de fractie van de PvdA willen tevens graag weten op welke wijze ggz-instellingen momenteel worden voorbereid op deze overgangssituatie.

Doordat de meeste ggz-instellingen AWBZ-zorg leveren, hebben deze inmiddels een jaar kunnen wennen aan de systematiek van de overgangsregeling. Daarnaast zijn gebudgetteerde instellingen sinds 2006 door VWS en de NZa geïnformeerd over het feit dat het systeem van bekostiging met nacalculatie zou worden verlaten en dat men hier rekening mee diende te houden in het investeringsbeleid van de instelling.

De leden van de PvdA-fractie lezen dat ik de financiële verrekening van de overgangsregeling via het Zorgverzekeringsfonds wil laten verlopen. De leden van de PvdA-fractie willen graag van mij weten of dit betekent dat de zorgverzekeraars volledig risicodragend worden voor deze overgangsregeling. Ook willen zij weten welke effecten ik voor de komende jaren verwacht op zorginkoop en contractering van ggz-instellingen.

Verzekeraars zullen met ingang van dit jaar (2013) uitsluitend nog normatieve huisvestingscomponenten betalen als vergoeding voor de kapitaallasten van ggz-instellingen. Over die uitgaven zijn zij risicodragend.

De rechten en plichten die instellingen (gegeven hun nhc-omzet) op grond van de overgangsregeling hebben, zullen buiten individuele verzekeraars om rechtstreeks met het Zorgverzekeringsfonds worden verrekend. Dat betekent dat verzekeraars over die financiële stromen (positief of negatief) geen risico lopen. Op die manier interfereert de overgangsregeling niet met de zorginkoop van verzekeraars.

Omdat verzekeraars met ingang van dit jaar (wat de financiering van kapitaallasten betreft) dus uitsluitend nog met nhc's te maken hebben, en zij hier zoals gezegd risicodragend over zijn, ervaren zij een prikkel om hun uitgaven aan nhc's niet hoger te laten zijn dan nodig. Dit heeft invloed op de zorginkoop. Omdat de nhc-kosten van intramurale zorg hoger zijn dan van ambulante zorg, betekent dit in elk geval dat verzekeraars een groter belang krijgen bij het ambulantiseren van zorg. Het valt dan ook te verwachten dat verzekeraars hier de komende jaren bij hun zorginkoop op in zullen zetten.

Een dergelijke inzet spoort ook met de bestuurlijke afspraken die ik met diverse partijen in de ggz-sector heb gemaakt (zie Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 25 424, nr. 183). Daarin is – zoals al aangegeven in het antwoord op een van de vorige vragen van de PvdA-fractie – de gezamenlijke ambitie opgenomen om de totale beddencapaciteit in de ggz in de periode tot 2020 af te bouwen met een derde ten opzichte van de beddencapaciteit in 2008 door middel van substitutie van intramurale zorg door ambulante zorg. In het bestuurlijk akkoord is ook afgesproken zorgverzekeraars en zorgaanbieders al voor het jaar 2013 contractafspraken maken over beddenreductie.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie vragen hoe ik kan garanderen, dat de introductie van de normatieve huisvestingscomponent als basis voor de bekostiging van de kapitaallasten waardoor ggz-instellingen risico gaan lopen over hun totale vastgoed, niet ten koste zal gaan van de kwaliteit van zorg.

Ik verwacht dat de invoering van nhc's, zeker op termijn, een positieve bijdrage zal leveren aan de kwaliteit van zorg. Zoals al gemeld in mijn beantwoording van de vragen van de PvdA-fractie, heeft (de aankondiging van) de verandering van het kapitaallastenregime in de zorg er al toe geleid dat AWBZ-instellingen er beter op letten dat nieuwbouw aansluit bij

