

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Vraag 1.

Wat is de oorzaak van de overschrijding van € 119 miljoen in de geneeskundige ggz? In hoeverre speelt een toename van het volume een rol? Is de toegenomen vraag de oorzaak van deze volumestijging? Zo ja, wat is de oorzaak voor deze toegenomen vraag?

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.minvws.nl

Antwoord op vraag 1.

De overschrijding van het beschikbare kader in de geneeskundige ggz bedraagt € 184 mln. Deze is toe te leiden tot verschillende oorzaken.

Ten eerste blijkt dat er voor de jeugd-ggz in 2008 € 38 mln meer contractruimte beschikbaar is gesteld dan waarmee rekening was gehouden in de VWS-begroting 2008. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft bij de overgang van de geneeskundige GGZ naar de Zorgverzekeringswet in 2008, initiële budgetten vastgesteld voor alle ggz-instellingen. In deze budgetten zijn de in 2007 toegekende incidentele middelen voor jeugd-ggz meegenomen als structurele middelen.

Ten tweede is € 22 miljoen van de overschrijding het gevolg van de structurele verhoging van de beleidsregelwaarden. Deze verhoging was ter dekking van de extra rentekosten die zorgaanbieders zouden maken voor het aantrekken van extra werkkapitaal. Dit werkkapitaal was nodig om de periode tussen opening en sluiting van de DBC's te overbruggen.

Het resterende bedrag van de geconstateerde overschrijding is vrijwel geheel te herleiden tot een hogere dan beschikbare groei van het volume aan zorgconsumptie.

De groei van het volume is het gevolg van vraag- en aanbodontwikkelingen. Aan de vraagzijde heb ik geen aanwijzingen dat het aantal mensen met psychische stoornissen toeneemt. De vraag kan desalniettemin stijgen door bijvoorbeeld het manifesteren van zogeheten latente vraag, vroegere signalering en betere diagnostiek.

Ons kenmerk
CZ-FBI-2939924

Bijlagen
1

Uw brief
2009Z10832

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Vraag 2.

Kan worden toegelicht per doelgroep waar de kostenstijging zich precies voordoet binnen de geneeskundige ggz?

Antwoord op vraag 2.

In de VWS-begroting staat vermeld welke middelen in totaal beschikbaar zijn voor de gehele geneeskundige ggz. Daarbij wordt slechts onderscheid gemaakt naar geneeskundige ggz verleend door instellingen en geneeskundige ggz verleend door vrijevestigden. Het kabinet hanteert geen aparte budgettaire deelkaders voor verschillende leeftijdsklassen of bevolkingsgroepen. Ik kan dan ook niet aangeven waar de overschrijding zich voordoet.

Ook een overzicht over de groei doelgroepen van 2008 ten opzichte van 2007 is niet goed te geven, omdat in de vergelijking in 2008 de geneeskundige ggz voor het eerst apart staat van de ggz die in 2007 nog in zijn geheel onder de AWBZ viel.

Vraag 3.

Kan worden toegelicht waarop de geraamde kosten voor geneeskundige ggz waren gebaseerd, van welke cijfers en aannames is uitgegaan en in hoeverre de kostenoverschrijding een verrassing is c.q. had kunnen worden voorzien?

Antwoord op vraag 3.

Voor het gehele BKZ geldt dat het kabinet de beschikbare groeiruumte heeft gebaseerd op de ramingen van het Centraal Planbureau. Binnen die ramingen is voor ieder sector in ieder geval ruimte beschikbaar om de gevolgen van demografische ontwikkeling op te vangen. Daarboven is er nog extra ruimte verdeeld om de gevolgen van de zogeheten autonome groei op te vangen.

Ons kenmerk
CZ-FBI-2939924

Vraag 4.

Zal de aanpassing van de tarieven worden gedifferentieerd naar verschillende beroepsgroepen of wordt er voor de gehele geestelijke gezondheidszorg (ggz) een gelijke tariefsverlaging ingevoerd? Zo ja, wat betekent dit concreet voor de verschillende beroepsgroepen in de geneeskundige ggz?

Antwoord op vraag 4.

De precieze technische uitwerking van de aanwijzing is aan de Nederlandse Zorgautoriteit. Het ligt in de lijn der verwachting dat zij de maatregel generiek aan de gehele sector oplegt.

Vraag 5.

In hoeverre heeft de kostenoverschrijding te maken met fouten, onjuiste aannames en onjuiste normen in de diagnose behandel combinaties (dbc's)? In hoeverre is aanpassing van dbc's noodzakelijk en mogelijk?

Antwoord op vraag 5.