de behoeften van de cliënt en dat de bouw de zorgverlening voldoende ondersteunt. Net zo min als in de huidige situatie kan ik ook in de toekomstige situatie evenwel niet garanderen dat instellingen die het – om wat voor reden dan ook – financieel lastig hebben (een situatie waar de SP-fractie op lijkt te duiden) in geen enkel geval zullen besluiten om te bezuinigen op de kwaliteit van zorg. Ook na invoering van de nhc's zijn instellingen in de tweedelijns curatieve ggz zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de inrichting van hun zorgprocessen. De Inspectie houdt daarop toezicht. Mijn beleid is er wel op gericht om te bevorderen dat (1) instellingen transparantie bieden over de kwaliteit van de zorg die zij leveren en (2) instellingen die betere kwaliteit leveren dan andere instellingen, daarvoor financieel beloond kunnen worden. Instellingen die – om wat voor reden dan ook – onder financiële druk komen te staan, krijgen er zo ook in financieel opzicht (meer dan nu) belang bij om efficiëntiemaatregelen te nemen die de kwaliteit van zorg verbeteren.

In dit kader is relevant dat de invoering van nhc's (als vergoeding voor de kapitaallasten van tweedelijns curatieve ggz-instellingen) is gekoppeld aan de invoering van dbc-bekostiging in de tweedelijns curatieve ggz en aan bestuurlijke afspraken met de ggz-sector over onder andere het bevorderen van transparantie (in het bijzonder transparantie van behandeluitkomsten en de zwaarte van de zorgvraag van patiënten). Hierdoor zal per zorgaanbieder steeds inzichtelijker worden wat de zorgvraag van de patiëntenpopulatie is, wat de kosten zijn van de geleverde behandeling en wat het behandelresultaat is. Hierdoor ontstaat voor zowel zorgaanbieders als verzekeraars steeds beter inzicht in welke zorg wel en welke zorg niet of minder goed werkt in relatie tot de kosten en gegeven de zorgvraag van de cliënt. Aanbieders en verzekeraars kunnen hierop sturen. Er ontstaat zo dus een «lerend systeem». Dit heeft een positief effect op de (kwaliteits-)ontwikkeling van zorgpaden en de kwaliteit en doelmatigheid van zorg en helpt over- en onderbehandeling te voorkomen.

De leden van de SP-fractie vragen welk deel van de kapitaallastenvergoeding die instellingen ontvangen productieafhankelijk wordt, en hoe dat deel wordt bepaald. Voorts vragen zij waarom er gekozen is voor de datum van 31 december 2017 om de overgangsregeling te laten eindigen.

Voor de opbouw van de mate waarin de kapitaallastenvergoeding productieafhankelijk wordt, verwijs ik u naar de beantwoording op de betreffende vraag van de leden van de PvdA-fractie.

De reden waarom er is gekozen om de overgangsregeling na 31 december 2017 te laten beëindigen, is dat op die manier wordt aangesloten bij de regeling die van kracht is voor de AWBZ-zorg. Omdat ggz-instellingen vaak zowel AWBZ-zorg als Zvw-zorg leveren, wordt zo dicht mogelijk aangesloten bij de AWBZ-regeling om zodoende onnodige administratieve en uitvoeringslasten te vermijden.

Voor de AWBZ, waaronder ook een deel van de ggz valt, is de bekostiging via de nhc al per 2012 gestart op basis van een overgangsregime dat 6 jaar duurt. Voor de ggz in de Zvw gaat de overgangsregeling per 2013 in, maar wordt verder wat betreft de procentuele afbouw van de nacalculatie en opbouw van de nhc-bekostiging, volledig aangesloten bij het AWBZ-traject; beide regimes lopen vanaf 2013 dus exact gelijk op. Omdat de overgangsregeling voor de curatieve ggz een jaar later is gestart en gelijktijdig met de regeling voor AWBZ-zorg ophoudt te bestaan, duurt deze in totaal een jaar korter.

De leden van de SP-fractie vragen aan welke kaders de overgangsregeling moet voldoen en wie deze kaders heeft vastgesteld of zal vaststellen. Zij vragen of de nu gebudgetteerde ggz-instellingen nauw betrokken zijn bij de kaders of voorwaarden.

In de voorhangbrief van 1 juni 2011 (Kamerstuk 30 597, nr. 187) heb ik de Kamer geïnformeerd over de kaders van de overgangsregeling voor de AWBZ-zorg en de gehele ggz. Na een AO op 30 juni 2011 en beantwoording van vragen is op 12 juli 2011 de aanwijzing voor het vaststellen van de regeling aan de NZa verzonden. De NZa heeft de betreffende beleidsregels inmiddels vastgesteld. De overgangsregeling voor de financiering van kapitaallasten in relatie tot AWBZ-zorg is op 1 januari 2012 ingegaan en voor de kapitaallasten die relatie houden met de tweedelijns curatieve ggz is de overgangsregeling per 1 januari 2013 van kracht geworden.

De koepel van de ggz heeft erop aangedrongen om de overgangsregeling voor de tweedelijns curatieve ggz, aan te laten sluiten bij de regeling die voor de AWBZ-zorg van kracht is. Aan die wens is, zoals al toegelicht, gehoor gegeven. De koepel van de ggz is ook nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van de nhc's voor de AWBZ-zorg. Voor de nhc's voor de curatieve ggz maar ook voor de forensische zorg zijn dezelfde uitgangspunten gehanteerd, echter afgestemd op de D(B)BC-systematiek. Ook hierbij is de koepel van de ggz nauw betrokken.

De leden van de SP-fractie vragen wat er gebeurt als een instelling de kapitaallasten niet kan opbrengen om welke reden dan ook. De leden van de SP-fractie vragen tevens hoe het zit met de risico's van de continuïteit van kapitaallasten en het mogelijk terugvallen van «productie». Deze leden maken zich namelijk zorgen over instellingen met een (zeer) specialistisch aanbod die mogelijk het risico van de gekozen systematiek niet kunnen dragen. Genoemde leden vragen daarom welke vangnetten er zijn om te zorgen dat er geen kwetsbare mensen tussen wal en schip zullen vallen.

Het is primair de verantwoordelijkheid van instellingen zelf om hun vastgoed zodanig af te stemmen op de zorgvraag en hun financiële huishouding zodanig op orde te hebben dat zij hun verplichtingen in termen van kapitaallasten na kunnen komen. Daar hoort bij dat zij rekening houden met mogelijke schommelingen in patiëntenaantallen. Ik zie het als mijn verantwoordelijkheid om op stelselniveau de randvoorwaarden te creëren waarbinnen instellingen de hun toebedachte verantwoordelijkheid adequaat kunnen dragen. Daar hoort bij dat ik instellingen in de gelegenheid stel om zich geleidelijk aan te passen aan de nieuwe wijze van bekostiging en financiering van hun kapitaallasten. Ik geef hier concreet invulling aan via het overgangsregime dat tot 2018 van kracht is. Dit geeft instellingen een redelijke termijn om de maatregelen te nemen die nodig zijn om hun verantwoordelijkheid onder het nieuwe regime adequaat te kunnen dragen.

Het voorgaande laat onverlet dat ik mij ook (systeem)verantwoordelijk weet voor de continuïteit van zorg. Gelet op de zorgplicht van zorgverzekeraars ga ik ervan uit dat zij voldoende zorg inkopen bij instellingen met een (zeer) specialistisch aanbod. Ik verwacht dan ook niet dat deze instellingen het risico van de gekozen systematiek niet kunnen dragen. Dat zou immers tot gevolg kunnen hebben dat zorgverzekeraars niet langer aan hun zorgplicht voldoen. Hierop ziet de NZa toe. Uitsluitend indien verzekeraars in een overmachtsituatie niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen, neem ik voor vormen van cruciale zorg, zoals de crisisopvang geestelijke gezondheidszorg, de verantwoordelijkheid om in

geval van een faillissement van een zorgaanbieder een vangnetstichting op te richten om de continuïteit van deze zorg te garanderen.