Een deel van de overschrijding is gerelateerd aan de DBC-systematiek (€ 22 mln), namelijk het gevolg van de structurele verhoging van de beleidsregelwaarden. Deze verhoging was ter dekking van de extra rentekosten die zorgaanbieders maken voor het aantrekken van extra werkkapitaal. Dit werkkapitaal was nodig om de periode tussen opening en sluiting van de DBC's te overbruggen. Aanpassing van de DBC's is niet noodzakelijk. Wel werkt VWS samen met veldpartijen aan de uitwerking van de motie Van Gerven, waarin verzocht wordt het dbc-systeem zodanig aan te passen dat vergoeding van dbc's in termijnen (deel-dbc's) mogelijk wordt.

Vraag 6.

Zijn de productieafspraken becijferd tegen de dbc-tarieven of tegen de lagere afgesproken prijzen?

Antwoord op vraag 6.

De geconstateerde overschrijding van € 184 mln is gebaseerd op de door GGZ-instellingen en betrokken verzekeraars gemaakte productie-afspraken. Deze productie-afspraken zijn uitgedrukt en becijferd in de afgesproken prijzen. Verschillen tussen de dbc-tarieven en de afgesproken prijzen worden met de instellingen verrekend via een zogenaamd verrekentarief.

Vraag 7.

Pagina 2 van 6

Hoe is de financiële positie van zorginstellingen in de ggz op dit moment?
Verwacht u dat zij de tariefmaatregel kunnen opvangen?

Ons kenmerk
CZ-FBI-2939924

Antwoord op vraag 7.

De financiële positie van de ruim tweehonderd ggz-instellingen in Nederland is divers. In het brancherapport over het jaar 2007 van accountantsbureau PriceWaterhouseCoopers (PWC) staat onder andere het volgende over de ggz-sector als geheel: de omzet in de GGZ is in 2007 met gemiddeld 8% gestegen, er waren 21 instellingen met verlies in 2007, gemiddeld bedroeg de netto-winstmarge 1,6%. Ook wijst PWC erop dat de solvabiliteit van de sector minder stijgt dan in het licht van het stijgende risicoprofiel wenselijk is. Op basis van de jaarrekeningen over 2008 die per 1 juni 2009 gedeponereerd zijn is over enige tijd een geactualiseerd beeld beschikbaar.

Vraag 8.

Deelt u de vrees van de ABVAKABO/FNV dat deze tariefmaatregel ten koste zal gaan van het personeel? Wat gaat u doen om dit voorkomen?

Antwoord op vraag 8.

Ik deel die vrees niet. Besparingen kunnen op uiteenlopende manieren gerealiseerd worden. Voor elke aanbieder zal dat anders gebeuren, want elk heeft immers zijn bedrijfsvoering anders georganiseerd. Instellingen kunnen er voor kiezen om hun gemaakte kosten te verlagen door effectiever te werken.

Vraag 9.

Vindt u niet dat het Budgettair Kader Zorg afgestemd dient te zijn op de reële vraag naar zorg?

Antwoord op vraag 9.

Bij de start van het kabinet zijn afspraken gemaakt over het totaal van het voor zorguitgaven beschikbare kader (het Budgettair Kader Zorg). Daarbij heeft het kabinet zich gebaseerd op de ramingen van het Centraal Planbureau voor de zorguitgavenontwikkeling in de kabinetsperiode. Bij de ramingen is rekening gehouden met de demografische ontwikkeling en met de zogeheten autonome groei.

Vraag 10.

In hoeverre rijmt u de tariefmaatregel ggz met de invoering van marktwerking in de kortdurende ggz vorig jaar?

Antwoord op vraag 10.

De geneeskundige ggz is per 1-1-2008 overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Tevens is prestatiebekostiging op basis van DBC's ingevoerd. Prestatiebekostiging en meer ruimte voor eigen verantwoordelijkheid blijven uitgangspunten van mijn beleid, ook voor de GGZ. Wel moeten de voorwaarden daarvoor aanwezig zijn. Op dit moment is nog niet aan de condities ter zake, van bijvoorbeeld de tarieven, voldaan. Zo is in het dbc-systeem dat is ingevoerd nog een aantal verfijningen noodzakelijk. De declaratie en registratie

van dbc's is op gang gekomen, maar moet nog beter. Momenteel worden de dbc-opbrengsten ook nog nagecalculeerd op basis van de oude AWBZ-producten. Daarbij is in deze overgangsfase nog sprake van regiobudgetten en inkoop door marktleiders op regioniveau. Om verantwoord te dereguleren is verder nog belangrijk dat verzekeraars ook op het gebied van de geneeskundige ggz risicodragend zijn. Dat betekent een afbouw van de ex post risicoverevening. Dat kan alleen als de risicoverevening ex ante op orde is, zodat het level playing field tussen zorgverzekeraars niet in gevaar komt. Ook de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en de kwaliteit van de indicatiestelling zijn van belang.