De leden van de SP-fractie vragen welke gevolgen de overgang naar nhc-bekostiging gaat hebben voor de vermogenspositie van zorginstellingen die financiers van vastgoed nu eisen.

De invoering van nhc's voor de tweedelijns curatieve ggz is het sluitstuk van een ontwikkeling in de ggz-sector, die al jaren geleden is aangekondigd en ingezet. Kern van die ontwikkeling is een toenemende (financiële) verantwoordelijkheid van zorginstellingen voor hun zorgvastgoed. Zorginstellingen zijn al sinds 2006 geïnformeerd over de overgang naar een productieafhankelijke bekostiging van kapitaallasten. Per 2009 is het bouwregime afgeschaft. Wat betreft het deel van de ggz dat uit de AWBZ wordt gefinancierd, is de daadwerkelijke overgang naar nhc-bekostiging (gelijk met de verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg) al per 2012 ingezet. De invoering van nhc's voor de tweedelijns curatieve ggz (op basis van een overgangstraject dat tot 2018 duurt) vormt het sluitstuk op deze beleidsontwikkeling. De effecten van dit sluitstuk laten zich lastig isoleren.

Instellingen kunnen de risico's waar zij onder het nieuwe systeem mee te maken krijgen onder andere beheersen door hun zorgproces zo verstandig mogelijk in te richten (dat wil zeggen: zodanig dat de zorg op een zo effectief en doelmatig mogelijke manier wordt geleverd). Ook kunnen zij risico's beheersen door erop toe te zien dat hun vastgoed adequaat aansluit bij ontwikkelingen in de zorgvraag en dat bouwbeslissingen goed worden doordacht en worden onderbouwd met een gedegen businesscase. De verwachtingen over toekomstige inkomsten en de dekking van kosten zijn voor een instelling bij de beheersing van de financiële risico's dus ten minste zo relevant als de omvang van het eigen vermogen. Ook financiers zullen – bij het nemen van een financieringsbeslissing bij een bouwproject van een zorginstelling – beide aspecten in samenhang bezien (terwijl voorheen vooral de aanwezigheid van een door de overheid verleende vergunning zwaarwegend was bij het besluit om een bouwinitiatief te financieren). Of dat in de praktijk betekent dat financiers een aansterking van het vermogen van een zorginstelling eisen (en zo ja met hoeveel), is casusafhankelijk.

Zoals al aangegeven in een antwoord op een vraag van de PvdA-fractie, wijzen de signalen die ik vanuit de AWBZ-sector ontvang er inderdaad op dat instellingen er beter op letten dat hun bouwplannen aansluiten bij de zorgvraag. Ik zie dit als een positief en beoogd effect van de verandering van de bekostiging van de kapitaallasten, omdat dit bijdraagt aan een doelmatige besteding van de beperkte voor de zorg beschikbare middelen. De weerstandsvermogens¹ van ggz-instellingen in de care laten in de periode 2007–2011, een stijging zien van 14,0% naar 20,5%.² Hoewel het WFZ geen eenduidige, uniforme norm hanteert, acht het WFZ, gelet op de ontwikkelingen in de zorgsector op dit moment, doorgaans een vermogenspositie van 15 á 20% van de totale inkomsten wenselijk voor een zorginstelling.

Volgens de leden van de SP-fractie heb ik in het schriftelijk overleg over de invoering prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 175) geen antwoord gegeven op een vraag van de leden van de SP-fractie, waardoor zij genooddaakt zijn deze vraag weer te

¹ Het weerstandsvermogen betreft het eigen vermogen gedeeld door de totale bedrijfsopbrengsten maal 100%.

² CBS, Financiële kengetallen zorginstellingen 2011

stellen. Het gaat hier om de vraag welke onderliggende evaluatie de keuze rechtvaardigt om – in de woorden van de leden van de SP-fractie – «van ziekten of problemen «producten» te maken waarop geconcentreerd dient te worden».

De betreffende vraag van de SP-fractie heb ik destijds beantwoord (zie Kamerstuk 25 424, nr. 175). Zoals toen al aangegeven, is de keuze om de zorgvraag van de patiënt meer leidend te laten zijn in de financiering en bekostiging van de ggz mede ingegeven door de langgekoesterde wens van de sector zelf en de signalen die mijn ministerie in diverse overleggen met het veld heeft ontvangen over het functioneren van het oude systeem. Hieruit is gebleken dat cggz-instellingen – vertegenwoordigd door GGZ Nederland – graag een systeem willen zonder dubbele administratie (een van de nadelen van het oude systeem) en een (sterke) voorkeur hebben voor een bekostiging op basis van ggz-dbc's boven bekostiging op basis van de verouderde awbz-parameters.

De gemaakte beleidskeuzes ten aanzien van de bekostiging en financiering van de curatieve ggz (cggz) worden niet alleen gerechtvaardigd door de tekortkomingen van het oude systeem, maar ook door een visie op hoe het bekostigingssysteem kan worden verbeterd. Zoals al toegelicht in het door de SP-fractie aangehaalde schriftelijk overleg, beoog ik met de per 2013 ingevoerde veranderingen het bekostigingssysteem zo in te richten dat (1) zorgaanbieders en verzekeraars worden gestimuleerd om de transparantie te vergroten over (de effectiviteit van) de zorgverlening voor patiënten en (2) dat het leveren van goede zorg aan de patiënt wordt beloond. Dat doe ik door de bekostiging te koppelen aan de integrale behandeling van de patiënt en niet langer aan afzonderlijke verrichtingen, zoals in het oude systeem (waarin de bekostiging plaatsvond op basis van AWBZ- of budgetparameters) gebruikelijk was.

De leden van de SP-fractie vrezen dat instellingen zullen kiezen voor de goedkoopste en meest concurrerende oplossing in plaats van de patiënt, omdat instellingen met de nhc een groter financieel risico gaan lopen.

Ik ben het niet eens met de veronderstelling van de leden van de SP-fractie dat financiële prikkels instellingen ertoe zouden bewegen niet voor de patiënt te kiezen. Ook ben ik het oneens met de veronderstelling van de SP-fractie dat de meest concurrerende oplossing ten koste gaat van de patiënt. Integendeel, zoals toegelicht in het antwoord op de eerste vraag van de SP-fractie, is mijn beleid erop gericht om instellingen te stimuleren op een zo doelmatig mogelijke manier kwalitatief zo goed mogelijke zorg te leveren.

De leden van de SP-fractie vragen of het een risico is dat er (meer) «productie gedraaid» gaat worden om de kapitaallasten gefinancierd te krijgen, omdat bij meer productie de kapitaallasten relatief dalen. Zij vragen in dit kader of er geen sprake is van een perverse prikkel. Ik verwacht niet dat instellingen als gevolg van de invoering van de nhc's meer intramurale zorg zullen leveren. Voor een toelichting hierop verwijs ik naar mijn antwoord op een soortgelijke vraag van de PvdA-fractie.

De leden van de SP-fractie vragen de garantie dat het welbevinden en de veiligheid van patiënten en personeel op de werkvloer te allen tijde leidend zal zijn.

De kwaliteit van zorg en de veiligheid voor patiënten en personeel zijn voor mij leidend bij de beleidskeuzes die ik maak.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De D66-fractie vraagt of ik een inschatting kan geven hoe groot de risico's zijn die de huidige gebudgetteerde ggz-instellingen de komende jaren gaan lopen over hun vastgoed en welke maatregelen ik kan nemen bij problemen voor instellingen en patiënten.

Door de overgangsregeling neemt de financiële verantwoordelijkheid (c.q. risicodragendheid) van instellingen over hun vastgoed geleidelijk toe, omdat zij voor een steeds kleiner deel worden nagecalculeerd op hun werkelijke kapitaallasten en voor hun kapitaallastenvergoeding steeds meer zijn aangewezen op hun nhc's. Ik verwijs naar mijn antwoorden op de vragen van de PvdA-fractie voor het stramien van de opbouw van het percentage nhc-bekostiging en de verlaging van het nacalculatiepercentage. Met ingang van 2018 ontvangen instellingen ter dekking van hun kapitaallasten uitsluitend nog nhc's.