Ons kenmerk
CZ-FBI-2939924

Vraag 11.

Er wordt een besparing van structureel € 103 miljoen voor 2010 (3,5%) voorgesteld. Hoe is dit percentage opgebouwd en tot stand gekomen?

Antwoord op vraag 11.

In de eerste plaats merk ik op dat er een besparing van € 119 miljoen wordt voorgesteld. De beoogde opbrengst van de tariefmaatregel moet u zien als de door het kabinet van de ggz-sector verlangde bijdrage aan de beperking van de kosten van de zorg. Het dekkader voor de geneeskundige ggz is vorig jaar overschreden met een aanzienlijk groter bedrag dan die van de maatregel die ik neem. Zoals u weet, bedraagt die overschrijding € 184 mln. In het licht van die overschrijding acht ik een bijdrage van € 119 mln verantwoord. Andere zorgsectoren leveren ook een bijdrage aan het totaal van ca. € 1 miljard te besparen maatregelen.

Vraag 12.

Geldt het genoemde percentage voor alle ggz zorgaanbieders? Zo nee, op welke wijze zal dit worden gedifferentieerd?

Antwoord op vraag 12.

Zie mijn antwoord op vraag 4.

Vraag 13.

Kunnen de gegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) over de stijging van de zorguitgaven aan de Kamer worden gezonden?

Antwoord op vraag 13.

De door mij geconstateerde overschrijding in de geneeskundige GGZ is gebaseerd op gegevens van de NZa met betrekking tot de door GGZ-instellingen en betrokken verzekeraars gemaakte productie-afspraken. Vervolgens is een vergelijking gemaakt tussen de van de NZa ontvangen gegevens en het in de VWS-begroting beschikbare kader. Daaruit blijkt een overschrijding van € 184 miljoen.

In de bijlage bij deze antwoorden treft u het eind mei van de NZa ontvangen budgetoverzicht aan met betrekking tot de geneeskundige ggz geleverd door instellingen. In dit overzicht wordt voor het totaal aanvaardbare kosten (op basis van de productie-afspraken) in 2008 een bedrag genoemd van € 3.162,8 miljoen.

Op basis van dit bedrag is een vergelijking gemaakt met het beschikbare bedrag, d.w.z. het bedrag in de VWS-begroting 2008 plus de daarna verwerkte bijstellingen in de verschillende suppletore wetten (inclusief de voor de geneeskundige ggz beschikbare groeimiddelen). Uit die vergelijking volgt een overschrijding van € 184 miljoen.

Ons kenmerk
CZ-FBI-2939924

Het CVZ heeft in de toelichting op de levering met betrekking tot de financiering van de uitgaven voor geneeskundige ggz over 2008 aangegeven nog geen betrouwbaar beeld van de uitgaven in de geneeskundige GGZ te kunnen leveren.

Vraag 14.

Bent u van mening dat deze tariefmaatregel niet ten koste zal gaan van de kwaliteit van de kortdurende geestelijke gezondheidszorg? Zo ja, waarop is dat gebaseerd?

Antwoord op vraag 14.

Ik verwacht dat zorgaanbieders ook met lagere tarieven cliënten op goede wijze zullen helpen binnen de gestelde kwaliteitsnormen. Dat dit mogelijk is, laten nieuwe toetreders tot de ggz-markt zien. Deze bieden ggz aan voor tot wel 15% lagere tarieven dan de reguliere instellingen. Ook deze nieuwe aanbieders zijn gehouden aan de eisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en bieden dus zorg van voldoende kwaliteit.

Vraag 15.

Met hoeveel zijn de uitgaven aan de ggz gestegen in 2008 ten opzichte van 2007? Hoeveel patiënten zijn in 2008 meer behandeld dan in 2007?

Antwoord op vraag 15.

Op basis van de actuele cijfers bedraagt de totale uitgavenstijging in de gehele GGZ (zowel de geneeskundige (Zvw) als langdurige (AWBZ) ggz) in 2008 ten opzichte van 2007 circa € 450 miljoen, dat is inclusief de compensatie voor de gestegen lonen en prijzen van ongeveer 4%. Uit de wachttijdenrapportage 2008 blijkt dat er in 2008 4% meer cliënten geholpen zijn dan in 2007.