Zoals al aangegeven in mijn beantwoording van de vragen van de SP-fractie, geeft de overgangsregeling aan instellingen een redelijke termijn om maatregelen te nemen die nodig zijn om de (financiële) verantwoordelijkheid voor hun eigen vastgoed adequaat te kunnen dragen. Te meer tegen de achtergrond dat de gebudgetteerde instellingen al sinds 2006 door VWS en de NZa zijn geïnformeerd over het feit dat het systeem van bekostiging met nacalculatie zou worden verlaten en dat men daar in het investeringsbeleid rekening mee diende te houden.

Het voorgaande laat onverlet dat ik als minister een (systeem)verantwoordelijkheid draag voor de continuïteit van zorg, ook in de curatieve ggz. Het is de taak van verzekeraars, gelet op hun zorgplicht, om voldoende zorg in te kopen. Hierop ziet de NZa toe. Voor cruciale zorg, waarvoor geldt dat wanneer zij niet dichtbij beschikbaar is cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen, neem ik daarnaast de verantwoordelijkheid om, in geval verzekeraars in een overmachtsituatie niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen, in geval van een faillissement van een zorgaanbieder een vangnetstichting op te richten om de continuïteit van deze zorg te garanderen. De crisisopvang geestelijke gezondheidszorg is aangemerkt als cruciale zorg.

De leden van de D66-fractie vragen wat de eerste ervaringen zijn met de invoering (per 2012) van de normatieve huisvestingscomponenten binnen de AWBZ-gefinancierde ggz.

Via de NZa heb ik de eerste ervaringen kunnen vernemen met de invoering van de nhc's in de AWBZ-zorg. Op basis van cijfers en contacten met instellingen en brancheorganisaties, is de algemene indruk dat de nieuwe regelgeving AWBZ-instellingen voldoende ruimte biedt om met een actief vastgoedbeleid te zorgen voor kwalitatief goede huisvesting. Zo ziet de NZa verschillende instellingen die recent nieuwbouw hebben gepleegd en daarbij te maken hebben met een gunstige aanbesteding en een lage rente. Ook merkt de NZa dat instellingen veel actiever bezig zijn met hun vastgoed in relatie tot hun zorgverlening. De NZa heeft geen signalen ontvangen dat ggz-instellingen door de invoering van de nhc in de financiële gevarenszone zijn gekomen.

De leden van D66-fractie vinden het positief dat met de overgangsregeling een harde overgang voor de instellingen is voorkomen. Zij vragen of ik kan aangeven dat dit inderdaad het geval is voor instellingen die de afgelopen jaren veel of juist heel weinig hebben geïnvesteerd in vastgoed.

Het ingroeitraject zorgt inderdaad voor een zachte landing in 2018 wanneer de bekostiging van de kapitaallasten volledig op basis van nhc's plaatsvindt. De overgangsregeling dempt het effect dat zou optreden wanneer de kapitaallastenvergoeding direct volledig op nhc's zou worden gebaseerd. Bij instellingen die de komende jaren op basis van hun nhc's een hogere kapitaallastenvergoeding krijgen dan voorheen (bijvoorbeeld omdat ze over oud vastgoed beschikken en onder het oude systeem daarvoor een relatief lage kapitaallastenvergoeding kregen), wordt dat voordeel nog gedurende een aantal jaar (deels en in afnemende mate) afgeroomd. Bij instellingen die in de komende jaren op basis van hun nhc's juist een lagere kapitaallastenvergoeding krijgen dan voorheen (bijvoorbeeld omdat ze net nieuwbouw gepleegd hebben en onder het oude systeem daarvoor een relatief hoge kapitaallastenvergoeding kregen), wordt dat nadeel nog gedurende een aantal jaar (deels en in afnemende mate) gecompenseerd.